

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA CENTRAL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
CARRERA DOCTORADO EN MEDICINA**



**INFORME FINAL:**

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS EN  
MENORES DE 5 AÑOS EN UNIDADES DE SALUD COMUNITARIAS  
FAMILIARES TAQUILLO, CHILTIUPÁN, TONGOLONA, MARZO – JUNIO  
2016.**

**PRESENTADO POR:**

**HAYDEE YURIDIA YANETH PÉREZ MOLINA.  
TANIA MARCELA PLATERO PORTILLO.  
ROSANNA IVETE PENADO VELÁSQUEZ.**

**ASESORES.**

**METODOLÓGICO : DR. MARIO ALBERTO MONTES GUTIERREZ.  
TEMÁTICO : DR. FRANCISCO ZÚNIGA VELIS.**

**SAN SALVADOR, 9 DE SEPTIEMBRE 2016.**

## INDICE

• INDICE .....	2
• TITULO .....	4
• RESUMEN.....	5
• INTRODUCCION .....	6
• OBJETIVOS .....	9
• OBJETIVO GENERAL.....	9
• OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	9
• MARCO TEÓRICO.....	10
• PANORÁMICA DEL DIAGNOSTICO DERMATOLÓGICO.....	15
• LESIONES DERMATOLÓGICAS ELEMENTALES.....	16
○ LESIONES PRIMARIAS .....	16
○ LESIONES SECUNDARIAS.....	19
○ OTRAS LESIONES.....	21
• ENFERMEDADES DERMATOLOGICAS PEDIATRICAS.....	22
• DERMATITIS POR CONTACTO .....	22
• DERMATITIS ATÓPICA .....	23
• MICOSIS SUPERFICIALES .....	25
○ CANDIDIASIS ORAL O MONILIASIS .....	25
○ PTIRIASIS VERSICOLOR.....	26
• PARASITOSIS CUTANEA .....	28
○ ESCABIOSIS .....	28
○ PEDICULOSIS .....	30
• INFECCIONES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO .....	32
○ IMPÉTIGO.....	32
○ ABSCESO.....	34
• DISEÑO METODOLÓGICO.....	36
• TIPO DE INVESTIGACION .....	36
• PERÍODO DE INVESTIGACION.....	36
• UNIVERSO .....	36

• MUESTRA.....	36
• CRITERIOS DE INCLUSION .....	37
• VARIABLES .....	38
• OPERACIONALIZACION DE VARIABLES .....	39
• FUENTE DE INFORMACIÓN.....	41
• TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	41
• HERRAMIENTAS PARA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN .....	42
• PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE LA INFORMACION .....	42
• RESULTADOS.....	44
• DISCUSIÓN.....	50
• CONCLUSIONES.....	52
• RECOMENDACIONES.....	53
• BIBLIOGRAFIA .....	54
• ANEXOS .....	56
• CITAS BIBLIOGRÁFICAS .....	77

## **TÍTULO**

DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS EN MENORES  
DE 5 AÑOS EN UNIDADES DE SALUD COMUNITARIAS FAMILIARES  
TAQUILLO, CHILTIUPÁN, TONGOLONA. MARZO – JUNIO 2016

## RESUMEN

Las enfermedades de la piel se presentan en todas las edades, desde la niñez hasta la senectud. La población infantil es uno de los grupos que más se ve afectado por estas patologías, quienes están bajo responsabilidad de sus cuidadores, lo que los vuelve más vulnerables.

En esta investigación se determinó las enfermedades dermatológicas más frecuentes en niños menores de cinco años que consultaron en Unidades Comunitarias de Salud Familiares Intermedias (UCSFI) de Taquillo y Chiltiupán, ambas del departamento de La Libertad; y Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica (UCSFB) Tongolona, en San Miguel, con el objetivo de correlacionar las patologías más frecuentes según área geográfica, además para identificar sus principales características clínicas y describir los factores de riesgo más frecuentes de cada enfermedad. Para la cual se utilizó el Sistema de Información de Morbi-mortalidad en la Web (SIMMOW), el Registro Diario de Consulta, Expedientes clínicos y Tabla de Factores de riesgo para obtener la información suficiente y necesaria. Los datos obtenidos mostraron que tanto en Taquillo y Tongolona, Escabiosis fué la enfermedad más frecuente, mientras que en Chiltiupán fué Dermatitis Atópica; los síntomas mas frecuentes respectivamente fueron nódulos, pápulas y descamación. El signo clínico que predominó fue el Prurito. Según los Factores de Riesgo el clima caluroso, falta de higiene y hacinamiento, fueron los más frecuentes. Por lo tanto de los 115 pacientes que formaron parte de la investigación las enfermedades más frecuentes fueron Escabiosis 26%, Impétigo Costroso 14% y dermatitis Atópica 8%.

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades dermatológicas son una causa importante de morbilidad, especialmente en niños en edad escolar, 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 y otros

Los problemas relativos dermatológicos en la infancia constituyen motivos frecuentes de consulta al médico; diversas fuentes indican que hasta el 20% de las visitas del niño al pediatra o médico de familia implican un problema dermatológico ya sea como motivo principal de la visita, como preocupación secundaria o como hallazgo accidental en la exploración física.<sup>1</sup>

El volumen de problemas reacionados con la piel y la crisis de oferta y demanda para especialistas dermatológicos obligan a los médicos de atención primaria que atienden a los niños a estar preparados para reconocer diagnosticar y tratar los trastornos cutáneos habituales.

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 pediátricas. La OMS en el año 2005 determinó que la prevalencia de enfermedades cutáneas en niños varía desde 21% hasta 87%.<sup>2</sup>

En estadísticas americanas los problemas cutáneos en una consulta ambulatoria de Pediatría representan el 4-6 % del total de consultas, y del 6-8 % de las visitas si se excluyen las consultas de control del niño sano. En Donostia España, el 6 % de los pacientes que acuden a una consulta de pediatría de Atención Primaria lo hacen por presentar algún problema dermatológico.<sup>3</sup>

Las primeras 10 enfermedades dermatológicas más frecuentes en la infancia se describen en orden de frecuencia: Dermatitis Atópica, Impétigo, Tiña capitis,

Acné vulgar, Verruga Vulgar, Dermatitis Seborreica, Otras dermatofitosis, Ptiriasis rosada, Dermatitis inespecífica y molusco contagioso.<sup>3</sup>

El grupo de edad que más consulta son los menores de 1 año. Los pacientes menores de 2 años suponen el 24 %. El diagnóstico más frecuente lo constituye el grupo de infecciones / infestaciones 33,6 %, seguido de la dermatitis atópica 22,3 %.<sup>3</sup>

En la actualidad en El Salvador, se cuentan con escasos estudios acerca de las enfermedades dermatológicas, las cuales representan un problema importante de salud en regiones tropicales como nuestro medio, tampoco existen guías clínicas dirigidas específicamente a diagnosticar y tratar enfermedades dermatológicas en niños, al momento su diagnóstico y tratamiento es en base a las guías clínicas de pediatría del MINSAL (Ministerio de Salud de El Salvador), la cual hace referencia a cuatro patologías dermatológicas más frecuentes en la infancia como la dermatitis atópica, la varicela, el impétigo y la escabiosis.<sup>4</sup> Además el MINSAL cuenta con una guía para el manejo de las principales enfermedades no prevalentes en la infancia en el primer nivel de atención en la cual el capítulo III es dirigido al área de Dermatología en donde se describen enfermedades tales como escabiosis, pediculosis, dermatitis del pañal e impétigo; por lo tanto estos protocolos terapéuticos abarca un pequeño grupo de enfermedades dermatológicas en niños, lo que conlleva al médico a dar tratamientos según su experiencia y criterios basados en estudios internacionales.<sup>5</sup>

De tal manera se realizó un estudio descriptivo transversal que consiste en la revisión de las consultas dermatológicas de los pacientes menores de 5 años en el periodo establecido, en Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia (UCSFI) de Taquillo, ubicada en el cantón Taquillo de Chiltiupán, Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia (UCSFI) Chiltiupán, ubicada en el municipio de Chiltiupán; ambas del departamento de La Libertad; y Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica (UCSFB) Tongolona, ubicada en el municipio de Moncagua, San Miguel. La relación de la ubicación geográfica, los cambios de clima, y ausencia de las necesidades básicas, contribuyen a establecer factores de riesgo que promueven la presencia de enfermedades dermatológicas.

El Ministerio de Salud tiene como compromiso reducir la mortalidad infantil mediante la reducción en la letalidad de las principales enfermedades pediátricas, de esta manera se vuelve necesario mejorar la calidad de atención del primer nivel de los niños y niñas salvadoreños. Por la tanto la realización de el estudio consiste en determinar algunas de las enfermedades dermatológicas que afectan a los niños /as en el primer nivel de atención, y del reconocimiento de múltiples factores que contribuyan al diagnóstico adecuado y tratamiento oportuno.

Por consiguiente, la investigación provee información útil a diferentes entidades como el Ministerio de Salud y la Universidad de El Salvador , para la determinación de algunas de las enfermedades dermatológicas más frecuentes en la población seleccionada en el período establecido, además se elaboró este documento para que a partir de la información obtenida se realicen más estudios o se implementen estrategias, para la prevención de las enfermedades dermatológicas de diferente etiología y así también las complicaciones que conllevan a los menores de 5 años.

A las Unidades Comunitarias de Salud Familiar les permitirá reforzar el diagnóstico y retroalimentar sobre los cuidados y medidas higiénicas adecuadas , mejorando para ello la empatía con el paciente y generando confianza en los servicios brindados.

A los estudiantes de medicina en servicio social, les brindará información para las futuras generaciones y como base para otros trabajos de investigación. Además de un Atlas que reforzará y facilitará su diagnóstico.



**OBJETIVOS**  
**OBJETIVO GENERAL**

Determinar las enfermedades dermatológicas en menores de 5 años en Unidades de Salud Comunitarias Familiares Taquillo, Chiltiupán y Tongolona en Marzo – Junio 2016.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Correlacionar las principales enfermedades dermatológicas según área geográfica de estudio en niños menores de 5 años en Unidades de Salud Comunitarias Familiares Taquillo, Chiltiupán y Tongolona en Marzo – Junio 2016.
2. Identificar las características clínicas de las enfermedades dermatológicas más frecuentes en niños menores de 5 años en Unidades de Salud Comunitarias Familiares Taquillo, Chiltiupán y Tongolona en Marzo – Junio 2016.
3. Describir los principales factores de riesgo que influyen en la presencia de enfermedades dermatológicas en niños menores de 5 años en Unidades de Salud Comunitarias Familiares Taquillo, Chiltiupán y Tongolona en Marzo – Junio 2016.

## MARCO TEÓRICO

La dermatología es el estudio de la piel, que incluye características anatómicas, fisiológicas, patológicas; así como el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la piel. Los orígenes de la Dermatología en El Salvador como en cualquier otro país son difíciles de precisar, pues los médicos se dedicaban al ejercicio integral de la medicina sin especializarse en ninguna rama en particular.

Basándose en estatuillas de barro de la época precolombina, el Dr. Oswaldo Ramírez Cienfuegos determinó la existencia de numerosas entidades dermatológicas como sífilis congénita, escleromas nasales, onicomycosis y neurofibromatosis, e investigó los métodos terapéuticos utilizados. Entre las plantas más usadas pueden citarse: el chichipince (*Hamelia patens Jacq.*), de efecto astringente y secante, la quina (*Cinchona succirubra Pav.*), de efecto cicatrizante en heridas, y el paraíso (*Melia azedarach L.*).

A partir de 1933 comienzan a llegar al país los primeros médicos especializados en enfermedades de la piel y en sífilis, enfermedad muy importante en esa época. El primero fue Esteban Reyes, quien había realizado sus estudios de posgrado en California. A él se debe también la creación de la Sociedad Dermatológica de El Salvador en 1951, formalizándose su fundación en 1957. Una de las enfermedades que más estudio el Dr. Reyes fue el rinoescleroma, sobre el cual realizó varios trabajos; también dejó importantes aportaciones sobre xeroderma pigmentoso, escarlatina, psoriasis y tuberculosis cutánea.

Antonio Carranza Amaya obtuvo su Doctorado en Medicina en 1947 con la tesis titulada "Lepra en El Salvador" y fue el encargado de la campaña de lucha contra la lepra. El Dr. Oswaldo Ramírez Cienfuegos realizó estudios de posgrado en Dermatología en París y Madrid, donde se relacionó con grandes dermatólogos, y regresó al país en 1950. En Diciembre de 1957, durante el Primer Congreso Centroamericano de Dermatología presentó los resultados de sus estudios sobre una

entidad nosológica que llamo “Dermatitis Cenicienta”, llamada también “Enfermedad de O. Ramírez” y conocida en la literatura anglosajona como “Eritema Discrómico Perstans”. Su presentación para explicar la etiología de la enfermedad fue notable.

Hasta el presente se han publicado más de 200 trabajos científicos tanto en español como en inglés; dos libros: *Clínica Dermatológica* y *Cirugía Dermatológica Práctica*, ambos con varias ediciones. Actualmente trabajan activamente en El Salvador 40 dermatólogos graduados en diferentes países de Latinoamérica. 6

La patología dermatológica es un motivo de consulta frecuente en las consultas de Pediatría de Atención Primaria. El médico general debe estar familiarizado con las enfermedades prevalentes y conocer las menos frecuentes para poder instaurar un diagnóstico acertado.

Según el Sistema de Información de Morbi-mortalidad en la Web (SIMMOW), en el año 2015, las estadísticas para la UCSFI Taquillo, en la lista internacional de morbilidad por grupo etáreo, las enfermedades dermatológicas no están descritas dentro de las primeras 10 causas de consulta principal. Según la lista internacional de morbilidad por área rural en menores de 5 años, las enfermedades dermatológicas ocupan el séptimo, noveno y décimo lugar. Estas enfermedades son: Micosis con 21 consultas de las cuales 11 son masculinas y 10 femeninas; Otras enfermedades de la piel y tejido subcutáneo con 15 consultas de las cuales 5 son masculinos y 7 son femeninos e Infecciones de la piel y tejido subcutáneo con 15 consultas, de las cuales 7 son masculinos y 4 son femeninos. Ver tabla 1.

Tabla 1.

<b>Lista internacional de Morbilidad por Area</b> <b>Periodo del 01/01/2015 al 31/12/2015</b> <b>Todas las consultas</b> <b>Todos los servicios</b> <b>SIBASI LA LIBERTAD</b> <b>UCSFI Chiltiupán LL Taquillo "Ing. Orlando Recinos"</b> <b>Departamento de La Libertad</b> <b>Personas con edad menor a 5 años</b> <b>----- Médico -----</b> <b>Sexo: Todos</b> <b>MINSAL+FOSALUD</b>			
Grupo de Causas	Consultas Urbano	Consultas Rural	Total Consultas
<a href="#">Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores</a>	0	318	318
<a href="#">Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes (Z00-Z13)</a>	0	210	210
<a href="#">Fiebre de origen desconocido</a>	0	49	49
<a href="#">Faringitis aguda y amigdalitis aguda</a>	0	49	49
<a href="#">Diarrea de Presunto origen infeccioso(A09)</a>	0	46	46
<a href="#">Otras helmintiasis (B68-B71,B75,B77-B83)</a>	0	42	42
<a href="#">Micosis (B35-B49)</a>	0	21	21
<a href="#">Neumonía</a>	0	19	19
<a href="#">Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo</a>	0	15	15
<a href="#">Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo</a>	0	15	15
<a href="#">Demás causas</a>	0	127	127
<a href="#">Totales</a>	0	911	911

Fuente: Ministerio de Salud. Sistema de Información de Morbi-mortalidad en la Web, SIMMOW. 7

En la UCSFI Taquillo, las principales micosis son: Tinea corporis 7 consultas de las cuales son 4 masculinas y 3 femeninas, Candidiasis no especificadas 6 consultas, 3 son masculinos y 3 son femeninos, Estomatitis candidiásica 5 consultas, 3 son masculinos y 2 son femeninos ;Candidiasis de la vulva y de la vagina 2 consultas y Tinea pedis con 1 consulta masculina.

Dentro de las Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo se encuentran: Dermatitis alérgica de contacto, de causa no especificada 4 consultas, 1 es masculina y 3 son femeninos, Dermatitis alérgica no especificada 3 consultas, 1 es masculina y 2 son femeninos, Dermatitis de contacto de forma y causa no especificada 3 consultas, 2 son femeninos, Dermatitis, no especificada 3 consultas 1 es masculina y 2 son femeninas, Cicatriz queloides 1 consulta masculina y Ptiriasis alba 1 consulta masculina.

Por último tenemos las Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo: Impétigo con 12 consultas, 5 son masculinos y 7 son femeninos, Absceso cutáneo, furúnculo y

ántrax de miembro 1 consulta masculina, Absceso cutáneo, furúnculo y ántrax de cuello 1 consulta femenina.

En UCSFI Chiltiupán; según la lista internacional de morbilidad por grupo etáreo en 2015, las enfermedades de la piel y tejido subcutáneo ocupan el 8° lugar dentro de las primeras 10 causas de consulta principal.

Según la lista internacional de morbilidad por área en menores de 5 años, las enfermedades dermatológicas ocupan el 4° y 9° lugar, estas son: Otras enfermedades de la piel y tejido subcutáneo con 46 consultas, 22 en el casco urbano y 24 en el área rural, de las cuales 26 son masculinos y 20 son femeninos y Micosis con 11 consultas, 2 en el casco urbano y 9 en el área rural; de las cuales 4 son masculinas y 7 femeninos. Ver Tabla 2.

Tabla 2.

<b>Lista internacional de Morbilidad por Area</b> <b>Período del 01/01/2015 al 31/12/2015</b> <b>Todas las consultas</b> <b>Todos los servicios</b> <b>SIBASI LA LIBERTAD</b> <b>UCSFI Chiltiupán LL</b> <b>Departamento de La Libertad</b> <b>Personas con edad menor a 5 años</b> <b>----- Médico -----</b> <b>Sexo: Todos</b> <b>MINSAL+FOSALUD</b>			
<b>Grupo de Causas</b>	<b>Consultas Urbano</b>	<b>Consultas Rural</b>	<b>Total Consultas</b>
<a href="#">Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores</a>	117	244	361
<a href="#">Diarrea de Presunto origen infeccioso(A09)</a>	23	48	71
<a href="#">Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes (Z00-Z13)</a>	17	33	50
<a href="#">Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo</a>	22	24	46
<a href="#">Faringitis aguda y amigdalitis aguda</a>	16	29	45
<a href="#">Neumonía</a>	7	13	20
<a href="#">Otras enfermedades virales(A81,A87-A89,B03-B04,B07-B09,B25,B27-B34)</a>	5	7	12
<a href="#">Otitis media y otros trastornos del oído medio y de la mastoide</a>	1	10	11
<a href="#">Micosis (B35-B49)</a>	2	9	11
<a href="#">Fiebre de origen desconocido</a>	4	7	11
<a href="#">Demás causas</a>	26	66	92
<b>Totales</b>	<b>240</b>	<b>490</b>	<b>730</b>

Fuente: Ministerio de Salud. Sistema de Información de Morbi-mortalidad en la Web, SIMMOW. 7

En la UCSFI Chiltiupán, Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo se encuentran: Dermatitis alérgica de contacto de causa no especificada 24 consultas, 14 masculinos y 10 son femeninos, Trastornos de la piel y el tejido subcutáneo no especificado 16 consultas, 11 masculinos y 3 femeninos, Dermatitis del pañal 3 consultas femeninas, Trastornos no especificados de la piel y el tejido subcutáneo relacionados con radiación 1 consulta femenina, Otros prurigos 1 consulta masculina y Dermatitis alérgica de contacto debida a otros agentes 46 consultas, 26 masculinos y 20 femeninos.

Dentro de las principales micosis son: Micosis superficial sin otra especificación 8 consultas, de las cuales son 3 masculinas y 5 femeninos, Estomatitis candidiasica 2 consultas, 1 masculina y 1 es femenina, Candidiasis no especificadas 11 consultas, 4 son masculinos y 7 son femeninos.

En el año 2015 en la Unidad de Salud de Tongolona, Moncagua, las enfermedades dermatológicas ocuparon el octavo lugar de causa de consulta en niños menores de 5 años y especificando dentro de cada una la principal es Miliaria, seguida de Dermatitis de contacto y posteriormente quemaduras.

## PANORÁMICA DEL DIAGNÓSTICO DERMATOLÓGICO

La evaluación de las personas con enfermedades dermatológicas debe realizarse en las mejores condiciones de iluminación y comodidad, tanto para el paciente como para el médico, en un local y a temperatura adecuados para explorar la piel enferma y de ser posible toda la superficie cutánea, sobre todo en niños. La propedéutica dermatológica tiene una secuencia distinta a la habitual. Después de la ficha de identificación, que puede ser determinante en el diagnóstico por el lugar de residencia, la edad o la ocupación, se inicia el examen atento y profundo de la piel. Dicho examen incluye: localización o topografía, morfología, evolución, síntomas y el examen del resto de la piel y los anexos. La topografía consiste en señalar el lugar donde están las lesiones. Se llama dermatosis "localizada" o circunscrita, a la que afecta a un solo segmento; diseminada, a la que afectados o más segmentos, y generalizada la que no deja piel indemne o deja respetadas sólo zonas pequeñas. La morfología se ocupa en señalar las lesiones elementales de la piel (qué son) y en describirlas (cómo son); se anota su número, tamaño, color, forma, superficie, consistencia, límites o bordes. Según su disposición pueden ser lineales, en banda, redondas u ovales anulares, si tienen forma de anillo, numulares o en forma de moneda y serpiginosas.

Según la evolución, la dermatosis puede ser aguda, si está formada por lesiones que duran algunos días; subagudas, si duran semanas y crónica cuando duran meses o años. Los síntomas son prurito o dolor; el primero se intuye por la presencia de costras hemáticas y, si es crónico, por liquenificación. El examen del resto de la piel y los anexos incluye la inspección de pelo, uñas, ganglios y mucosas.

El interrogatorio viene después, pero no por ello es menos importante o secundario; más bien, el examen de la piel se realiza en primer término por su accesibilidad, y porque permite interrogar al paciente (o a un familiar si aquél no puede expresarse) de una manera que mejor contribuya al diagnóstico presuntivo. Se hará hincapié en el tiempo de evolución, los síntomas la forma de inicio y la causa probable. Se aceptará e interpretará el lenguaje popular utilizado por el paciente. Para observar un esquema de historia clínica dermatológica, ver Anexo 4.

## LESIONES DERMATOLÓGICAS ELEMENTALES

Las lesiones dermatológicas elementales son la base de todas las manifestaciones cutáneas y la respuesta a agresiones internas o externas. Se dividen en primarias (primitivas), secundarias y otras. Las primeras aparecen de novo, y las segundas son consecutivas a las primarias; muchos autores no las separan, sino sólo las enuncian, dado que algunas como las úlceras, podrían pertenecer a esos dos grupos.

A continuación se describen las lesiones elementales:

### **Lesiones primarias.**

Lesiones primarias son cambios de coloración, o manchas, que pueden presentar consistencia sólida, como roncha, pápula, nódulo, goma y nubosidad, o llevar contenido líquido, como vesícula, ampolla, pústula, absceso y quiste.

### **Mácula** (del latín: macula, “mancha”).

Una mácula es un área circunscrita de cambio de color en la piel sin elevación o depresión. Por tanto, no es palpable. Las máculas pueden estar bien o mal definidas. Las máculas pueden ser de cualquier tamaño o color. Blancas como en el vitíligo; pardas como en las manchas de color café con leche; azulosas como en las manchas mongólicas o rojizas como ocurre en las anomalías vasculares permanentes como en las manchas en color rojo vinoso o las dilataciones capilares por inflamación (eritema). La presión a través de una lámina de vidrio (diascopia) en el borde de una lesión rojiza detecta la extravasación de eritrocitos. Si el color rojo permanece bajo presión por la laminilla, la lesión es purpúrica, es decir, es consecuencia de la extravasación de eritrocitos; si desaparece el color rojizo, la lesión se debe a la dilatación vascular. Un exantema formado de máculas se denomina exantema macular

### **Pápula** (del latín: pápula, “grano”).

Una pápula es una lesión superficial, elevada, sólida, por lo general con <0.5 cm de diámetro. La mayor parte de ellas se encuentra elevada sobre el plano de la piel circundante. Una pápula es palpable. Puede estar bien o mal definida. En las pápulas la elevación es causada por depósitos metabólicos o producidos localmente por



medio de infiltrados celulares localizados, inflamatorios o no inflamatorios, o bien, por hiperplasia de elementos celulares locales. Las pápulas superficiales están bien delimitadas. Una pápula cutánea profunda tiene bordes poco delimitados.

Las pápulas pueden tener forma de cúpula, cónica o aplanada (como en el liquen plano) o bien, consistir de múltiples elevaciones pequeñas, muy cercanas, que se conocen como vegetaciones. Un exantema formado por pápula se conoce como exantema papular. Los exantemas papulares también pueden agruparse (“liquenoide”) o ser diseminados (dispersos). La confluencia de pápulas ocasiona el desarrollo de elevaciones más grandes, por lo general con borde superior plano, circunscritas, con patrón de meseta, conocidas como placas.

### **Placa.**

Una placa es una elevación en meseta por arriba de la superficie cutánea que ocupa áreas de superficie corporal relativamente grandes en comparación con su altura por arriba de la piel. Suele ser una lesión bien definida, con frecuencia se forma por la confluencia de pápulas, como ocurre en la psoriasis. La liquenificación es la formación de una placa grande menos definida, donde la piel tiene un aspecto engrosado y se acentúan los bordes cutáneos. La liquenificación ocurre en casos de dermatitis atópica, dermatitis eccematosa, psoriasis, liquen simple crónico y micosis fungoides. El término placa también hace referencia a una elevación menor, apenas un poco más elevada que una mácula, como las lesiones que se observan en la parapsoriasis o en el sarcoma de Kaposi.

**Nódulo** (del latín: nodulus, “nudo pequeño”).

Un nódulo es una lesión palpable, sólida, redondeada o elipsoidal que es más grande que una pápula que puede afectar la epidermis, dermis o tejido subcutáneo. La profundidad de la afectación y el tamaño hace la diferencia en el nódulo de la pápula. Los nódulos son consecuencia de infiltrados inflamatorios, neoplasias o depósitos metabólicos en la dermis o tejido subcutáneo. Los nódulos pueden encontrarse bien definidos (superficiales) o mal definidos (profundos); si se localizan en el tejido subcutáneo, a menudo pueden palparse más que observarse. Los nódulos pueden tener consistencia dura o blanda a la palpación. Se encuentran en forma de cúpula o lisos o bien, tienen una superficie verrugosa o una depresión central umbilicada.

**Habón o roncha.**

Una roncha es una pápula o una placa de color rojizo pálido, cuya porción superior tiene aspecto redondeado o plano, evanescente, que desaparece en 24 a 48 h (imagen I-5). Es ocasionada por edema en la porción capilar de la dermis. Los habones pueden tener un aspecto redondeado, espiral o irregular con seudópodos; cambian con rapidez de forma y tamaño por el edema papilar cambiante. Un exantema formado por ronchas se conoce como exantema urticariforme o urticaria.

**Vesícula-ampolla** (del latín: vesícula, “vejiga pequeña” o bulla, “burbujas”).

Una vesícula (<0.5 cm) o ampolla (>0.5 cm) es una cavidad superficial circunscrita, elevada, que contienen líquido. Las vesículas tienen forma de cúpula (como las que se observan en la dermatitis de contacto, dermatitis herpetiforme) umbilicadas (como en el herpes simple) o flácidas (como en el pénfigo). A menudo, la porción superior de la vesícula/ampolla es tan delgada que es transparente y puede observarse el suero o la sangre contenida en la cavidad. Las vesículas que contienen suero son de color amarillento; las que contienen sangre son de color rojizo a negrozco. Las vesículas y ampollas se originan de la separación de varios niveles de la piel superficial; la separación puede ser subcorneal o en la epidermis visible (p. ej., vesículas intraepidérmicas) o en la interfaz entre la epidermis y la dermis (subcutáneas). Como las vesículas/ampollas siempre son superficiales, por lo general están bien definidas. Un exantema formado por vesículas se conoce como exantema vesicular, mientras aquél formado principalmente por ampollas se denomina exantema ampolloso.

**Pústula** (del latín: pústula).

Una pústula es una cavidad superficial circunscrita de la piel que contiene exudado purulento (imagen I-7), que puede ser de color blanquecino, amarillento, verdoso-amarillento o hemorrágico. Las pústulas difieren de las vesículas en que no son de color claro y pueden tener contenido turbio. Este proceso puede originarse de folículos pilosos o en forma independiente. Las pústulas pueden variar de tamaño y forma. Suelen tener una forma de cúpula, pero las pústulas foliculares pueden tener aspecto cónico y suelen contener un cabello en el centro. Las lesiones vesiculares del herpes simple y las infecciones por el virus de la varicela-zóster pueden ser de tipo pustuloso. Un exantema formado por pústulas se conoce como exantema pustuloso.

## **Quiste**

Un quiste es una cavidad que contiene líquido o que es sólida o semisólida y puede ser superficial o profunda. A la inspección tiene un aspecto esférico, más a menudo como una pápula o nódulo con forma de cúpula, pero a la palpación tiene consistencia elástica. Está recubierto por un epitelio y a menudo tiene una cápsula fibrosa; dependiendo de su contenido es el color de la piel; el color puede ser amarillento, rojizo o violáceo. Un quiste epidérmico que produce material queratinoso y un quiste piloso que está recubierto por un epitelio con múltiples capas.

## **Lesiones secundarias**

Lesiones secundarias; esta categoría abarca residuos destinados a ser eliminados, como costras y escaras; soluciones de continuidad, como erosiones, excoriaciones, ulceraciones, grietas y fisuras; vegetación y verrugosidad, o secuelas de otros trastornos, como queratosis, atrofia, esclerosis, cicatriz, queloides y liquenificación.

### **Costra** (del latín: crusta, “corteza o cáscara”).

Las costras se desarrollan cuando el suero, sangre o exudado purulento se seca sobre la superficie cutánea. Las costras pueden ser delgadas, delicadas y friables o bien, pueden ser gruesas y adherentes. Las costras son de color amarillento cuando se forman por el suero reseco; de color verdoso o amarillento y en verdoso cuando se forman por exudado purulento; son pardas, de color rojo oscuro o negruzco cuando se forman a partir de la sangre. Las costras superficiales ocurren cuando partículas de color ámbar, delicadas, brillantes se depositan en la superficie de la piel y suelen ser características de impétigo. Cuando el exudado involucra toda la epidermis, las costras pueden ser gruesas y adherentes y pueden acompañarse de necrosis de los tejidos profundos (p. ej., de la dermis), trastorno conocido como ectima.

### **Descamación** (del latín: squama, “escamas”).

La descamación es consecuencia del desprendimiento del estrato córneo. Pueden ser hojuelas grandes (como membranas, de aspecto pitiriásico) (del griego: pityron,

“salvado”), adherentes o sueltas. El exantema formado por pápulas con descamación se conoce como exantema papuloescamoso.

### **Erosión**

Una erosión es un defecto que sólo afecta la epidermis, sin afectar la dermis; a diferencia de la úlcera, que siempre cura con la formación de cicatrices (véase más adelante), una erosión cura sin formación de cicatrices. Una erosión se encuentra bien definida, es de color rojizo y exuda líquido. Hay erosiones superficiales, subcorneales porque afectan sólo la epidermis, además de relaciones profundas, cuya base se encuentra en la región papilar de la dermis. Con excepción de las agresiones físicas, las erosiones siempre son consecuencia de separación entre las capas de la epidermis o subepidérmicas y por tanto son consecuencia de vesículas o ampollas.

### **Úlcera** (del latín: *ulcus*).

Una úlcera es una lesión cutánea que se extiende hacia la dermis o más profunda hacia el tejido subcutáneo y siempre ocurre en el tejido con alteración patológica. Una úlcera siempre es secundaria a algún trastorno. La alteración patológica de los tejidos que da origen a una úlcera suele observarse en el borde o en la base de la úlcera y es útil para determinar su causa. Otras características útiles en este sentido son la elevación de los bordes, depresión de los mismos, consistencia dura o aspecto esponjoso; la ubicación de la úlcera, presencia de secreción y las características topográficas, como la presencia de nódulos, excoriaciones, varicosidades, distribución del vello corporal, presencia o ausencia de sudor y la presencia de pulsos arteriales. Una úlcera siempre cura con formación de cicatriz.

### **Cicatríz**

Una cicatríz es la sustitución con tejido fibroso de un defecto por una úlcera o herida previa. Las cicatrices pueden ser hipertróficas y duras o atópicas y de consistencia blanda con adelgazamiento o pérdida de todos los compartimientos hísticos de la piel.

**Atrofia**

Este término hace referencia a la disminución de algunas o de todas las capas de la piel. La atrofia epidérmica se manifiesta por adelgazamiento de la epidermis, la cual puede tornarse transparente, revelando los vasos papilares y subpapilares; hay pérdida de la textura cutánea y plegamiento de la piel. En la atrofia dérmica, hay pérdida del tejido conjuntivo de la dermis y la lesión se encuentra deprimida.

**Otras lesiones**

Otras lesiones; en este grupo se clasifican tumores o neoformaciones, comedones, surcos, fístulas e infiltración.

**Neoformación o tumor**

Lesión que tiende a crecer y persistir. Por lo general es elevada, de forma, color y tamaño variables. Puede tener un franco aspecto tumoral o ulcerada.

**Comedón**

Es un tapón de queratina, blanco grisáceo o negro que cierra los orificios de los folículos pilosebáceos.

**Surco o túnel**

Lesión lineal, recta o tortuosa, ligeramente elevada, de color grisáceo o eritematosa; aparece ante escabiasis y larva migrans.

**Fístula**

Trayecto que comunica dos cavidades o una cavidad con el exterior.

**Infiltración**

Lesión eritematosa o violácea elevada, que puede ser circunscrita o difusa, "suculenta" en la fase activa y atrófica cuando se resuelve.

## **ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS PEDIÁTRICAS**

Las características de las enfermedades dermatológicas que afectaron a los niños menores de 5 años en el año 2015 en los municipios Taquillo, Chilitupán y Tongolona se describen a continuación más detalladamente.

### **DERMATITIS POR CONTACTO**

Definición: Síndrome reaccional causado por la aplicación de una sustancia en la piel. La dermatitis por contacto puede ser ecematososa aguda o liquenificado y crónica: se origina por un irritante primario o por un mecanismo de sensibilización.

Factores predisponentes: Atopia, piel clara, temperatura (baja), clima (baja humedad), oclusión, irritación mecánica. La dermatitis de contacto por irritantes por cemento tiende a incrementarse en verano en climas húmedos y calientes. Es favorecida por atopía, humedad e higiene deficiente.

Es una de las dermatosis más frecuentes; constituye 5 a 10% de las consultas dermatológicas.

Etiopatogenia: Puede originarse debido a cualquier sustancia u objeto que esté en contacto directo con la piel. El mecanismo de producciones por irritante primario o por sensibilización, si interviene la luz, puede ser fototóxica o fotoalérgica y, hay un tipo inmediato de reacción por contacto.

Las reacciones agudas son consecuencia del daño citotóxico directo a los queratinocitos. La ICD crónica resulta de exposición repetida que causa daño a las membranas celulares, alteración de la barrera cutánea y produce desnaturalización de proteínas y más tarde toxicidad celular.

Manifestaciones cutáneas: Aparecen minutos después de la exposición o hasta después de 24 h. Las lesiones varían desde eritema a formación de vesículas y causan quemadura con necrosis. El eritema claramente enmarcado y el edema superficial corresponden al sitio de aplicación de la sustancia tóxica. Las lesiones no se diseminan más allá del sitio de contacto. En las reacciones más graves, aparecen

vesículas y ampollas con formación de erosiones o incluso necrosis franca, como ocurre con soluciones ácidas o alcalinas. No se forman pápulas. La configuración a menudo es anómala o lineal (“efecto del goteo”).

Evolución de las lesiones: Eritema con una superficie de aspecto mate → formación de vesículas o de ampollas) → erosión → formación de costra → desprendimiento de la costra y descamación o (en casos de quemadura química) eritema → necrosis → desprendimiento de tejido necrótico → ulceración → cicatrización.

Distribución: Lesiones aisladas, localizadas o generalizadas, dependiendo del tipo de contacto con la sustancia tóxica.

Duración: Días o semanas, dependiendo del daño a los tejidos.

## **DERMATITIS ATÓPICA**

### Epidemiología

Edad de inicio. Primeros dos meses de vida y en los primeros años de vida en 60% de los pacientes; 30% hacia los cinco años de edad y sólo 10% entre los 6 y 20 años. Rara vez inicia la dermatitis atópica en la edad adulta. Es más común en varones. A menudo asociado con antecedentes personales o familiares de dermatitis atópica, rinitis alérgica y asma; 35% de los lactantes con dermatitis alérgica desarrolla asma en etapas tardías de la vida.

### Factores desencadenantes.

**Inhalantes:** Aeroalergenos específicos, en especial polvo de ácaros y polen.

**Agentes microbianos:** Exotoxinas de *Staphylococcus aureus* que actúan como superantígenos. También estreptococos del grupo A y rara vez hongos (*Cándida*).

**Autoalergenos:** El suero de los pacientes con dermatitis atópica contiene anticuerpos IgE dirigidos a proteínas humanas. La liberación de estos autoalergenos del tejido dañado puede desencadenar una respuesta de linfocitos T o IgE, lo que sugiere la conservación de una inflamación alérgica.

**Alimentos:** Lactantes y niños, pero no los adultos, tienen brotes de dermatitis atópica con el consumo de huevo, leche, cacahuates, soya, pescado y trigo.

**Patogénesis:** Ocurre una reacción de hipersensibilidad de tipo I (mediada por IgE) como consecuencia de la liberación de sustancias vasoactivas por células cebadas y basófilos que han sido sensibilizados por interacción del antígeno con IgE (anticuerpos reagénicos o que causaron sensibilización de la piel). La inflamación aguda en la dermatitis atópica se asocia con el predominio de la expresión de interleucina (IL) 4 y de IL-13 y la inflamación crónica en dermatitis atópica con incremento de IL-5, factor estimulador de las colonias de granulocitos y macrófagos, IL-12 e interferón gamma.

**Manifestaciones Clínicas:**

**Síntomas cutáneos.** Los pacientes tienen resequeza cutánea. El prurito es la condición sine qua non de la dermatitis atópica; “el eccema es un prurito acompañado de exantema”. El rascado constante ocasiona un círculo vicioso de prurito → rascado → exantema → prurito → rascado.

**Otros síntomas de atopía.** Rinitis alérgica, obstrucción nasal, prurito nasal y conjuntival, lagrimeo; estacional cuando se asocia con exposición al polen.

**Lesiones cutáneas. Agudas.** Placas eritematosas mal definidas, pápulas y placas con o sin descamación. Edema con afección amplia; la piel tiene un aspecto “esponjoso” y edematoso. Erosión: humedad, con formación de costras. Lineal o puntiforme, que es consecuencia del rascado. En consecuencia a los sitios infectados: *Staphylococcus aureus*. Erosiones con secreción, pústulas o ambas. La piel se encuentra reseca, cuarteada y hay descamación.

**Crónicas.** Liquenificación (engrosamiento de la piel con acentuación de las marcas cutáneas); liquenificación folicular (en especial en personas de piel oscura y negra); fisuras: dolorosas, en especial en sitios de flexión, en palmas de las manos, dedos y



plantas de los pies. Alopecia: tercio externo de la ceja como consecuencia del frotado. Pigmentación prioritaria, como consecuencia del frotado compulsivo. Pliegue infraorbitario característico por debajo de los párpados (signo de Dennie-Morgan).

Distribución. Predilección por los sitios de flexión, región anterior y lateral del cuello, párpados, frente, cara, muñecas y dorso de manos y pies. Enfermedad generalizada en casos grave.

Complicaciones: Infección secundaria por Staphylococcus aureus y Virus de herpes simple: eccema herpético. Rara vez queratocono, cataratas y queratoconjuntivitis con infección herpética secundaria y úlceras corneales.

## **MICOSIS SUPERFICIALES**

Definición: Las micosis superficiales son las infecciones más frecuentes de todas las infecciones mucocutáneas y suelen deberse a la proliferación de la microflora mucocutánea. Los hongos que pueden colonizar e invadir superficialmente la piel y mucosas son: Especies de Cándida . Especies de Malassezia y Dermatófitos.

## **CANDIDIASIS ORAL O MONILIASIS**

Definición: Grupo de manifestaciones clínicas causadas por levaduras oportunistas del género Candida, en particular C. albicans; pueden ser superficiales o profundas, con afección de piel, mucosas u órganos internos, y tener evolución aguda, subaguda o crónica.

Epidemiología: Es cosmopolita, y constituye 25 % de las micosis superficiales, el 35% afecta las uñas, en 30 % la piel y en 20 % las mucosas. Afecta cualquier raza, sexo o edad; se presenta en 4 a 18% de los recién nacidos; La forma bucal en inmunocompetentes predomina en menores de 10 o mayores de 60 años; los intertrigos y las onicomicosisson más frecuentes en mujeres.

Etiopatogenia: Las levaduras del género *Candida* son hongos saprófitos de la naturaleza, así como de las mucosas del tubo digestivo( 24%) y la vagina(5 a 11%) de seres humanos.

*Cándida* se convierte en patógeno en condiciones propicias por oportunismo. La infección puede ser exógena o endógena; la candidiasis se favorece por modificaciones de "terreno" en el huésped, como terapéutica con antibióticos, glucocorticoides, citotóxicos u hormonas sexuales (anticonceptivos); desequilibrios hormonales como embarazo, diabetes o insuficiencia tiroidea; enfermedades que afectan al estado general, o por factores higiénicos.

Las etapas de la infección son: adherencia a epitelios, colonización, penetración epitelial e invasión vascular, y después diseminación, adherencia a endotelios y penetración a tejidos.

Cuadro clínico: Afecta cualquier tejido, órgano o sistema. En la boca hay enrojecimiento y placas mucosas blanquecinas, lo que se conoce comúnmente como muguet o algodoncillo. Las lesiones pueden ser difusas o afectar una sola región, como paladar, carrillos, encías o lengua (glositis); son asintomáticas o hay sensación de ardor. Se han descrito las siguientes formas: erosiva, hiperplásica, pseudomembranosa, eritematosa (atrófica) aguda y crónica, así como formas en placas y nodulares. La afección de labios es excepcional, pero se observa con frecuencia queilitis angular, que se manifiesta por eritema y fisuras que forman un triángulo de base externa. Puede ocurrir lengua negra vellosa por esta levadura. Las candidiasis de los pliegues se caracterizan por eritema, descamación, piel macerada, bordes marcados por un collarete de escamas y, lesiones satélite papulares, vesiculares o pustulares.

## **PTIRIASIS VERSICOLOR**

Causas: Se debe a la proliferación superficial de la forma micelial de *Malassezia furfur*. Hongo lipófilo que normalmente reside en la queratina de la piel y los folículos pilosos de personas púberes y mayores. Es un microorganismo oportunista que produce tiña o pitiriasis versicolor (TV, tinea versicolor) y foliculitis por *Malassezia*; interviene en la patogénesis de la dermatitis seborreica. Las infecciones

por *Malassezia* no son contagiosas; la proliferación de la microflora cutánea residente (microbioma cutáneo) se presenta bajo ciertas condiciones favorables.

Manifestaciones clínicas. Por lo general es asintomática. Las lesiones se presentan durante meses o años.

Máculas, bien delimitadas de forma redonda u oval, de tamaño variable. Las escamas finas se aprecian mejor mediante la abrasión suave de las lesiones. Las lesiones tratadas o resueltas no tienen escamas. Algunos pacientes presentan datos de foliculitis por *Malassezia* y dermatitis seborreica.

Color. En la piel no bronceada, las lesiones tienen un color pardo claro o rosa. En la piel bronceada, son hipopigmentadas. En las personas de tez morena o negra, se presentan máculas de color pardo oscuro. El color pardo tiene diversas intensidades y tonos. Con el tiempo, las lesiones individuales pueden aumentar de tamaño y volverse confluentes, formando zonas geográficas extensas.

Crónica. Parches descamativos bien delimitados. Pigmentación variable: hipopigmentados e hiperpigmentados; de color rosa. Se presentan con más frecuencia en el tronco.

Factores predisponentes: Transpiración. Estación o clima cálidos; clima tropical. Hiperhidrosis; ejercicio aeróbico. Piel aceitosa. Zonas templadas: más frecuente en el verano; prevalencia de 2% en climas templados; 20% en trópicos. La aplicación de lípidos como crema de cacao predispone a los niños pequeños.

Patogénesis: *Malassezia* cambia de la forma de blastospora a la forma micelial bajo la influencia de factores predisponentes. El ácido dicarboxílico formado por la oxidación enzimática de ácidos grasos en los lípidos de la superficie cutánea inhibe a la tirosinasa de los melanocitos epidérmicos y origina hipomelanosis; la enzima está presente en *M. furfur*.

Distribución: Porción superior del tronco, brazos, cuello, abdomen, axilas, ingles, muslos y genitales. Las lesiones de la cara, el cuello o la piel cabelluda se presentan

en personas que se aplican cremas o ungentos o preparados de glucocorticoide tópico.

Diagnóstico diferencial: Máculas hipopigmentadas: Vitíligo, pitiriasis alba e hipopigmentación posinflamatoria.

Lesiones descamativas: Tiña corporal, dermatitis seborreica y linfoma de linfocitos T cutáneos.

## **PARASITOSIS CUTÁNEA**

### **ESCABIOSIS**

Infestación epidérmica superficial por el acaro *Sarcoptes scabiei* variedad *hominis*.

Transmisión: por lo general se disemina a través del contacto entre la piel y los fómites.

#### Manifestaciones clínicas:

Síntomas: los pacientes a menudo se percatan de síntomas similares en familiares o parejas sexuales en pacientes adultos. El prurito es intenso, generalizado y casi nunca afecta la cabeza y el cuello. El prurito suele interferir en el sueño o lo impide. El prurito quizá no se presente con la hiperinfestación. El exantema fluctúa desde ninguno hasta la eritrodermia generalizada. Los pacientes con diátesis atópica se rascan y producen una dermatitis eccematosa. Algunas personas tienen prurito muchos meses sin exantema. La hipersensibilidad dolorosa de las lesiones indica una infección bacteriana secundaria.

#### Signos cutáneos

- 1) Lesiones que aparecen en las zonas de infestación de los ácaros;
- 2) manifestaciones cutáneas de hipersensibilidad a los ácaros;
- 3) lesiones secundarias a la frotación y la raspadura crónicas;
- 4) infección secundaria;
- 5) hiperinfestación, y

6) variantes de sarna en hospederos especiales: los que tienen una diátesis atópica, sarna nodular, sarna en lactantes y niños pequeños y sarna en los sujetos de edad avanzada.

Surcos intraepidérmicos. Rebordes del color de la piel de 0.5 a 1 cm de longitud, sean lineales o serpiginosos, con vesículas diminutas o pápula al final del túnel. Cada ácaro hembra que infesta produce un surco. Los ácaros tienen unos 0.5 mm de longitud. Los surcos promedian 5 mm de longitud, pero pueden llegar hasta 10 cm.

Distribución: zonas con folículos pilosos escasos o nulos, por lo general donde el estrato córneo es delgado y blando, es decir, membranas interdigitales de las manos, muñecas, cuerpo del pene, codos, pies, glúteos y axilas. En los lactantes, puede ocurrir infestación en la cabeza y el cuello.

Sarna con nódulos de 5 a 20 mm de diámetro, de color rojo, rosado, bronceado o pardo, lisas a veces se observan surcos en la superficie de una lesión muy temprana.

Distribución: escroto, pene, axilas, muñecas, glúteos y areolas. Se resuelven con la hiperpigmentación posinflamatoria. Puede ser más evidente después del tratamiento, a medida que se resuelve la erupción eccematosa.

Cambios secundarios. Excoriaciones, líquen simple crónico, nódulos pruriginosos. Hiperpigmentación e hipopigmentación posinflamatorias en individuos con pigmentación más profunda.

Diagnóstico: Este fácilmente se pasa por alto y se debe valorar en un paciente de cualquier edad con prurito grave generalizado y persistente.

Etiología: *S. scabiei* variedad hominis. Parásito humano estricto. Los ácaros de todas las etapas de desarrollo forman surcos en la epidermis poco después del contacto, no más profundos que el estrato granuloso; depositan las heces en túneles. Las hembras viven cuatro a seis semanas; depositan 40 a 50 huevecillos, ponen tres huevos al día en los surcos. Los huevos eclosionan en cuatro días, hacen surcos de 2 a 3 mm al día, casi siempre por la noche, y depositan los huevecillos durante el día. Las larvas eclosionadas se desplazan a la superficie de la piel y maduran a formas adultas.

Demografía: Problema de salud pública importante en muchos países menos desarrollados. En algunas zonas de Sudamérica y América Central, la prevalencia es de casi 100%.

La transmisión es por el contacto entre la piel y los fomites. Los ácaros pueden permanecer vivos durante más de dos días en las prendas de vestir o en la ropa de cama. Las personas con hiperinfestación desprenden muchos ácaros hacia su entorno todos los días y plantean un alto riesgo de infectar a quienes les rodean.

Patogénesis: La hipersensibilidad de tipo inmediato y tardío ocurre en la evolución de las lesiones diferentes a los surcos. Durante la primera infestación, hay prurito ulterior a la sensibilización a *S. scabiei*, por lo general al cabo de cuatro a seis semanas. Después de la reinfestación, puede ocurrir prurito en las primeras 24 h. Con la hiperinfestación, las personas suelen tener inmunodeficiencia o trastornos neurológicos.

## **PEDICULOSIS**

### Etiología y epidemiología

Subespecie. *Pediculus humanus capitis*. Tiene el tamaño de una semilla de sésamo de 1 a 2 mm. Se alimenta cada cuatro a seis horas. Se mueve sujetándose a los cabellos cercanos a la piel cabelluda; puede trepar hasta 23 cm al día. Los piojos depositan liendres a 1 a 2 mm de la piel cabelluda. Las liendres son huevecillos dentro de la envoltura quitinosa. Los piojos jóvenes experimentan eclosión al cabo de una semana y pasan por las etapas de ninfa, con aumento de tamaño y maduración hasta ser adultos, en un período de una semana.

Transmisión: contacto de cabeza con cabeza; sombreros, gorras, cepillos y peines compartidos; asientos de salas de cine y cojincillos. El piojo de la cabeza no es un vector de enfermedades infecciosas.

### Manifestaciones clínicas:

Síntomas: Prurito en la porción posterior y a los lados de la piel cabelluda. La rascadura y la infección secundaria se acompañan de linfadenopatía occipital o cervical. Algunos individuos muestran un trastorno obsesivo-compulsivo o delirios de parasitosis después de la erradicación de los piojos y las liendres.

Infestación: Los piojos de la cabeza se identifican a simple vista o mediante exámen microscópico (lupa o dermatoscopio), pero es difícil encontrarlos. La mayoría de los pacientes tiene una población <10 de estos parásitos.

Las liendres son las cápsulas de huevecillos ovalados de color blanco grisáceo (1 mm de longitud) firmemente adheridas a los cabellos; su número es variable, desde sólo algunas hasta millares. Los piojos depositan liendres en el tallo del pelo en su salida del folículo.

En la infestación reciente, las liendres están cerca de la piel cabelluda; en la infestación crónica, las liendres pueden hallarse a 10 a 15 cm de la piel cabelluda. En esta última, el pelo crece 0.5 mm al día y la presencia de liendres a 15 cm de ella indica que la infestación tiene una duración aproximada de nueve meses. Los huevecillos viables nuevos tienen un color amarillo cremoso; las cáscaras de huevo vacías son blancas.

Zonas de afectación preferente: Los piojos de la cabeza casi siempre están confinados a la piel cabelluda, sobre todo en las regiones occipital y posauricular; raras veces infestan la barba u otras áreas pilosas.

### Lesiones cutáneas.

Reacciones a la picadura: urticaria papulosa en el cuello. Las reacciones se vinculan con la sensibilidad y la tolerancia inmunitaria. Lesiones secundarias: eccema, excoriación, liquen simple crónico en la piel cabelluda occipital y en el cuello a consecuencia de la rascadura y la frotación crónicas. Infección secundaria por *Staphylococcus aureus* del eccema o de las excoriaciones; puede extenderse hasta el cuello, la frente, la cara y las orejas. Se presenta linfadenopatía occipital posterior.

Diagnóstico diferencial:“Cuentas” pequeñas de cabello blanco. Cilindros de cabello (remanentes de vaina de la raíz interna), laca y geles de cabello, caspa (escamas epidérmicas) y piedra. Prurito de la piel cabelluda. Dermatitis atópica, impétigo y liquen simple crónico. Ninguna infestación. Delirios de parasitosis.

Diagnóstico: confirmadas mediante detección de los piojos. Las peinetas aumentan las posibilidades de encontrar piojos. Las liendres solas no son diagnósticas de infestación activa. Ésta se confirma al hallar las liendres en los primeros 4 mm de piel cabelluda.

## **INFECCIONES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO**

### **IMPÉTIGO**

#### Epidemiología y etiología

Staphylococcus aureus sensible a meticilina (STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILIN SUCEPTIBLE) y resistente a la meticilina (STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE). Impétigo bulloso: producción local de Staphylococcus aureus productor de toxina epidermolítica A, que también produce dermatitis exfoliativa estafilocócica.

Estreptococo  $\beta$ -hemolítico: grupo A y Staphylococcus aureus grupo A no son miembros del microbioma cutáneo humano. Pueden colonizar transitoriamente la piel y causar infecciones superficiales.

Demografía. Infecciones secundarias, a cualquier edad. Las infecciones primarias muy a menudo se presentan en los niños.

Puertas de entrada de la infección. Pequeñas soluciones de continuidad de la piel con más frecuencia. Las lesiones faciales suelen deberse a la colonización de las fosas nasales por Staphylococcus aureus. Dermatitis como la dermatitis atópica o la enfermedad de Hailey-Hailey. Heridas traumáticas. Ocurren infecciones bacterianas en otras infecciones cutáneas.



### Manifestaciones clínicas

Infecciones superficiales que a menudo son asintomáticas. El ectima puede ser doloroso e hipersensible. La mayor parte de las infecciones bacterianas superficiales de la piel no se pueden clasificar como “impétigo”. Erosiones con costras: Costras doradas amarillas suelen observarse en el impétigo pero difícilmente son patognomónicas; lesiones de 1 a >3 cm; cicatrización central a menudo evidente cuando las lesiones han estado presentes durante varias semanas.

Disposición: lesiones dispersas y delimitadas; sin tratamiento las lesiones pueden volverse confluentes; pueden ocurrir lesiones satélite por autoinoculación. Es frecuente la infección secundaria de diversas dermatosis.

Impétigo ampollar. Ampollas que contienen líquido claro amarillo o ligeramente turbio con un halo eritematoso, que se originan en piel de aspecto normal. Las lesiones ampollosas se descomprimen al romperse. Si se retira la parte superior de la ampolla se forma una erosión húmeda superficial. Distribución: por lo común es más frecuente en las zonas intertriginosas.

Ectima. Ulceración con una costra adherente y gruesa. Las lesiones pueden ser hipersensibles e induradas.

Diagnóstico: Cuadro clínico confirmado mediante cultivo: Staphylococcus aureus, con frecuencia; la ineficacia de antibiótico oral indica STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE. STAPHYLOCOCCUS AUREUS GRUPO A.

Diagnóstico diferencial: Impétigo: Excoriación, dermatitis alérgica por contacto, herpes simple, dermatofitosis epidérmica y escabiosis. Casi todas las erosiones con “costras de color de miel” no son impétigo.

Ampollas intactas: Dermatitis por contacto alérgicas agudas, picaduras de insectos, quemaduras térmicas y porfiria cutánea tardía (PCT, porphyria cutanea tarda) (dorsos de las manos).

Ectima. Excoriaciones, picaduras de insectos excoriadas, PCT, úlceras venosas (por estasis) e isquémicas (piernas).

Evolución: Las lesiones en el impétigo no tratado se extienden y se convierten en ectima. Con el tratamiento adecuado hay una resolución rápida. Las lesiones pueden avanzar a la piel más profunda y producir infecciones de tejidos blandos. Las complicaciones no purulentas de la infección por STAPHYLOCOCCUS AUREUS GRUPO A comprenden psoriasis en gotas, fiebre escarlatina y glomerulonefritis. El ectima puede resolverse dejando cicatrices. Las infecciones recidivantes por Staphylococcus aureus o STAPHYLOCOCCUS AUREUS GRUPO A pueden presentarse debido a la imposibilidad de erradicar el microorganismo patógeno o por la recolonización. La infección por STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE no diagnosticada no responde a los antibióticos orales habituales que se administran contra Staphylococcus aureus sensible a la meticilina. Las lesiones en el impétigo no tratado se extienden y se convierten en ectima. Con el tratamiento adecuado hay una resolución rápida. Las lesiones pueden avanzar a la piel más profunda y producir infecciones de tejidos blandos. Las complicaciones no purulentas de la infección por STAPHYLOCOCCUS AUREUS GRUPO A comprenden psoriasis en gotas, fiebre escarlatina y glomerulonefritis. El ectima puede resolverse dejando cicatrices. Las infecciones recidivantes por Staphylococcus aureus o STAPHYLOCOCCUS AUREUS GRUPO A pueden presentarse debido a la imposibilidad de erradicar el microorganismo patógeno o por la recolonización. La infección por STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE no diagnosticada no responde a los antibióticos orales habituales que se administran contra Staphylococcus aureus sensible a la meticilina.

## **ABSCESO**

Absceso: inflamación circunscrita aguda o crónica que se acompaña de acumulación de pus en un tejido. Respuesta inflamatoria a un proceso infeccioso o material extraño.

### Epidemiología y etiología

Staphylococcus aureus (STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILIN SUCEPTIBLE, STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE). Otros microorganismos. Mucho menos frecuentes. El absceso estéril puede ocurrir como una respuesta a cuerpo extraño (astilla, quiste de inclusión roto o zonas de inyección). La fístula odontógena cutánea puede aparecer en cualquier parte de la porción inferior de la cara, incluso en lugares distantes a su origen. La foliculitis, los furúnculos y el ántrax representan una continuidad de la intensidad de la infección por Staphylococcus aureus.

Puerta de entrada: orificio de un folículo piloso.

### Manifestaciones clínicas:

Puede originarse en cualquier órgano o tejido. Los abscesos que se presentan en la piel se originan en la dermis, el tejido adiposo subcutáneo, el tejido muscular o diversas estructuras más profundas. Al principio se forma un nódulo eritematoso hipersensible. Con el tiempo (días a semanas), se acumula pus en un espaciocentral. Un absceso bien formado se caracteriza por fluctuación de la porción central de la lesión.

Se forma en lugares con traumatismo. El quiste roto por inclusión en la espalda suele presentarse como un absceso doloroso. Cuando se origina en una foliculitis por Staphylococcus aureus puede ser solitario o múltiple.

Diagnóstico: Cuadro clínico confirmado por los resultados de la tinción de Gram y el cultivo.

Diagnóstico diferencial: Nódulo dérmico y subcutáneo doloroso. Quiste epidermoide o pilonidal roto, hidradenitis supurativa (axila, ingle y vulva).

Evolución: Casi todos los abscesos se resuelven con tratamiento eficaz. Si se retrasa el diagnóstico y el tratamiento, la furunculosis puede complicarse con infección de tejidos blandos, bacteriemia y diseminación hematógena en vísceras. Algunos individuos son susceptibles a la furunculosis recidivante, sobre todo los diabéticos.

## **DISEÑO METODOLÓGICO**

### **TIPO DE INVESTIGACIÓN.**

En la investigación se describen las enfermedades de la piel que afectan a la población menor de 5 años que asiste a las UCSF Taquillo, Chiltiupán y Tongolona; ya sea como la principal causa de consulta o como hallazgo secundario en los controles infantiles, de tal manera se trata de una investigación tipo descriptivo cualitativo en el que se utilizó los datos del registro diario de consulta y el expediente clínico de los pacientes; y de tipo transversal porque se analiza el fenómeno en un período de tiempo comprendido entre Marzo y Junio del año 2016.

### **PERÍODO DE INVESTIGACIÓN.**

Desde el mes de Marzo – Junio 2016.

### **UNIVERSO**

Población femenina y masculina de 1 día hasta 5 años de edad pertenecientes a las Unidades de Salud Comunitarias Intermedias de Chiltiupán y Taquillo; y la Unidad Comunitaria Básica de Tongolona.

### **MUESTRA**

Se incluye en este estudio todos los niños y niñas menores de 5 años que consultaron por enfermedades dermatológicas o como hallazgo secundario encontrado en los controles infantiles durante el período comprendido en la investigación, por lo que no se establece un número meta de muestra para poder así incluir todos los casos.

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

1. Pacientes menores de cinco años que consultó con lesiones dermatológicas en Unidades Comunitarias de Chiltiupán, Taquillo o Tongolona en el período de Marzo-Junio.
2. Pacientes menores de cinco años cuyos responsables autorizaron participe en el estudio de investigación.
3. Paciente con diagnóstico de enfermedad dermatológica, ya sea como motivo de consulta principal, secundario o/y al examen físico.

## VARIABLES

### **OBJETIVO ESPECIFICO N° 1 :**

Identificar las características clínicas de las enfermedades dermatológicas más frecuentes en niños menores de 5 años en Unidades de Salud Comunitaria Familiar de Taquillo, Chiltiupán y Tongolona en Marzo – Junio 2016.

- **Independiente:** Característica clínica
- **Dependiente:** Enfermedades dermatológicas

### **OBJETIVO ESPECIFICO N° 2:**

Identificar los principales factores de riesgo que influyen en la presencia de enfermedades dermatológicas en menores de 5 años en Unidades de Salud Comunitarias Familiares Taquillo, Chiltiupán y Tongolona en Marzo – Junio 2016.

- **Independiente:** Factores de riesgo
- **Dependiente:** Enfermedades dermatológicas

### **OBJETIVO ESPECIFICO N°3:**

Conocer las principales enfermedades dermatológicas según área geográfica de estudio en niños menores de 5 años en Unidades de Salud Comunitarias Familiares Taquillo, Chiltiupán y Tongolona en Marzo – Junio 2016.

- **Independiente:** Área geográfica
- **Dependiente:** Enfermedades dermatológicas

I. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

<b>OBJETIVO GENERAL:</b> Determinar las enfermedades dermatológicas en menores de 5 años en Unidades de Salud Comunitarias Familiares Taquillo, Chiltupán y Tongolona en Marzo – Junio 2016.							
<b>OBJETIVO ESPECIFICO N°1:</b> Correlacionar las principales enfermedades dermatológicas según área geográfica de estudio en niños menores de 5 años en Unidades de Salud Comunitarias Familiares Taquillo, Chiltupán y Tongolona en Marzo – Junio 2016.							
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	VALORES	FUENTE	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Cualitativa Área Geográfica:	Área Geográfica: Es una extensión de territorio que comparte las mismas características de suelo, clima, vegetación, fauna, etc. Que no tiene por qué coincidir con las divisiones políticas	Área Geográfica: Extensión territorial delimitada por la población de estudio	<ul style="list-style-type: none"> <li>Menores de 5 años de Taquillo, L.L</li> <li>Menores de 5 años de Chiltupán, L.L</li> <li>Menores de 5 años de Tongolona, S.M</li> </ul>	Cantidad de enfermedades dermatológicas diagnosticadas en menores de 5 años en Taquillo, Chiltupán y Tongolona	Fuente primaria: Base de datos SIMMOW	Revisión de base de datos	Registro diario de consultas
<b>OBJETIVO ESPECIFICO N°2:</b> 1. Identificar las características clínicas de las enfermedades dermatológicas más frecuentes en niños menores de 5 años en Unidades de Salud Comunitaria Familiar de Taquillo, Chiltupán y Tongolona en Marzo – Junio 2016.							
VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	VALORES	FUENTE	TECNICA	INSTRUMENTO
Independiente:	Característica clínica:	Característica clínica:		Frecuencia de los signos y	Fuente primaria	Entrevista	Expediente clínico

Característica clínica	Peculiaridad de un individuo u entidad que ayuda en el proceso indagatorio orientado al diagnóstico de una situación patológica.	Signos y síntomas presentados por pacientes con enfermedades dermatológicas durante el periodo y lugar delimitado.	Signos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiebre</li> <li>• Mácúla</li> <li>• Pápula</li> <li>• Vesícula-ampolla</li> <li>• Costras</li> <li>• Descamación</li> <li>• Absceso</li> <li>• Placa</li> <li>• Nódulo</li> </ul> Sintomas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prurito</li> <li>• Dolor</li> <li>• Ardor</li> </ul>	sintomas	Información brindada por personas entrevistadas.	Observación
Dependiente: Enfermedades dermatológicas	<b>Enfermedades Dermatológicas:</b> Alteración o desviación del estado fisiológico en la piel manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible.	<b>Enfermedad dermatológica:</b> Cambios de la fisiología en la piel manifestada por síntomas y signos característicos, en niños menores de 5 años.				
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO N° 3 :</b>						
2. Identificar las características clínicas de las enfermedades dermatológicas más frecuentes en niños menores de 5 años en Unidades de Salud Comunitaria Familiar de Taquillo, Chilipupán y Tongolona en Marzo – Junio 2016.						
<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>VALORES</b>	<b>FUENTE</b>	<b>TÉCNICA</b>
<b>Cualitativa:</b> Factores de Riesgo	<b>Factor de Riesgo:</b> es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	<b>Factor de Riesgo:</b> Toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud en la piel.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacinamiento</li> <li>• Falta de higiene</li> <li>• Agua No potable</li> <li>• Exposición solar</li> <li>• Clima Cálido</li> <li>• Pobreza</li> <li>• Desnutrición</li> </ul>	Cantidad de factores de riesgo identificados	Información brindada por personas entrevistadas.	Entrevista
					Fuente primaria	Expediente clínico



## **FUENTE DE INFORMACIÓN.**

- **Fuentes de información.**

**Primaria:** Datos brindados por padres o responsables de los niños menores de cinco años que habitan en Chiltiupán, Taquillo y Tongolona y que consultaron con por patología de la piel en las unidades comunitarias de su localidad.

**Secundaria:** Registros escritos procedentes del contacto con la práctica, que han sido recogidos y procesados; información citada de fuentes bibliográficas como libros, internet, revistas científicas, publicaciones y artículos.

## **TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.**

### **Técnicas y herramientas de la investigación.**

Las técnicas utilizadas para la investigación fueron la historia clínica completa, observación y base de datos del SIMMOW, ya que establece una relación con el sujeto de estudio, en este caso los padres o responsables de los niños menores de cinco años que habitan en Chiltiupán, Taquillo y Tongolona y que consultaron con patologías de la piel en las unidades comunitarias de su localidad.

### **Instrumentos o herramientas para la obtención de información.**

El instrumento utilizado fue el expediente clínico y el registro diario de consultas; ya que nos facilitó la obtención, cuantificación, análisis e interpretación de los datos de una forma eficaz, además en el expediente clínico se usó la hoja de evaluación de los lineamientos técnicos para la atención integral a niños y niñas menores de 5 años donde se evalúa anamnesis y examen físico, en el cual se identificó la lesión específica de cada patología dermatológica; estas a su vez se evidenciaron a través de fotografías tomadas a lesiones observadas en cada paciente, así como la evaluación de antecedentes personales.

Para la obtención verídica de los factores de riesgo, que más presentan los niños para presentar una enfermedad cutánea, se usó una tabla en la que se describen los principales factores de riesgo, la cual el médico que brindó la consulta preguntó a el responsable del menor, y se marcó la respuesta SI/NO según presencia de dicho factor. Ver Anexo 5.

### **HERRAMIENTAS PARA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN.**

La información directa se obtuvo a través de la observación y la entrevista. La observación es la herramienta ideal para nuestra investigación ya que permite identificar las lesiones características de cada enfermedad para realizar un adecuado diagnóstico. También sirvió de apoyo la entrevista realizada a los padres o responsables del paciente en el momento de la consulta, para obtención de datos como síntomas, tiempo, evolución de la enfermedad y posibles factores de riesgo. Además a través de la base de datos de SIMMOV se identificó algunas de las enfermedades dermatológicas según diferentes áreas geográficas de estudio. Posteriormente se revisó los expedientes clínicos de pacientes menores de cinco años que consultaron en el período de Marzo a Junio para realizar el procesamiento y análisis de la información obtenida.

### **PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN.**

Con el fin de un objetivo y adecuado análisis, se procesó los datos obtenidos del expediente clínico por medio de la tabulación manual por el método de Palotes, con el fin de resumir en tablas la información, según los objetivos específicos planteados en la investigación, así mismo se tabuló datos generales de la población que participó en la investigación como edad y sexo. Se presenta fotografías de pacientes con enfermedades dermatológicas más frecuentes en la investigación y su descripción técnica.

Los datos obtenidos del procesamiento del cuestionario se presentan en tablas a través del software Microsoft Office Excel 2010, con sus respectivos gráficos de pastel o de barra según lo amerite cada tabla presentada.

Se presentan los resultados agrupándolos según el objetivo específico al que dan respuesta.

## RESULTADOS

### Objetivo específico 1

1. Correlacionar las principales enfermedades dermatológicas según área geográfica de estudio en niños menores de 5 años en Unidades de Salud Comunitarias Familiares Taquillo, Chiltiupán y Tongolona en Marzo – Junio 2016.

Tabla No.1				
Principales enfermedades dermatológicas según área geográfica de estudio en niños menores de 5 años en Unidad de Salud Comunitaria Familiar Taquillo				
Rural				
N	Enfermedad dermatológica	Masculino	Femenino	T
1	Escabiosis	6	11	17
2	Impétigo costroso	4	4	8
3	Impétigo ampolloso	4	2	6
4	Moniliasis oral	1	4	5
5	Varicela	1	1	2
6	Abceso	1	1	2
7	Dermatitis atópica	2	0	2
8	Micosis cutanea	1	0	1
9	Intértrigo	0	1	1
10	Tinea corporis	0	1	1
T		20	25	45

Fuente: Registro Diario de Consulta desde 01/03/16-30/06/16, UCSFI Taquillo.

La principal causa de morbilidad dermatológica en niños menores de 5 años que asistieron a la unidad correspondiente fue Escabiosis predominando en el sexo femenino, seguido de Impétigo costroso.

Tabla No. 2						
Principales enfermedades dermatológicas según área geográfica de estudio en niños menores de 5 años en Unidad de Salud Comunitaria Familiar Chiltiupán						
N	Enfermedad Dermatologica	Urbana		Rural		T
		Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	
1	Dermatitis Atópica	1	1	2	4	8
2	Milliaria	0	3	1	2	6
3	Escabiosis	0	1	2	2	5
4	Impétigo costroso	0	1	1	3	5
5	Dermatitis del Pañal	0	1	2	2	5
6	Tinea Corporis	0	2	0	1	3
7	Impétigo Ampolloso	0	0	0	3	3
8	Moniliasis Oral	0	2	0	0	2
9	Dermatitis por Contacto	0	0	2	0	2
10	Tinea Cruris	0	0	1	0	1
T		1	11	11	17	40

Fuente: Registro Diario de Consulta desde 01/03/16-30/06/16, UCSFI Chiltiupán .

Con respecto al área urbana, la principal afección dermatológica detectada en la unidad de Chiltiupán fue Miliaria a predominio del sexo masculino. En el área rural se identificó como principal morbilidad dermatológica Dermatitis atópica con mayores casos en niños.

Tabla No.3				
Principales enfermedades dermatológicas según área geográfica de estudio en niños menores de 5 años en Unidad de Salud Comunitaria Familiar Tongolona				
Rural				
N	Enfermedad dermatológica	Masculino	Femenino	T
1	Escabiosis	6	3	9
2	Dermatitis por contacto	2	3	5
3	Prurigo por insectos	3	2	5
4	Impétigo costroso	1	2	3
5	Moniliasis	3	0	3
6	Abcesos	3	0	3
7	Tinea corporis	0	2	2

Fuente: Registro Diario de Consulta desde 01/03/16-30/06/16, UCSFB Tongolona.

En la unidad de Tongolona, se identificó que la principal enfermedad dermatológica detectada es la Escabiosis más frecuente en sexo masculino; seguido de Dermatitis de contacto.

## Objetivo específico 2

- Identificar las características clínicas de las enfermedades dermatológicas más frecuentes en niños menores de 5 años en Unidades de Salud Comunitarias Familiares Taquillo, Chiltiupán y Tongolona en Marzo – Junio 2016.

Tabla No. 1

Características clínicas de las enfermedades dermatológicas más frecuentes en niños menores de 5 años en Unidad de Salud Comunitaria Familiar Taquillo

N	Enfermedad dermatológica	Signos									Síntomas		
		Fiebre	Mácula	Pápula	Vesícula/ampolla	Costras	Descamación	Abceso	Placa	Nódulo	Dolor	Prurito	Ardor
1	Escabiosis	5	0	0	6	0	0	0	0	15	0	17	0
2	Impétigo costroso	4	0	0	1	8	0	0	5	0	0	8	1
3	Impétigo ampuloso	5	0	0	6	1	0	0	1	0	0	3	6
4	Moniliasis oral	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
5	Varicela	2	0	1	2	2	0	0	0	0	0	2	2
6	Abceso	2	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	2
7	Dermatitis atópica	0	2	2	0	0	2	0	0	0	0	2	0
8	Micosis cutánea	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0
9	Intértrigo	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1
10	Tinea corporis	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0
T		21	4	3	15	12	5	2	11	15	2	35	12

Fuente: Expedientes Clínicos, UCSFI Taquillo.

En los expedientes analizados se observa que en las manifestaciones clínicas; dentro de los signos fueron los nodulos, seguidos de vesículas y fiebre; y dentro de los síntomas; el principal síntoma por el cual se consulto fue prurito, para establecer el diagnóstico en la UCSF Taquillo.

Tabla No. 2

Características clínicas de las enfermedades dermatológicas más frecuentes en niños menores de 5 años en Unidad de Salud Comunitaria Familiar Chiltiupán

No	Enfermedad dermatológica	Signos									Síntomas		
		Fiebre	Macula/Eritema	Pápula	Vesícula/ampolla	Costras	Descamación	Abceso	Placa	Nódulo	Dolor	Prurito	Ardor
1	Dermatitis Atópica	0	3	6	2	0	0	0	0	0	0	8	0
2	Milliaria	0	0	6	0	3	0	0	0	0	0	6	0
3	Escabiosis	3	0	5	6	0	0	0	1	2	0	5	0
4	Impétigo costroso	2	0	0	0	5	0	0	3	0	0	5	0
5	Dermatitis del Pañal	1	5	0	0	0	0	0	0	0	2	4	5
6	Tinea Corporis	0	0	0	0	0	3	0	2	0	0	3	0
7	Impétigo Ampuloso	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1
8	Moniliasis	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
9	Dermatitis por contacto	0	2	2	0	0	2	0	0	0	0	2	0
10	Tinea Cruris	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0
T		8	11	19	9	8	6	0	10	2	2	35	6

Fuente: Expedientes Clínicos, UCSFI Chiltiupán..

Las características clínicas detectadas en pacientes que consultaron en UCSF Chiltiupan son papulas, seguido de eritema, como signos y prurito como síntoma principal, registrados en los expedientes clínicos.

Tabla No. 3													
Características clínicas de las enfermedades dermatológicas más frecuentes en niños menores de 5 años en Unidad de Salud Comunitaria Familiar Tongolona													
N	Enfermedad dermatológica	Signos								Síntomas			
		Fiebre	Mácula	Pápula	Vesícula/ampolla	Costras	Descamación	Abceso	Placa	Nódulo	Dolor	Prurito	Ardor
1	Escabiosis	2	0	5	1	0	7	0	0	6	0	9	5
2	Dermatitis por contacto	2	3	0	1	0	3	0	0	0	0	4	3
3	Prurigo por insectos	3	0	0	4	3	3	0	2	0	2	4	4
4	Impétigo	3	0	2	1	3	0	0	3	0	1	0	0
5	Moniliasis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	2
6	Abcesos	3	0	0	0	0	0	3	0	0	3	0	2
7	Tinea corporis	0	2	2	0	0	2	0	0	0	0	2	1
T		13	5	9	7	6	15	3	5	6	9	20	17

Fuente: Expedientes clínicos, UCSFB Tongolona.

En UCSF Tongolona, se registró en la mayoría de pacientes descamación como signo principal y prurito como síntoma seguido de ardor.

### Objetivo específico 3

3. Describir los principales factores de riesgo que influyen en la presencia de enfermedades dermatológicas en niños menores de 5 años en Unidades de Salud Comunitarias Familiares Taquillo, Chiltiupán y Tongolona en Marzo – Junio 2016.

Tabla No.1								
Principales factores de riesgo que influyen en la presencia de enfermedades dermatológicas en niños menores de 5 años en Unidad de Salud Comunitaria Taquillo								
N	Enfermedad dermatológica	Factores de riesgo						
		Hacinamiento	Falta de higiene	Agua no potable	Exposición solar	Clima caluroso	Pobreza	Desnutrición
1	Escabiosis	14	10	4	0	12	14	5
2	Impétigo costroso	6	3	2	0	7	6	1
3	Impétigo ampolloso	3	5	1	0	4	1	0
4	Moniliasis oral	1	5	1	0	0	1	1
5	Varicela	2	0	0	0	2	0	0
6	Abceso	0	2	0	0	2	2	1
7	Dermatitis atópica	0	0	0	2	2	0	0
8	Micosis cutanea	0	1	0	0	1	1	0
9	Intértrigo	1	1	0	0	1	0	0
10	Tinea corporis	1	1	0	1	1	0	0
		28	28	8	3	32	25	8

Fuente: Tabla de Factores de Riesgo de enfermedades Dermatológicas, Anexo 5.

En UCSF Taquillo, con respecto a los principales factores de riesgo detectados, se determino que el mas influyente es el clima caluroso, seguido de hacinamiento y falta de higiene los cuales son factores modificables.

Tabla No. 2								
Principales factores de riesgo que influyen en la presencia de enfermedades dermatológicas en niños menores de 5 años en Unidad de Salud Comunitaria Familiar Chiltiupán								
N	Enfermedad dermatológica	Factores de riesgo						
		Hacinamiento	Falta de higiene	Agua no potable	Exposición solar	Clima caluroso	Pobreza	Desnutrición
1	Dermatitis Atópica	0	3	0	4	4	0	1
2	Milliaria	3	2	2	0	5	3	0
3	Escabiosis	4	4	2	3	3	4	2
4	Impétigo costroso	3	4	1	1	4	3	0
5	Dermatitis del Pañal	2	2	0	0	5	2	0
6	Tinea Corporis	1	2	0	0	1	1	0
7	Impétigo Ampolloso	1	1	0	0	1	0	0
8	Moniliasis	1	1	1	2	1	1	0
9	Dermatitis por Contacto	1	1	0	0	2	0	0
10	Tinea Cruris	1	1	1	0	1	1	1
		17	21	7	10	27	15	4

Fuente: Tabla de Factores de Riesgo de enfermedades Dermatológicas, Anexo 5.

En UCSFI Chiltiupan, el factor de riesgo mas influyente para la presencia de enfermedades dermatologicas fue clima caluroso, seguido de falta de higine y hacinamiento.



Tabla No.3								
Principales factores de riesgo que influyen en la presencia de enfermedades dermatológicas en niños menores de 5 años en Unidad de Salud Comunitaria Familiar Tongolona								
N	Enfermedad dermatológica	Factores de riesgo						Desnutrición
		Hacinamiento	Falta de higiene	Agua no potable	Exposición solar	Clima caluroso	Pobreza	
1	Escabiosis	8	7	1	4	9	9	0
2	Dermatitis por contacto	5	2	0	3	5	5	0
3	Prurigo por insectos	3	3	1	3	4	3	0
4	Impétigo	3	2	0	2	3	3	0
5	Moniliasis	3	2	2	2	3	2	0
6	Abcesos	3	3	0	3	3	3	0
7	Tinea corporis	2	2	1	2	2	2	0
		26	19	5	19	29	27	8

Fuente: Tabla de Factores de Riesgo de enfermedades Dermatológicas, Anexo 5.

El factor de riesgo mas influyente en UCSF Tongolona para la presencia de enfermedades dermatologicas fue clima caluroso, seguido por pobreza y hacinamiento.

## **DISCUSIÓN.**

En la presente tesis se investigó las enfermedades más frecuentes en los niños menores de 5 años que consultaron a las unidades correspondientes en el periodo establecido, para lo cual también se dividieron los resultados por unidad y en general.

De acuerdo con los resultados encontrados en esta investigación se puede decir que existe una correlación entre los datos obtenidos de las 3 Unidades. Así La UCSFB Chiltiupán tratándose de la única unidad con dos áreas: rural y urbana; siendo la Dermatitis atópica más frecuente en el área Rural y Miliaria en el área Urbana. Dentro de las características clínicas detectadas durante la consulta y basándose en los expedientes clínicos seleccionados según los criterios establecidos, en Chiltiupán el síntoma más frecuente es el prurito. El signo más evidenciado en los casos estudiados es la lesión primaria conocida como pápula.

Con respecto al sexo la tendencia es más alta en masculinos con un porcentaje de 70 %. Sin embargo en las Unidades de Taquillo y Tongolona la escabiosis es la principal afección dermatológica detectada que predomina en sexo femenino con un porcentaje de 65% en UCSF Taquillo y 60% a predominio masculino en la UCSFB Tongolona. Con respecto al síntoma el prurito sigue siendo el más frecuente en las enfermedades dermatológicas estudiadas. El signo identificado más frecuentemente en los pacientes de Taquillo es fiebre y descamación en Tongolona.

Los factores de riesgo que se incluyeron en la investigación, algunos de ellos modificables y otros no, se destacan como principal el clima caluroso en las tres unidades seguido por el factor modificable que es falta de higiene y cuidados en los niños. Aunque hay que destacar la pobreza como un factor importante en la Unidad de Tongolona y con menos frecuencia en el resto.

Los resultados difieren con los datos obtenidos del Sistema de Morbi-mortalidad en la Web (SIMMOW) del año 2015 en donde se evidenció que las micosis y tineas en las unidades de Chiltiupán y Taquillo. En la unidad de Tongolona sin embargo la

principal causa de consulta con énfasis a piel fue Miliaria y durante el período del estudio se evidencia más frecuencia de Escabiosis. Aunque un corto período de la investigación no determina tanto la incidencia como prevalencia de las enfermedades dermatológicas en los territorios correspondientes, si aporta información valiosa que estas pueden variar dependiendo del tiempo, factores de riesgo y detección de las principales manifestaciones clínicas.

## CONCLUSIONES

- Se estudiaron un total 115 pacientes. Divididos en 40 pacientes correspondientes a UCSF Chiltiupán, 45 a UCSF Taquillo y 30 de UCSFB Tongolona. Dentro del total de enfermedades dermatológicas detectadas Escabiosis se encuentra en primer lugar con el 26%, seguida de impétigo costroso con 14 % y en tercer lugar con 8% e igual porcentaje dermatitis atópica y moniliasis.
- La tendencia de enfermedades dermatológicas en menores de 5 años por sexo es masculinos 57.3% y femenino 42.6%.
- Con respecto a las características clínicas, el síntoma principal en las 3 unidades es el prurito. Los signos clínicos varían; en Chiltiupán es la lesión primaria conocida como pápula, en Taquillo la fiebre y en Tongolona la descamación son las más frecuentes.
- Dentro de los factores de riesgo identificados, las 3 unidades tienen como el principal factor el clima caluroso, seguido de falta de higiene y hacinamiento.

## RECOMENDACIONES

- Fomentar la producción de material didáctico educativo e incentivar la educación continua para estudiantes de medicina de servicio social y personal de salud que brinde consulta a pacientes; para mejorar la identificación de manifestaciones clínicas principales, diagnóstico adecuado y oportuno de las enfermedades dermatológicas más comunes.
- Reforzar la educación a los tutores/padres de los pacientes sobre mejora de los factores de riesgo modificables, como la falta de higiene, al realizar charlas y talleres sobre la prevención y cuidados que se requieren para prevenir las enfermedades dermatológicas.
- Reproducir el atlas de las imágenes con las enfermedades dermatológicas más frecuentes, para facilitar la identificación de sus manifestaciones clínicas y su diagnóstico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Daniel P. Krowchuk, Anthony J. Mancini. Dermatología pediátrica, guía de consulta rápida, Editorial Ars Medica Lexus, 2010, única edición, Culiacán, Sinaloa, México
2. Klaus Wolf, Richard A. Johnson, Arturo P. Saavedra. Atlas de dermatología clínica, Fitzpatrick En: McGraw Hill Interamericana Editores. 7 ed. Mexico, D.F; 2014. p. 28-27, p. 525-533, p. 594-596, p. 601-604, p. 704-705, p. 710-714.
3. Ministerio de Salud. Sistema de Información de Morbi-mortalidad en la Web, SIMMOW, [citado de consulta hecha el 09 mayo de 2016] 2016, Ministerio de Salud, El Salvador. Disponible en: [www.siiis.salud.gob.sv](http://www.siiis.salud.gob.sv)
4. Ministerio de Salud El Salvador. Viciministerio de Servicios de Salud. “Lineamientos técnicos para la atención integral de niños y niñas menores de 5 años” 2014, San Salvador 2016, Hoja de atención integral de 8 días a 2 meses, Anexo 10, Hoja subsecuente de atención integral a la niña – niño de 2 meses a menor de 5 años, Anexo 11.
5. Mosby’s Pocket dictionary, 6 ed. St. Louis, Missouri: Elsevier Inc. editorial; 2010. Characteristics. P 254; Dermatology; p. 383.
6. Ricardo Galimberti, Adrián Martín Pierini, Andrea Bettina Cervini, Historia de la Dermatología Latinoamericana, En. Privat Éditions, Toulouse, Francia, Abril, 2007. p. 221- 226
7. Roberto Arenas. Atlas dermatología, diagnóstico y tratamiento. En: McGraw Hill Interamericana Editores. 3 ed. México, D.F; 2005. p. 7-10, p 40-48, p.

76-80, p. 91-93, p. 304-307, p. 376-386, p. 447-451, p. 468-471.

8. Sidney Hurwitz, M. D. Clinical Pediatric Dermatology En: W.B Saunders Company editorial, 1ra Edición, Philadelphia, PA; 1981, p39-52, p. 215-216, p.287-289,

## ANEXOS

### ANEXO 1

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
DOCTORADO EN MEDICINA



Fecha: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_, padre/responsable o cuidador del paciente \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de edad.

Certifico que he sido informado(a) con la claridad y veracidad de la investigación a la que se me ha invitado a participar; que actúo libre y voluntariamente como colaborador, contribuyendo a éste procedimiento de forma activa. Soy conocedor que no me harán devolución escrita y que no se trata de una intervención que divulgue información que pueda poner en riesgo al paciente.

Que se respetara la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mí suministrada.

Por lo tanto autorizo la toma de imagenes graficas e información que pudiera brindar en esta consulta.

F. o Huella Dactilar. \_\_\_\_\_ F. \_\_\_\_\_  
Persona responsable                      Medico en servicio social



## ANEXO 2

Ministerio de Salud  
Viceministerio de Servicios de Salud



### HOJA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE 8 DÍAS A 2 MESES INSCRIPCIÓN O CONTROL SUBSECUENTE

IDENTIFICACION									
NOMBRE:					REGISTRO:		ESTABLECIMIENTO:		
FECHA:	HORA:	<input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm	EDAD:		SEXO: Fem <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/>	INSCRIPCIÓN <input type="checkbox"/> CONTROL SUBSECUENTE: <input type="checkbox"/>		MORBILIDAD <input type="checkbox"/>	
PARTO ATENDIDO EN: Hospital <input type="checkbox"/> UCSF <input type="checkbox"/> Domiciliar <input type="checkbox"/>			PARTO ATENDIDO POR: Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Partera <input type="checkbox"/> Promotor de Salud <input type="checkbox"/> Otra persona <input type="checkbox"/> ¿Quién? _____						
SIGNOS VITALES Y SOMATOMETRIA									
FC:	FR:	TA:	T°:	Peso:	Talla:	PC:			
CONSULTA POR:									
ANTECEDENTES PERINATALES									
Edad de la madre:		Fórmula OB: G P P A V		USG OB: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Control prenatal: completo <input type="checkbox"/> incompleto <input type="checkbox"/> sin CPN <input type="checkbox"/> Lugar: _____			
Enfermedad o medicamentos en embarazo:									
• RPM < 18 hrs. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		• RPM > 18 hrs. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		• IVU reciente (2 sem. Pre parto): SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		• Contaminado con heces mat. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		• NOSABE <input type="checkbox"/>	
Enf. infecciosa materna SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Fiebre Materna (> de 38°) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Parto prolongado SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Presentación: Podálico <input type="checkbox"/> Cefálico <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>		Vía del parto: Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/>	
								Presencia de meconio: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
								Embarazo Pretérmino <input type="checkbox"/> Término <input type="checkbox"/>	
								Embarazo múltiple <input type="checkbox"/> único <input type="checkbox"/>	
Fecha y hora de Nacimiento: _____		Lugar de Nacimiento: _____		Peso Nac: _____		Talla Nac: _____		EG Nac: _____ PC Nac: _____	
Reanimación Al Nacer: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		APGAR: 1 <sup>er</sup> min: _____ 5 min: _____		Corto cordón con: _____		Ligó cordón con: _____		BCG al nac: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
CLASIFICACIÓN POR PESO Y EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO: <small>Aplica exclusivamente a neonatos menores de 48 horas</small>					EDAD GESTACIONAL POR BALLARD <small>Semanas</small>				
PESO:		Prematuro con riesgo:			Bajo peso al nacer			PREMATURO DE RIESGO	
Menor de 2000 grms. <input type="checkbox"/>		Menor o igual a 34 sem. <input type="checkbox"/>			Con riesgo			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
2000 – 2500 grms. <input type="checkbox"/>		35–36 sem Con signos de peligro <input type="checkbox"/>			Sin riesgo			BAJO PESO DE RIESGO	
Mayor 2500 grms. <input type="checkbox"/>		Prematuro sin riesgo:			• RN < 2000 grms. <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
		35–36 sem sin signos de peligro <input type="checkbox"/>			• RN 2000 – 2500 grms. <input type="checkbox"/>				
					con signos de peligro <input type="checkbox"/>			sin signos de peligro <input type="checkbox"/>	
VERIFICAR SI HAY UNO O MÁS SIGNOS DE ENFERMEDAD MUY GRAVE: <small>(Con un sólo signo positivo, clasifica como enfermedad muy grave)</small>									
		SI		NO		SI		NO	
Ruptura de membranas mayor de 18 horas de evolución						Frecuencia respiratoria menor de 40 ó mayor de 60 por minuto			
Niño(a) contaminado con heces maternas						Abombamiento de fontanela			
Madre con fiebre de 38° C ó más durante el trabajo de parto						Tiraje subcostal grave			
Letárgico, inconsciente o hipotónico						Aleteo nasal			
Madre con enfermedad infecciosa ó infección de viñas urinarias 2 semanas previas al parto						Apnea			
Hipoactivo						Quejido, estridor ó siblancias			
Movimientos anormales ó convulsiones						Cianosis central			
Irritable, llanto inconsolable						Temp. axilar menor 36.0 ó mayor 37.5 °C			
"Se ve mal"						Palidez			
Mama mal ó no puede mamar						Llenado capilar mayor de 3 segundos			
								Manifestaciones de sangrado, equimosis y/o petequias	
								Peso menor de 2000 gramos	
								Edad gestacional menor de 34 semanas	
								Vomita todo	
								Secreción purulenta de ombligo con eritema que	
								Distensión abdominal	
								Supuración abundante de ojos u oídos	
								Pústulas o vesículas en la piel (Muchas ó extensas)	
								Ictericia de alto riesgo	
								Anomalías congénitas mayores que ponen en peligro inmediato la vida	
VERIFICAR SIGNOS DE INFECCIÓN LOCAL: <small>(Con sólo uno de los siguientes signos positivo, clasifica como infección local)</small>									
		SI		NO		SI		NO	
Secreción purulenta conjuntival						Pústulas en la piel (pocas ó localizadas)			
Ombligo eritematoso ó con secreción purulenta sin extenderse a la piel						Placas blanquecinas en la boca			
¿TIENE EL NIÑO DIARREA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>									
¿Cuánto tiempo hace?		Sangre en las heces SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		No. De evacuaciones líquidas en las últimas 24 hrs		Vómitos SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		No. de Vómitos en las últimas 24hrs:	
¿ESTA EL NIÑO DESHIDRATADO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>									
Verificar Signos de peligro de la Deshidratación					Signo de pliegue cutáneo				
Letárgico ó inconsciente SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Inquieto ó irritable SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Bebe mal ó no puede beber (ofrecerle líquidos) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Bebe ávidamente con sed SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Ojos hundidos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
								Desaparece muy lentamente (+ 2 seg) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
								Desaparece lentamente (menos de 2 seg.) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

PRESENTA EL RECIÉN NACIDO ICTERICIA?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI	NO	Zona 1 Zona 2 Zona 3 Zona 4 Zona 5		 Ictericia de alto riesgo
Inicio en las primeras 24 horas de vida			Hipertonía, hipotonía o hipoactividad, no succiona.					
Madre Rh negativa			Llanto agudo y monótono					
Ingestión por la madre de alguno de los medicamentos mencionados			Céfalohematomas					
Zona 3 o más de la clasificación de Kramer			Madre grupo "O" con recién nacido con diferente grupo (A-B-AB)					
<b>EVALUAR POR ICTERICIA DE BAJO RIESGO</b>								
Inicio después de 36 horas de vida	SI	NO		SI	NO	Ictericia de Bajo riesgo		Control en dos días
Ningún signo neurológico			Zonas 1 ó 2 de la clasificación de Kramer			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
<b>EVALUAR ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO: ¿Se alimenta al pecho? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></b>								
Tiene mala succión	SI	NO		SI	NO	Problemas de alimentación SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Dar recomendaciones a la madre		
Tiene mal agarre			Se alimenta al pecho menos de 10 veces en 24 horas					
Tiene mala posición			Recibe otros alimentos o líquidos					
<b>EVALUAR LA SALUD BUCAL DEL RECIÉN NACIDO</b>								
Tiene problema con el agarre o la succión	SI	NO		SI	NO			
Tiene movimientos limitados de la lengua			Al nacer presento alguna pieza dental					
			Ha presentado alguna pieza dental después de que nació					
<b>APARIENCIA GENERAL:</b> Alerta <input type="checkbox"/> Buena Apariencia Gral. <input type="checkbox"/> Poco reactivo al estímulo <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Edemas: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Mucosas Húmedas <input type="checkbox"/> Mucosas Secas <input type="checkbox"/>								
COLOR: Rosado <input type="checkbox"/> Acrocianótico <input type="checkbox"/> Cianótico <input type="checkbox"/> Pálido <input type="checkbox"/> Marmóreo <input type="checkbox"/> otro:								
<b>OTROS HALLAZGOS AL EXAMEN FISICO:</b>								
CABEZA Y CUELLO:								
TÓRAX Y PULMONAR:								
CARDÍACO:								
ABDOMEN:								
GENITALES:								
MÚSCULO ESQUELÉTICO:								
CADERAS: ORTOLANI (+) <input type="checkbox"/> (-) <input type="checkbox"/> , BARLOW (+) <input type="checkbox"/> (-) <input type="checkbox"/>								
PIEL Y ANEXOS:								
NEUROLÓGICO (REFLEJOS PRIMITIVOS, ROT, CONCIENCIA):								
MALFORMACIONES CONGÉNITAS:								
<b>CLASIFICACION:</b>						<b>REFERENCIA</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
<b>DIAGNOSTICO CLINICO:</b>						DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: (Una vez en el año)		
<b>TRATAMIENTO:</b> Escribir el nombre genérico del medicamento y dosis						RECOMENDACIONES / CONSEJERIA / EDUCACION:		
RIESGO SOCIAL: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En Caso afirmativo especifique cuál o cuáles								
FECHA PROXIMA CITA _____ CONTROL _____						SELLO Y FIRMA DEL RESPONSABLE:		

## ANEXO 3

Ministerio de Salud  
Viceministerio de Servicios de Salud



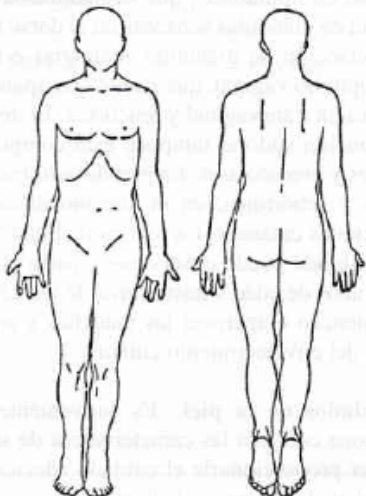
### HOJA SUBSECUENTE DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA NIÑA – NIÑO DE 2 MESES A MENORES DE 5 AÑOS

Nombre:		No. de Expediente:	
Fecha consulta	HORA: <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm	Fecha de Nacimiento	Edad Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
MOTIVO DE CONSULTA:			
<b>SIGNOS VITALES Y SOMATOMETRIA</b>			
FR:	FR:	TA:	Peso:
T°:	Longitud / Talla:	PC:	
<b>VERIFICAR SIGNOS DE PELIGRO</b>			
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
• No puede beber o tomar el pecho • Convulsiones		• Letárgico o Inconsciente • Vomita todo	
¿INFECCION LOCAL? Ombiligo eritematoso o con secreción purulenta sin extenderse a la piel <input type="checkbox"/> Pústulas en la piel (pocas o localizadas) <input type="checkbox"/>		Placas blanquecinas en la boca <input type="checkbox"/> Secreción Purulenta Conjuntival <input type="checkbox"/>	
<b>¿TIENE EL NIÑO(A) TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR?</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
¿Cuánto tiempo hace?	VERIFICAR: N° de respiración por min.	Respiración rápida Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tiraje subcostal Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			Estridor en reposo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			Sibilancias Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>¿TIENE EL NIÑO DIARREA?</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
¿Cuánto tiempo hace?	Sangre en las heces Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	No. De evacuaciones líquidas en las últimas 24 hrs.	Vómitos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			No. de Vómitos en las últimas 24hrs.
<b>¿ESTA EL NIÑO DESHIDRATADO?</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
<b>Verificar Signos de peligro de la Deshidratación:</b>		<b>Signo de pliegue cutáneo</b>	
Letárgico o inconsciente Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Inquieto o irritable Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Debe mal o no puede beber (obscurece líquidos) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Debe ávidamente con sed Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Ojos hundidos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Desaparece muy lentamente (más de 2 seg.) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			Desaparece lentamente (menos de 2 seg.) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>¿TIENE EL NIÑO FIEBRE? (Determinada al interrogatorio, al tacto o temperatura de 38.5° C ó más)</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
¿Cuánto tiempo hace?	Más de 7 días Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Todos los días Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Rigidez de nuca Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			Área hiperendémica de paludismo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			Área hiperendémica de dengue Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Verificar Signos de peligro de Dengue Hemorrágico</b>		<b>Verificar Signos de Dengue Clásico</b>	
Dolor Abdominal intenso o sostenido Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Cianosis o palidez Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Cambios en el estado mental: Agitación o somnolencia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Vómitos persistentes Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Cambios de fiebre a hipotermia con sudoración profusa Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Edema (+) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Sangrado Espontáneo de mucosas Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Co morbilidades Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>Verificar Signos de Sarampión</b>		<b>Malestar General y dolor</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Erupción cutánea generalizada máculo papular, no vesicular Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Tos, coriza u ojos enrojecidos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		Prueba de Lazo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>¿TIENE EL NIÑO(A) PROBLEMA DE OIDO?</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <span style="float: right;">(Para mayores de 2 meses)</span>			
Tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Supuración visible del oído menos de 14 días Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Membrana timpánica hiperémica Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Más de 14 días Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		Dolor de oído Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>¿TIENE EL NIÑO(A) PROBLEMA DE GARGANTA?</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <span style="float: right;">(Para mayores de 2 meses)</span>			
Ganglios linfáticos del cuello crecidos y dolorosos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Exudado blanco en la garganta Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		Garganta eritematosa Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		Dolor de garganta sin ganglios linfáticos del cuello crecidos y dolorosos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>EVALUAR LA ALIMENTACION DE ACUERDO A LA EDAD: Toma pecho Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></b>			
¿Cuántas veces al día?	¿Ingiere otra alimentación? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	• Durante esta enfermedad hubo algún cambio en la alimentación del niño(a) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> • ¿Desde cuándo? _____ horas _____ días.	
¿Tiene buena posición Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo ¿Cuántas veces al día?		
¿Tiene buen agarre Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuáles alimentos o líquidos: _____		
	¿Toma pecho? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
<b>ESTA EL NIÑO O NIÑA EN CONTROL ODONTOLÓGICO: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es no, evaluar los siguientes signos:</b>			
Dolor dental intenso y permanente al calor o al frío, al masticar o espontáneo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Vesículas o úlceras dolorosas en tejidos blandos (labios, encías, carrillos, lengua) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Absceso en la mucosa cercana al diente Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Diente desalzado del alveolo dental Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Pieza dental destruida sin dolor Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Dientes sin caries pero con placa blanquecina adherida a la pieza dental (placa bacteriana). Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Presencia fistula intra o extra oral Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Mal aliento Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Encía inflamada, con hematoma y dolor Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Pieza dental con mancha o descalcificación y cavitación Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
<b>VERIFICAR SI TIENE ANEMIA</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		<b>VERIFICAR SI PRESENTA MALNUTRICION</b>	
Palidez Palmar Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Desnutrición: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Obesidad Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<b>VERIFICAR LA TENDENCIA DE CRECIMIENTO</b>
Hemoglobina _____ mg	Desnutrición severa: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sobrepeso Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Adecuado <input type="checkbox"/> Inadecuado <input type="checkbox"/>
	Marasmo <input type="checkbox"/> o Kwashiorkor <input type="checkbox"/>		

EVALUAR EL DESARROLLO DE LA NIÑA – NIÑO: ADECUADO <input type="checkbox"/> RIESGO <input type="checkbox"/>		SI EXISTE RIESGO, CUAL:
VERIFICAR SI EL NIÑO(A) HA RECIBIDO MICRONUTRIENTES Y ANTIPARASITARIOS: (Revise el carné de la madre o el expediente) <b>(Para mayores de 2 meses)</b>		
Vitamina A <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Hierro <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Fecha de última dosis: _____	Fecha de última dosis: _____	
Zinc <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Mebendazol/albendazole <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Fecha de última dosis: _____	Fecha de última dosis: _____	
OTROS HALLAZGOS A LA HISTORIA CLINICA:		
<b>EXAMEN FISICO</b>		
<b>REVISION y DESCRIPCION POR ORGANOS Y SISTEMAS</b>		
CABEZA Y CUELLO :		
TÓRAX Y PULMONAR:		
CARDÍACO :		
ABDOMEN :		
GÉNTALES :		
MÚSCULO ESQUELÉTICO :		
PIEL Y ANEXOS :		
NEUROLÓGICO ( ROT, CONCIENCIA) :		
VERIFICAR ESQUEMA DE YACUNACION. ¿Está completo para su edad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
VERIFICAR SI LA NIÑA - NIÑO HA SIDO O SUFRE MALTRATO Y/O VIOLENCIA SEXUAL? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI LA RESPUESTA ES SI , QUE TIPO DE MALTRATO:	
VERIFICAR SI SE CUMPLEN LOS DERECHOS DE LA NIÑA – NIÑO? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI LA RESPUESTA ES NO, CUAL DERECHO NO SE LE CUMPLE:	
CLASIFICACION:	REFERENCIA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
DIAGNOSTICO CLINICO:	DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: (Una vez en el año)	
TRATAMIENTO: Escribir nombre GENERICO del medicamento y dosis	RIESGO SOCIAL: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (En caso afirmativo especifique cuál o cuáles):	
	RECOMENDACIONES:	
FECHA PROXIMA CITA: _____	FECHA PROXIMO CONTROL: _____	SELLO Y FIRMA DEL RESPONSABLE:
<b>NOTA: Si la consulta del niño(a) es por inscripción en el Programa de Atención Infantil, aunque presente morbilidad no olvidar llenar las Graficas de Crecimiento y la hoja Escala Simplificada de desarrollo / Agosto 2013</b>		

## ANEXO 4

**Esquema I-4. Historia clínica dermatológica**

<p><b>Ficha de identificación</b></p> <p>Nombre          Núm. de expediente          Edad          Sexo          Estado civil          Ocupación          Lugar de origen          Residencia          Domicilio          Fecha          Nombre del médico</p>	
<p><b>Estudio dermatológico</b></p> <p>Topografía</p> <p>Morfología</p> <p>Evolución</p> <p>Síntomas</p> <p>Resto de la piel y anexos</p> <p>Otros datos</p> <p>Enviado por</p> <p>Clase social</p> <p>Motivo de la consulta</p> <p>Diagnóstico dermatológico presuntivo</p> <p>Exámenes complementarios</p> <p>Diagnóstico dermatológico definitivo</p> <p>Tratamiento</p> <p>Evolución posterior</p>	<p>Localizada, diseminada o generalizada; segmento afectado; predominio en: segmentos, regiones expuestas o cubiertas, caras externas o internas de extremidades; simetría o asimetría; localizaciones especiales; si es generalizada señalar áreas respetadas.</p> <p>Aspectos monomorfo o polimorfo; enumeración de las lesiones elementales; descripción de las mismas: número, tamaño, forma, modo de agrupación, color, límites o bordes, estado de la superficie, aspecto y, si es posible, comparar con una referencia conocida.</p> <p>Aguda, subaguda o crónica; por ejemplo, la de una roncha es de horas; de una pápula, de días, y los nódulos y la liquenificación son crónicos.</p> <p>Presencia o no de prurito; las costras hemáticas y la liquenificación indican este último.</p> <p>Piel cabelluda y pelo; cejas; pestañas; uñas; mucosas ocular, nasal, bucal, vaginal y anorrectal; ganglios, sobre todo regionales; en algunas enfermedades (p. ej., lepra) deben examinarse troncos nerviosos, sensibilidad al dolor, a la temperatura y alteraciones tróficas en piel, músculos y huesos. Otra información: fecha y modo de inicio, causa aparente, evolución, síntomas; tratamiento, con hincapié en remedios caseros y nombres de medicamentos; dermatosis anteriores y otros padecimientos relacionados; presencia de familiares afectados y preguntas especiales según el caso.</p> <p>Comprobación de enfermedades y resultados de laboratorio previos, circunstancias importantes.</p> <p>Una institución, otro médico, un paciente o un familiar.</p> <p>Alta, media o baja.</p> <p>Prurito, dolor, inconformidad estética, minusvalidez, obtención de certificado de salud, otras.</p> <p>Sintomático, sindromático, nosológico.</p> <p>Laboratorio y gabinete, estudio micológico, biopsia y otros.</p> <p>Integral si es posible.</p> <p>Explicaciones e indicaciones precisas.</p>

Roberto Arenas. Atlas dermatología, diagnóstico y tratamiento. En: McGraw Hill Interamericana Editores. 3 ed. México, D.F; 2005. Capítulo 1,p.8.

## ANEXO 5

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
DOCTORADO EN MEDICINA



### FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES DERMATOLOGICAS

Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Responsable: \_\_\_\_\_ Nivel Educativo: \_\_\_\_\_

Tabla de Factores de Riesgo de Enfermedades Dermatologicas, llenada por Médico que brinda la consulta, a través de la anámnesis realizada a persona responsable de paciente.

FACTOR DE RIESGO	SI	NO
Hacinamiento		
Hábitos Higiénicos Inadecuados		
Agua No Potable		
Clima Caluroso		
Pobreza		
Desnutrición		

**ANEXO 6**  
**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**  
**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA CENTRAL**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA**  
**CARRERA DOCTORADO EN MEDICINA**



**ATLAS DE ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS EN MENORES DE 5  
AÑOS EN UNIDADES DE SALUD COMUNITARIAS FAMILIARES  
TAQUILLO, CHILTIUPÁN, TONGOLONA, MARZO – JUNIO 2016.**

**PRESENTADO POR:**

**HAYDEE YURIDIA YANETH PÉREZ MOLINA.**

**TANIA MARCELA PLATERO PORTILLO.**

**ROSANNA IVETE PENADO VELÁSQUEZ.**

**ASESORES.**

**METODOLÓGICO : DR. MARIO ALBERTO MONTES GUTIERREZ.**

**TEMÁTICO : DR. FRANCISCO ZÚNIGA VELIS.**

**SAN SALVADOR, 2 DE SEPTIEMBRE 2016.**

## DERMATITIS ATÓPICA



Fig. 1-1 Dermatitis atópica

Placas eritematosas mal definidas, pápulas y placas con o sin descamación. Edema con afección amplia; la piel tiene un aspecto “esponjoso” y edematoso.





Fig. 1-2 Dermatitis atópica infantil.

Paciente femenina de 1 año que presenta erupción generalizada consistente de pápulas confluentes, inflamatorias que más tarde presentan erosión, excoriaciones y formación de costras.

## MILIARIA



Fig. 2 Miliaria rubra

Paciente masculino de 19 días con pequeñas pápulas eritematosas y vesículas claras de 1-2 mm, superficiales e inflamatorias que se rompen con facilidad. La vesícula se forma en el estrato córneo.

Suelen localizarse en los pliegues cutáneos y en las áreas cubiertas por la ropa. Es secundaria a una obstrucción intraepidérmica de la secreción glandular.

## MICOSIS SUPERFICIALES

- CANDIDIASIS ORAL O MONILIASIS



Fig. 3 Moniliasis oral.

Paciente de 2 meses con lesiones en la boca, enrojecimiento y placas mucosas blanquecinas, lo que se conoce comúnmente como muguet o algodoncillo. Las lesiones afectan una sola región: lengua (glositis).

- **DERMATITIS DEL PAÑAL**



Fif. 3-2

Eritema, edema con lesiones papulosas y pustulosas con erosiones confluentes, descamación marginal en la zona cubierta por un pañal en un paciente de 2 meses

## PARASITOSIS CUTÁNEA

- ESCABIOSIS



Fig. 4-1 Escabiosis

El prurito es intenso, generalizado y casi nunca afecta la cabeza y el cuello. El exantema fluctúa desde ninguno hasta la eritrodermia generalizada





Fig. 4-2 Escabiosis

Paciente lactante de 8 meses con pápulas edematosas urticariales pequeñas y difusas principalmente en los glúteos.



Fig. 4-3 Nodulos escabioticos

Pápulas y nódulos de color pardo rojo en el pene y el escroto; estas lesiones son patognomónicas de la escabiosis, que se presenta en las zonas de infestación en algunos individuos.



Fig. 4-4 Escabiosis

Pápulas y surcos con ubicación característica en la región axilar. Los surcos son rebordes bronceados o del color de la piel, cuya configuración es lineal y con una vesícula diminuta o pápula en el extremo del surco; suelen ser difíciles de definir. Se resuelven con la hiperpigmentación posinflamatoria. Puede ser más evidente después del tratamiento, a medida que se resuelve la erupción eccematosa.





Fig. 4-5 Escabiosis

Paciente femenina de 1 año con nódulos de 5 a 20 mm de diámetro, decolor rojo, rosado, bronceado o pardo, lisas observan surcos en la superficie de una lesión muy temprana.

## IMPETIGO



Fig. 5-1 Impétigo

Paciente femenina de 4 años con historia de aproximadamente 2 semanas de inicio de costras eritematoescamosas que luego se vuelven erosiones con costras doradas amarillas y confluyen placas de 1 a >3 cm en zona perioral.



Fig. 5-2 A) Erosiones con costras en región nasolabial en paciente masculino de 3 años que inicia con pápula eritematosa pruriginosa, a partir de la primera lesión se extiende mediante autoinoculación. B) Las erosiones eritematosas encostradas se vuelven confluentes en la nariz, los carrillos y mejillas de paciente masculino de 2 años



Fig. 5-3 Impétigo bulloso

Ampollas dispersas, delimitadas, contienen líquido claro amarillo o ligeramente turbio con un halo eritematoso, que se originan en piel de aspecto normal, indemnes y rotas, de pared delgada en la región abdominal; las lesiones se habían roto y habían originado erosiones superficiales.

## CITAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Daniel P. Krowchuk, Anthony J. Mancini. Dermatología pediátrica, guía de consulta rápida, Editorial Ars Medica Lexus, 2010, única edición, Culiacán, Sinaloa, México.
2. Bessy Maria Enamorado, Leila Yamileth Quitana, Karen Patricia Cerrato. Prevalencia de dermatosis en niños escolares de las zonas de influencia atendidos por médicos en servicio social. Universidad nacional autónoma de Honduras. 2013-2014 (1) 3 Disponible en: [http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/Dermatosis/Protocolo\\_Dermatologia\\_VF\\_11\\_Marzo\\_2014.pdf](http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/Dermatosis/Protocolo_Dermatologia_VF_11_Marzo_2014.pdf)
3. Yon Albisu. Diagnóstico visual en dermatología pediátrica. Avpap.org. 2005; (1)1-3 Disponible en: <http://www.avpap.org/jornadas2005/albisu.pdf>
4. Ministerio de Salud El Salvador. Viciministerio de Servicios de Salud. “Guías clínicas de pediatría” 2012, San Salvador 2016, Varicela CIE10: B.01 p.147, Impétigo CIE10 L-01 p.151, Escabiosis p.155, Dermatitis atópica CIE10 L20 p.170.
5. Ministerio de Salud El Salvador. Viciministerio de Servicios de Salud. “Guía clínica para el manejo de las principales enfermedades no prevalentes de la infancia en el primer nivel de atención” 2009, San Salvador 2016, Capítulo III: Dermatología, p. 43-52
6. Ricardo Galimberti, Adrián Martín Pierini, Andrea Bettina Cervini, Historia de la Dermatología Latinoamericana, En. Privat Éditions, Toulouse, Francia, Abril, 2007. p. 221
7. Ministerio de Salud. Sistema de Información de Morbi-mortalidad en la Web, SIMMOW, [citado de consulta hecha el 09 mayo de 2016] 2016, Ministerio de Salud, El Salvador. Disponible en: [www.siiis.salud.gob.sv](http://www.siiis.salud.gob.sv)