

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA**



INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN:

INCIDENCIA DE ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS EN LA POBLACIÓN INFANTIL MENOR DE CINCO AÑOS DE EDAD QUE LLEVAN SU CONTROL EN LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR BÁSICAS LAS CASITAS, ALEGRÍA USULUTÁN Y TIERRA BLANCA, CHIRILAGUA E INTERMEDIA DE CHIRILAGUA, SAN MIGUEL AÑO 2019

PRESENTADO POR:

ALEJANDRA ABIGAIL AVELAR VIGIL
KAREN PAOLA BERRIOS SALGADO
LIGIA MARCELA FERRUFINO COLATO

PARA OPTAR AL TÍTULO DE:

DOCTORA EN MEDICINA

DOCENTE ASESOR:

DR. RENÉ MERLOS RUBIO

CIUDAD UNIVERSITARIA ORIENTAL, NOVIEMBRE 2019

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA.

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES**

**MAESTRO ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO
RECTOR**

**DOCTOR RAÚL ERNESTO AZCÚNAGA LÓPEZ
VICERRECTOR ACADEMICO**

**INGENIERO JUAN ROSA QUINTANILLA QUINTANILLA
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO**

**INGENIERO FRANCISCO ALARCÓN
SECRETARIO GENERAL**

**LICENCIADO RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARIN
FISCAL GENERAL**

**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
AUTORIDADES**

**LICENCIADO CRISTÓBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ
DECANO**

**LICENCIADO OSCAR VILLALOBOS
VICEDECANO**

**LICENCIADO ISRAEL LÓPEZ MIRANDA
SECRETARIO INTERINO**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA
AUTORIDADES**

**MSC. ROXANA MARGARITA CANALES ROBLES
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO
COORDINADORA GENERAL DE PROCESO DE GRADUACIÓN DE DOCTORADO
EN MEDICINA**

ASESORES

DOCTOR RENÉ MERLOS RUBIO

DOCENTE ASESOR

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO

ASESORA METODOLÓGICA

TRIBUNAL CALIFICADOR

**DOCTOR HENRRY GEOVANNI MATA LAZO
PRESIDENTE**

**DOCTORA ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO
SECRETARIO**

**DOCTOR RENÉ MERLOS RUBIO
VOCAL**

| | |
|---------------------------------|---------|
| Avelar Vigil, Alejandra Abigail | AV11018 |
| Berrios Salgado, Karen Paola | BS10004 |
| Ferufino Colato, Ligia Marcela | FC10007 |

INCIDENCIA DE ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS EN LA POBLACIÓN INFANTIL MENOR DE CINCO AÑOS DE EDAD QUE LLEVAN SU CONTROL EN LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR BÁSICAS LAS CASITAS, ALEGRÍA USULUTÁN Y TIERRA BLANCA, CHIRILAGUA E INTERMEDIA DE CHIRILAGUA, SAN MIGUEL AÑO 2019

Este trabajo fue revisado, **evaluado y aprobado** para la obtención del título de Doctor (a) en Medicina por la Universidad de El Salvador

Dr. Henry Geovanni Mata Iazo

Tribunal calificador

Dra. Ana Judith Guatemala de Castro

Tribunal Calificador

Dr. René Merlos Rubio

Docente asesor

Mtra. Elba Margarita Berríos Castillo

Coordinadora General de Procesos de Graduación

Vo. Bo. Msc. Roxana Margarita Canales Robles

JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

San Miguel, El Salvador, Centro América, noviembre de 2019

AGRADECIMIENTO

A Dios:

Por iluminarnos siempre y guiarnos en el camino de la sabiduría en todo momento de nuestra carrera para poder alcanzar este triunfo.

A la Universidad de El Salvador:

Por ser nuestro centro de estudio estos años, por brindarnos docentes capaces y profesionales que cumplen su rol dentro y fuera del alma máter.

A nuestro asesor:

Dr. René Merlos Rubio por su valiosa colaboración, conocimiento, tiempo y esfuerzo, empleado para orientarnos durante el proceso de esta investigación y alcanzar los objetivos propuestos por el equipo de investigación.

A la Maestra Elba Margarita Berríos Castillo:

Por cada ayuda que nos brindó en asesorías y dudas presentadas en la elaboración de la tesis.

A todas y cada una de las personas que directa o indirectamente colaboraron en el desarrollo y culminación de esta investigación.

Alejandra, Karen y Ligia.

DEDICATORIA

A Dios, por darme la oportunidad de culminar mi carrera y que este sea el principio de muchos logros que cumpliré.

A mis padres, Edgar Antonio Avelar y Marvin Lisseth Vigil de Avelar, por darme su apoyo incondicional, por estar conmigo en cada momento de mi vida y de mi carrera, por sus consejos sabios, por los valores que me han inculcado y por todo su sacrificio para darme lo mejor para mi vida.

A mis hermanas, Julissa, Gabriela y Marcela, por ser el pilar fundamental en mi vida, por apoyarme, aconsejarme, estar conmigo en las buenas y malas, por ser las mejores hermanas del mundo, las amo.

A mi novio, René por ser mi fiel acompañante, por apoyarme en las buenas y malas, por motivarme a seguir adelante, por alegrarme cada día con su amor y presencia, por ayudarme durante este tiempo en mi proceso de tesis, muchas gracias.

Alejandra Avelar

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mi madre, Sara de Berrios por ser el pilar más importante en mi vida por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional y por ser mi ejemplo a seguir de guerrera. **A mi padre**, Jorge Berrios, que me ha enseñado y demostrado que no hay obstáculos en esta vida que no podemos superar.

A mis hermanos Jorge Berrios y Kevin Berrios que siempre han estado ahí cuando los he necesitado.

A mi esposo, Inmer Amaya porque lo amo infinitamente y porque ha sido mi gran apoyo en todo momento y situación.

A mi hijo, Andru Marcell Amaya Berrios, porque es mi empujoncito extra que me regaló Dios para salir adelante y conquistar esta hermosa carrera llamada vida.

Karen Berrios.

DEDICATORIA

Dedico mi trabajo de investigación a Dios porque sin Él nada de esto fuera posible.

A mi madre, Marina Colato de Ferrufino por ser mi apoyo incondicional, **a mi padre** Mario Ferrufino por ser mi ejemplo a seguir.

A mis hermanas, Vicky, Katia y Fátima por estar siempre para mí y soportar mis días de desvelo y estrés.

A mi tía, Ana Colato porque ser como mi segunda mamá y apoyarme en todo, **a mi abuelo**, Mario por enseñarme perseverancia.

A mis ángeles, mi mami Brigida por criarme y hacer de mí la persona que soy ahora, mami Margarita por sus consejos, mi papi Fidel por prepararme para la vida con humor; donde sea que estén sé que están orgullosos de mí.

Ligia Ferrufino

TABLA DE CONTENIDO

| CONTENIDO | PÁGINA |
|------------------------------------|---------------|
| LISTA DE TABLAS..... | xii |
| LISTA DE GRÁFICOS..... | xiii |
| LISTA DE FIGURAS..... | xiv |
| LISTA DE ANEXOS..... | xv |
| RESUMEN..... | xvi |
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 2 |
| 2. MARCO TEÓRICO..... | 7 |
| 3. DISEÑO METODOLÓGICO..... | 32 |
| 4. RESULTADOS..... | 35 |
| 5. DISCUSIÓN..... | 41 |
| 6. CONCLUSIONES..... | 42 |
| 7. RECOMENDACIONES..... | 43 |
| 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 44 |

LISTA DE TABLAS

| | Página |
|--|--------|
| Tabla 1. Población infantil menores de 5 años | 32 |
| Tabla 2. Controles infantiles en niños menores de 5 años..... | 35 |
| Tabla 3. Enfermedades dermatológicas detectadas | 35 |
| Tabla 4. Impresión diagnóstica de la población infantil..... | 36 |
| Tabla 5. Etiologías más frecuentes de enfermedades dermatológicas..... | 38 |
| Tabla 6. Sexo de población infantil en estudio | 39 |
| Tabla 7. Edades de la población infantil en estudio | 40 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | Página |
|---|--------|
| Gráfico 1. Impresión diagnóstica de población infantil en estudio..... | 37 |
| Gráfico 2. Etiologías más frecuentes de enfermedades dermatológicas en la población infantil en estudio..... | 38 |
| Gráfico 3. Sexo de la población infantil en estudio..... | 39 |
| Gráfico 4. Edades de la población infantil en estudio..... | 40 |

LISTA DE FIGURAS

| | PÁGINA |
|---|--------|
| Figura 1. Pitiriasis versicolor..... | 45 |
| Figura 2. Impétigo costroso..... | 45 |
| Figura 3. Impétigo costroso..... | 46 |
| Figura 4. Síndrome estafilocócico de la piel escaldada..... | 46 |
| Figura 5. Ectima..... | 47 |
| Figura 6. Forunculosis..... | 47 |
| Figura 7. Escabiosis..... | 48 |
| Figura 8. Impétigo buloso | 48 |

LISTA DE ANEXOS

| | Página |
|--|--------|
| Anexo 1. Consentimiento informado..... | 49 |
| Anexo 2. Hoja de Evaluación..... | 50 |
| Anexo 3. Glosario..... | 51 |
| Anexo 4. Cronograma..... | 54 |
| Anexo 5. Presupuesto..... | 55 |

RESUMEN

En la presente tesis se realizó el análisis de la incidencia de enfermedades dermatológicas en la población infantil menor de 5 años de edad que llevan su control en las unidades comunitarias de salud familiar básicas Las Casitas, Alegría, Usulután, y Tierra Blanca, Chirilagua e intermedia de Chirilagua, San Miguel. En el primer capítulo se plantea como problemática cuál es la incidencia de enfermedades dermatológicas en la población infantil menor de 5 años de edad que llevan su control, se establecen como **objetivos:** describir las enfermedades dermatológicas más frecuentes en la población infantil antes mencionada, identificar las etiologías más frecuentes de las enfermedades dermatológicas en niños menores de 5 años de edad en investigación y establecer la edad y el sexo de mayor incidencia de las enfermedades dermatológicas en las unidades de salud en estudio. La **metodología** de la investigación fue un enfoque cuantitativo ya que nos permitió medir la incidencia, y cualitativo ya que por medio del examen físico y hoja de evaluación evidenciamos las enfermedades dermatológicas. Para la recolección de datos se utilizó una hoja de evaluación, donde se describía sexo, edad, características clínicas, síntomas e impresión diagnóstica para así identificar a los pacientes con enfermedades dermatológicas. **Conclusiones:** se obtuvo una incidencia baja sobre las enfermedades dermatológicas, el Impétigo costroso se encontró como una de las enfermedades dermatológicas más frecuentes en la población infantil en estudio, se identificó que la etiología bacteriana es la más frecuente en la población infantil menor de 5 años de edad, y se estableció que la edad que más presentó enfermedades dermatológicas fueron los menores de 1 año, mientras que el sexo que más predominó en el estudio fue el masculino.

Palabras clave: enfermedades dermatológicas, población infantil, menor de 5 años, controles infantiles, etiologías, características clínicas, incidencia, bacteriana.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades dermatológicas constituyen las principales causas de consulta en pediatría, razón por la cual es imprescindible tener un conocimiento básico para poder identificar dichas patologías. En este trabajo se investigó la incidencia de enfermedades dermatológicas en niños menores de 5 años con la finalidad de demostrar aquellas dermatopatías que afectan más a la población pediátrica además de identificar los grupos etarios más afectados.

Esta investigación tiene como objetivos determinar la incidencia de enfermedades dermatológicas en niños menores de 5 años que son atendidos en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de Las Casitas, Tierra Blanca y Chirilagua así mismo de describir las enfermedades dermatológicas más frecuentes, identificar las etiologías y establecer la incidencia de dichas enfermedades acorde a sexo y edad de los pacientes.

Se decidió realizar este estudio debido a la frecuencia con que la población acude a consulta debido a una patología dermatológica y sobre el poco interés que se le ha brindado hasta la fecha como tema de investigación y el poco interés por el personal de salud en la identificación y manejo de dichas enfermedades. Todo esto con el fin de brindar un perfil epidemiológico y poder abordarlo de manera eficaz y oportunamente.

Es por esto que nos planteamos el problema de cuál es la incidencia de enfermedades dermatológicas en niños menores de 5 años que llevan su control en las unidades comunitarias de salud familiar básicas Las Casitas, Alegría, Usulután y Tierra Blanca, Chirilagua e Intermedia de Chirilagua, San Miguel, año 2019.

Para la adecuada identificación de enfermedades dermatológicas es preciso tener conocimientos básicos sobre las lesiones elementales dermatológicas teniendo en mente la diferencias entre las lesiones primarias y las lesiones secundarias que son imprescindibles para identificar características propias de aquellas dermatopatías más frecuentes en los menores de 5 años y que al mismo tiempo son útiles para poder identificar el agente etiológico mediante clínica y poder brindar un manejo adecuado. Se detalla sobre aquellas enfermedades más frecuentes de la edad pediátrica cuya etiología puede ser: bacteriana, micótica, parasitaria, viral o inmunológica.

Dentro de los hallazgos de esta investigación se encontró que la incidencia de enfermedades dermatológicas fue de 8.3% y que no existe diferencia significativa sobre que sexo se veía más afectado por las enfermedades dermatológicas, pero se observó que el grupo etario más afectado eran los menores de 1 año; además se identificó que las enfermedades dermatológicas más frecuentes por las que consulto la población fueron el impétigo costroso, escabiosis y quedando en menor frecuencia la varicela demostrando que la principal etiología de dichas enfermedades es bacteriana y en último lugar de origen viral.

1. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

1.1. Situación problemática

En nuestro país las enfermedades dermatológicas son un motivo de gran impacto en la consulta del primer nivel de atención en cualquier rango de edad, se analizarán la incidencia de éstas enfermedades en niños menores de 5 años de edad, ya que es un rango de edad bien importante debido a que el niño y la niña se encuentran vulnerables y depende del cuidado que le brinden en su hogar; por lo tanto el número de pacientes observados está relacionado directamente con la importancia que le den a estas dermatosis sus padres o encargados; ya que en su mayoría se presentan como hallazgos accidentales que observamos en los controles infantiles que se les realizan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica Las Casitas, Alegría, Usulután y Tierra Blanca, Chirilagua, San Miguel e intermedia Chirilagua, San Miguel.

Las enfermedades dermatológicas al final del día presentan un índice alto de morbilidad más no de mortalidad por lo cual tienden a no ser tan relevantes ya que no representan un peligro directo. 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. La incidencia en países en vía de desarrollo como el nuestro puede ser hasta 10 veces mayor que en los países desarrollados, por lo cual uno de los objetivos se trata acerca de reconocer los factores de riesgo que tienen los niños y las niñas en etapa preescolar a presentar las enfermedades dermatológicas, lo que ayudará a crear solución para disminuir su incidencia, especialmente en el área rural que es el área en el que se encuentra la mayoría de nuestra población meta; la relación de la ubicación geográfica, el hacinamiento, la falta de información, el clima y ausencia de las necesidades básicas, contribuyen a establecer factores de riesgo que promueven la presencia de enfermedades dermatológicas.

A nivel local de las diferentes Unidades Comunitarias de Salud Familiar en el que se realizará el estudio no se cuenta con estudios acerca de estas dermatosis, es un sector en el cual no se le ha brindado la importancia que amerita.

A nivel nacional 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 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.

Además el Ministerio de Salud 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; la cual ya no se encuentra vigente y fueron reemplazados al surgir los lineamientos técnicos para la atención integral de niños y niñas menores de 10 años; 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.

A nivel internacional se encuentran circulando el sarampión el consiste en una enfermedad dermatológica eruptiva el cual se había erradicado de países vecinos como Costa Rica y ha vuelto a surgir debido a la migración de personas a ese país, lo cual activa una alarma para El Salvador a estar alertos y prevenir contagios.

Con la investigación se pretende mejorar la calidad de atención que los niños y las niñas reciben en el primer nivel de atención; al determinar e identificar las diferentes etiologías de las enfermedades dermatológicas y los factores de riesgo se podrá lograr un diagnóstico certero, crear medidas preventivas y brindar un tratamiento adecuado.

1.2 Caracterización de los municipios en investigación

1.2.1 Municipio de Chirilagua

Chirilagua es un municipio del departamento de San Miguel, El Salvador. cuenta con una población de 19,984 hab. según censo del 2007 ocupando la posición número 70 en población.

Latitud: 13°13 Longitud: -88°08

Se encuentra a 29 kilómetros al sur de la Cabecera Departamental. El acceso a este municipio es por la Carretera de El Litoral.

Extensión Territorial: 206.9 kilómetros cuadrados. Se encuentra a la altura de 230 metros sobre el nivel del mar.

Clima: Tropical (cálido)

1- Temperatura: Máxima 36°, mínima 32° grados.

2- Pluviosidad: Durante una época al año.

3- Viento: Normal, raras veces con fuerza

4- Factores existentes que modifican el clima: la deforestación.

Flora: Árboles de gran tamaño: Marañón, mango, coco, cacao, almendra, paraíso, zapote, zúngano, aguacate, carrito, etc.

Fauna: Animales de granja, ganado, animales domésticos y animales de campo (pájaros diversos, guazalo o zarigüella, armadillos, conejos, iguanas, etc que han sufrido la deforestación y la caza incontrolada. (1)

1.2.2 Municipio de Alegría

Alegría es un municipio del departamento de Usulután, El Salvador. Según el censo oficial de 2007, tiene una población de 11.712 habitantes.

El municipio tiene un área de 40,41 km², y la cabecera una altitud de 1.150 msnm. Destacan en su geografía el volcán Tecapa, de 1.594 msnm, cuyo cráter contiene la Laguna de Alegría. Dicho volcán se encuentra en la Sierra Tecapa-Chinameca. Otras elevaciones comprenden los cerros El Cuzco, Alegría o La Sabana; y las lomas San Juan y El Panal.

El clima ronda los 21° C en las partes más altas (cabecera y Laguna de Alegría), con un máximo de 27° C en el mes de abril, y un mínimo de 15° C en diciembre.

Superficie 40.41 km²

Altitud 1235 msnm

Población 11,702 Habitantes. (2)

1.3 Enunciado del problema

¿Cuál es la incidencia de enfermedades dermatológicas en la población infantil menor de 5 años de edad que llevan su control en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas Las Casitas, Alegría, Usulután, y Tierra blanca, Chirilagua e Intermedia de Chirilagua, San Miguel, año 2019?

1.4 Justificación del estudio

En este primer apartado queremos comenzar manifestando los motivos que nos han llevado a la realización de la presente tesis. Expondremos una serie de consideraciones que se refieren a nuestra actividad como estudiantes de año social durante el presente año y el por qué se forma la idea de investigar sobre las enfermedades dermatológicas en la población infantil.

Esto nos ha permitido profundizar en múltiples patologías dermatológicas que suceden con mayor frecuencia en niños menores de 5 años, intentando descubrir su etiología, forma de transmisión, incidencia, utilización de métodos y estudios para su diagnóstico, manejo y resolución favorable.

Paralelo a esta circunstancia y movidas por un afán de investigación, conocimiento y aporte a la salud de nuestra población, iniciamos este trabajo de investigación en el seno de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar en que realiza cada una su actividad como estudiante de medicina en año social, lo cual nos va a permitir, analizar, indagar, conocer y estudiar las enfermedades dermatológicas en nuestra población infantil desde diferentes ópticas particulares.

Todos estos aspectos nos han supuesto una motivación y un reto muy importante, al permitirnos profundizar en patologías en las que, si se cuenta con información, mas no así han sido objeto de estudio en los últimos años, permitiéndonos, además, avanzar en el conocimiento de las enfermedades dermatológicas, crearnos un mejor criterio clínico a través de un estudio más específico.

La última razón grupal hay que buscarla en el hecho de que siempre nos ha apasionado trabajar con pacientes en la edad pediátrica y hemos observado cómo estas patologías atacan a nuestra población en estudio y entendemos que un trabajo de investigación, como el que modestamente presentamos, se inscribe claramente dentro de esta óptica, que para nosotras ha sido gratificante hasta este momento, y esperamos lo sea mucho más en el futuro con los resultados de nuestra investigación, y las novedades que nos aporte puedan darse a conocer en el ámbito clínico y práctico.

De igual manera vamos a justificar las razones de la elección del campo de estudio, es decir cuál ha sido la razón técnica para centrarnos en las enfermedades dermatológicas en nuestro trabajo de investigación.

En este párrafo tratamos de reflejar como las enfermedades dermatológicas han ido teniendo un alto predominio en los pacientes pediátricos menores de 5 años, y la forma en la cual no se le ha puesto el interés debido a estas patologías, evidenciando el disminuido interés y conocimiento que el personal médico tenemos acerca de estas patologías, y como esto ha llegado a incidir de manera profunda en la salud de nuestra población en estudio, ya que un mal diagnóstico conlleva a un mal manejo o tratamiento de la patología y por consiguiente a una recidiva, leve mejoría o incluso empeoramiento de la enfermedad.

Es por esta razón que nos enfocamos a hacer un estudio investigativo sobre todos los factores que conforman dicha circunstancia y así conocer la manera en cómo estas situaciones pueden mejorarse o cambiarse, para así poder realizar nuestra práctica clínica de manera más óptima.

Nuestra actividad como estudiantes de medicina en año social nos ha incorporado al mundo laboral y clínico, donde cada una ha sido asignada a diferentes Unidades Comunitarias de Salud Familiar, cumpliendo diferentes roles, que incluyen la administración de la Dirección de dichos establecimientos y médico consultante, lo cual pone a nuestra responsabilidad el compromiso de velar por la salud de la población que consulta en dichas Unidades, entre las cuales se encuentran pacientes pediátricos, adolescentes, adultos y de la tercera edad, de igual forma se incluyen todos los grupos dispensariales.

Es por esto que hemos tomado a bien realizar nuestra investigación con la población pediátrica de cada establecimiento en los cuales hemos sido asignadas, ya que es aquí donde realizamos nuestro ejercicio clínico y con mayor frecuencia tenemos contacto con la población que hemos elegido para estudio.

1.5 Objetivos de la investigación

1.5.1 Objetivo General

Determinar la incidencia de enfermedades dermatológicas en la población infantil menor de 5 años de edad que llevan su control en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas Las Casitas, Alegría y Tierra blanca, Chirilagua e intermedia de Chirilagua.

1.5.2 Objetivos específicos

- 1- Describir las enfermedades dermatológicas más frecuentes en la población infantil antes mencionada.
- 2- Identificar las etiologías más frecuentes de las enfermedades dermatológicas en niños menores de 5 años de edad en investigación.
- 3- Establecer la edad y el sexo de mayor incidencia de las enfermedades dermatológicas en las unidades de salud en estudio.

2. MARCO TEÓRICO

Incidencia de Enfermedades dermatológicas en El Salvador

Las enfermedades cutáneas suponen un porcentaje muy significativo de la carga asistencial, tanto en la consulta de atención primaria, como de las urgencias de los centros de salud. Este porcentaje puede llegar a ser del 10-15% según estudios británicos. Sin embargo, se encuentran muy pocos estudios de incidencia de enfermedades dermatológicas en nuestro país.

En El Salvador hay muy pocos estudios recientes acerca de la incidencia de enfermedades dermatológicas. La mayoría de estos trabajos se han centrado en analizar las derivaciones al segundo nivel o atención especializada o bien en estudiar las derivaciones urgentes a dermatología. Sin embargo, hay escasísimas referencias al porcentaje que supone el motivo dermatológico en las consultas de los médicos de primer nivel.

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.

El volumen de problemas relacionados 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%. 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.

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.

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 %.³

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. 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.⁽³⁾

Lesiones Elementales

Son manifestaciones cutáneas objetivas, simples, que se ven y/o se palpan. Por medio de su estudio (localización, evolución, asociaciones de distintos tipos, etc.) es posible hacer el diagnóstico nosológico de las dermatosis.

Clasificación

Pueden ser primarias y secundarias. Las primarias son las que aparecen sobre la piel previamente sana, mientras que las secundarias se producen por una agresión externa sobre la piel o como consecuencia o modificación de una lesión primaria. Al conjunto de lesiones elementales que aparecen en la piel de un enfermo se denomina erupción, la cual puede ser mono morfa, si está constituida por lesiones del mismo tipo, y polimorfa cuando concurren 2 o más tipos de lesiones.

Lesiones Elementales Primarias

Mácula Es un cambio de color de la piel sin elevación ni depresión de su superficie. Puede adoptar formas diversas: redonda, oval, alargada, irregular, figurada. Sus límites pueden ser o no ser precisos y muy frecuentemente se combinan estas características. Por su origen puede ser: vascular, cuando se debe a alteraciones de los vasos, y pigmentaria, cuando depende de las alteraciones de pigmentos.

Mancha vascular

La mancha vascular puede ser:

1. Eritema: Congestión activa o arterial. La mancha por congestión activa o eritema es la lesión elemental más frecuente de la piel. Se debe a un fenómeno de vasodilatación arteriola capilar en la dermis; su color varía del rosado claro al rojo vinoso por

transparencia a través de la piel. Se caracteriza por desaparecer al diascopio. Puede verse como exantema o enantema durante enfermedades sistémicas: tenue y difusa como la roséola, fugaz como el rubor del eritema púdico, y persistente como la eritrodermia. Puede ser única, múltiple, polimorfa; morbiliforme, cuando sus elementos son pequeños, separados por intervalos de piel sana (sarampión, rubéola, roséola sifilítica y otras); en sábana y exfoliante como en la escarlatina; circinada, anular, etc.

2. Cianosis. Congestión pasiva o venosa. Mancha por congestión pasiva, venosa, de color violáceo, con disminución de la temperatura local y producida por remanso de la circulación venulocapilar local; se observa más frecuentemente en áreas acrales, lugares de menor actividad circulatoria, por ejemplo: eritema pernio.

3. Púrpura. Hemorragia cutánea. Son lesiones maculo hemorrágicas de la piel o mucosas, generalmente múltiples, debidas a eritrocitos extravasados del torrente circulatorio; se observan de forma puntiforme (petequias) o áreas más extensas (equimosis). No desaparecen a la diascopia y es necesario que transiten por las distintas fases de la biligenia para su resolución. La alteración de la pared vascular puede acompañarse de modificaciones fisiopatológicas de las plaquetas o trombocitos. Por su naturaleza, los agentes causales pueden ser infecciosos, inmunológicos, tóxicos, físicos, degenerativos y otros. Se denomina petequia cuando el elemento purpúrico es puntiforme, equimosis cuando es numular y víbice cuando es de forma alargada. Los hematíes solo pueden llevar a cabo sus funciones dentro de la luz vascular, y el endotelio capilar es normalmente impermeable a dichos elementos. Los factores implicados en evitar la salida de sangre después de producirse una lesión vascular son muy complejos. Entre ellos se incluyen:

1. La contracción de la pared vascular.
2. El cierre de los pequeños defectos por las plaquetas.
3. La compleja serie de hechos que conducen a la coagulación de la sangre. Con frecuencia, los 3 mecanismos operan en conjunto y el papel que desempeña cada uno puede variar en cada caso. La púrpura o una hemorragia anormal puede ser consecuencia de un defecto en uno o más de estos.

Pápula

Es una elevación circunscrita de la piel, de hasta 1 cm de diámetro, debido a un aumento del componente celular o estroma de la dermis o de la epidermis. La mayor parte de la lesión está por encima del plano de la piel circundante y no en la profundidad de esta. Son sólidas y resolutivas. El color varía: rojas en la psoriasis vulgar, cobrizas en la sífilis secundaria, blancas en el liquen escleroso y atrófico, hemorrágicas como en la vasculitis cutánea alérgica, amarillas como en la xantomatosis, del color de la piel en la amiloidosis y en el adenoma sebáceo, o marrón amarillento como en el linfoma y los sarcoides.

Algunos autores consideran 4 variedades histológicas:

1. Epidérmicas.
2. Dérmicas.

3. Mixtas.

4. Foliculares.

Las elevaciones pueden ser consecuencia de depósitos metabólicos, de hiperplasia localizada, de componentes celulares de la epidermis o dermis, o de infiltrados celulares localizados en la dermis. Las primeras, superficiales, son el resultado de un aumento del número de células epidérmicas, por ejemplo: verruga vulgar. Las pápulas dérmicas, más profundas, son debidas a infiltrados celulares dérmicos, por ejemplo: pápulas de la sífilis secundaria. También pueden ser mixtas, por hiperplasia dermo epidérmica como en el liquen plano. En las pápulas foliculares, el infiltrado se encuentra en los folículos pilosos.

Placa

Es una elevación circunscrita de la piel, de más de 1 cm de diámetro. Puede aparecer como tal desde un principio o producirse por una confluencia de pápulas como en el liquen plano o la micosis fungoide.

Nódulo

Es una lesión dérmica o hipodérmica, sólida o semisólida, circunscrita, de forma, color y tamaño variables, que generalmente hace relieve, de evolución lenta, no resolutive. En su evolución pasa por los períodos siguientes: formación y crecimiento, reblandecimiento, supuración, ulceración y reparación. Estas etapas no se observan necesariamente en todos los casos, ya que muchos nódulos pueden persistir sin ulcerarse y luego reabsorberse, dejando una cicatriz sub epidérmica. Algunos autores utilizan el término de nudosidad para designar algunas lesiones similares a los nódulos, pero que desaparecen sin dejar huella.

Tumor

Son neoformaciones de causa desconocida que tienden a crecer y persistir indefinidamente con aspecto, volumen y consistencia variables. El tamaño varía de manera considerable desde uno hasta varios centímetros. También el relieve sobre la superficie cutánea puede ser de mayor o menor magnitud; pueden ser pedunculados, sésiles o profundos, solo perceptibles a la palpación. La consistencia es dura, leñosa, otras veces renitente o blanda. El síntoma dolor, bien sea espontáneo o provocado, es de suma importancia. La adherencia a los planos vecinos constituye otro elemento que se debe considerar Existen distintas formas de clasificarlos. Una de ellas sería en epiteliales, melanocíticos y mesodérmicos. Aunque con frecuencia se clasifica a los tumores como benignos y malignos, conviene recordar que los procesos biológicos presentan, en general, una continuidad y que no siempre existe una división tajante entre lesiones benignas y malignas. Son benignos, en términos generales, aquellos cuya proliferación celular es ordenada, tienen límites precisos y no producen metástasis. Reciben el calificativo de malignos, aquellos cuya proliferación celular es anárquica, tienden a crecer y extenderse constantemente, sin límites precisos, y dan lugar a metástasis.

Roncha o habón

Son lesiones elementales sólidas, en forma de meseta, que hacen relieve sobre la piel, de aparición brusca, transitorias, resolutivas, casi siempre pruriginosas. Se producen por la salida de plasma de los vasos (exoserosis), lo que condiciona la elevación hística y explica el godet que produce la presión del dedo. A veces, si el proceso se intensifica, hay también salida de células (exocitosis). (4)

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 negruzco.

Pústula

Del latín: pústula. Una pústula es una cavidad superficial circunscrita de la piel que contiene exudado purulento, 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.

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 elementales secundarias

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 papulo escamoso.

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, una erosión cura sin formación de cicatrices. Una erosión se encuentra bien definida, es de color rojizo y exuda líquido. Hay erosiones superficiales, sub corneales 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 sub epidérmicas 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.

Cicatriz

Una cicatriz 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 sub papilares; 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. (5)

Infecciones cutáneas bacterianas

Infecciones de la piel causadas por bacterias piógenas, principalmente estafilococos y estreptococos. Representan el diagnóstico dermatológico más frecuente y la forma más común es el impétigo.

Impétigo

Infección cutánea superficial causada por *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus* o ambos. Clínicamente es imposible distinguir el impétigo estafilocócico del estreptocócico (actualmente 80% por estafilococo, 15% ambos y entre un 15-20% estreptococo). Altamente contagioso, se propaga fácilmente por contacto directo. Máxima incidencia entre los 2 y 6 años. Existen dos formas clásicas: impétigo no ampolloso e impétigo ampolloso.

Impétigo no ampolloso (microvesiculoso o contagioso)

Representa la forma más frecuente, más del 70%. Suele iniciarse en zonas de traumatismos mínimos (picaduras insecto, heridas superficiales, lesiones de varicela). Las lesiones características son pequeñas pápulas eritematosas que rápidamente evolucionan a una vesícula de pared delgada y base eritematosa, se rompen rápidamente y forman un exudado que se seca formando costras amarillentas melicéricas. Las lesiones suelen propagarse por autoinoculación dando lesiones satélites. No es infrecuente la presencia de adenopatías locales.

Impétigo ampolloso

Predomina en niños pequeños. Siempre causado por *S. aureus* y es el resultado de la acción de una toxina epidermolítica. Aparecen ampollas superficiales de paredes lisas con contenido inicialmente transparente y más tarde turbio. La ampolla se rompe con facilidad dejando una superficie erosiva eritematosa con apariencia exudativa que se cubre de una costra fina. Las lesiones aparecen agrupadas en número de 3 a 6 limitadas a una zona. Representa la forma localizada del síndrome de la piel escaldada por estafilococos. Aunque las lesiones pueden asentarse en cualquier área de la superficie corporal, lo más frecuente es que aparezcan en zonas expuestas de la cara, alrededor de los orificios de la boca o nariz y en las extremidades. Existe una tendencia a la curación espontánea sin cicatriz pero pueden dejar hipopigmentación residual.

Diagnóstico

Se basa en el aspecto clínico de las lesiones costras melicéricas o ampollas flácidas con superficie erosiva. La confirmación se realizará mediante gram y cultivo del contenido líquido o de la superficie de la lesión.

Diagnóstico diferencial

Impétigo no ampolloso: debe establecerse con el herpes simple, la tiña de piel lampiña y el eczema agudo.

Impétigo ampolloso: debe establecerse con la necrolisis epidérmica tóxica por fármacos, picaduras con reacción ampollosa y la epidermolisis ampollosa.

Tratamiento

1. Buena higiene general y recortar uñas.
2. La eliminación de las costras y la utilización de antisépticos tópicos no ha demostrado evidencia clínica en la última revisión Cochrane.
3. Tratamiento antimicrobiano tópico. Existen múltiples preparados pero dos destacan por su actividad y tolerancia: Ácido Fusídico 2-3 días, Mupirocina 7-10 días. Limitan la transmisión y son el tratamiento de elección en las formas localizadas. Consiguen altas concentraciones en estrato córneo y no se han descrito resistencias cruzadas con otros antibióticos. Cuando hay que tratar portadores nasales de estafilococo deben utilizarse preparados que no contengan propilenglicol (irrita las mucosas).
4. Antibióticos sistémicos, producen una curación más rápida y evitan la enfermedad supurada más profunda

Indicaciones:

- Formas de impétigo con múltiples lesiones o de gran extensión
- Localizaciones difíciles de tratar (zonas periorales, pliegues)
- Si existen factores subyacentes como dermatitis atópica o diabetes.
- Si afecta a varios miembros familiares o escolares.

Se deben prescribir antibióticos sistémicos efectivos frente a estafilococo y estreptococo: cefadroxilo, amoxicilina+clavulánico, penicilina o amoxicilina (si es estreptocócico), cloxacilina (si es estafilocócico), o macrólidos en casos de hipersensibilidad a betalactámicos.

Síndrome estafilocócico de la piel escaldada (SSSS)

Enfermedad cutánea producida por la toxina exfoliativa del *S. aureus* grupo II, fagotipos 3A, 3B, 3C, 55 y 71. La infección primaria por estafilococo acostumbra a pasar desapercibida afectando sobre todo a nasofaringe, conjuntiva y cordón umbilical. Afecta a neonatos y niños de menos de 5 años. El inicio suele ser brusco con fiebre alta, irritabilidad, hiperestesia cutánea (signo muy característico y precoz) y eritema difuso pero más intenso en pliegues y áreas periorificiales. En 24 – 48 horas se forman ampollas flácidas que se rompen con facilidad dando lugar a grandes erosiones dejando una superficie húmeda, roja y brillante. El aspecto de la piel es la de un paciente con una extensa quemadura de segundo grado. La piel se denuda al mínimo roce tanto en zonas afectas como en zonas aparentemente sanas. Esta denudación se conoce como el signo de Nikolsky, desprendimiento ampolloso a nivel de la capa granulosa de la epidermis, por la acción de las exotoxinas que actúan rompiendo la unión entre desmosomas. A nivel periorificial se forman costras serosas y prominentes desde la boca, la nariz y los ojos pero no se afecta la mucosa oral. El pronóstico en general es bueno y el paciente suele recuperarse en unos 10 días.

Diagnóstico

Clínico junto al aislamiento del estafilococo en algún foco a distancia como orofaringe, cordón umbilical o nariz, pero no en las lesiones ni en el hemocultivo. La biopsia cutánea demuestra una ampolla en la capa granulosa.

Diagnóstico diferencial

Debe realizarse con el síndrome de StevensJohnson y sobre todo con el síndrome de Lyell o necrolisis epidérmica tóxica provocada por fármacos. Este último es mucho más frecuente en el niño mayor y en el adulto, más extenso y grave y afecta a las mucosas en un 90%.

Tratamiento

Es hospitalario con cloxacilina endovenosa, fluidoterapia y curas tópicas como un gran quemado.

Ectima

Infección más profunda que el impétigo producido también por Estreptococos, estafilococos o la asociación de ambos. Se inicia como un impétigo, pero se extiende a la dermis dando lugar a la formación de una úlcera profunda bien delimitada recubierta de costras necróticas adheridas. Se acompaña de linfangitis y linfadenitis regional. Curan dejando una cicatriz residual. La localización más frecuente es en brazos y piernas.

Diagnóstico

Clínico y se confirma con gram y cultivo de frotis de la úlcera.

Diagnóstico diferencial

Tiene que establecerse sobre todo con la ectima gangrenosa por pseudomonas y con el pyoderma gangrenoso de las enfermedades inflamatorias intestinales.

Tratamiento

1. Eliminación de las costras con compresas húmedas o clorhexidina. Necesario para que actúe el tratamiento tópico.
2. Aplicación de pomada antibiótica para disminuir contagio y útil si la lesión es muy inicial y pequeña • Ácido fusídico y mupirocina.
3. Antibióticos sistémicos frente a estafilococo y estreptococo
 - Cefalosporinas 1ª generación
 - Amoxicilina+clavulánico
 - Macrólidos

Foliculitis y Furunculosis

Conjunto de infecciones que afectan al folículo piloso con formación de abscesos y casi siempre debidas a *S. aureus*. Se diferencian en la profundidad y extensión de la infección. Pueden aparecer en cualquier área pilosa de la superficie corporal. Las lesiones de foliculitis consisten en pequeñas pústulas amarillentas bien delimitadas centradas por un pelo y rodeadas de un halo eritematoso. Las lesiones más extensas o furúnculos forman un nódulo rojo muy sensible y duro que se agranda y se hace doloroso y fluctuante. Puede abrirse espontáneamente con supuración central o diseminación hacia tejidos circundantes. La conglomeración de varios furúnculos da lugar al ántrax, lesión inflamatoria roja, dura y muy dolorosa con supuración por varios puntos. Los furúnculos y el ántrax son especialmente dolorosos y suelen dejar cicatriz con la curación.

Diagnóstico

Siempre clínico y confirmación etiológica con gram y cultivo.

Diagnóstico diferencial

1. Foliculitis: pústulas de acne vulgar, candidiasis y miliaria pustulosa
2. Furúnculos: micosis profundas y herpes simple diseminado
3. Carbunco: constituye el único problema importante. La costra hemorrágica y el borde vesiculoso permiten el diagnóstico, pero debe realizarse siempre cultivo de la lesión, aunque no debe posponerse el tratamiento hasta disponer de la confirmación bacteriológica.

Tratamiento

1. En las foliculitis superficiales el lavado con jabón de clorhexidina o similar suele ser suficiente. Si hay zonas localizadas más intensas puede aplicarse una pomada antibiótica de mupirocina o ácido fusídico. Sólo en casos excepcionales de gran extensión o reacción inflamatoria se realizará tratamiento con antibióticos sistémicos.
2. Furúnculos y ántrax
 - a. Calor local con compresas húmedas para ayudar a localizar la lesión y el drenaje
 - b. Lavado y aplicación de pomadas antibióticas para disminuir contagio.
 - c. Escisión y drenaje quirúrgico de la lesión fluctuante
 - d. Inmovilización de la zona afectada
 - e. Antibióticos sistémicos frente a *S. aureus*
 - Cloxacilina o cefadroxilo
 - Amoxicilina+clavulánico
 - f. Si existe afectación del estado general debe realizarse tratamiento parenteral.(6)

Foliculitis por Pseudomonas (foliculitis de las saunas)

Colonización del folículo pilosebáceo por *P. aeruginosa* (serotipo 0:11) inducida por la maceración del estrato córneo por agua caliente. Se presenta sobre todo en casos de baños calientes prolongados, con número excesivo de bañistas y con la utilización de bañadores apretados. También puede presentarse por la utilización de utensilios de baño contaminados (esponjas) o por depilación con cera. Las lesiones suelen ser máculas, pápulas eritematosas, pápulas foliculares, vesiculopústulas e incluso nódulos violáceos que aparecen entre las 8 y 48 horas después del baño y predominan en zonas cubiertas por el bañador, axilas, nalgas y abdomen.

Diagnóstico

Clínico ante las lesiones típicas y la historia de baños calientes. Puede confirmarse con frotis de las lesiones.

Tratamiento

En la mayoría de los casos no es necesario, suele resolverse de forma espontánea en pocos días. En casos intensos puede utilizarse un antiséptico local (clorhexidina).

Foliculitis por gramnegativos en pacientes con acné.

Infección del folículo pilosebáceo en pacientes con acné en tratamiento de larga duración con antibióticos de amplio espectro, sobre todo tetraciclinas. El tratamiento prolongado altera la flora bacteriana normal con disminución de grampositivos y aumento de gramnegativos. Existen dos formas clínicas:

1. Superficial o pustulosa: múltiples pústulas con halo eritematoso, centofaciales, ocasionadas por *E. coli*, *Klebsiella*, *Enterobacter* y *P. aeruginosa*.
2. Profunda o nodular: nódulos o quistes profundos inflamatorios en cara, nuca o tronco, ocasionadas por *Proteus*.

Diagnóstico

Sospecharlo ante la exacerbación intensa de un acné o ante un acné multirresistente. Tiene que confirmarse con frotis de las pústulas.

Tratamiento

1. Retirar tratamiento antibiótico.
2. Nuevo tratamiento antibiótico según antibiograma: amoxicilina+ácido clavulánico, ciprofloxacino, cotrimoxazol.
3. Retinoides sistémicos durante 3-4 meses, controlan la seborrea y producen sequedad de piel que dificultará el crecimiento de microorganismos gramnegativos. (7)

Etiología Parasitaria.

Escabiosis

Es la infestación de la capa superior de la epidermis, producida por un ectoparásito, donde la hembra adulta del ácaro *Sarcoptes scabiei* variantes *hominis*, crea túneles serpiginosos.

Es más frecuente en estratos socioeconómicos bajos, en personas con deficiente higiene personal. El factor más importante que determina el contagio es el contacto físico extenso y duradero con una persona afectada. Las personas con mayor riesgo son los niños y la pareja sexual de un individuo afectado. En raras ocasiones se transmite a través de fómites, dado que el ácaro muere en dos o tres días fuera de la superficie cutánea.

Es un problema de distribución mundial y endémico, que ocurre en ciclos de quince a treinta años y afecta a personas de todos los niveles socio-económicos, siendo los más vulnerables los que viven en hacinamiento, independientemente de su higiene personal, afecta a cualquier edad y ambos sexos.

Etiología

La hembra del acaro *Sarcoptes scabiei*, variedad *hominis*.

Manifestaciones clínicas.

El periodo de incubación sin exposición previa de cuatro a seis semanas, mientras que con exposición previa es de uno a cuatro días. La infestación inicial se sigue de un periodo de latencia de un mes. El primer signo de la infestación son las pápulas eritematosas de uno a dos milímetros de diámetro que pueden encontrarse excoriadas, costrosas y descamadas. La lesión clásica, (patognomónica) son túneles alargados color gris o blanquecinos, tortuosos, de aspecto de hebra (en lactantes pueden no verse y se observan ampollas o pústulas). Se presenta prurito intenso a predominio nocturno. Pueden presentarse nódulos escabióticos como respuesta granulomatosa a los antígenos de ácaros muertos y las heces, los cuales aparecen en genitales, ingles y axilas. En niños menores de dos años: la erupción ocurre en cabeza, cuello, palmas y plantas. En niños mayores y adultos los sitios predilectos son pliegues interdigitales, caras flexoras de muñecas, superficies extensoras de codos, pliegues axilares anteriores, cintura, muslos, ombligo, genitales, areolas, abdomen, pliegue interglúteo y glúteos.

Sarna noruega: variante muy contagiosa de escabiosis humana que ocurre en personas inmunodeprimidas, con retraso mental y tratados con esteroides tópicos.

Criterios diagnósticos.

El diagnóstico es clínico.

Tratamiento:

Medidas generales: Tratamiento de todos aquellos que conviven con el paciente, tengan o no sintomatología además del lavado de la ropa interior y de cama mientras dure el tratamiento. No es necesario aplicar insecticidas, fumigar la casa o hervir la ropa.

Tratamiento de elección: Permetrina al 5% en crema o loción, en lactantes, escolares, embarazadas y mujeres en periodo de lactancia. Los niños menores de dos meses se deben referir a dermatología, para su tratamiento específico. La permetrina, en lactantes debe aplicarse desde el cuero cabelludo al resto del cuerpo, respetando la cara, después de ocho a doce horas, retirar con un baño vigoroso, repitiendo el tratamiento en una semana. Para el prurito se debe indicar loratadina (5mg/5ml) 0.2 mg/kg/día una vez al día. La transmisión de los ácaros es poco probable posterior a veinticuatro horas de tratamiento. Se recomienda estricta aplicación de los medicamentos por los días señalados, ni un día más y evitar cualquier otro medicamento por vía tópica.

Complicaciones:

Infecciones bacterianas secundarias. (8)

Pediculosis.

Es la parasitación de personas y animales por insectos del género *Pediculus* del cual existen tres principales: *P. capitis* (que produce la pediculosis de la piel cabelluda); *P. vestimenti* (que causa la pediculosis del vestido y del cuerpo) y *P. pubis* (que se localiza fundamentalmente en el vello púbico). Esta parasitosis se presenta sobre todo en personas desaseadas que viven en hacinamiento. En la actualidad se ha visto un aumento importante de esta parasitosis en muchos países del mundo subdesarrollado y aun en países desarrollados, como Inglaterra.

Pediculosis de la piel cabelluda.

El llamado piojo negro o gris es el causante y parasita sobre toda la piel cabelluda, aunque puede observarse en la barba y el bigote. El piojo en realidad es gris, pero toma a menudo el color del cabello que parasita y pone sus huevecillos que originan larvas (liendres), las cuales se adhieren fuertemente al pelo y son difíciles de desprender. El piojo mide unos 3 mm y su cuerpo es alargado, se sitúa sobre todo en la región occipital y sus movimientos originan intenso prurito, lo cual provoca no en pocas ocasiones un impétigo secundario en esta región, que es a menudo el motivo de consulta; por ello, ante un impétigo sobre todo en un niño, en la región occipital, debe pensarse en la posibilidad de pediculosis previa. Deben diferenciarse las liendres de simples escamas, que en general se dejan atravesar por el pelo, mientras que la liendre está adherida a su costado y avanza con el pelo al crecer éste. La hembra vive poco menos de 30 días, pero en ese tiempo es capaz de depositar entre 50 a 150 huevecillos. (9)

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 examen microscópico (lupa o dermatoscopio)

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 *S. 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.

Manifestaciones clínicas, 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.

Tratamiento.

Insecticidas de aplicación tópica. Permetrina, malatión, piretrina, piperonil butóxido. Sistémica. Ivermectina oral (200 mg/kg). (10)

Etiología inmunológica

Dermatitis atópica

Dermatosis reactiva pruriginosa, crónica y recidivante, la cual se manifiesta por una dermatitis aguda o crónica (eccema) que afecta principalmente los pliegues; se presenta durante la lactancia, tiende a desaparecer después de ésta, y reaparece en escolares; es excepcional en adultos. Es multifactorial por interacción de factores genéticos, inmunitarios y ambientales. Suelen encontrarse antecedentes personales o familiares de atopia (sensibilización mediada por anticuerpos IgE, en respuesta a dosis bajas de alérgenos) y alteración de la barrera epidérmica que culmina en piel seca, junto con aparición de asma o rinoconjuntivitis. También intervienen factores constitucionales, metabólicos, infecciosos, neuroendocrinos y psicológicos.

Datos epidemiológicos.

Dermatosis frecuente, afecta a 3 a 20% de la población general, y a personas de cualquier raza. Figura entre los 10 primeros lugares de la consulta dermatológica; predomina en niños y adolescentes; en 60% de los enfermos empieza en el transcurso del primer año de edad, y en 85%, en el de los primeros cinco. En la consulta pediátrica por problemas de la piel está entre los cinco primeros lugares; es un poco más frecuente en mujeres.

Etiopatogenia En una piel con predisposición genética, seca e hipersensible, actúan factores inmunitarios y de otros tipos que determinan reacciones anormales a múltiples estímulos endógenos y ambientales, que a continuación se señalan:

1. Constitucionales y genéticos. Suele ser familiar, pero no se ha precisado el mecanismo de herencia. En pacientes atópicos, es decir, con hipersensibilidad tipo I. La bibliografía registra una frecuencia de 40 a 70% de antecedentes familiares de atopia como asma, rinitis y dermatitis atópica.

2. Inmunitarios. En 80% de los enfermos hay cifras altas de IgE que orientan hacia el origen atópico. Se ha encontrado relación entre reactividad de IgE y cromosoma 11q. Muchos de los afectados presentan disminución transitoria de IgA durante los primeros meses de vida. Respecto a la inmunidad celular se ha notado disminución de linfocitos T; por ello, estos enfermos presentan gran susceptibilidad a infecciones.

3. Neurovegetativos. Se han demostrado las alteraciones vegetativas que siguen: a) dermatografismo blanco en 75%, generado por frotación con un instrumento romo y dependiente de respuesta tisular anormal a la acetilcolina; b) blanqueamiento o fenómeno de palidez tardía, que se presenta en 70% y se produce por inyección de acetilcolina o derivados de la misma; c) la prueba de la histamina desencadena exacerbación o prurito, trastornos por vasoconstricción, y vasodilatación periférica.

4. Metabólicos. La deficiencia de algunos minerales, o las cifras altas de noradrenalina, conducen a cambios electroencefalográficos.

5. Psicológicos. Se consideran de gran importancia; los enfermos son inteligentes, aprensivos, hiperactivos, posesivos o introvertidos, lábiles a diversos estímulos emocionales y con tendencia a la depresión; en pruebas psicológicas se ha demostrado autoagresión. Se ha encontrado que muchas madres de los pacientes son ambivalentes, sobreprotectoras, rígidas, dominantes y perfeccionistas. Por otra parte, el comportamiento del atópico es normal cuando está libre de lesiones.

6. Barrera cutánea. Las alteraciones de esta barrera epidérmica se deben a la espongiosis y apoptosis de queratinocitos, así como a cambios de la síntesis de proteínas como involucrina y lorícina; la disminución o anormalidad de lípidos en el estrato córneo conlleva pérdida de agua y entrada de toxinas ambientales, microbios, irritantes y alérgenos, que explican la presencia de piel reseca e irritable.

Hay factores que agravan el padecimiento, como calor, frío y cambios de temperatura; algunas telas sintéticas y de lana; jabones y detergentes, y sudoración excesiva. También se han considerado factores predisponentes algunos alimentos (leche, nueces, huevo), algunos colorantes como la tartracina, y los ácaros del polvo.

La aparición secuencial de dermatitis atópica, rinitis alérgica y asma se conoce como marcha atópica. El tratamiento adecuado de la primera evitaría la aparición de rinitis alérgica y asma, y la gravedad de la dermatosis incrementa el riesgo de presentar asma.

Cuadro clínico: Hay tres fases cronológicas: del lactante, del escolar y del adulto.

La fase del lactante empieza en la cara, entre las primeras semanas y los dos meses de edad; predomina en las mejillas y respeta el triángulo central de la cara; hay eritema, pápulas y dermatitis aguda (eccema del lactante) con costras hemáticas. Puede extenderse a piel cabelluda (descamación seborreica), pliegues retroauriculares y de flexión, tronco y nalgas, o ser generalizada. Aparece por brotes; en general, las lesiones desaparecen a los dos años de edad sin dejar huella.

La fase del escolar o infantil sobreviene de los 4 a 14 años, edad en que cede de manera espontánea; las lesiones afectan los pliegues de flexión de los codos, los huecos poplíteos, el cuello, muñecas, párpados o región perioral; hay placas eccematosas o

liquenificadas; se puede presentar dermatitis plantar juvenil que se manifiesta por eritema y descamación que afectan las plantas, los pulpejos y el dorso de los dedos. El prurito es intenso y la dermatosis evoluciona por brotes, y desaparece o progresa hacia la última fase. Puede haber adenopatías múltiples, eritrodermia con dificultad para regular la temperatura corporal, insomnio e irritabilidad.

La fase del adulto es menos frecuente; ocurre de los 15 a los 23 años de edad; se observa incluso durante la senectud; se manifiesta en superficies de flexión de las extremidades, el cuello, la nuca, dorso de las manos o genitales; hay placas de liquenificación o eccema. Hay formas que simulan eccema numular, prurigo, dermatitis seborreica o eritrodermia.

El padecimiento comienza durante la lactancia en 80% de los afectados, pero no siempre se observan todas las fases, ni sigue la secuencia mencionada; la gravedad y la extensión varían con el paciente. También se puede manifestar por dermatitis perioral, fotosensibilidad, dermatitis numular, liquen simple crónico o eccema dishidrótico palmoplantar. La tríada atópica se caracteriza por dermatitis, rinitis y asma (60 a 80%). En la fase aguda predomina el eccema, y en las crónicas, la liquenificación como consecuencia del rascado. En 90% de los enfermos la evolución natural tiende a la mejoría o curación en el momento de la pubertad. El diagnóstico se sustenta en estos datos y se apoya en los antecedentes familiares, piel muy seca, prurito recidivante e infecciones cutáneas secundarias (criterios de Hanifin y Rajka). Estos criterios siguen siendo el estándar para el diagnóstico de DA; sin embargo, no son absolutos, son difíciles de utilizar durante la consulta de rutina y son complejos para realizar estudios epidemiológicos.

Complicaciones.

Infecciones bacterianas secundarias (*S. aureus*) o dermatitis por contacto; corticoestropeo, corticorrebote y eritrodermia, por uso indebido de glucocorticoides locales o sistémicos. En 10% de los pacientes se ha registrado dermatofitosis relacionada; se han encontrado especies de *Candida* en 20% de estos enfermos. Son frecuentes las infecciones virales como las verrugas y el molusco contagioso. Es muy rara la erupción variceliforme de Kaposi, producida por el virus de la vacuna (*vaccinia*) o del herpes, y caracterizada por abundantes vesiculopústulas en toda la superficie cutánea, aunadas a malestar general e hipertermia. Son raras las cataratas, la queratoconjuntivitis (4%) y el queratocono.

Tratamiento.

Se explica a los padres que la enfermedad se puede controlar, pero no curar. Las técnicas de manejo del estrés y la modificación del comportamiento pueden reducir las exacerbaciones causadas por el prurito, de ahí la necesidad de valorar al paciente en su entorno familiar, así como la relación de éste con su familia nuclear. Los pacientes padecen de insomnio por el intenso prurito nocturno, motivo por el cual se puede sugerir terapia de apoyo psicológico y pueden agregarse además antihistamínicos, ansiolíticos o sedantes nocturnos por vía oral. Se recomienda permanencia en un clima templado y seco, uso de ropa holgada de algodón, y no usar ropa de lana o fibras sintéticas; la ropa en contacto con la piel debe lavarse con jabón, sin usar detergentes, blanqueadores ni suavizantes; deben promoverse las relaciones interpersonales adecuadas; muchos

mejoran con el cambio de ambiente; es necesario evitar la exposición excesiva a la luz solar, pero sobre todo a jabones, pomadas y cosméticos. Los pacientes pueden bañarse, pero sólo con agua tibia y sustitutos de jabón; no debe friccionarse la piel; pueden recomendarse aceites hidromiscibles para el agua de la bañera o para la piel húmeda; si se va a una piscina es recomendable tomar una ducha y luego aplicar aceite o crema hidrosoluble. Hay controversia respecto a la participación de la alimentación, y la dieta de exclusión sólo se justifica ante hipersensibilidad a alimentos; en algunos estudios los probióticos o lactobacilos han resultado útiles. En piel reseca y liquenificada es indispensable el uso de lubricantes, hidratantes y emolientes; se utilizan pastas oleosas o linimento oleocalcáreo, cold cream, cremas con urea, o bien pomadas con alquitrán de hulla al 1 o 2% durante periodos breves, de cuatro o seis semanas.

Para el prurito deben administrarse antihistamínicos por vía sistémica; se usan los de primera generación por su efecto sedante, como difenhidramina, 50 a 100 mg tres veces al día; clorfeniramina, 4 a 8 mg tres a seis veces al día; hidroxicina, 25 mg, o ciproheptadina, 4 a 8 mg, dos a cuatro veces al día; también puede utilizarse loratadina, cetirizina o acrivastina, 10 mg una vez al día. En algunos enfermos pueden ser útiles los tranquilizantes menores como el diazepam, 5 mg una a dos veces al día, y en otros, la imipramina, 10 a 25 mg tres veces al día.

Deben cortarse las uñas dos veces por semana. Ante lesiones diseminadas puede utilizarse un antibiótico sistémico, como eritromicina, durante una semana. Los glucocorticoides son los fármacos más usados por la mejoría rápida y notoria que producen, pero la gran cantidad de efectos adversos y el empeoramiento posterior constituyen hoy una de sus más importantes contraindicaciones; podrían usarse en pacientes seleccionados, y en manos expertas, en especial los de baja potencia, como la hidrocortisona al 0.5, 1 o 2% durante periodos breves; se deben disminuir de manera progresiva, y en niños no deben aplicarse en la cara. En pocas ocasiones se usan los glucocorticoides de mediana potencia como butirato de hidrocortisona, dexametasona al 0.01%, metilprednisolona al 0.25% o propionato de fluticasona al 0.05 por ciento.

Cuando hay corticoestropeo, la talidomida da excelente resultado en dosis iniciales de 100 a 200 mg una vez al día, con disminución progresiva de la dosis; se evita su uso en mujeres en edad de reproducción; se recomienda que el propio médico administre un anovulatorio por vía intramuscular. También se utilizan inmunomoduladores como ciclosporina A (3 a 5 mg/kg/día), azatioprina (2.5 mg/kg/día), micofenolato de mofetilo (1 g dos veces al día), interferones, timoestimulinas e interleucinas, y la doxepina por vía tópica al 5%. Después del control de fase aguda se pueden utilizar inhibidores de calcineurina, como tacrolimus o pimecrolimus, que suprimen selectivamente la activación de células T y, por tanto, de citocinas inflamatorias. (11)

Dermatitis de la zona del pañal.

Dermatosis aguda inflamatoria de la zona del pañal, frecuente en lactantes; afecta los genitales, las nalgas y partes vecinas; se caracteriza por eritema, exulceraciones y escamas, e incluso vesículas, costras y liquenificación; se acompaña de ardor y prurito. En su producción intervienen la humedad, el incremento de la temperatura local, la orina

y las heces; se agrava por malos hábitos higiénicos y otros factores, como infección por *Candida sp.* o bacterias.

Etiopatogenia.

La patogenia es compleja y depende de la edad, la alimentación, el cambio de pañales y hábitos de higiene, así como de factores raciales y ambientales; quizás haya diátesis atópica o seborreica que predispone a maceración, favorecida por contacto prolongado con orina y heces; apósitos oclusivos impermeables, como pañales desechables o calzones de hule; temperatura alta; humedad, y roce. Estos factores actúan sobre el estrato córneo, que pierde su función de barrera, de modo que la piel es más susceptible a irritantes primarios. La humedad genera una hidratación y maceración excesiva del estrato córneo, originando la pérdida de la función de barrera, permitiendo una mayor penetración epidérmica de irritantes y microorganismos, y susceptibilidad al daño por fricción. La fricción daña aún más el estrato córneo macerado, lo cual exacerba la disfunción de la barrera cutánea. Esto se agrava con la interacción entre la orina y las heces; el amoníaco no irrita la piel intacta. También produce eritema y rompimiento de la barrera epidérmica: irritantes solubles locales, sensibilización por alérgenos, uso de antisépticos y ropa impregnada con ténidos presentes en jabones y detergentes, así como enzimas fecales como lipasas y proteasas; la empeoran los talcos, los cosméticos y los medicamentos locales, principalmente glucocorticoides.

Clasificación.

Irritativa, intertriginosa, sifiloide, vesiculopustular o vegetante.

Cuadro clínico.

La *forma irritativa* se presenta inicialmente como eritema localizado y asintomático, pero puede progresar a un eritema diseminado. Se localiza en los genitales, la región glútea y el periné; puede extenderse a toda la zona que cubre el pañal en el abdomen y las raíces de los muslos; se caracteriza inicialmente por eritema localizado, pero puede progresar a un eritema confluyente y doloroso con maceración, erosiones y franca ulceración, y en casos muy crónicos a liquenificación; por lo general hay ardor y prurito; la evolución puede ser aguda, subaguda o crónica. Hay diferentes modelos de afección clínica; el más frecuente afecta áreas convexas (en W) y se relaciona con el roce del pañal; el eritema perianal acompaña a cuadros diarreicos y es más frecuente en recién nacidos;

La *forma intertriginosa* se relaciona con dermatosis perivulvares e infección por enterobacterias, de manera que si empieza alrededor de orificios, deben buscarse infecciones del tubo digestivo, urinarias o vulvares; la dermatitis eritematosa (roja) de toda el área del pañal se relaciona con el tipo de pañal o detergente usado. Hay una variedad que se origina por el contacto con las cintas y los adhesivos, más frecuente en lactantes atópicos. A veces hay pápulas eritematosas, a menudo erosionadas, aisladas o confluentes, que constituyen una variedad denominada sifiloide poserosiva de Sevestre-Jaquet, que se observa en el contexto de pacientes con evacuaciones líquidas, higiene deficiente, cambios poco frecuentes del pañal o uso de pañales oclusivos

Complicaciones.

Si hay impétigo agregado se presentan pústulas y costras melicéricas; ante infección por estafilococos hay ampollas, costras melicéricas y lesiones circinadas, y ante estreptococos, lesiones vesiculopustulares. Si hay candidosis, la piel está roja y macerada, existe afección de los pliegues y hay pápulas y pústulas satélite.

Tratamiento.

Se recomiendan en primer lugar medidas preventivas encaminadas a disminuir la humedad, como evitar el uso prolongado de pañales (sobre todo los oclusivos o chinos, sean desechables o calzón de hule), además de su cambio frecuente (cada 3 a 4 h, o incluso con mayor frecuencia en los neonatos). Para uso nocturno deben recomendarse pañales muy absorbentes que contienen alginatos, de mayor tamaño para evitar el roce y facilitar la absorción; el desarrollo tecnológico en pañales ha mejorado mucho el pronóstico y la disminución de microorganismos agravantes. Cuando se usen pañales de tela deben ser de textura fina; no se utilizarán detergentes para lavarlos, sino jabón de pastilla, y es necesario enjuagarlos a fondo. No se debe enjabonar la región ni aplicar otras sustancias tópicas. El área ha de limpiarse con suavidad y agua tibia; de preferencia se deja sin pañal durante periodos prolongados. Pueden utilizarse sustitutos de jabón, o cremas emolientes; la fricción se reduce con la aplicación de talco y óxido de cinc, cuidando de no aplicarlos sobre áreas ulceradas. En ocasiones suele recomendarse por periodos breves una crema de hidrocortisona al 1%, o acetónido de triamcinolona al 0.025%, dos veces al día. Se recomiendan fomentos o baños de asiento con agua con un poco de vinagre o ácido acético, dos o tres cucharadas en 1 L de agua; en casos más graves se usa solución de Burow. Si hay complicaciones como impétigo se utiliza una crema con yodoclorohidroxiquinoleína (clioquinol [Vioformo®]) al 1 a 3%, o un antibiótico sistémico; si hay candidosis se trata con ungüento de nistatina o de algún imidazol, ciclopiroxolamina, terbinafina o amorolfina. (12)

Etiología micótica

Dermatofitosis o tiñas

Lesiones producidas por dermatofitos, hongos con la particularidad de desarrollarse en la queratina. Sus características epidemiológicas, antropófilos, zoófilos o geófilos, delimitarán actitudes para evitar contagios. Las de origen zoófilo, con manifestaciones muy inflamatorias, pueden llegar a resolverse espontáneamente, mientras que las antropófilas pueden persistir de forma indefinida.

Tiña de la cabeza.

Propia de la edad infantil. Puede manifestarse con una de las siguientes presentaciones:

Forma inflamatoria o Querion. Se inicia con una o varias placas eritemato-escamosas, con caída o no de pelos, que en pocos días evoluciona hacia una placa prominente, bien delimitada, dolorosa a la palpación, con superficie alopecica, pero con pelos adheridos y

llena de folículos abiertos y pústulas. Los pelos que persisten se pueden arrancar con facilidad. Presencia de adenopatías cervicales.

Formas no inflamatorias o tonsurantes. Clásicamente se acostumbra a dividir en: a) Variedad microspórica o más frecuente, placa alopecica, que puede alcanzar un tamaño regular, con pelos rotos a pocos milímetros del orificio y recubierta de escamas grises. Única o múltiple, puede acompañarse de prurito discreto. Localizadas preferentemente en vertex o occipucio. b) Variedad tricofítica o de los puntos negros, con presencia de múltiples lesiones de pequeño tamaño, produce una alopecia irregular por no afectar todos los pelos, éstos se rompen a la misma salida del folículo. c) Favus, forma crónica infrecuente en nuestro medio, caracterizada por placa eritematosa y algo escamosa, con presencia de los llamados escudetes fávicos y la alopecia residual. Desde el punto de vista clínico, en especial del pediatra, estas formas no inflamatorias también se pueden dividir en formas pseudoseborreicas, formas con puntos negros por rotura capilar y las formas pseudoalopécicas. Las manifestaciones clínicas que deben alertar son: alopecia, descamación, eritema, puntos negros, pústulas. Cualquiera de estas presentaciones suele acompañarse de adenopatía regional.

Tiña del cuerpo.

Presente en cualquier edad. Se subdivide en:

De la piel lampiña: a) Su forma más habitual es el herpes circinado, lesión de tipo anular o policíclica con un borde activo de crecimiento, excéntrico, eritematoso y a veces pápulo-vesiculososo, con un centro con color más claro, descamativo y tendencia a la mejoría clínica. Distribución asimétrica. Tamaño muy variado, así como su número, cuando son coalescentes adoptan formas policíclicas. En las formas zoófilas suelen ser múltiples. Puede acompañarle un prurito no muy intenso.

b) Granuloma de Majocchi o forma inflamatoria de la piel lampiña, que suele localizarse en las extremidades. Se trata de una lesión granulomatosa perifolicular por afectación profunda de los folículos del vello.

c) Tiña incógnito. Son formas que previamente han sido tratadas con corticosteroides tópicos o inmunomoduladores tópicos. Se caracterizan por su duración larga y evolución tórpida, con propiedades poco definidas, irregularidad en su contorno o en la parte central con posibles elementos microvesiculosos aislados. Son de diagnóstico difícil por la modificación o ausencia de las manifestaciones clínicas habituales. Empeora la lesión al suprimir la aplicación de corticoide tópico, con aparición de una lesión más característica.

Tiña de las uñas. Poco frecuentes en la infancia, inicia por el borde distal o lateral con cambio de color, engrosamiento, fragmentación de las láminas, punteado, elevaciones y a veces desprendimiento de la lámina ungueal. No existe afectación de partes blandas. Las formas clínicas de presentación son la distal subungueal, la más común, la proximal subungueal y la superficial blanca. Es más frecuente la afectación de las uñas de los pies que las de las manos.

Lesiones estériles o dermatofitides o reacciones de hipersensibilidad aparecidas en la fase inicial de las lesiones, que pueden acompañar a las zoófilas inflamatorias. Localización en tronco o extremidades y con características muy variadas: eritema, pápulas, papulovesículas, ampollas, psoriasiformes o eritema nodoso. Mejoran al hacerlo la lesión fúngica. No precisan tratamiento específico.

Diagnóstico

Habitualmente suele ser clínico-epidemiológico. Es imprescindible realizar estudio etiológico ante: la sospecha de tiña incógnita, las que se acompañan de dermatofitides, las de las uñas y ante pequeñas epidemias escolares o familiares. Las técnicas empleadas son: a) examen microscópico directo (con tinción o no del material) con aplicación previa de hidróxido potásico o azul de lactofenol para visualizar hifas o artosporas, b) cultivo en medios adecuados durante dos semanas. La lámpara de Wood o de luz ultravioleta, con respuesta positiva en las tiñas microspóricas puede ser una ayuda diagnóstica.

Tratamiento

Existirían medidas farmacológicas y no farmacológicas. Estas últimas consisten en medidas higiénicas adecuadas, aireación, evitar la humedad y la autocontaminación. Las medidas farmacológicas pasan por los antifúngicos tópicos o sistémicos. Los tópicos pueden dividirse a su vez en inespecíficos, poco utilizados actualmente, como la tintura de yodo y los específicos que se presentan en los siguientes grupos alilaminas (naftifina y terbinafina) , azoles (bifonazol, butoconazol, clotrimazol, eberconazol, econazol, flutrimazol, ketoconazol, miconazol, oxiconazol, sertaconazol, tioconazol), morfolinas (amorolfina) , polienos (ciclopiroxolamina, tolnaftato). Los antifúngicos sistémicos son fundamentalmente cuatro: griseofulvina (10-20 mg/kg/d en la forma micronizada, en nuestro país no está disponible la ultramicronizada), itraconazol (3- 10 mg/kg/d), fluconazol (3-12 mg/kg/d) y terbinafina (3-6 mg/kg/d). En estos tratamientos sistémicos es preciso recordar las interacciones medicamentosas de los azoles, dada su afinidad por el citocromo P450 con inhibición de CYP3A4, en el caso de la terbinafina esta afinidad es baja . De la griseofulvina se debe precisar que aumenta su absorción con las grasas. (13)

Tiñas de la cabeza

Terbinafina, 2-4 semanas según sean formas no inflamatorias o inflamatorias. Existe una menor respuesta de *M. canis* a este fármaco. Alternativas, griseofulvina o itraconazol. En las formas inflamatorias se puede asociar prednisona 1-2 mg/kg/d durante 7-14 días. Son útiles medidas inespecíficas como aplicación de antisépticos, depilado y descostrado en las formas inflamatorias y el lavado del pelo con champú de un imidazol , en el caso índice. Este recurso, si bien no es activo frente al pelo lesionado, puede impedir la diseminación. (14)

Tiñas del cuerpo

Formas localizadas: tratamiento tópico con imidazoles, terbinafina, ciclopiroxolamina, naftifina o tolnaftato durante 2-4 semanas. Es recomendable proseguir la aplicación durante unos días después de la curación clínica. Formas extensas o inflamatorias:

tratamiento sistémico con los mismos fármacos y dosis que en las tiñas de la cabeza. (15)

Tiñas de las uñas

Las pautas más aconsejadas por su mayor facilidad de adherencia y cumplimiento son: 1) terbinafina diaria durante 3-4 meses a dosis de 3-6 mg/kg/d o a doble dosis durante 1 semana al mes, 2-4 meses; 2) itraconazol diario 3-5 mg/kg/d durante 3- 4 meses o dosis doble diaria durante 1 semana al mes, 2-3 meses. Se deben recordar las interacciones medicamentosas de Tipo de tratamiento estos fármacos. Estas pautas de duración van dirigidas a las uñas de los pies, en el caso de las manos la duración del tratamiento es menor, puede decirse que en la forma diaria se reduce a la mitad y en la intermitente la reducción es de 1 mes en el itraconazol y 2 en la terbinafina. Los tratamientos tópicos son aconsejados en los casos más atenuados y menos prolongados, con lacas de amorolfina al 5% o ciclopirox al 8% con una duración mínima de 6 meses. Asimismo pueden emplearse conjuntamente en algunos casos de empleo diario de los fármacos sistémicos.

Paroniquia-onicomycosis: con inicio en el pliegue periungueal, que aparece hinchado, con eritema, dolor al tacto y con posible salida de exudación serosa o purulenta. De tipo cronicado. Suele afectar la uña desde el borde lateral, con afectación de partes blandas y con extensión progresiva hacia el resto de la uña. (16)

Pitiriasis versicolor

Es una infección superficial de la piel, crónica y habitualmente asintomática, producida por una levadura del género *Malassezia*, componente habitual de la flora cutánea, en especial a partir de la pubertad.

Clínica

Se localiza de forma preferente en parte superior del tórax, espalda con extensión hacia la raíz de los miembros superiores y cuello, en los lactantes es poco frecuente y tiene la característica de poder localizarse en cara y cuello. Son pequeñas manchas uniformes, planas, ovaladas, escamosas y confluentes. El color varía según la constitución del paciente y la exposición al sol, entre el amarillo parduzco y el marrón en las formas hiper crómicas, aunque existen formas hipocrómicas. Su raspado da lugar al despegamiento de escamas, con visualización de epidermis sonrosada. Puede ser discretamente pruriginosa.

Diagnóstico

Eminentemente clínico. Se puede utilizar la luz de Wood con fluorescencia del amarillo al anaranjado o examen directo de las muestras con aplicación de hidróxido potásico que permitirá ver la presencia de racimos redondeados.

Tratamiento

Tópico mediante sulfuro de selenio al 2,5% en champú 7 noches con la posibilidad de mantener unas aplicaciones de tipo profiláctico, 2 noches durante una semana al mes

cada 3 meses, también pueden usarse los imidazólicos en forma de gel. También se puede realizar el tratamiento con imidazólicos o terbinafina en crema durante 2 semanas. Existe la posibilidad de utilizar tratamiento sistémico en casos muy rebeldes, con fluconazol o itraconazol, 7 días. Se reservaría para casos muy extensos o rebeldes al tratamiento tópico. Se debe recordar la inefectividad de la terbinafina oral. (17)

Etiología Viral

Varicela

La varicela es una enfermedad contagiosa causada por el virus de la varicela zóster (VZV). Este virus es uno de los 8 tipos de la familia Herpesviridae. Tiene al humano como único reservorio y fuente de infección y se transmite de dos maneras: a través del aire por secreciones respiratorias de una persona infectada (1-2 días previos a la erupción cutánea hasta 5 días después de la aparición de vesículas); o por contacto directo con la erupción de la varicela antes de formarse la costra ya que el líquido de las vesículas contiene altas concentraciones del virus. Se transmite fácilmente de personas infectadas a otras que nunca han tenido varicela o no se han vacunado

La infección por VZV es común en la población general. En Estados Unidos, antes de que se introdujera la inmunización para VZV, la base de datos nacional mostró una seroprevalencia del 95% en menores de 20 años, lo que generaba aproximadamente 4 millones de casos al año, 11.000 hospitalizaciones y 100 muertes. El 66% de los casos de varicela se produce en menores de 10 años, enfermándose con mayor frecuencia los niños de cinco a nueve años de edad, representando el 50% del total.

A pesar de que la población más afectada por la varicela son los niños, los que más presentan complicaciones son los menores de un año y los adultos. Por ejemplo, los mayores de 20 años representan menos del 5% de casos de varicela y sin embargo, el 55% de las muertes por esta causa se da en este rango etario. Los tipos de complicaciones también varían con la edad, siendo más frecuente las sobre infecciones bacterianas en los niños.

Etiopatogenia

El ser humano es el único reservorio conocido del VZV. La infección por este virus tiene dos formas clínicas: la varicela y el herpes zoster. En cuanto a la etiopatogenia solo trataremos la varicela, que es resultado de la primoinfección por este agente. Ésta, es usualmente autolimitada en niños inmunocompetentes, sin embargo, puede ser una enfermedad grave en adolescentes, adultos o inmunocomprometidos de cualquier edad.

El VZV pertenece a la familia de los virus herpes, que comparten características estructurales similares, como lo son una envoltura lipídica que rodea una nucleocápside de simetría icosaédrica, un tamaño total de casi 180 a 200 nanómetros y DNA bicatenario de localización central con una longitud cercana a los 125.000 pares de bases. (18)

Clínica

A diferencia de otras infecciones por virus herpes la primoinfección por VZV casi siempre es clínicamente evidente. Las manifestaciones de la varicela en niños inmunocompetentes, incluye un periodo de pródromo, el que se produce aproximadamente en la mitad de los casos, más comúnmente en niños mayores y adultos. Este se caracteriza por fiebre, malestar general, faringitis y disminución del apetito. Dentro de 24 a 48 horas, se produce un exantema vesicular y fiebre de 37,8 a 39,4°C de tres a cinco días de duración. Las lesiones iniciales de varicela se ubican generalmente en cuero cabelludo, cara y tronco, y luego compromete extremidades.

El exantema, generalmente pruriginoso, evoluciona en el transcurso de la enfermedad. Inicialmente se presenta como máculas, que rápidamente se transforman en pápulas y luego vesículas. El paso de maculopápulas a vesículas se produce en cuestión de horas a días. Esas lesiones pueden generar pústulas, que luego dan origen a lesiones costrosas. Es característico de la varicela que se presenten lesiones en diferentes estadios de evolución.

La mayoría de las lesiones son pequeñas, tienen una base eritematosa y un diámetro de 5 a 10 mm. Aparecen brotes sucesivos con intervalos de dos a cuatro días. Puede haber lesiones en las mucosas orofaríngea, conjuntival y genitoanal. Su intensidad varía de un enfermo a otro, desde tan pocas lesiones como 10 a más de 1.500 en niños sanos, considerándose el rango normal desde 100 a 300 lesiones. Los niños pequeños tienden a tener un menor número de vesículas que los individuos de mayor edad.

Complicaciones

Complicaciones cutáneas Las complicaciones de la varicela han disminuido desde la existencia de la vacuna, pero las más comunes siguen siendo la sobreinfección de lesiones cutáneas por *S. pyogenes* y *S. aureus*. Estos patógenos pueden dar lugar a múltiples entidades clínicas como la celulitis, miositis, e incluso fasciitis necrotizante y síndrome de shock tóxico. La sobreinfección bacteriana es consecuencia de la excoiación de las lesiones después del rascado y condiciones de higiene menos adecuadas. Todas las complicaciones invasivas, con repercusión sistémica son más frecuentes en individuos inmunocomprometidos.

Complicaciones extracutáneas Las complicaciones neurológicas corresponden a las complicaciones más frecuentes extracutáneas y comprenden múltiples formas de presentación, como la Encefalitis, que característicamente se desarrolla al final de la primera semana de exantema, pero hay casos descritos en los que aparece incluso antes de las lesiones cutáneas. Se pueden destacar dos formas: la ataxia cerebelosa aguda y encefalitis difusa. (19)

Diagnóstico

El diagnóstico de la varicela generalmente no representa un desafío clínico. El exantema característico y el antecedente epidemiológico de una exposición reciente permiten el diagnóstico oportuno. Sin embargo, existen métodos de laboratorio que permiten realizar el diagnóstico de certeza, los que podrían ser especialmente útiles en pacientes con clínica atípica (como el caso de los pacientes vacunados o inmunocomprometidos), para

realización de estudios o para determinar la vulnerabilidad en pacientes de riesgo en que no se conocen antecedentes para realizar vacunación. (20)

Diagnóstico Diferencial

El diagnóstico diferencial, principalmente, debe hacerse con otras infecciones virales. Son ejemplos, la infección diseminada por el virus del herpes simple en enfermos con dermatitis atópica y las lesiones vesiculopapulosas diseminadas que algunas veces acompañan a las infecciones por virus Coxsackie, Echovirus o al sarampión atípico. La diferencia radica en que las lesiones por estos virus son con mayor frecuencia morbiliformes y de composición hemorrágica, en comparación con las lesiones de la varicela que son típicamente vesiculosas o vesiculopustulosas.

Tratamiento de la Primo infección en edad pediátrica

La varicela es una enfermedad viral que en la mayoría de los pacientes se comportará de forma benigna y autolimitada. Es por esta razón que se tiende a manejar de manera conservadora y sintomática, pero existen ciertas indicaciones para proponer el uso de antivirales cuando se nos presenta un paciente con esta enfermedad. Dentro de las indicaciones para el tratamiento sintomático ambulatorio están: Aislamiento, con retiro de guarderías, jardines infantiles o colegios, Reposo variable según compromiso del estado general, Baño diario con jabón líquido, Mantener uñas limpias y cortas, No aplicar nada para cubrir las lesiones, Analgesia con paracetamol, Uso de clorfenamina para manejo del prurito. (21)

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Investigación

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información el estudio fue tipo cualitativo-cuantitativo, cuantitativo ya que nos permitió identificar la incidencia del tema en estudio, cualitativo porque a través del examen físico y la hoja de evaluación nos permitió conocer las diferentes etiologías causantes y que sexo predomina la incidencia de las enfermedades dermatológicas.

3.2 Población y muestra

La Población que se tomó en cuenta fue toda la población menor de 5 años de edad correspondientes al área geográfica de influencia de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar en estudio. Las poblaciones de las unidades en estudio se describen en la siguiente tabla.

Tabla 1: Población infantil menores de 5 años.

| UCSFB Las casitas | UCSFB Tierra blanca. | UCSFI Chirilagua | Total |
|--------------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------|
| 180 | 200 | 250 | 630 |

FUENTE: SIMMOW

Muestra

Se incluyeron 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.

3.3 Criterios para establecer la muestra

Criterios de Inclusión

- Menor de 5 años de edad
- Con diagnóstico de Enfermedad dermatológica

Criterios de Exclusión

- Faltista a control infantil
- Niños/as con reciente alta hospitalaria
- Niño/a Sano

3.4 Tipo de muestreo

El tipo de muestreo fue no probabilístico de tipo incidental, ya que la población en estudio fueron niños/as que asistieron a su control infantil, por lo cual tenemos acceso.

3.5 Técnicas de Recolección de datos

3.5.1 Documental.

Documental bibliográfico, ya que se utilizaron libros de texto de medicina para obtener información, en físico y digital.

3.5.2 De trabajo de Campo

Examen físico, por medio de este se recolecto la información de cada menor en estudio.

3.6 Instrumentos

Se utilizó una hoja de evaluación, en el cual se anotó los hallazgos positivos que correspondan a una enfermedad dermatológica.

Dentro de las dificultades que se tienen en nuestras UCSF, no se cuenta con medio de cultivo para realizar a las lesiones elementales, por lo tanto, el diagnostico etiológico se hará por clínica, detallando las lesiones elementales para poder determinarlas, utilizando la hoja de evaluación creada.

3.7 Procedimiento

3.7.1 Planificación de la investigación

Durante las primeras semanas del mes de febrero el grupo se reunió con el asesor y la coordinadora de grupos para la selección del tema de investigación y enviar la propuesta a junta directiva.

Posterior a la selección del tema durante el mes de febrero, se realizó la identificación de fuentes confiables, siendo estos libros, guías y normativas del MINSAL.

3.7.2 Ejecución de la investigación

A) Validación del instrumento

El instrumento tiene la validación ya que en base a la teoría de las lesiones elementales de la bibliografía de la Dermatología de Arenas 6ta Edición, el grupo de investigación creo el instrumento, además se realizó un total de 5 hojas de evaluación en cada una de las unidades de salud, haciendo un total de quince en el periodo del 02 al 15 de mayo de 2019 y de esta manera se determinó que el instrumento era el adecuado para la recolección de datos.

B) Recolección de datos

La recolección de datos se llevó a cabo en el periodo comprendido del 01 de junio al 31 de agosto de 2019.

3.8 Plan de análisis

Una vez recolectada la información, se procedió al proceso de los datos obtenidos en el instrumento, utilizando la aplicación de escritorio S.P.S.S versión 24.0 para el sistema operativo Windows.

3.9 Riesgos, beneficios y consideraciones éticas

A) Riesgos:

No hay riesgos directamente relacionados a la participación en esta investigación.

B) Beneficios:

La población en estudio se vio beneficiada ya que ahora cuenta con un diagnóstico certero para su adecuado tratamiento.

Los pacientes no obtuvieron ningún beneficio económico, sin embargo, los resultados de la incidencia que se encontró son de importante información que será usada por el ministerio de salud y las autoridades locales.

C) Consideraciones éticas

Se explicó a los padres de los pacientes que el estudio solo se realizó bajo su previo consentimiento informado y fue voluntariamente, todo se manejó de manera anónima. También se hizo énfasis en la confidencialidad de los datos recolectados y las fotos que se tomaron, que no se utilizaron para ningún otro fin que no sea investigación. Además, se especificó que sólo se utilizó los datos obtenidos a través de la hoja de evaluación y las fotos.

4. RESULTADOS

Tabla 2: Controles infantiles en niños y niñas menores de 5 años realizados en las distintas Unidades Comunitarias de Salud Familiar

| Rango de Edades | UCSF Las Casitas | UCSFB Tierra Blanca | UCSFI Chirilagua | TOTAL |
|-----------------|------------------|---------------------|------------------|-------|
| Menor de 1 año | 7 | 55 | 158 | 220 |
| 1 a 4 años | 57 | 80 | 232 | 369 |
| TOTAL | 64 | 135 | 390 | 589 |

FUENTE: Base de datos SIMMOW 2019

Tabla 3: Enfermedades Dermatológicas detectadas en Controles Infantiles a través de hoja de evaluación realizada.

| Enfermedades Dermatológicas detectadas en Controles Infantiles | |
|--|----|
| UCSF Las Casitas | 13 |
| UCSFB Tierra Blanca | 10 |
| UCSFI Chirilagua | 26 |
| TOTAL | 49 |

FUENTE: Hoja de Evaluación.

Incidencia: $\frac{\text{Número de eventos ocurridos}}{\text{Población expuesta al riesgo}} \times 100 =$

Sustituyendo: Incidencia: $\frac{49}{589} \times 100 =$

Incidencia: $0.083 \times 100 =$

Incidencia: 8.3%

Tabla 4: Impresión Diagnóstica de la población infantil en estudio.

| Impresión Diagnostica | Frecuencia | Porcentaje |
|---|-------------------|-------------------|
| Impétigo Costroso | 10 | 20.4 |
| Tiña de las uñas | 1 | 2 |
| Impétigo buloso | 5 | 10.2 |
| Dermatitis atópica | 2 | 4.1 |
| Forunculosis | 4 | 8.2 |
| Escabiosis | 8 | 16.3 |
| Tiña del cuerpo | 1 | 2 |
| Pitiriasis Versicolor | 3 | 6.1 |
| Dermatitis del pañal | 6 | 12.2 |
| Síndrome Stafilococico de la piel escaldada | 1 | 2 |
| Ectima | 1 | 2 |
| Pediculosis | 5 | 10.2 |
| Varicela | 1 | 2 |
| Ulcera en pie Derecho | 1 | 2 |
| Total | 49 | 100 |

FUENTE: HOJA DE EVALUACIÓN

Análisis:

Del total de la población estudiada, el 20.4% presentó Impétigo costroso, el 16.3% escabiosis, el 12.2% dermatitis del pañal, el 10.2% impétigo buloso, el 10.2% pediculosis, el 8.2% forunculosis, el 6.1% pitiriasis versicolor, el 4.1% dermatitis atópica, el 2% tiña de las uñas, el 2% tiña del cuerpo, el 2% Síndrome stafilococico de la piel escaldada, el 2% ectima, el 2% varicela y el 2% ulcera en pie derecho.

Interpretación:

La patología dermatológica con mayor incidencia fue el impétigo costroso, aunado a este el impétigo buloso, la forunculosis, el síndrome estafilocócico de piel escaldada, ectima, y la ulcera de pie, que representan la misma etiología, pero diferentes características clínicas.

Gráfico 1: Impresiones Diagnosticas de la población en estudio.

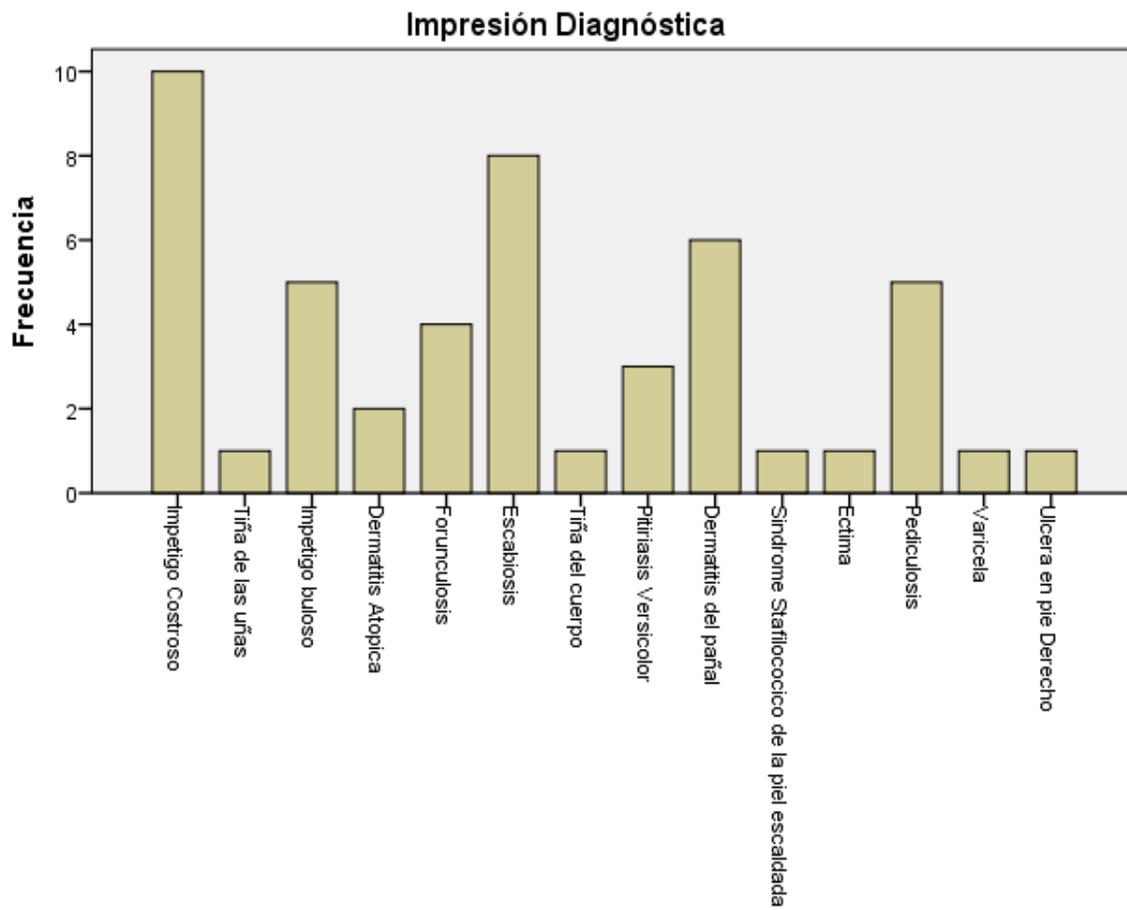


Tabla 5: Etiologías más frecuentes de enfermedades dermatológicas en la población en estudio.

| Etiología o Causa | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------|------------|-------------|
| Bacteriana | 22 | 44.9% |
| Parasitaria | 13 | 26.5% |
| Micótica | 5 | 10.2% |
| Viral | 1 | 2% |
| Inmunológica | 8 | 16.3% |
| Total | 49 | 100% |

FUENTE: HOJA DE EVALUACION

Análisis:

En la tabla 5 se observa que de la población en estudio el 44.9% lo obtuvo la etiología bacteriana, el 26.5% la etiología parasitaria, el 10.2% la etiología Micótica, el 16.3% la etiología inmunológica y el 2% la etiología viral.

Interpretación:

La etiología que predominó en la población infantil en estudio fue la bacteriana con un 44.9%, mientras la que tuvo menos porcentaje fue la etiología viral.

Gráfico 2: Etiologías más frecuentes en la población en estudio

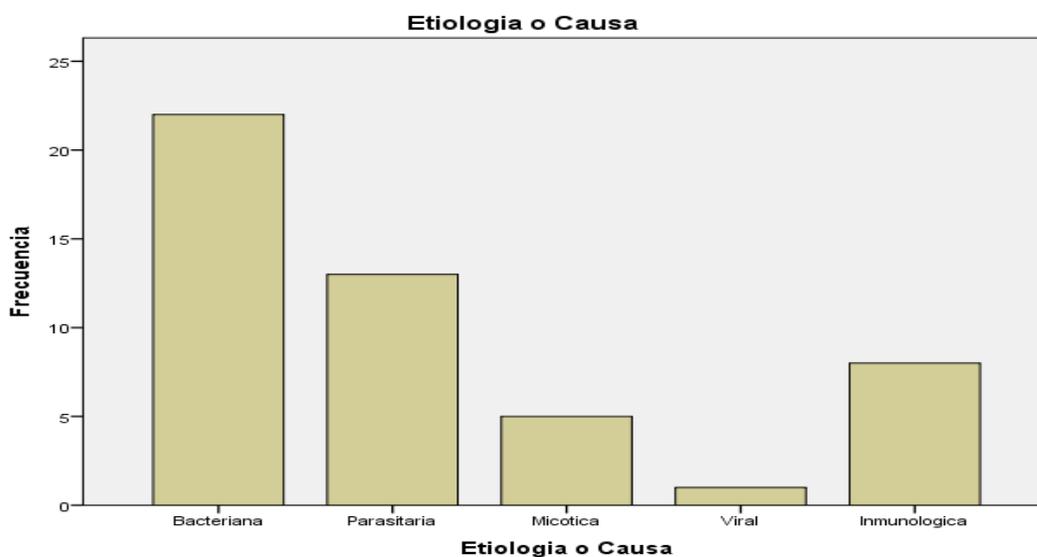


Tabla 6: Sexo de la población en estudio

| Sexo | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|-------------|
| Femenino | 22 | 44.9% |
| Masculino | 27 | 55.1% |
| Total | 49 | 100% |

FUENTE: HOJA DE EVALUACIÓN

Análisis:

En la tabla 6, se observa que el 55.1% de pacientes en estudio fueron del sexo masculino, mientras que el 44.9% de pacientes en estudio fue el sexo femenino.

Interpretación:

El sexo que predomina en la población infantil estudiada mediante sus controles de crecimiento y desarrollo es el Masculino con un 55.1% de la población.

Gráfico 3: Sexo de la Población infantil en estudio.

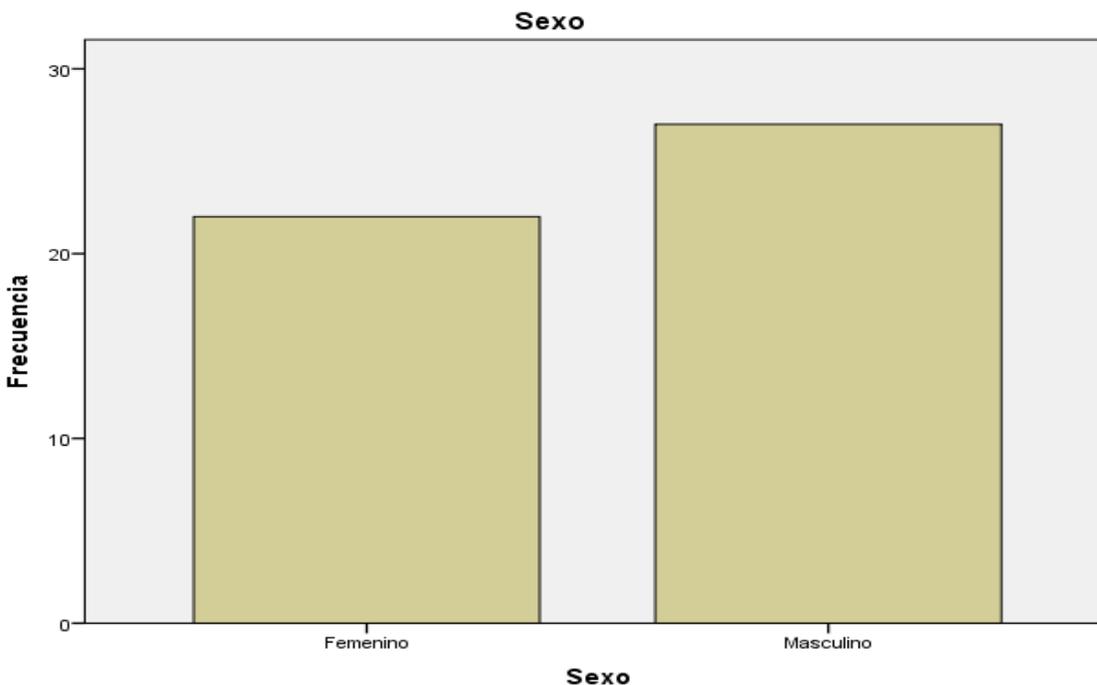


Tabla 7: Edades de población infantil en estudio.

| Edad | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------|------------|-------------|
| Menor de 1 año | 15 | 30.6 |
| De 1 a 2 años | 6 | 12.2 |
| De 2 a 3 años | 10 | 20.4 |
| De 3 a 4 años | 6 | 12.2 |
| De 4 a 5 años | 12 | 24.5 |
| Total | 49 | 100% |

FUENTE: HOJA DE EVALUACIÓN

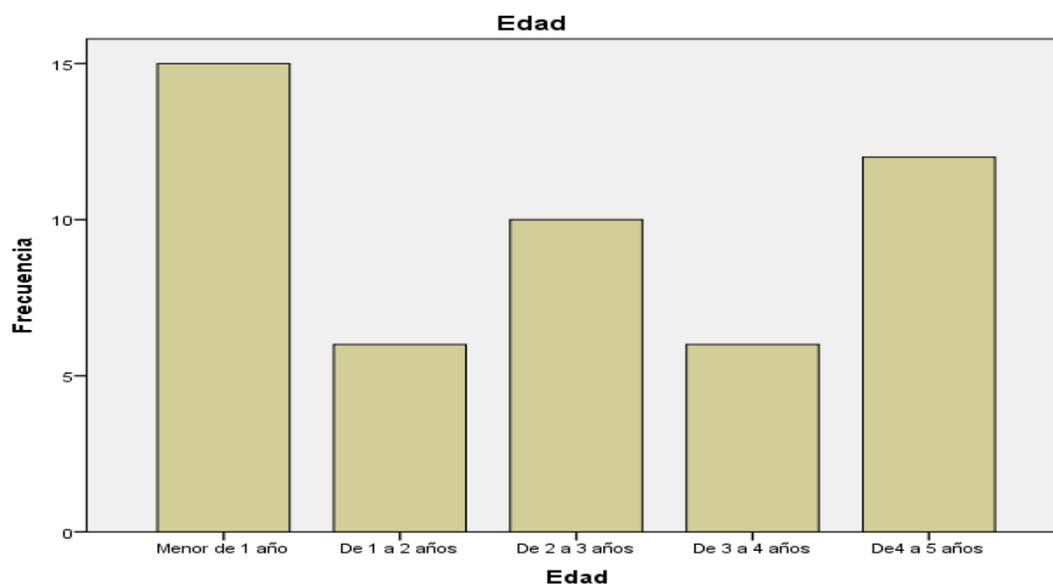
Análisis:

En la tabla 7, se observa que el 30% de la población en estudio es menor de 1 año de edad, el 24.5% tienen de 4 a 5 años, el 20.4% tienen de 2 a 3 años, el 12.2% tienen de 1 a 2 años y el 12.2% tienen de 3 a 4 años de edad.

Interpretación:

El rango de Edad que más sobresale de la población estudiada es menor de 1 año, es decir los Lactantes mayores, y la menor parte de la población estudiada se encuentra entre en el rango de 3 a 4 años de edad.

Gráfico 4: Edades de la población infantil en estudio.



5. DISCUSIÓN

Este estudio se realizó en la población menor de 5 años de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas Las Casitas, Alegría, Usulután, y Tierra Blanca, Chirilagua e Intermedia de Chirilagua, identificando enfermedades dermatológicas a 49 niños durante el examen físico representando una incidencia del 8.3%.

Dentro de los objetivos de nuestro estudio consistió en determinar la incidencia de enfermedades dermatológicas en los controles que se realizan diariamente en las unidades de salud en estudio, encontrando que la principal patología dermatológica encontrada fue el Impétigo costroso que represento el 20.4% seguido por la escabiosis con un 16.3% y en menor incidencia se encontraron dermatosis como la varicela, con un 2% lo cual se interpreta como predominancia enfermedades de origen infeccioso las cuales reciben manejo en el primer nivel de atención sin necesidad de derivación al dermatólogo y de las cuales el diagnóstico se hace por clínica sin necesidad de reporte de cultivo confirmatorio. Al comparar con un estudio realizado en España por Zarracina et al. denominado "Consultas dermatológicas en Pediatría de Atención Primaria" que reporta infecciones víricas con un 26% y un 10% de infecciones de origen bacteriano como principales causas de consulta, se puede determinar que la incidencia de infecciones de origen bacteriano es menor al encontrado en este estudio, pudiendo tener correlación con las diferencias de la zona de estudio, malos hábitos higiénicos y accesibilidad a servicios de salud.

También se realizó comparación con un estudio en Venezuela denominado "Enfermedades Dermatológicas En La Edad Pediátrica Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo", durante el periodo de 2005-2006, en Caracas, Venezuela en el que determino que las principales patologías dermatológicas En lactantes menores; escabiosis. En lactantes mayores; dermatitis atópica. En preescolares; molusco contagioso; con la diferencia que la incidencia de dermatitis atópica es menor y en el caso de molusco contagioso no es representativa.

Al momento de determinar la incidencia de enfermedades dermatológicas se encontró que el sexo masculino fue el más afectado con un 55.1% y el femenino con 44.9%, el grupo etario más afectado eran los niños menores de un 1 año con 15 casos los cuales representaban un 30.6% y en menor medida niños de 3 a 4 años con 6 casos que representaron el 12.2%, dicho hallazgo se podría relacionar con la dependencia del cuidado que brindan sus padres y del bajo nivel de inmunidad que tienen lo cual los vuelve vulnerables aun que el sexo no parece tener relevancia incidental. Comparando con el estudio antes mencionado realizado en España por Zarracina et al. Se encontró que el 51.2% de casos represento al sexo masculino y un 48.8% al sexo femenino con predominio de casos entre los 4 años lo cual refleja similitud con nuestro estudio.

Actualmente disponemos de un estudio a nivel nacional llamado diagnóstico de enfermedades dermatológicas en menores de 5 años en Unidades De Salud Comunitarias Familiares Taquillo, Chiltiupán, Tongolona, marzo – junio 2016. A diferencia de este estudio elaborado de forma retrospectiva cuyo objetivo principal de determinar la forma de hacer diagnóstico, reporta con mayor frecuencia la escabiosis que es una enfermedad dermatológica de origen parasitario; nuestro estudio recoge el nivel de incidencia y se concluyó con mayor frecuencia el impétigo costroso que es causado por un agente bacteriano.

6. CONCLUSIONES

- La incidencia de las enfermedades dermatológicas en niñas y niños menores de cinco años de edad es del 8.3%
- El impétigo costroso presentó el 20.4%, representado la mayor enfermedad dermatológica presente en este estudio.
- La etiología o causa que predominó en la población infantil en estudio fue la etiología bacteriana con el 44.9%.
- La tendencia de enfermedades dermatológicas en menores de 5 años por sexo predominó con un 55.1% el sexo masculino.
- La edad de mayor incidencia entre la población infantil fueron los menores de 1 año con el 30.6%

7. RECOMENDACIONES

- **Recomendaciones a UCSF**
 - Identificación de diagnóstico de lesiones dermatológicas.
 - Tratamiento oportuno y adecuado de las lesiones
 - Reforzar hábitos de higiene de la población para disminuir incidencia

- **Recomendaciones a padres de familia**
 - Buscar atención oportuna ante la aparición de alguna lesión
 - Evitar etnopracticas para la resolución de lesiones
 - Evitar automedicación para el tratamiento de lesiones
 - Cumplimiento de tratamiento completo para evitar recidivas en lesiones de origen infeccioso.
 -

- **Recomendaciones a Ministerio de Salud**
 - Impulsar investigaciones acerca de patologías dermatológicas más frecuentes
 - Realización de jornadas para detección y tratamiento oportuno de patologías dermatológicas
 - Abastecer de medicamentos adecuados para tratamiento de lesiones dermatológicas
 - Brindar a establecimientos de salud implementos e insumos para un diagnostico oportuno y certero de lesiones

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. <https://esacademic.com/dic.nsf/eswiki/258534>
2. [https://es.m.wikipedia.org/wiki/Alegr%C3%ADa_\(El_Salvador\)](https://es.m.wikipedia.org/wiki/Alegr%C3%ADa_(El_Salvador))
3. <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/dermatos.pdf>
4. Manzur J, Almeida J.D, Cortés M, (2002) *Dermatología de Manzur: Lesiones elementales*, La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas.
5. Wolff K, Johnson R.A, Saavedra A.P (2014), Fitzpatrick atlas de dermatología clínica: *Reconocimiento de las letras: tipos de lesiones cutáneas*, (7ª ed.), México, D.F, McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S. A. de C. V.
6. E. Sellarés Casas, F.A. Moraga Llop, *Infecciones Cutáneas Bacterianas*, Asociación Española de Pediatría.
7. <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/infeccionescutaneas.pdf>
8. Guías Clínicas de Pediatría MINSAL (2012) *Escabiosis* San Salvador, El Salvador. C.A.
9. Amado S. (2015) *Lecciones de Dermatología Parasitosis Cutáneas: Pediculosis*, (ed. 16), McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V.
10. Wolff K, Johnson R.A, Saavedra A.P (2014), Fitzpatrick Atlas de OkDermatología Clínica: *Enfermedades causadas por microorganismos: picaduras e infecciones cutáneas por artrópodos*, (7ª ed.), México, D.F, McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S. A. de C. V.
11. Arenas R. (2013), *Dermatología. Atlas, Diagnóstico y Tratamiento: Dermatitis Reaccionales: dermatitis atópica* (ed. 5ª) México D.F: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S. A. de C. V.
12. Arenas R. (2013), *Dermatología. Atlas, Diagnóstico y Tratamiento: Dermatitis Reaccionales: dermatitis del pañal*, (ed. 5ª) México D.F: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S. A. de C. V.
13. Crespo-Erchiga V, Delgado Florencio V. Micosis cutáneas. *Med Clin (Barc)* 2005; 125:467-474.
14. Fleece D, Gaughan JP, Aronoff SC. Griseofulvin versus terbinafine in the treatment of tinea capitis : A meta-analysis of randomised, clinical trials. *Pediatrics* 2004; 114:1312-1315.
15. Martínez Roig A, Torres Rodríguez J: *Los exantemas por dermatofítides en pediatría*. Ed Ergon Madrid 1999
16. Gupta AK, Skinner AR. Onychomycosis in children: a brief overview with treatment strategies. *Pediatric Dermatol* 2004; 21:74- 79.
17. Sánchez Carazo, Obón L, Pont V: Tratamiento actual de las micosis superficiales. *Rev Iberoam Micol* 1999; 16: S32-S30.
18. International Committee on Taxonomy of Viruses. *Virus Taxonomy: 2012 Release*.
19. Fauci A. Braunwald E. Kasper D. Hauser S. Longo D. Jameson J. Loscalzo J. Harrison principios de la Medicina Interna. 17 Edición. Editorial Mc Graw Hill.
20. Albrecht M. Hirsch M. Mitty J. Clinical Features of varicella-zoster infection: Chikenpox. *Uptodate*. Abril 2013.
21. Weinmann S. Laboratory Diagnosis and Characteristics of Breakthrough Varicella in Children. *The Journal of Infectious Diseases* 2008; 197:S132-8.

LISTA DE FIGURAS



Figura 1. Pityriasis versicolor



Figura 2. Impétigo Costroso



Figura 3. Impétigo costroso



Figura 4. Síndrome estafilocócico de la piel escaldada



Figura 5. Ectima



Figura 6. Forunculosis



Figura 7. Escabiosis



Figura 8. Impétigo Buloso

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL



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 conecedor 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 imágenes gráficas e información que pudiera brindar en esta consulta.

F. o Huella Dactilar. _____ F. _____

Persona responsable Médico en servicio social

ANEXO 2



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

HOJA DE EVALUACIÓN

NOMBRE: _____ FECHA: _____

EDAD: _____ UCSF: _____

SEXO: _____

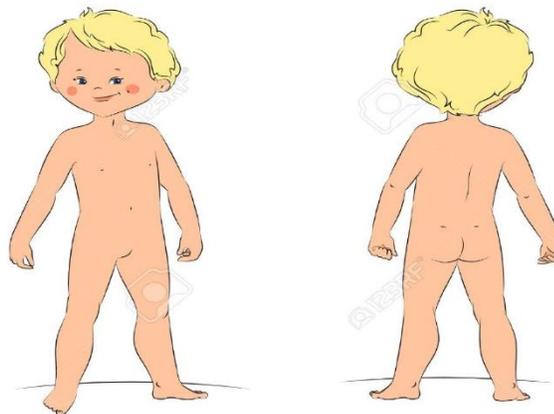
| Características Clínicas | | | | |
|--------------------------|-----------|----------|----------|--------------|
| Macula: | Vesícula: | Nódulo: | Pústula: | Descamación: |
| Pápula: | Ronchas: | Contras: | Úlcera: | Absceso: |

| Signos y síntomas: | | |
|--------------------|--------|----------|
| Fiebre: | Dolor: | Eritema: |
| Prurito: | Ardor: | Calor: |

Examen físico:

Marque las zonas afectadas por lesiones:

Impresión Diagnóstica:



ANEXO 3

Glosario

Asintomático:

Es un término que se utiliza en la medicina para nombrar a algo o alguien que no presenta síntomas de enfermedad.

Cutánea:

Pertenece o relativo a la piel.

Dermatitis:

Inflamación de la dermis o la epidermis.

Dermatosis:

Nombre genérico para designar a una enfermedad de la piel.

Dermatitis atópica:

Es una enfermedad de la piel que se caracteriza fundamentalmente por la sequedad de esta, lo que conlleva a su descamación e irritación y provoca síntomas molestos como el picor.

Eclosión:

Acción de nacer o brotar un ser vivo después de romper la envoltura (Huevo, capullo, etc) que lo contenía.

Escabiosis:

Enfermedad de la piel producida por el acaro *Sarcoptes scabiei*, es conocida por la sarna y se trata de una dermatosis muy frecuente y de muy fácil tratamiento.

Folículo:

Es la parte de la piel que da crecimiento al cabello al concentrar células madre, formándose a partir de una invaginación tubular.

Hacinamiento:

La palabra hacinamiento se refiere al **amontonamiento o acumulación de personas o animales en un solo lugar** y el cual no cuenta con las dimensiones físicas para albergarlos.

Impétigo:

Infección cutánea superficial muy contagiosa, producida por microorganismos stafilococos y streptococos.

Infestación:

Alojamiento, desarrollo y reproducción en personas de parásitos como los artrópodos, los helmintos o los protozoos.

Linfadenopatía:

Es el término que se utiliza para describir la hinchazón de los ganglios linfáticos (órganos en forma de frijol que se encuentran debajo de la axila, en la ingle, en el cuello, en el pecho y en el abdomen, y que actúan como filtros del líquido linfático a medida que este circula por el cuerpo).

Morbilidad:

Es el índice de personas enfermas en un lugar y tiempo determinado.

Mortalidad:

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

Pediculosis:

Es una ectoparasitosis (parasitosis externa contagiosa producida por la infestación por piojos (orden Phthiraptera).

Prurito:

Es una sensación molesta que insta al rascado ya que se siente la piel irritada, y pica.

Transmisión:

Es el mecanismo por el que una enfermedad transmisible pasa de un hospedero a otro (independientemente de que este segundo estuviera o no previamente afectado).

Tratamiento:

Es un conjunto de medios que se utilizan para aliviar o curar una enfermedad, llegar a la esencia de aquello que se desconoce o transformar algo. El concepto es habitual en el ámbito de la medicina.

Varicela:

Es una infección viral muy contagiosa provocada por el virus varicela zoster (VVZ)

Etiología:

Parte de la medicina que estudia el origen o las causas de las enfermedades.

ANEXO 5. Presupuesto

| RUBROS | CANTIDAD | PRECIO UNITARIO EN USD | PRECIO TOTAL EN USD |
|--|----------|------------------------|---------------------|
| Recursos humanos | | | |
| Materiales y suministro de oficina | | | |
| Resma de papel bond tamaño carta | 5 | \$4.50 | \$22.50 |
| Lápices | 8 | \$0.15 | \$1.20 |
| Bolígrafos de color azul | 5 | \$0.25 | \$1.25 |
| Bolígrafos de color negro | 5 | \$0.25 | \$1.25 |
| Folder tamaño carta | 25 | \$0.15 | \$3.75 |
| Caja de faster | 1 | \$0.10 | \$3.00 |
| Anillados plastificados | 10 | \$2.50 | \$25.00 |
| Empastados | 5 | \$9 | \$45 |
| CDs | 5 | \$5 | \$25 |
| Fotocopias blanco y negro | 1000 | \$0.04 | \$40.00 |
| Materiales y suministros informáticos | | | |
| Botella de tinta color negro | 4 | \$9.00 | \$36.00 |
| Equipo | | | |
| Laptop | 3 | \$450 | \$1,350 |
| Impresora | 1 | \$50 | |
| TOTAL | | | \$1,603.95 |
| | | | |

