FACTORES DE RIESGO QUE PRODUCEN PIODERMITIS EN NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS EN EL BARRIO VISTAMAR (PUERTO COLOMBIA) PERIODO 2000-2002

PRESENTADO POR:
ANGELICA AGUIRRE
CARMEN SIERRA

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

PRESENTADO AL ASESOR: RAFAEL ROJANO

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO
UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
FACULTAD DE ENFERMERIA
VIII SEMESTRE
BARRANQUILLA
2002

4031116

EF S
#0024

SISTEMATIZADO
HEMEROTECA

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
Br
No INVENTARIO 4031110
PRECIO
FECHA 01-15-2008
CANCELACION

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

FACTORES DE RIESGO QUE PRODUCEN PIODERMITIS EN NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS EN EL BARRIO VISTAMAR (PUERTO COLOMBIA) PERIODO 2000-2002

TABLA DE CONTENIDO

1. Planteamiento del problema
2. Justificación
3. Objetivos
   3.1 Objetivo General
   3.2 Objetivos Específicos
4. Marco Teórico
5. Diseño Metodológico
   5.1 Método de Investigación
   5.2 Delimitación
   5.3 Espacial
   5.4 Población y Muestra
   5.5 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información
      5.5.1 Instrumento de Recolección de Información
      5.5.2 Técnicas de Recolección de Información
         5.5.2.1 Observación Directa

PROPUESTA

RECOMENDACIONES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

PRESUPUESTOS

ANEXOS

CONCLUSIONES

RESUMEN

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El barrio Vistamar del Municipio de Puerto Colombia, se encuentra ubicado al norte: con urbanización terminal al sur: con elcaño de Balboa, al occidente con la ciénaga de Balboa, oriente con Alto de Carolina, constituida por 250 casas aproximadamente, clasificadas en 33 manzanas con una población de 1200 a 1500 habitantes, conformado por 250 familias.

En este sector se observan situaciones como son: la pobreza, el desempleo, marginalidad, equipamiento urbano incompleto. Todos estos fenómenos indican señales de una población marginada que se identifica como un barrio subnormal.

El barrio es habitado por personas de escasos recursos y desarraigados por la violencia que se presenta en nuestro país, debido a esto la mayoría de ellos de desempeña en labores como: conductor, albañiles, carpinteros, pescadores, vendedores ambulantes y otros que

aprovechando el espacio reducido de su vivienda cultivan productos "pan coger" de forma artesanal.

El nivel socio-económico del barrio es (bajo) estrato 1, los niveles de desempleo son altos por el alto índice de analfabetismo, los niveles de escolaridad que se presentan allí son bajos ya que no consta de ningún centro de educación. Allí se carece de sitios recreativos, parques y canchas.

Las viviendas no cuentan con una buena distribución de espacios que les permita realizar los quehaceres diarios, debido a esto los cuartos cumplen al mismo tiempo la función de la cocina, el número de habitantes no es proporcional a la cantidad de personas que la habitan, creando así altas concentraciones de hacinamiento, ellas están construidas en su gran mayoría de madera, barro, cartón, y alguna que otra en obras negras, casi todas no tienen pisos.

El barrio Vistamar no tiene ninguna vía de comunicación adecuada que permita la recolección de las basuras por parte de la empresa de servicio, por tanto, así los habitantes se ven en la necesidad de recurrir a la quema de basuras, arrojar los desechos y excretas a los arroyos, o de

lo contrario enterrarlas pero sin clasificarlas, trayendo este como consecuencia la proliferación de insectos, animales domésticos, roedores que son portadores de microorganismos tales como hongos, bacterias, parásitos que de una u otra forma afectan la piel.

Esto se presenta más que todo con los niños, ya que ellos juegan con la arena y las aguas estancadas.

Por carecer de acueducto y alcantarillado en el barrio, el agua no se encuentra en optimas condiciones para ser ingerida, las excretas y heces no tienen un manejo adecuado, lo que viene perjudicando la salud de los habitantes, en especial los niños.

El barrio no cuenta con un centro de salud, razón por la cual los habitantes se ven en la necesidad de trasladarse al hospital de Puerto Colombia, y muchos la gran mayoría no se traslada a este por:

- Transporte
- Distancia
- Factores económicos
- Por no haber una rápida atención.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

El análisis intensivo que se ha logrado realizar esclarece que las condiciones naturales, de clima, la parte económica, terreno, contaminaciones, alto índice de roedores, son creadores de factores de riesgo que ayudan a la aparición de esta enfermedad, que poco a poco se va posesionando de la piel siendo esta un tejido de recubrimiento del cuerpo que ayuda a la protección de todo organismo interno.

Con base a lo expuesto anteriormente el grupo que trabaja formula el siguiente interrogante, como:

Formulación del Problema:

¿ Cuales son los comportamientos de los factores de riesgo que producen Piodermitis en la población infantil menores de 10 años?.

De esa pregunta se derivan las siguientes subpreguntas:

¿ Que características fundamentales envuelven a cada factor de riesgo?

¿Que hábitos cotidianos realizan la población infantil estando afectada por la enfermedad y como atribuyen los padres el cuidado al menor?

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

2. JUSTIFICACIÓN

La prestación de servicios para los grupos más vulnerables a enfermedades o morir es una política del Ministerio de Salud y de Educación, la implementación o ampliación de la cobertura de este.

Día a día, la epidemia de infecciones de la piel (Piodermitis), va incrementando el número de enfermedades en todo el mundo; los últimos informes elaborados para la organización mundial de la salud revelan que un 80% (aproximadamente) de la población infantil se ve afectada por esta enfermedad.

Teniendo como objeto la población infantil del barrio Vistamar, jurisdicción de Puerto Colombia, en el año 2000 se detectaron 101 casos de infecciones en la piel (Piodermitis) Dando así un porcentaje de 97.12%; en el año 2001 se detectaron 116 casos y en el primer período del año 2002 se realizó la última encuesta arrojando como resultado 27 casos más de niños infectados de Piodermitis.

Es importante resaltar que la Piodermitis mantiene la taza más alta de Morbilidad y que así se considera la implementación de un módulo de

atención en salud para la población infantil de Vistamar con el fin de dichas apariciones y mejorar el nivel de vida de esta comunidad.

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente y observado en el Municipio de Puerto Colombia, por su posición geográfica, tiene el clima característico a las poblaciones costeras por que esta ubicado a la orilla del mar caribe en donde los periodos secos se manejan temperaturas de 30-37°C, brisas fuertes durante mucho tiempo y periodos cortos de lluvias, entonces estos actores climatológicos también están asociados a las infecciones de la piel que afectan a la población infantil.

En este proceso de investigación lo justificamos por medio de la descripción de la problemática que se presenta en el barrio Vistamar, soportado en las visitas domiciliarias, la observación directa y la participación de los habitantes del barrio.

Cada vez aparecen nuevos casos de una u otra forma esclareciendo gran interés al sector dermatológico y al gremio de enfermeras que pueden ayudar a la recuperación de la integridad de éste tejido como es la piel. Una de las principales metas o principios de enfermería es brindar

una atención integral a la comunidad, familia, individuo para orientar en el cuidado de la piel con una visión unitaria para atender sus dimensiones físicas, sociales, metales y espirituales, y que todas las personas afectadas aprendan a convivir con todos los factores que desencadenen la enfermedad sin olvidarnos de contrarrestar la aparición. El dialogo, la calidad y toda nuestra continuidad ayudaran a que la piel de un niño no este propensa a tal alteración.

Considerando la importancia del tegumento humano, es sorprendente observar la poca investigación que se ha dedicado al estado de la piel normal del niño, la literatura científica esta inundada de información sobre la patología dermatológica en la infancia y niñez pero son pocas las referencias a la prevención de tales problemas. La intención de esta monografía es la de consolidar parte de la información disponible sobre una persona en infancia y sugerir algunas guías para su mantenimiento adecuado. La realidad del barrio Vistamar para que sea susceptible y previamente ante esta alteración donde se deberá tener especial cuidado ya que esta es una población con un nivel educacional bajo, donde sus habitantes desarrollan su propio punto de vista preventivo, curativo, protectivo y la rehabilitación integral de la piel, utilizando creencias,

costumbres, malos hábitos y practicas populares relacionadas con las causas, cursos y tratamiento de esta. El contacto directo con zonas donde se estancan basuras, los arroyos acompañados de agua estancadas participan ante todo con un factor predisponente a la aparición de la enfermedad(Piodermitis).

Día a día crecen las esperanzas sobre las posibilidades de ir resolviendo los problemas que acarrea esta enfermedad que el personal de salud se concientice y cree compromiso con esta comunidad para poderles implementar educación y atención médica a los niños que se vean afectados y que por cualquier razón no puedan asistir formalmente a una interconsulta con un especialistas para que sea posible la recuperación de la integridad de la piel.

Los niños por tener la piel más delicada están expuestos a las infecciones de la piel y más cuando hay factores de riego que permiten la aparición de este.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar el comportamiento de los factores de riesgo que producen Piodermitis en la población infantil menor de 10 años en el Barrio Vistamar del Municipio de Puerto Colombia, Atlántico.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

3.2.1. Determinar la distribución según sexo de los niños que presentan Piodermitis y los hábitos higiénicos sobre la manipulación de los factores de riesgo.

3.2.2. Identificar los factores de riesgo que producen Piodermitis en la población infantil del Barrio Vistamar.

3.2.3. Establecer la distribución de la edad y la prevalencia de casos de Piodermitis.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA

4. MARCO TEÓRICO

[1]La piel es el órgano más grande del cuerpo; Constituye una doceava parte de la masa corporal total y es superada solamente por el sistema muscular voluntario y esqueleto. En la interfase entre el cuerpo y el medio ambiente, la piel es nuestra primera línea de defensa contra la rudeza de ese medio ambiente.

Cuando nos vemos al espejo es la piel y sus apéndices lo que vemos, no los huesos o los órganos internos. Es más poco después del nacimiento nuestra primera presentación a nuestros padres y a nuestro nuevo mundo, generalmente nos llega a través del tacto de nuestra piel.

Toda piel, sin tener en cuenta su localización en el cuerpo humano, consiste en tres capas básicas: la capa delgada exterior, o epidermis; la dermis o capa Media; y, el no siempre anatómicamente claro, tejido subcutáneo.

[1] **Dermatología Clínica Tomo I Magryn Pág 295**

Dentro de la capa dérmica se encuentran la epidermis proporciona protección contra agentes externos y la luz ultravioleta.

La capa epidérmica tiene un espesor relativamente uniforme, en un rango de 75 a 150 micras, excepto en las palmas y plantas, donde es más gruesa. La epidermis consiste en dos capas principales. El estrato córneo, la capa más externa es una capa dura, elástica, relativamente impermeable de células compactas, muertas y queratinizadas. Tiene un espesor de 20 a 25 células. Las células del estrato córneo están siendo continuamente eliminadas y reemplazadas por células de las capas malpigianas: capas de células básales de la epidermis, que se diferencian y maduran migrando hacia arriba hasta que llegan al estrato córneo, desde donde son eliminadas. Este proceso toma aproximadamente 26 días.

Por lo tanto, la epidermis es un tejido que esta siendo renovado constantemente. Se ha estimado que aproximadamente el 20% del Requerimiento proteínico del adulto se exige para este propósito.

El estrato córneo es responsable de la mayoría de la potencia mecánica de la epidermis. La integridad de la epidermis incluyendo el estrato

córneo, esta asegurada por desmosomas que proporcionan una adherencia mecánica entre las células.

[2]En la epidermis también se encuentran los melanocitos, células en la capa basal de la epidermis que producen el pigmento melanina como protección contra la radiación ultravioleta. Los gránulos de la melanina formados en los melanocitos se mueven por medio de procesos dendríticos hacia las células básales. A medida que madura el queranocito, dispersa su contenido de melanina como un polvo fino, granular, intracelular. La producción de melanina es baja en el recién nacido.

La dermis forma la masa preponderante de la piel. Su espesor varia sustancialmente en diferentes regiones del cuerpo generalmente en un rango de 1 a 4 mm de espesor.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

[2] Dermatología Clínica Tomo I Magryn Pág 296-297

La dermis es un tejido metabólicamente activo que contiene elementos fibrosos, sustancia amorfa, células libres, nervios, vasos sanguíneos y vasos linfáticos. Entre el 10% y el 30% del peso húmedo de la dermis esta constituido de proteína fibrosa, principalmente colágeno. Un pequeño porcentaje de las fibras constituye la elastina.

Las fibras de colágeno forman una red entrelazante donde las fibras de elastina son "tejidas" dentro de la malla. Por lo tanto el colágeno proporciona una alta resistencia a la distensión mecánica de la piel, mientras que las fibras de elastina restauran la piel su condición original una vez que se halla removido las tensiones deformantes.

[3] El tejido Subcutáneo: es la tercera capa de la piel, se compone de lóbulos de células grasas o edipocitos separados por tabiques fibrosos compuestos por colágeno y vasos sanguíneos de gran calibre.

El colágeno de los tabiques se continua con el colágeno de la dermis de la misma forma que la epidermis. De la misma forma que la epidermis y la dermis varían su espesor según la zona de la piel, igual sucede con el tejido subcutáneo.

[3] Tratado de Dermatología Andrews Salvat Pág 13-14

Las funciones de la piel son comunes en todos los individuos, pero la capacidad de la piel para llevar a cabo estas funciones esta decididamente influenciada por la edad y las condiciones ambientales de las cuales esta sujeta la piel (generalmente una consecuencia de la edad). Además de funcionar como la cubierta externa protectora del cuerpo, la piel también sirve como un órgano altamente sensible. Es la primera línea de defensa del cuerpo contra los agentes bacterianos y tóxicos. La piel es un elemento mayor en el mantenimiento de la homeostasis a través de la regulación de la temperatura corporal y el control de la pérdida de humedad.

La importancia de estas funciones se vuelve aparente cuando se consideran las consecuencias sistémicas que siguen a una quemadura severa o una dermatitis exfoliativa.

La termorregulación se lleva a cabo principalmente a través de las glándulas encrinas y del sistema vascular cutáneo. La evaporación del sudor de la superficie de la piel dispara el calor corporal, mientras que la construcción o dilatación de los vasos sanguíneos ayuda a la conservación o perdida de calor, respectivamente.

Las glándulas sudoríparas son activadas por las fibras colienérgicas del sistema nervioso simpático. Sin su inervación, las glándulas sudorípara no puede funcionar. La sudoración termorregularora ocurre por todo el cuerpo, pero especialmente en el tronco y cara. Es un mecanismo homeostático altamente eficiente, tanto así que la capacidad de sudoración de un individuo puede exceder su capacidad para tomar agua.

UNIVERSIDAD SI
HEMEROTEC

La termorregulación por parte del sistema vascular tiene que ver principalmente con el flujo sanguíneo a través de las manos y pies.

La perdida del calor depende del flujo sanguíneo total a través de la piel, principalmente una función del radio de los vasos. El tono de los vasos sanguíneos se encuentra en gran parte bajo el control simpático.

[4]La piel con todas sus defensas especificas e inespecificas puede ser agredida por numerosos agentes del medio externo y del medio interno entre ellos las bacterias. El Staphilococcus aurens y el Streptococcus A beta hemolítico son los dos gérmenes que más afectan la piel causando un grupo de enfermedades que llamamos Piodermias.

[4] Internet PAC Dermatología Parte C Libro 3 Pág 1 de 5.

Debemos recordar entra las defensas inespecificas de la piel a su integridad, su flora comensal, las enzimas celulares y la fagocitosis y entre las defensas especificas están las dos células epidérmicas con papel inmunológico: las células de Langherhans y el queratinocito capaces de detectar, procesar antígenos e inducir la respuesta inmune produciendo diversas interleucinas.

UNIVERSIDAD
BARRANQUILLA

El estafilococo dorado y el estreptococo A beta hemolitico afectan las diversas estructuras de la piel y de acuerdo con esta se manifiestan como impétigo, foliculitis, furunculosis, hodrosadenitis, erisipela, ectima. El imperio ampollóse puede tomar una forma generalizada y dar lugar a complicaciones como glomerulonefritis, la erisipela podría conducir a complicaciones de difícil manejo como es la elefantiasis o linfoestasis como resultado de la obstrucción linfática resultante de brotes repetidos de proceso dermatológico infeccioso.

Los dos gérmenes antes mencionados pueden afectar las diversas estructuras de la piel y de acuerdo a ello clasificamos las Piodermias en la forma siguiente:

- Piodermia que afecta el área subcórnea de la epidermis: impétigo, causado por estafilococo y/o estreptococo.

Afecciones de los anexos causados por estafilococo: foliculatis, furunculosis e hidrosadenitis.

- Afección de epidermis, dermis y tejido celular subcutáneo debido a estreptococo: erisipela y ectima.

Hay otros cuadros que llevan el nombre de Piodermitis como Piodermitis ulcerosa, vegetante y gangrenosa, en las que además de diversos gérmenes presentes, hay un sutratum inmunológico importante. No lo incluimos aquí.

Son enfermedades ubicuas. El impétigo vulgar predomina en los niños y personas desaseadas.

Los traumatismos, la maceración la inflamación, los estados inmunosuperiores como los corticoesteroides son factores predisponentes. El estafilococo se involucra como agente casual en el

60% de los impétigos, el estreptococo en el 20% y ambos gérmenes en el otro 20%.

El cuadro clínico del impétigo se caracteriza por la brusca aparición de vesículas y pústulas sobre un fondo eritematosos, lesiones que al romperse dan origen a costras melicéricas (del color de miel y cera).

Cuando aparece sobre la piel sana [5](impétigo primitivo) se localiza alrededor de orificios naturales: boca, nariz, pabellones auriculares y cuando aparece sobre una dermatosis previa, casi siempre pruriginosa como escabiasis, dermatitis o tina (impétigo secundario) toma la topografía de la dermatosis que le da origen.

[5] Internet PAC Dermatología Parte C Libro 3 Pág 2 de 5

Su evolución es siempre aguda, se extiende muy rápidamente, es autoinoculable y asintomática. No afecta el estado general y raras veces hay adenopatías.

La infección del folículo policebaceo por estafilococo origina dos cuadros: la filoculitis y la furoculosis- las foliculitis pueden ser superficiales si se afecta el trayecto epidémico del folículo; en tal caso se forman diminutas y numerosas pústulas atravesadas a menudo por un pelo y situadas en las zonas más pilosas: piel cabelluda, barba (sicosis de barba), tronco y extremidades.

Cuando se afecta el componente dérmico del folículo de habla de foliculitis profunda y en tal caso se presenta abscesos dolorosos y recidivantes en la barba, piel cabelluda y en la nuca. En esta localización hay tendencia a formar cicatrices queloides (foliculitis queloidal de la nuca).

En la furuncunlosis el proceso inflamatorio es peor y conduce a una necrosis y eliminación del folículo.

La lesión es un diminuto absceso muy doloroso que se abre al exterior dejando una cicatriz cuando se resuelve.

La aparición de forúnculos de repetición y la agregación de varios furúnculos en una región que sufre grave estado inflamatorio, necrosis y destrucción (ántrax) revela un terreno inmunodeprimido: diabetes, SIDA, linfomas, uso de corticoesteroides.

La hidrosadenitis es la infección estafilocóccida de las glándulas sudoríparas apocrinas presentes en axilas y zonas anogenitales y que funcionan en la pubertad. Se forman abscesos más profundos muy dolorosos que forman plastrones duros, inflamados y crónicamente recividantes.

En la erisipela y en la ectima, los síntomas iniciales son síndrome febril y ardor en la zona afectada la que de pronto se pone eritematosa y edematosa en ocasiones con ampollas. El ectima es más profundo y se forman ulceraciones en sacabocado.

La erisipela se localiza más frecuentemente en la cara y en las piernas y el ectima en las piernas.

[6] En muchos casos existe el contacto a través del contacto dérmico con algún adulto o niño que presente las lesiones y se las rasque ya que en el contenido seroso y purulento de esta se encuentran las bacterias que pueden contaminar uñas y dedos.

Se desarrollan lesiones vesico-pustulares (ampolletas con materia) o lesiones costrosas mielisericas ("carachas", "aguadija") las cuales pueden producir prurito y la diseminación, por rascado de las lesiones a otras zonas sanas de la piel. Esta es la forma conocida como impétigo y, normalmente se localiza en zonas periorificiales (alrededor de la boca, fosas nasales u orejas), esto es más común en niños, y cuando se generalizan, lo cual solo sucede en el recién nacido, se constituye en el llamado síndrorne de Von Rittershein.

[7]Los síntomas subjetivos comprenden el prurito, y las sensaciones de calor, frío, quemazón, pinchazos, hormigueo y dolor.

[6] File:// Temadesemana.htm Pág 4 de 5
[7] Tratado de Dermatología Andrews Salvat Pág 15

El picor o prurito esta definido como una sensación cutánea desagradable que provoca el deseo de frotar y rascar la piel. Aparece cuando existe una débil estimulación de los nervios cutáneos. El prurito es, con mucha diferencia el más común de los síntomas cutáneos.

Puede consistir en simples pinchazos u hormigueos o construir por su intensa gravedad una tortura intolerable. El prurito puede ser intermitente o continuo.

[8]Las lesiones asumen características más o menos diferenciadas, pueden ser uniformes y de diversos tamaños, formas y colores.

Las lesiones primarias o elementales tienen las formas siguientes:

- [9]Pápulas: las pápulas son elevaciones sólidas, circunscritas, sin líquido visible, cuyo tamaño varía desde la punta de un alfiler al de un guisante.

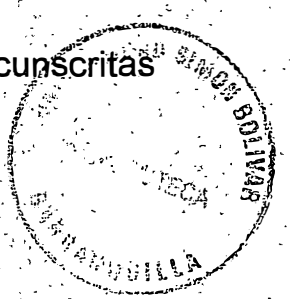
UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

[8] Tratado de Dermatología Andrews Salvat Pág 16
[9] Tratado de Dermatología Andrews Salvat Pág 17

Pueden ser acumidadas, redondeadas, cónicas o umbilicadas, su color varía de ordinario desde blanquecino (milio), rojo (eccema), amarillento (xantoma), amarillopardusco (lupus vulgar).

Algunas pápulas se presentan bien delimitadas y se distribuyen de forma irregular, como en la urticaria papular, mientras otras se agrupan, como el liquen escrofuloso. La mayoría persisten como pápulas, pero las de tipo inflamatorio pueden evolucionar a vesículas y pústulas o formar úlceras antes que se verifique la regresión.

- [10]Vesículas: las vesículas son elevaciones epidérmicas circunscritas de 1 a 4 mm.



De tamaño, que habitualmente contiene un líquido claro. Pueden ser pálidas o amarillentas por su contenido seropurulento, rojizas si en ellas hay suero mezclado con sangre y ocasionalmente tiene una aréola intensamente rojiza. El vértice puede ser redondeado, acuminado y umbilicado como en el eccema vacunal.

[10] **Tratado de Dermatología Andrews Salvat Pág 18**

Las vesículas pueden estar claramente separadas entre sí, distribuidas de forma regular, agrupadas como en el herpe zoster, o lineales como la dermatitis por hiedra venenosa. pueden brotar directamente o a partir de una mácula o pápula, perdiendo su identidad en un tiempo muy corto al romperse espontáneamente al formar vejigas por confluencia o agrandamiento o al convertirse en pústulas.

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR HEMEROTECA BARRANQUILLA

Cuando su contenido tiene carácter seropurulento se denorninan vesicupústulas. Las vesículas son inoculares o multinoculares según consten de una sola cavidad o de varios compartimientos llenos de liquido.

- Ampollas: (Flictenas, vejigas): las ampollas son elevaciones circunscritas de la piel de forma redondeada o irregular, que contienen liquido seroso o seropurulento. Solo difieren de las vesículas por el tamaño, mayor de 1cm.

Su cavidad suele ser única y su localización superficial en la epidermis por lo que sus paredes son delgadas y están expuestas ante la rotura espontánea o ante el más pequeño roce. Los restos persistentes de sus paredes después de la rotura, junto con el exudado, se secan para

formar una costra delgada y fina; o bien la rotura de la ampolla puede dejar una base denudada y húmeda, recubierta por una escara purulenta o seropurulenta y, más raramente por vegetaciones irregulares(como el pénfigo vegetante). Algunas son miltiloculares.

Cuando las ampollas están situadas profundamente pueden formar ulceraciones y cicatrices. Las ampollas pueden ser tensas o fláccidas. En el pénfigo y en algunas otras enfermedades vesiculosas se produce en ocasiones una falta de cohesión entre la epidermis y la dermis, motivo por el cual la primera puede ser desprendida con facilidad dejando un abrasión rezumante (signo de Nikolsky).

Las fictenas hemorrágicas son comunes en el pénfigo, herpe zoster y leucemia, y aparecen más raramente en el liquen escleroso y atrófico. El contenido celular de las ampollas puede tener valor diagnóstico en le pénfigo, herpe zoster y leucemia.

- Pústulas: las pústulas son pequeñas elevaciones de la piel que contienen pus. Por su forma son semejantes a las vesículas, y pueden tener asimismo una aréola inflamatoria y ser uniloculares o multiloculares.

Habitualmente blanquecinas o amarillentas, son rojizas si contienen sangre con pus. Pueden originarse como pústulas y también ser consecutivas a pápulas o vesículas, pasando por etapas transitorias durante las cuales se denominan papulopústulas o vesicopústulas.

[11]Las complicaciones de la Piodermitis son secundarias al impétigo ampolloso y el Sr. Ritter, puede originar glomerulonefritis ocasional.

UNIVERSIDAD SIMÓN
HEMEROTECA

La erisipela si se presenta en forma de brotes sucesivos, causa obstrucción del linfático y por tanto un edema permanente con lesiones verrugosas.

[12]Celulitis(infecciones que comprometen blandas de un área como un brazo o pierna) artritis piogena (compromiso de una articulación como una rodilla) o steomelitis (compromiso de la médula de un hueso o ecina).

[13]En la etiopatogenia son el staphylococus aureus coagulasa positivo y streptococus beta hemolitico del grupo A, los gérmenes causantes de la

---

11. File:// Tema de la semana.htm Pág 2 de 5, Pág 3 de 5
12. File://Tema de la semana Pág 4 de 5
13. Internet PAC Dermatología Parte C libro 3 Pág 2 de 5

Piodermitis eventualmente pueden asociarse algunos otros como colibacilos.

En el impétigo ampolloso y en el S. De Rittershein son las toxinas epidermolíticas de lagos del grupo II números 80, 81, 71 y 55 las causantes del cuadro patológico.

El estado nutricional e inmunitario influyen en la intensidad del cuadro patológico.

[14]DIAGNÓSTICO

En general es clínico aunque puede comprobarse la etiología mediante un estudio bacteriológico con su correspondiente antibiograma, pero ello no es indispensable en la práctica.

PRONÓSTICO

Son procesos benignos, aunque el Sr. Ritter puede requerir hospitalización por la afección al estado general o la complicación de la glomerulonefritis. Las lesiones del impétigo tienen tendencia a extenderse y las de foliculitis y furunculosis a persistir y recidivar.

[14] Internet PAC Dermatología Parte C libro 3 Pág 3 de 5

El tratamiento comprende medidas generales y locales y tratamiento sistémico con agentes antiinfecciosos. Habitualmente su combinación debe individualizarse para cada paciente.

Medidas Generales:

El aseo con agua y jabón es indispensable y en muchos basta para curación. Deben mejorarse las condiciones generales y nutricionales del paciente o intentar corregir las deficiencias inmunológicas de base: diabetes, uso de medicamentos inmunosupresores. No se requiere ninguna alimentación especial restrictiva.

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

Tratamiento Óptico:

Es conveniente el uso de medicamentos antisépticos en forma de soluciones o pomadas. El sulfato e cobre al 1 por 1000 o el permanganato de potasio al 1 por 1000 son muy útiles. Debe recordarse la absoluta necesidad de desprender gentilmente las costras melicéricas del impétigo sin la cual no hay curación y eso se hace con las mismas soluciones antisépticas.

Localmente no deben utilizarse antibióticos por su poder sensibilizante y preferimos el uso del Vioformo al 3%, del ácido fusídico, la rifocina y el mupirocina, muy efectivos, pero más caros.

En las infecciones de anexos es mejor el uso de soluciones antisépticas como el alcohol yodado al 1% la yodopilivinil prirrolidina o el peróxido de benzoílo al 5% que esbactericida.

Tratamiento sistémico:

En el impétigo vulgar casi nunca se necesita, excepto en casos muy extensos; en cambio si es necesario en el caso de impétigo ampolloso y el S. De Ritter.

El antibiótico de elección es la dicloxacilina o en su defecto la amoxicilina con ácido clavulánico. También son útiles la eritromicina y las tetraciclinas, y las quinilonas. En las infecciones de anexos es útil también el uso de sulfametoxazol-trimetopim por un tiempo prolongado dadas las frecuentes recidivas de estos procesos.

5. DISEÑO METODOLÓGICO

El tipo de estudio es de carácter descriptivo, porque describe los comportamientos de la comunidad de Vistamar. Factores de riesgo que se presentan en le Barrio Vistamar como es el caso de la Piodermitis en una población infantil.

5.1 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

El método es epidemiológico ya que es una investigación que esta encaminada a conocer el incremento de los factores de riesgos que permiten la aparición de esta enfermedad en los niños que se encuentran en la comunidad estudiada.

5.2 DELIMITACIÓN

Temporal, cronológicamente, 1999-2001. La PSO de elaboración del estudio 24 meses.

5.3 ESPACIAL

Se lleva a cabo en Barrio Vistamar del Municipio de Puerto Colombia.

5.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

5.4.1 Población: niños menores de 10 años, ubicados en el barrio Vistamar.

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

5.4.2 Muestra

La muestra que se empleo fue el probabilistico, ya que el conjunto de la población (personas inmersas en el proyecto Piodermitis) tuvieron la oportunidad de ser escogidos, se añade que los instrumentos de medición de las variables centrales del estudio se realizaron con las pruebas estadísticas, llegadas estrechamente con los objetivos de la investigación.

El tamaño de la muestra es de 27. (ver anexo al final del estudio).

5.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

De acuerdo con el contexto y las variables comprometidas en la investigación, se recolectaron datos adecuados.

5.5.1 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para el caso del tema se elaboró (ver Anexo 1) la encuesta que permitiera delinear la investigación de datos y aspectos relevantes del tema de estudio, de esta forma se puntualizó con claridad los propósitos del objeto estudiado.

Dicha muestra se diligenció por los actores en la realidad del barrio Vistamar, persigue ser desarrollado como un ensayo en el proceso de observación con base a los resultados de su tabulación y sistematización.

Se realizaron sus respectivas correcciones y ajustes necesarios para alcanzar el objetivo propuesto con la encuesta.

5.5.2 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

El mecanismo utilizado fue una encuesta asignándole a las preguntas "cerradas" varias alternativas de respuesta, con esta estrategia codificamos y adelantamos su respectivo análisis. Ver anexo 2.

5.5.2.1 OBSERVACIÓN DIRECTA

Apoyados en esta, se requirió en el estudio interconectar a los investigados (personas, padres de familia), con el objetivo de estudio.

Esta posición ayudó a desarrollar la investigación como un proceso deliberado, sistemático y conseguir resultados cualitativos.

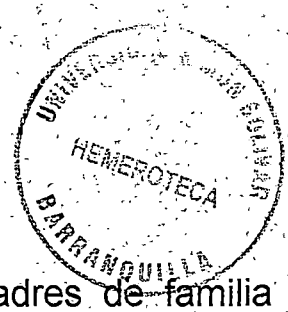
La observación favoreció la objetividad y la rigurosidad, es decir, seriedad en la investigación. La esencia es ver para describir los hechos como se presentan de una manera espontánea y consignarlo por escrito.

Los datos obtenidos se agruparon, tabularon y sistematizaron a partir del cuestionario. Posteriormente con la ayuda de la estadística descriptiva, se llevo a cabo la descripción de nuestro estudio.

PROPUESTA

1. Promoción y prevención de la prevalencia de piodermitis del barrio Vistamar.

OBJETIVOS



- Proporcionar educación continua a los padres de familia sobre la piodermitis.
- Brindar capacitación a los padres sobre como influyen los factores de riesgo que predisponen a los niños a contraer esta enfermedad (piodermitis).
- Realizar campañas de salud para disminuir la enfermedad de la piel (piodermitis).

JUSTIFICACIÓN

Teniendo en cuenta que la población infantil del barrio Vistamar, se pudo observar que existe un alto porcentaje de enfermedades dermatológicas que están siendo producidas por diversos focos infecciosos como: arenas, arroyos, insectos, animales domésticos, basuras, aguas negras y estancadas, y que por ende están afectando la población infantil.

En la propuesta planteada justificamos por medio de la observación y descripción de la problemática que se detecta en el barrio Vistamar, donde cada vez aparecen nuevos casos, sin que se les pueda dar una pronta solución. Siendo esta una de las primeras metas de enfermería promocional y prevenir enfermedades que afecten nuestra salud mental, física y corporal.

ACTIVIDAD

1. Educación a los padres

- Sobre el cuidado de la enfermedad.
- Sobre los factores riesgo que predisponen a los niños que obtengan la enfermedad (piodermitis).

2. Campañas dermatológicas.

3. Jornadas de aseo para disminuir los factores de riesgos.

METODOLOGÍA

1.Charlas.

- Capacitaciones.
- Consultas de salud (dermatológicas) .
- Obsequios de muestras médicas.
- Realizar pequeños grupos de la comunidad para hacer el aseo de esta.

RECURSOS

Recursos materiales:

- Carteleras
- Rotafolio
- Avisos publicitarios
- Perifoneo
- Folletos
- Obsequios de tratamiento: cremas, tabletas, etc
- Papelería de consulta.
- Televisor y VHS.

Recursos Humanos

- Médicos especialistas en dermatología
- Enfermeras de la Universidad Simón Bolívar
- Psicología.

Evaluación

Se va ha evaluar por medio de:

- Mesas redondas
- Lluvias de ideas
- Pequeñas encuestas.

RECOMENDACIONES

Saneamiento Básico Ambiental (Programa)

(Coordinación con la Secretaría de Salud y la comunidad Vistamar)

1. Realizar plan pedagógico acerca de la Piodermitis con los padres de familia de la comunidad de Vistamar, con el fin de que conozcan la forma de mantener la salud de sus hijos.

2. Estimular a los padres de los niños con Piodermitis para que asistan periódicamente al médico y así darle un mejor manejo a la enfermedad, de esta forma se diminuirá el alto índice que se esta presentando en la comunidad.

3. Dar a conocer a los padres de familia a través de la promoción y prevención de la enfermedad los diversos factores de riesgo predisponentes para la Piodermitis existente en la población objeto y de esta manera disminuirá la incidencia de la misma.

4. **Escretas:**
   - **4.1.** Capacitación del manejo de escretas a la población.
   - **4.2.** Dotación de unidades sanitarias.
   - **4.3.** Posa Séptica.
   - **4.4.** Tasa sanitaria.

5. **Basuras:**

5.1. Propuesta para la Triple A dirigida a la ampliación de la cobertura que incluye a la comunidad Vistamar a través de una estrategia que permita canalizar sus basuras y desechos.

5.2. Proponer que la Triple A defina un sitio adecuado donde se coloque un contenedor de basura para la comunidad y que éste sea recogido cada 3 días.

5.3. Programa de capacitación comunitario en el manejo de basuras y desechos, este programas debe estar coordinado y acorde con la estrategia de manejo de basuras.

6. **Arroyo:**

6.1. Proponer la capacitación en el manejo del medio ambiente que asegure el buen manejo de las fuentes hídricas en este caso el arroyo, este programa debe incluir una estrategia de arbolización que involucre a la comunidad, asimismo una estrategia del manejo de agua que incluya a todos los niveles de personas en la comunidad.

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

7. **Animales:**

7.1. Incluir dentro de la capacitación el manejo de tratamiento de animales domésticos y el riesgo que este tiene para los aspectos de salubridad comunitaria, dentro de este programa debe tenerse en cuenta el control de la natalidad de animales domésticos y un plan de vacunación.

7.2. Fumigación contra insectos.

Esta propuesta debe comprometer al programa de desarrollo comunitario de la Alcaldía Municipal para que a través de ella se desarrolle al mejoramiento de la calidad de vida del barrio.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

FASES	ACTIVIDADES
I. ANTEPROYECTO	Recolección de datos Delimitación y definición de problemas Formulación de Objetivos Justificación.
II. INFORME SEMESTRAL DEL PROYECTO	Marco Teórico Formulación del problema.
III. INFORME SEMESTRAL DEL PROYECTO II	Diseño metodológico, población y muestra, tipo de investigación, encuestas, plan de tabulación e interpretación de las mismas.
IV. ENTREGA DE PROYECTO	Presupuestos, cronogramas Propuesta, recomendaciones Conclusión Resume

PRESUPUESTO

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

Papelería:

Trabajo en computador	$	270,000
Fotocopias		150,000
Investigación en Internet.		62,000
Transporte		320,000
Asesorías Particulares		250,000
T O T A L	**$**	**1,052,000**

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

ANEXOS

ENCUESTA N°1

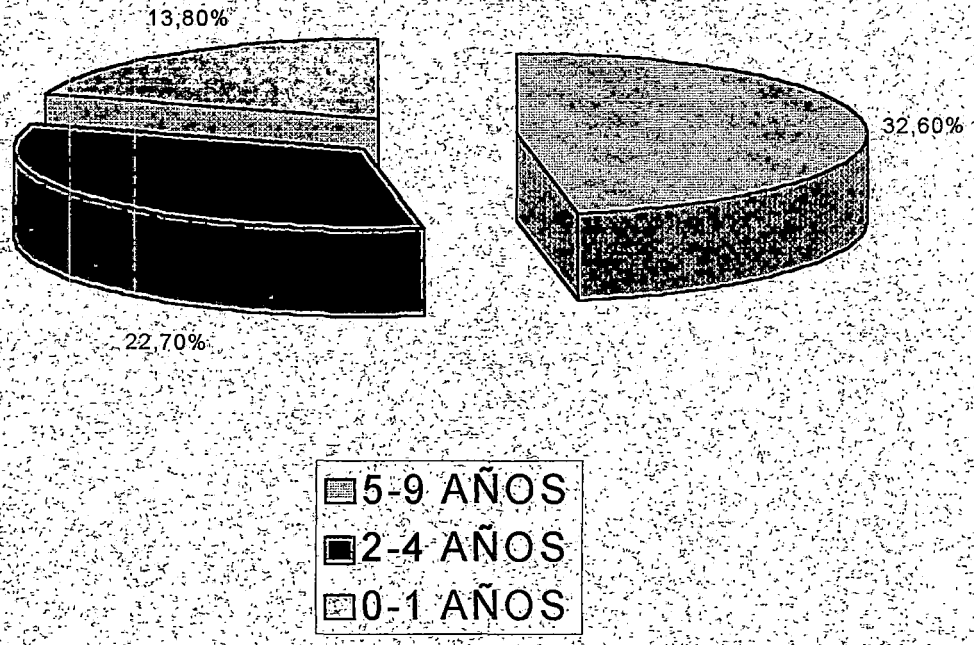
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS ADULTOS QUE CONVIVEN CON NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS DEL BARRIO VISTAMAR (Puerto Colombia) Período 2000

1. Nombre:
2. Sexo:
3. Edad:
4. Clase de enfermedad en la piel:
5. Asiste al médico:
6. Como trata el agua:
7. Condiciones de vivienda:

   Buena:_ _____ Mala:___ ____ Regular:_____

8. Donde depositan las basuras:
9. Donde depositan las excretas:
10. Juegan con arena: Si_____ No_____
11. Juegan con aguas negras o estancadas:
12. Juegan cerca de los arroyos:
13. Juegan cerca de las basuras:
14. Se bañan en la laguna de Balboa:

ESTADÍSTICA DE VISTAMAR (PUERTO COLOMBIA)



ENCUESTA N°2

ENCUESTA DIRIGIDA A LOS ADULTOS QUE CONVIVEN CON LOS NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS DEL BARRIO VISTAMAR (Puerto Colombia) AÑO 2001

1. Nombre:_____
2. Edad:_____
3. Clase de enfermedad en la piel:

- Pústulas _____
- Salpullidos _____
- Ampollas _____
- Otros _____

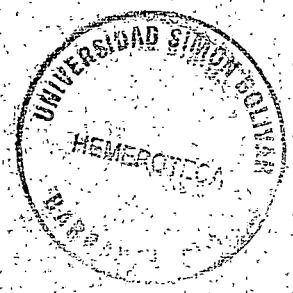
4. Características y síntomas de la herida:

- Enrojecida _____
- Prurito _____
- Con materia _____
- Perdida de la integridad de la piel _____
- Otras características _____

5. Asiste al médico:
   Si ___ No____ Porque_____

6. Como trata esta enfermedad:

- Tratamiento _____
- Remedios caseros _____
- Otros _____
- Ninguno _____



7. Los niños juegan con:

- Arena
- Aguas negras
- Aguas estancadas
- Sitios cercanos a las basuras
- Sitios cercanos a los arroyos

8. Como consumen las aguas:

- Hervidas _____
- Sin hervir _____

9. Hay animales: Si _____ No _____

10. Que manejo se le dan a las excretas:

- Tiran al arroyo

- **Las entierran**
- **Tienen letrina**

11. Que manejo les dan a las basuras:

- **Las entierran** _____
- **Las clasifican** _____
- **Las tiran al arroyo** _____

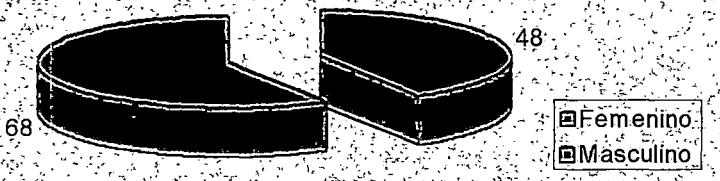
INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Tablas de Distribución de Frecuencia

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
HEMEROTECA

1. Sexo de los encuestados

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	48	41,37%
Masculino	68	58,62%
Total	**116**	**99.99%**



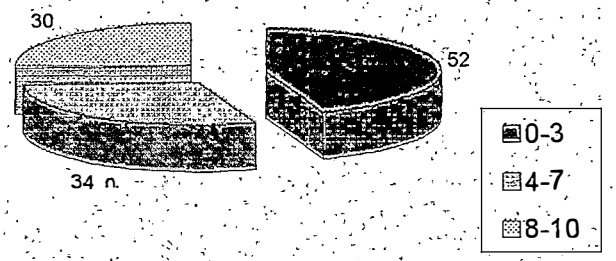
FUENTE: Encuesta realizada a los padres

Interpretación:

Encuesta dirigida a padres con base a los resultados obtenidos, en lo que se refiere al sexo se pudo observar que la mayor frecuencia es de 68 y esta se encuentra en el sexo masculino representando con el 58,62% de la población, le sigue en su orden el sexo femenino con una frecuencia de 42 y un 41,37%. Ambos sexos sufren de enfermedades en la piel.

2. Edad de los encuestados:

Edad	Frecuencia	Porcentaje
0-3	52	44,82%
4-7	34	29,31%
8-10	30	25,86%
Total	**116**	**99.99%**



FUENTE: Encuesta realizada a los padres

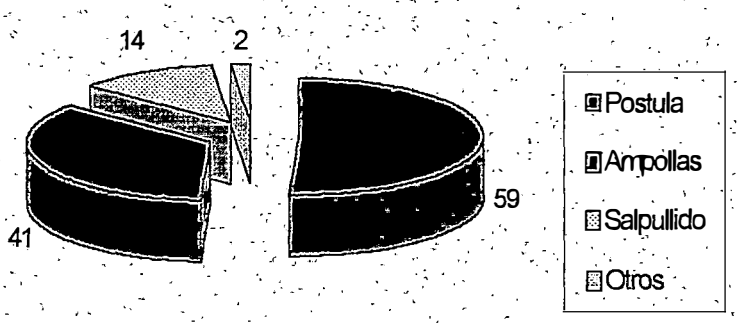
Interpretación:

Con base a los resultados obtenidos en la que se refiere a las edades de los niños se pudo observar que la mayor frecuencia es de 52 en las edades de 0-3 años representando el 44,82% de la población, le sigue en su orden las edades entre 4-7 años con una frecuencia de 34 y un 29,31% y en último las edades entre 8-10 años con una frecuencia de 30 que representan el 25,86% de los niños lo cual se observa que la población encuestada son niños menores de 10 años.

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

3. Clases de enfermedades en la piel:

Enf. En la piel	Frecuencia	Porcentaje
Postula	59	50,86%
Ampollas	41	35,34%
Salpullido	14	12,06%
Otros	2	1,72%
Total	**116**	**99,98%**



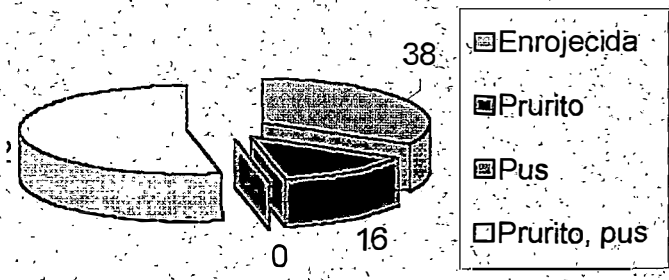
FUENTE: Encuesta realizada a los padres

Interpretación:

Con base a los resultados obtenidos en lo que se refiere a las enfermedades que se presentan en la piel se pudo observar que la mayor frecuencia de 59 esta en las postulas representando el 50,86% de la población, le sigue en su orden las ampollas con una frecuencia de 41 y un 35,34%, le sigue los salpullidos con una frecuencia de 14 y un 12,06% y en último otros con una frecuencia de 2 y un 1,72% donde se detecto que la población infantil presentan enfermedades en la piel (piodermitis)., predominando más las postulas.

4. Características y síntomas de las heridas:

Características	Frecuencia	Porcentaje
Enrojecida	38	32,7%
Prurito	16	13,7%
Pus	0	
Prurito, pus	62	53,41
Total	**116**	**99,84%**



FUENTE: Encuesta realizada a los padres

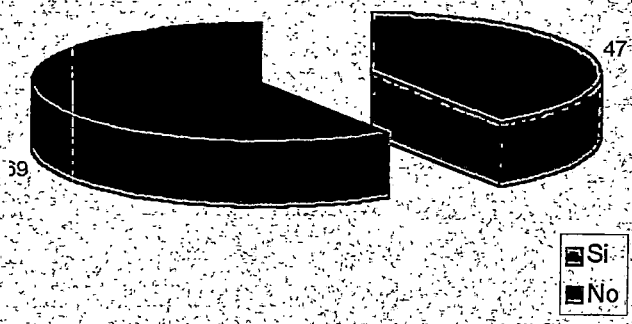
Interpretación:

En lo referente a las características y síntomas de la enfermedad de la piel que presentan los niños se pudo observar que la mayor frecuencia es de 62 y se detecta en purito y pus representando el 53,4%, le sigue en su orden con una frecuencia de 38 y un 32,7% enrojecida, le sigue prurito con una frecuencia de 16 y un 13,7% , lo cual se observó que la población encuestada presenta altos índices de infección y contaminación en las heridas.

5. Asiste al Médico:

Asiste al Médico	Frecuencia	Porcentaje
Si	47	40,5%
No	69	59,4%
Total	**116**	**99,9%**

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA



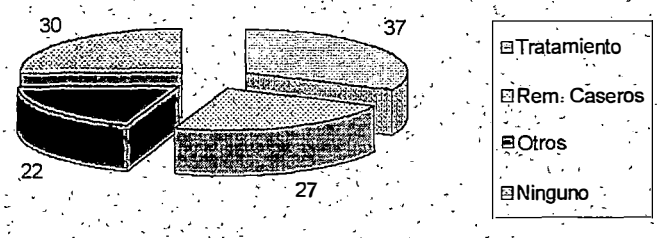
FUENTE: Encuesta realizada a los padres

Interpretación:

En lo referente a la asistencia al médico se pudo observar que la mayor frecuencia esta en niños que no asisten al médico que son 69 representando el 59,4% y le sigue en su orden 47 que representan el 40,5% que son niños que si asisten al médico lo cual se pudo observar que la población observada (padres) tienen conocimiento de la importancia de la asistencia al médico.

6. Como tratan la enfermedad:

Trato de la Enf.	Frecuencia	Porcentaje
Tratamiento	37	31,8%
Rem. Caseros	27	23,2%
Otros	22	18,9%
Ninguno	30	25,8%
Total	**116**	**99,7%**



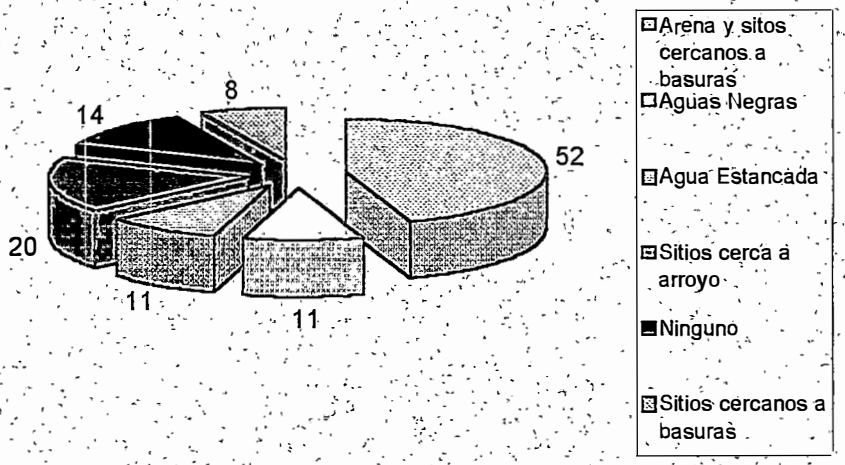
FUENTE: Encuesta realizada a los padres

Interpretación:

Los resultados obtenidos en lo que se refiere al trato que se le da a la enfermedad en la piel se pudo observar que la mayor frecuencia es de 37 con un porcentaje de 31,8% usan tratamientos, le siguen en su orden el 30 con el 25,8% los cuales no usan ninguna clase de tratamiento, el 27 con el 23% que utilizan remedios caseros y el 22 con el 18,9% que utilizan otras clases de formas. Lo cual se observa que en la población encuestada existe conocimiento a lo que respecta con el trato de la enfermedad. (piodermitis).

7. Los niños juegan con:

Niños Juegan Con	Frecuencia	Porcentaje
Arena y sitos cercanos a la basura	52	44,8%
Aguas Negras	1	9,4%
Agua Estancada	11	9,4%
Sitios cerca a arroyo	20	17,2%
Ninguno	14	12,0%
Sitios cercanos a basuras	8	6,8%
Total	**116**	**99,6%**



FUENTE: Encuesta realizada a los padres

Interpretación:

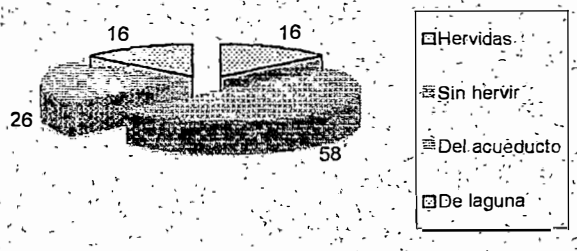
Con base a los resultados obtenidos en lo que se refieren a los diferentes sitios que los niños frecuentan para jugar, se observo que la mayor frecuencia es de 52 con un porcentaje de 44,8% juega con arena y en sitios cercanos a las basuras, le sigue en su orden con una frecuencia de 20 con un 17,2% juegan en sitios cercanos a los arroyos, el 14 con un 12,0% en niños que no juegan en ninguno de estos, el 11con un 9,4%

niños que juegan con aguas negras, el 11 con un 9,4% juega con aguas estancadas y el 8 con 6,8% juega en sitos cercanos a las basuras lo cual se observa de que la población infantil juega en lugares no adecuados para el desarrollo del niño.

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

8. Como consumen las aguas:

Como consumen las aguas	Frecuencia	Porcentaje
Hervidas	16	13,7%
Sin hervir	58	50%
Del acueducto	26	22,4%
De laguna	16	13,7%
Total	**116**	**99,8%**



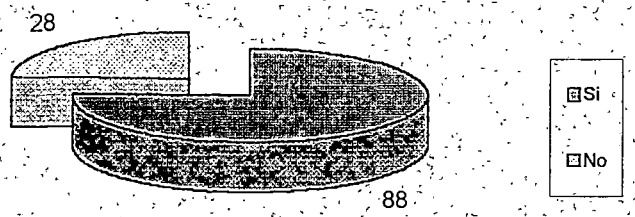
FUENTE: Encuesta realizada a los padres

Interpretación:

En los resultados obtenidos en lo que se refiere al consumo de agua se pudo observar que la mayor frecuencia es de 58 con el 50% de la población consume aguas sin hervir, le sigue en su orden el 26 con 22,4% consume el agua de acueducto, el 16 con 13,7% consume agua de la laguna y al igual que el consumo de aguas hervidas. Se pudo observar que la población encuestada no utiliza el manejo adecuado para el consumo de aguas.

9. Hay animales:

Hay animales	Frecuencia	Porcentaje
Si	88	75,8%
No	28	24,1%
Total	**116**	**99,9%**



FUENTE: Encuesta realizada a los padres

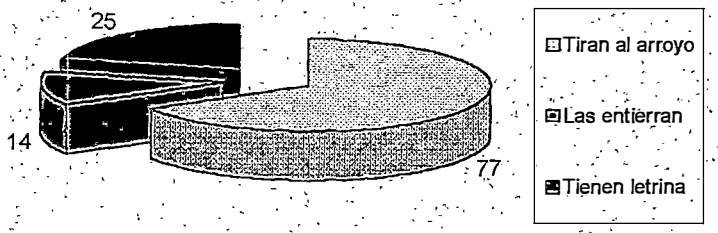
Interpretación:

La presencia de animales en los hogares se pudo evidenciar que la mayoría son el 88 que representan el 75,8% que si hay animales, le sigue el 28 con el 24,1% que no hay animales en los hogares, lo cual se observa que la población encuestada su mayoría tiene animales en su casa.

10. Que manejo se le dan a las excretas:

Manejo de las excretas	Frecuencia	Porcentaje
Tiran al arroyo	77	66,3%
Las entierran	14	12,10%
Tienen letrina	25	21,5%
Total	**116**	**99,8%**

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA



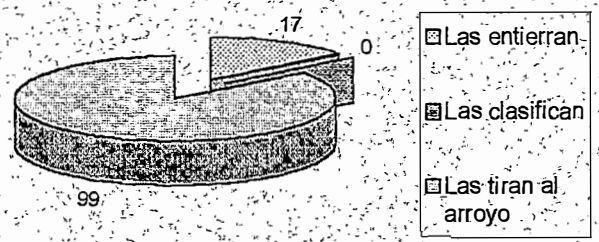
FUENTE: Encuesta realizada a los padres

Interpretación:

Con base a los resultados obtenidos en lo que se refiere al manejo que se le dan a las excretas se observo que la mayor frecuencia es el 77 con un 66,3% de la población tiran al arroyo las excretas, le sigue en su orden el 25 con un 21, 5% tienen letrinas y el 14 con un 12,0% las entierran; lo cual se observa que la población encuestada no tienen conocimiento del manejo que se les dan a las excretas.

11. Que manejo le dan a las basuras:

Manejo de las Basuras	Frecuencia	Porcentaje
Las entierran	17	14,6%
Las clasifican	0	0,0%
Las tiran al arroyo	99	85,3%
Total	**116**	**99,9%**



UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

FUENTE: Encuesta realizada a los padres

Interpretación:

Los resultados obtenidos en lo que se refiere al manejo de las basuras se pudo observar que la mayor frecuencia es de 99 con un 85,3% de la población tiran las basuras al arroyo; le sigue en su orden con el 17 con 14,6% de la población las entierran, lo cual se pudo observar que la población encuestada su gran mayoría no lo dan el manejo adecuado a las basuras.

ENCUESTA N°3

ENCUESTA DIRIGIDA A LOS ADULTOS QUE CONVIVEN CON LOS NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS DEL BARRIO VISTAMAR (Puerto Colombia) AÑO 2002

Nombre del adulto: _____

- **Edad :** _____
- **Sexo:** _____

1.Nivel de Escolaridad: _____

1.1Ocupación: _____

1.2 Ingresos Económicos: _____

Nombre del Niño: _____

2. Edad : _____

2.1 Sexo: _____

2.2 Nivel de Escolaridad: _____

3. Su niño presenta alteraciones en la piel?

Sí _____ **No** _____

3.1 Que clase de enfermedad en la piel presenta el menor:

- **Pústula:** _____

- ❖ Ampollas: _____
- ❖ Salpullidos: _____
- ❖ Otros: _____

_____

3.2 Características y Síntomas: _____

_____

4. Considera usted que la causa de la enfermedad es:

- ➢ Arena: _____
- ➢ Aguas negras: _____
- ➢ Aguas estancadas: _____
- ➢ Sitios cercanos a las basuras: _____
- ➢ Sitios cercanos a los arroyos: _____

4.1 ¿Hay animales domésticos?

Sí _____ No _____

4.2 ¿Qué clase de animales conviven con los niños?

- ➢ Insectos _____
- ➢ Roedores _____
- ➢ Mascotas _____

5. Asiste actualmente al medico?

Sí _____ No _____

5.1 Que Dx clínico dio el médico: _____

5.2 Recibió tratamiento: _____

5.3 Tiempo del tratamiento: _____

5.4 Que tipo de tratamiento recibe él Niño al no asistir al médico:

_____

_____

6. Como consume el agua

- Hervida: _____
- Sin hervir: _____

7. Que manejo se le dan a las excretas

- Las tiran al arroyo: _____
- Las entierran: _____
- Tienen letrina: _____

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

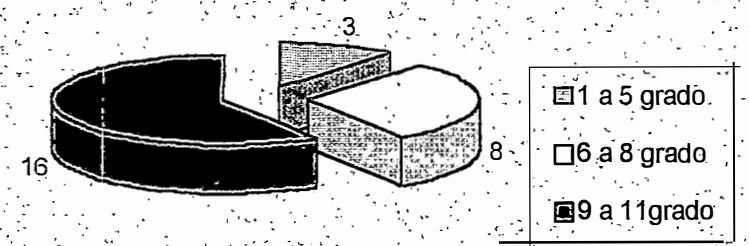
8. Que manejo le dan a las basuras

- Son recogidas: _____
- Botadas: _____
- Quemadas: _____
- Enterradas: _____
- Clasificadas: _____

1. Nivel de Escolaridad:

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

Nivel de Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
1 a 5 grado	3	11,10%
6 a 8 grado	8	29,60%
9 a 11grado	16	59,30%
Total	**27**	**100,00%**



FUENTE: Encuesta realizada a los padres

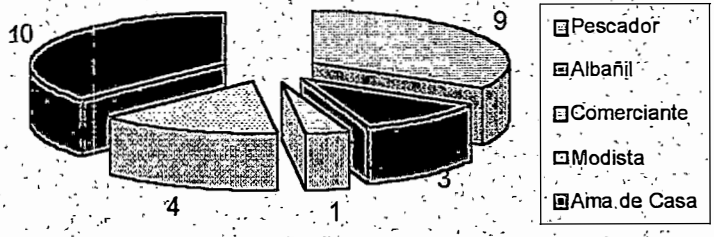
Interpretación:

Con base a los resultados obtenidos en lo que se refiere a nivel de escolaridad se pudo observar que la mayor frecuencia esta en los padres que respondieron que poseen un nivel de 9-11 grado representando el 59,3% de la población, le sigue en su orden el nivel básico entre 6-8 grado con 29,6% y el último nivel entre el de 1-5 grado 3 casos que representan el 11% donde se detectan que la población de adultos encuestada presenta niveles de educaciones aceptables.

1.1 Ocupación de los padres

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Pescador	9	33,30%
Albañil	3	11,10%
Comerciante	1	3,70%
Modista	4	14,90%
Ama de Casa	10	37,00%
Total	**27**	**100,00%**

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
HEMEROTECA
BARQUISIMETO



FUENTE: Encuesta realizada a los padres

Interpretación:

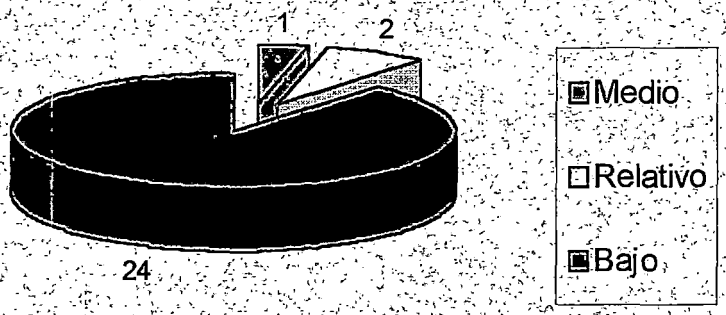
En lo referente a la ocupación se pudo evidenciar que la mayor frecuencia es de 10 con un 37,0% son amas de casa, le sigue en su orden el 9 con un 33,3% en padres que son pescadores, le sigue una frecuencia de 4 con un 14, 9%, en madres que se desempeñan como modistas, le sigue el 3 con un 11,10% en padres que son albañiles y el 1 con un 3,70% en padres que se desempeñan como comerciantes.

Se pudo observar que la población encuestada si tiene ingresos económicos.

1.2 Ingresos Económicos de los padres

Ingresos Económicos	Frecuencia	Porcentaje
Medio	1	3,70%
Relativo	2	7,40%
Bajo	24	88,80%
Total	**27**	**99,90%**

UNIVERSIDAD SIMÓN B
HEMEROTECA
BARRANQUILLA



FUENTE: Encuesta realizada a los padres

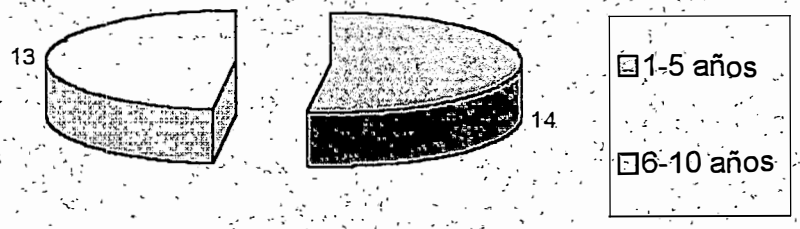
Interpretación:

Con base a los resultados obtenidos en lo que se refiere a los ingresos económicos de los padres se observó que la mayoría de las familias pertenecen a un nivel bajo con una frecuencia de 24 y un 88.9%, siguiéndole en su orden una frecuencia de 2 con un 7,40% en ingresos económicos relativos y por último una frecuencia de 1 y un 3,70% con

una ingreso económico medio, lo cual se determina que si existen fuentes de empleo pero el resultado de estos que vienen siendo los ingresos económicos no satisfacen las necesidades de la familia y la población en general.

2. Edades de los niños

Edad	Frecuencia	Porcentaje
1-5 años	**14**	**51,80%**
6-10 años	**13**	**48,10%**
Total	**27**	**99,90%**



FUENTE: Encuesta realizada a los padres

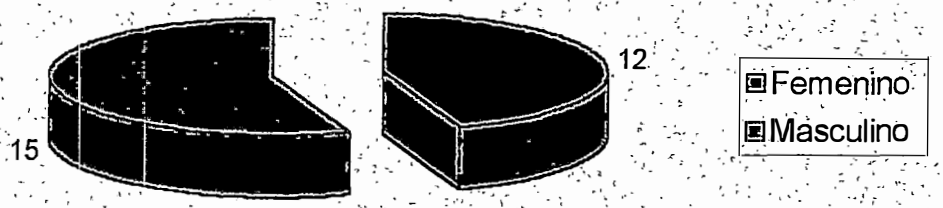
Interpretación:

En lo referente a la edad de los niños de 1-10 años se pudo evidenciar que la mayoría de los niños se encuentran en una etapa infantil anotando los siguientes porcentajes:

1-5 años 51,9% y de 6-10 años 48,9% con una mínima diferencia entre cada porcentaje, predominando la enfermedad entre las edades de 1 a 5 años.

2.1 Sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	12	44,40%
Masculino	15	55,50%
Total	**27**	**99,90%**



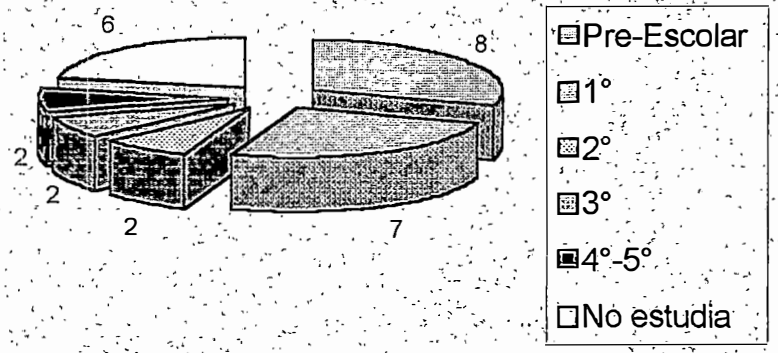
FUENTE: Encuesta realizada a los padres

Interpretación:

Por lo consiguiente al sexo representativo en su mayoría se determina que en la población infantil el mayor del porcentaje lo arrojó el sexo masculino con una frecuencia de 15 y un 55,5% siguiéndole en su orden el sexo femenino con una frecuencia de 12 y un 44,4%.

2.2 Nivel de Escolaridad

Nivel de Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Pre-Escolar	8	29,60%
1°	7	25,90%
2°	2	7,40%
3°	2	7,40%
4°-5°	2	7,40%
No estudia	6	22,20%
Total	**27**	**99,90%**



FUENTE: Encuesta realizada a los padres

Interpretación:

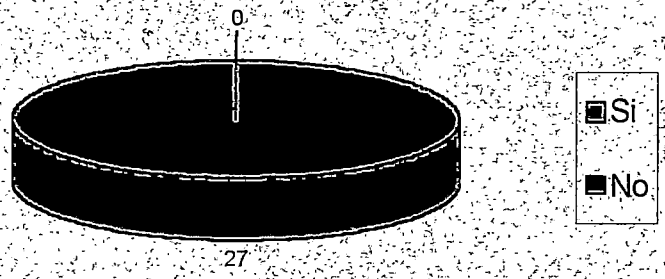
Con base a los resultados obtenidos en lo que se refiere a nivel de escolaridad de los niños de 1-10 años, se pudo observar que la mayor frecuencia de 8 esta en los niños que poseen un nivel de pre-escolar 29,6%, en el 1° con un porcentaje de 26,0%, 2° un porcentaje de 7,4% al igual que 3°, 4° y 5°, y por último los niños que no estudian con un

porcentaje del 22,2% donde se detecta que la población infantil obtiene niveles de educación aceptables.

3. Enfermedades en la piel.

Enfermedades en la piel	Frecuencia	Porcentaje
Sí	27	100,00%
No	0	0,00%
Total	**27**	**100,00%**

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA



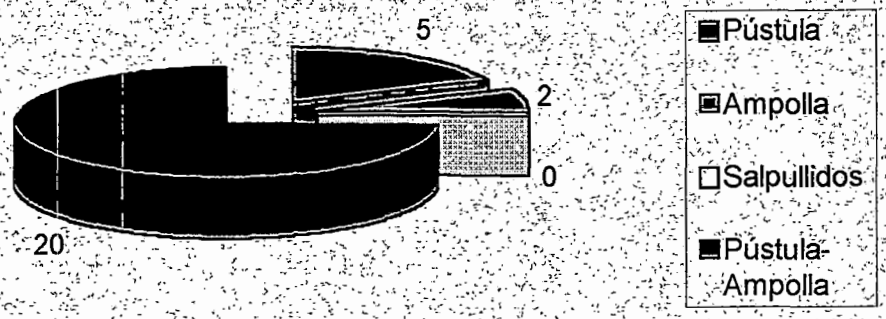
FUENTE: *Encuesta realizada a los padres*

Interpretación:

Con base a los resultados obtenidos a través de la encuesta se detectaron nuevos casos de alteraciones en la piel, fue considerada en un alto nivel representado en niños que si poseen la enfermedad con una frecuencia de 27 niños y un porcentaje de 100%, los niños que no presentaron la enfermedad con una frecuencia de 0 niños y un porcentaje de 0.

3.1 Que Clase de enfermedad presentan los niños

Clase de Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Pústula	5	18,50%
Ampolla	2	7,40%
Salpullidos	0	0
Pústula-Ampolla	20	74,00%
Total	**27**	**99,90%**



FUENTE: Encuesta realizada a los padres

Interpretación:

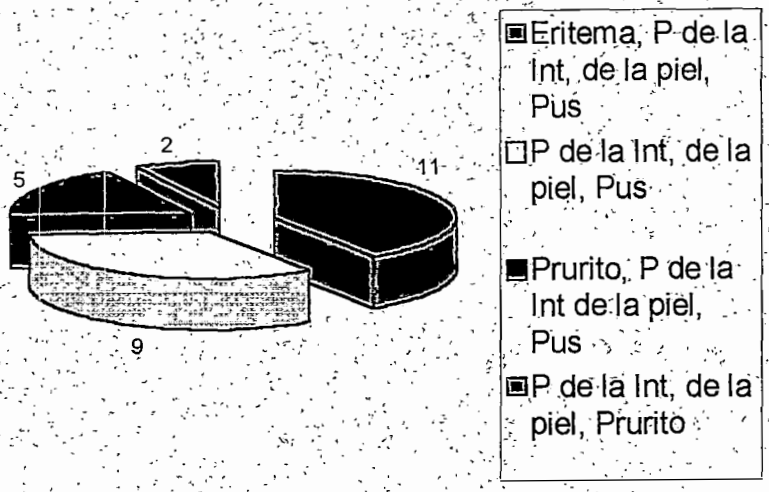
Con base a los resultados obtenidos en lo que se refiere a la clase de enfermedad en la piel que presenta el niño se pudo observar que la de mayor porcentaje fue la presencia de la pústula y ampollas con una frecuencia de 20 niños con un 74,0%, siguiendo las pústulas con frecuencia de 5 niños, 18,5% y por último ampollas 2 niños 7,4% sin encontrarse alteraciones en la piel por salpullidos en los niños que fueron

observados, debido a esta interpretación se puede afirmar que la integridad del piel de estos niños se encuentra totalmente alterada debido a muchos factores desencadenantes para que esta se presente en dicha encuesta realizada.

3.2 Características y Síntomas de la enfermedad.

Características y Síntomas	Frecuencia	Porcentaje
Eritema, P de la Int, de la piel, Pus	11	40,70%
P de la Int, de la piel, Pus	9	33,30%
Prurito, P de la Int de la piel, Pus	5	18,50%
P de la Int, de la piel, Prurito	2	7,50%
Total	**27**	**100,00%**

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA



FUENTE: Encuesta realizada a los padres

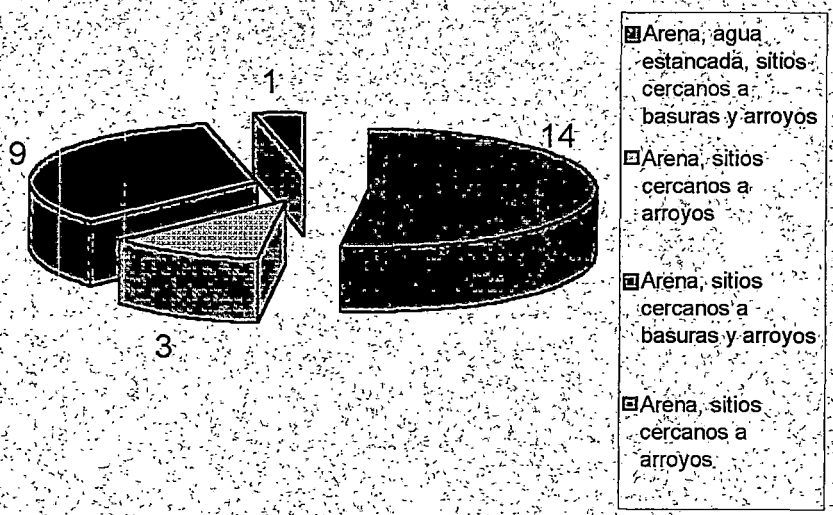
Interpretación:

En lo referente a las características y síntomas de las alteraciones de la piel se pudo observar que la mayoría de los niños presenta Eritema, perdida de la integridad de la piel, y pus con una frecuencia de 11 niños 40,7% siguiéndole en su orden perdida de la integridad de la piel y pus

con una frecuencia de 9 niños, 33,3% y así prurito, perdida de la integridad de la piel, pus con una frecuencia de 5 niños, 18,5% y por último en bajo porcentaje perdida de la integridad de la piel, prurito con una frecuencia de 2 niños, 7,5% así se pudo evidenciar que la enfermedad se ha caracterizado por presentar síntomas y que así se a hecho presente para que esta sea tratada y no pase por desapercibida.

4. Causas de la enfermedad

Causas de la Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Arena, agua estancada, sitios cercanos a basuras y arroyos	14	51,80%
Arena, sitios cercanos a arroyos	3	11,10%
Arena, sitios cercanos a basuras y arroyos	9	33,30%
Arena, sitios cercanos a arroyos	1	3,70%
Total	**27**	**99,90%**



FUENTE: Encuesta realizada a los padres

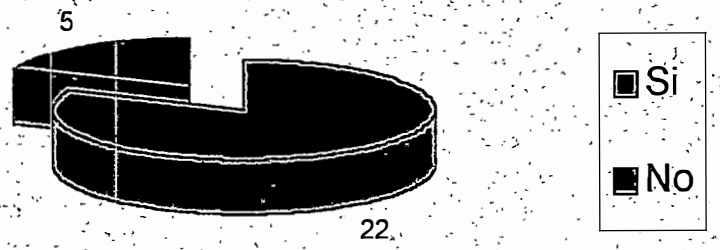
Interpretación:

En lo referente a las causas de la enfermedad se pudo evidenciar que la mayoría de niños mantienen total contacto con fuentes o factores desencadenantes de esta alteración como lo son en mayor porcentaje la arena, aguas estancadas, sitios cercanos a arroyos, a basuras, arroyos

con una frecuencia de14 niños, 51,8%, arena, sitios cercanos a arroyos y basuras con una frecuencia de 9 niños 33,3%, siguiéndole arena, sitios cercanos a arroyos con 3 niños 11,1% y por último arena, sitios cercanos a arroyos 1 niño 3,7%, es decir, los padres consideran que estas son las diferentes causas desencadenantes a la alteración de esta enfermedad.

4.1Hay animales domésticos

Hay animales domésticos	Frecuencia	Porcentaje
Si	**22**	**81,40%**
No	**5**	**18,50%**
Total	**27**	**99,90%**



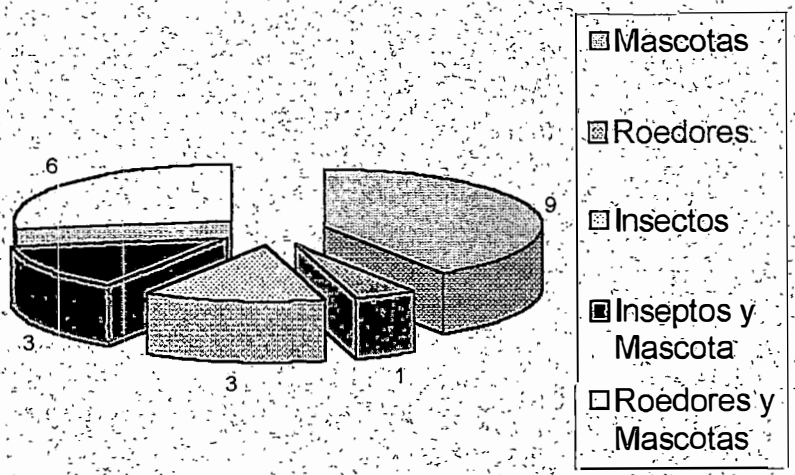
FUENTE: Encuesta realizada a los padres

Interpretación:

Por medio de la encuesta realizada se pudo obtener y evidenciar que la mayoría de hogares hay presencia de animales domésticos con una frecuencia de 22 hogares 81,4% y que de igual forma los hogares que no presentan animales domésticos con una frecuencia de 5 hogares 18,5%, es decir, muchos niños mantienen contacto con animales domésticos y que por esto más se altera dicha enfermedad.

4.2 Animales que conviven con los niños

Animales	Frecuencia	Porcentaje
Mascotas	9	40,90%
Roedores	1	4,50%
Insectos	3	13,60%
Insectos y Mascota	3	13,60%
Roedores y Mascotas	6	27,20%
Total	**22**	**99,80%**



FUENTE: Encuesta realizada a los padres

Interpretación:

Con base a los resultados obtenidos en lo que se refiere a la clasificación de animales que conviven en los hogares el mayor porcentaje de animales encontrados fueron las mascotas con una frecuencia de 9 casos, 40,9%, roedores y mascotas 6 casos 27,3%, de igual frecuencia insectos y mascotas con 3 casos encontrados

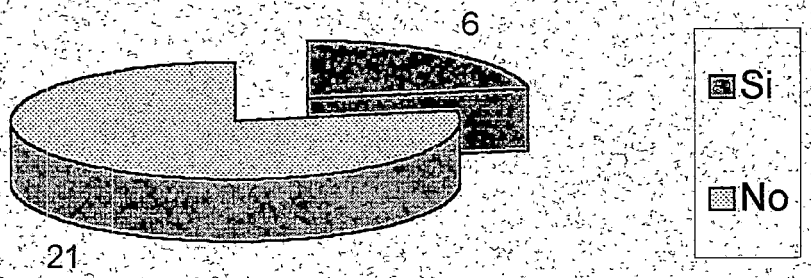
UNIVERSIDAD DEL NORTE
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

13,6% y por último roedores con 1 caso 4,5% se ha podido argumentar que el porcentaje de presencia de animales de toda categoría en los hogares es muy frecuente y esto ayuda a empeorar el estado físico anatómico del cuerpo humano en este caso el niño.

5. Asiste al médico

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

Asiste al Médico	Frecuencia	Porcentaje
Si	**6**	**22,20%**
No	**21**	**77,70%**
Total	**27**	**99,90%**



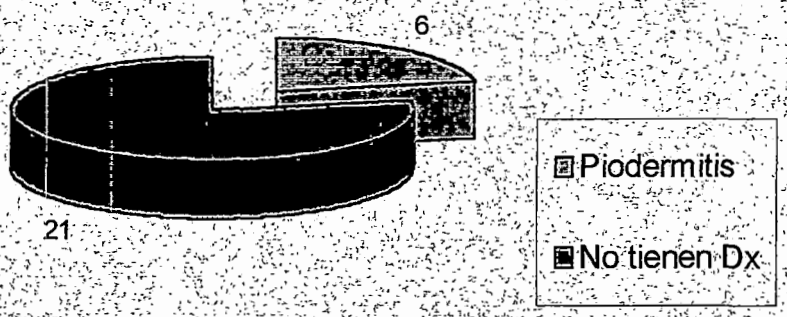
FUENTE: Encuesta realizada a los padres

Interpretación:

En lo referente a la asistencia de los niños al médico se pudo evidenciar que existe un alto porcentaje de niños afectados que no asisten constantemente al médico, ni por la enfermedad con una frecuencia de 21 y un 77,7% y que si asisten al médico en 6 casos 22,2%, es decir, la mayoría no requieren de recursos para asistir al médico, o no poseen el total interés de darle tratamiento médico a esta enfermedad o sencillamente se automedican empeorando totalmente la situación.

5.1Que Dx dio el medico

Dx	Frecuencia	Porcentaje
Piodermitis	6	22,20%
No tienen Dx	21	77,70%
Total	**27**	**99,90%**



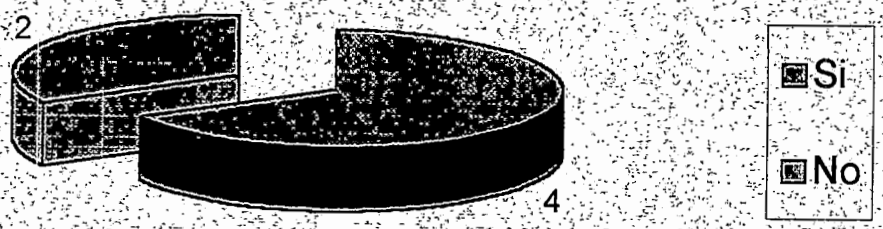
FUENTE: Encuesta Realizada a los padres

Interpretación:

Los resultados obtenidos en lo que se refiere al DX clínico se observo que la mayor frecuencia es de 21 con un 77% de los niños que no tienen DX médico por no asistir la médico, le sigue en su orden el 6 con 22,2% de niños que presentan Piodermitis.

5.2 Recibió Tratamiento

Tratamiento Recibido	Frecuencia	Porcentaje
Si	4	66,60%
No	2	33,30%
Total	6	99,90%



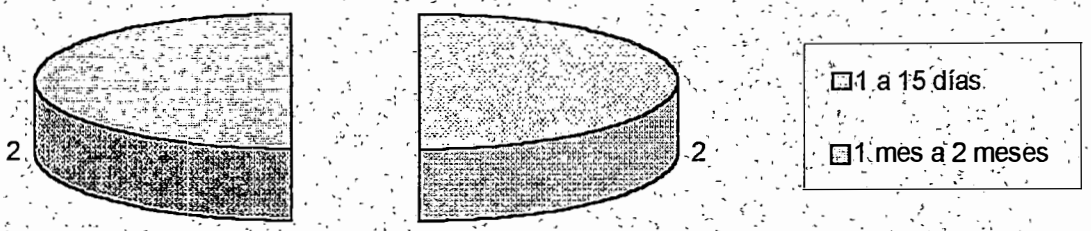
FUENTE: Encuesta Realizada a los padres

Interpretación:

Los resultados obtenidos en lo que se refiere al tratamiento recibido se observó que da mayor frecuencia de 4 con un 66,6% de niños que recibieron tratamiento, le sigue en su orden con una frecuencia de 2 y un 33,3% de niños que no recibieron tratamiento.

5.3 Que tiempo duro el tratamiento

Tiempo del tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
1 a 15 días	2	50,00%
1 mes a 2 meses	2	50,00%
Total	**4**	**100,00%**



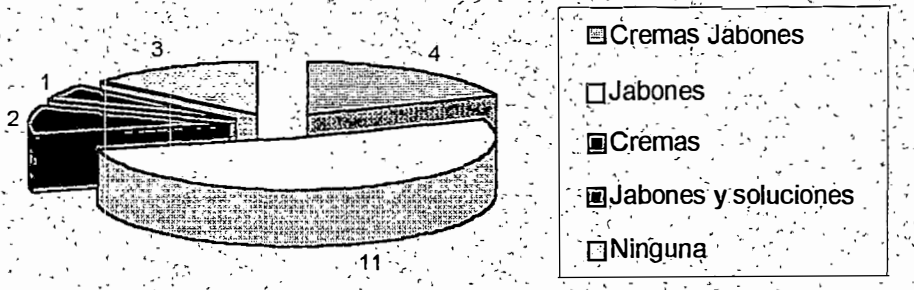
FUENTE: Encuesta Realizada a los padres

Interpretación:

Los resultados obtenidos en lo que se refiere al tiempo que duro el tratamiento se observo que la frecuencia es de 2 y un 50% de niños que duraron de 1 día a 15 días, le sigue en su orden con una frecuencia de 2 y un 50% de niños que los recibieron de 1 día a 2 meses.

5.4 Que tipo de tratamiento recibe el niño al no asistir al médico

Tipo del tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Cremas Jabones	4	19,00%
Jabones	11	52,30%
Cremas	2	9,50%
Jabones y soluciones	1	14,20%
Ninguna	3	4,70%
Total	**21**	**99,70%**



FUENTE: Encuesta Realizada a los padres

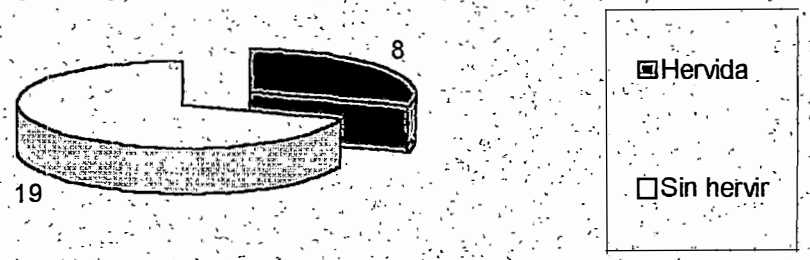
Interpretación:

Con base a los resultados obtenidos en lo que se refiere al tipo de tratamiento que recibe el niño que no asiste al medico, se observo que la mayor frecuencia es de 11 con un 53,2% en niños que utilizan jabones le sigue en su orden el 4 con un 19% que utilizan cremas –jabones, el 3 con

14,2% que no utilizan ninguna clase de medicamento, el 2 con el 9,5% que utilizan cremas y con una frecuencia de 1 y un 4,7% en niños que utilizan jabón más solución, se observo que la población encuestada que no asiste al médico si tiene conocimiento de los tratamientos utilizados.

6. Como se consume el agua

Como se consume el agua	Frecuencia	Porcentaje
Hervida	8	29,60%
Sin hervir	19	70,40%
Total	**27**	**100,00%**



FUENTE: Encuesta realizada a los padres

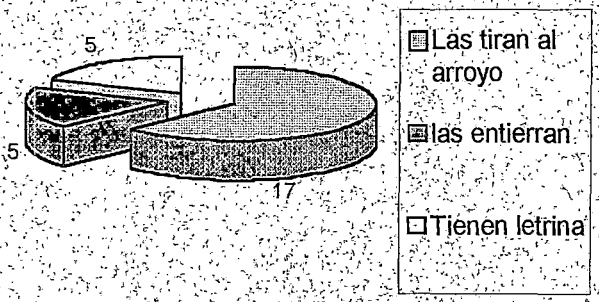
Interpretación:

Con base a los resultados obtenidos en lo que se refiere al consumo de agua hervida y sin hervir se pudo evidenciar que la mayoría de las familias consumen el agua sin hervir con una frecuencia de 19 casos 70,4% siguiéndole las familias que si poseen la información adecuada y que por ende hierven el agua con una frecuencia de 8 casos 29,6%, es decir, la mayoría de casos que se presentaron no consumen aguas

hervidas y no poseen la suficiente información para darles el manejo que estas necesitan.

7. Manejo de las excretas

Manejo de las excretas	Frecuencia	Porcentaje
Las tiran al arroyo	17	63,00%
las entierran	5	18,50%
Tienen letrina	5	18,50%
Total	**27**	**100,00%**



FUENTE: Encuesta realizada a los padres

Interpretación:

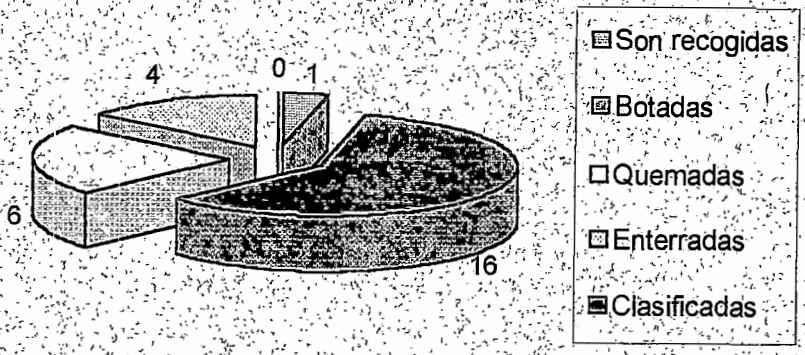
El manejo constante que los habitantes les dan a las excretas fue valorado en un alto porcentaje en el inadecuado manejo de excretas donde la mayoría de las familias las tiran al arroyo con una frecuencia de 17 casos 63,0% siguiéndole de igual frecuencia las personas que las entierran y otras que posen letrinas con un porcentaje de 5 casos, 18,5, es decir, esto se atribuye a uno de los factores desencadenantes a la

proliferación de insectos, contacto con los niños y por ende presencia de esta alteración en la piel.

8. Manejo de Basuras

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

Manejo de Basuras	Frecuencia	Porcentaje
Son recogidas	1	3,70%
Botadas	16	59,30%
Quemadas	6	22,20%
Enterradas	4	14,80%
Clasificadas	0	0,00%
Total	**27**	**100,00%**



FUENTE: Encuesta realizada a los padres

Interpretación:

Con base a los resultados obtenidos se puede evidenciar que la mayoría de las familias encuestadas optan por botarlas con una frecuencia de 16 casos encontrados con un porcentaje de 59,3% siguiendo así las basuras que son quemadas con una frecuencia de 6 casos y un porcentaje de

22,2%, enterradas con frecuencia de 4 casos y porcentaje de 14,8% son recogidas con una frecuencia de 1 caso y porcentaje de 3,7%, y por último que no fue encontrado ningún caso donde sean clasificadas, por ende las basuras al igual que las excretas vendrían siendo parte de factores desencadenantes para esta enfermedad o alteración de la piel.

CONCLUSIÓN

Siendo la Piodermitis una enfermedad que altera progresivamente la integridad de la piel, causada por el contacto directo de los diferentes factores de riesgos encontrados en la comunidad Vistamar y los niños de esta misma, hemos llegado a la siguiente conclusión

Los padres no toman las medidas adecuadas para evitar que sus hijos tengan contacto con estos focos infecciosos, es decir los niños permanecen descalsos, manipulan aguas estancadas y sucias y las condiciones higiénicas no han sido mejoradas. Esto se le atribuye el bajo nivel socioeconómico y de escolaridad que presenta esta población , así como también cabe mencionar que esta comunidad no fue debidamente informada acerca de los agentes causantes de esta patología, relacionado con la falta de gestión en promoción y prevención de la enfermedad por parte del hospital de Puerto Colombia.

Angélica Aguirre
Carmen Sierra

RESUMEN

En el municipio de Puerto Colombia del departamento del atlántico, en el periodo comprendido del 2000 al 2002 se realizaron 27 muestras en niños de 0 a 10 años con alteraciones en la integridad de la piel, adquiridas por diversos factores de riesgo tales como:
Aguas sucias, aguas estancadas, sitios cercanos a los arroyos y basureros, arena, animales, mal manejo de las excretas y de aguas consumibles, factores socioeconómicos, etc.
Al momento de realizar las encuestas se indago que los padres de familia sobre la problemática (piodermitis) que se presenta en la comunidad.

Las muestras fueron analizadas, determinando que la población infantil se en mantiene contacto directo con los factores de riesgo ya mencionados, y que por ende no se da la atención que requiere esta situación. Durante esta encuesta, se registraron la clase de enfermedad, características, síntomas, causas y tratamiento.

Según los resultados de las encuestas realizadas el 18,8% de los niños menores afectados adquieren la enfermedad directamente adquiridas en la comunidad en mención.
En su mayoría se observo la presencia de pústulas y ampollas, y en cuanto a sus características se encontró la presencia de eritema-perdida de la integridad de la piel siguiéndole en su orden pruritos-perdida dela integridad de la piel y pus con un 18,5% y por último pérdida de la integridad de la piel y prurito con un 7,4% lo que definitivamente evidencia una fuente de contaminación creado entre el ambiente y los niños que manipulan los diversos factores de riesgo.

Debido a esto se demostró la necesidad de emprender acciones educativas y preventivas a los niños menores de 0-10 años con el fin de disminuir la presencia de piodermitis en los menores.

PALABRAS CLAVES:
Piodermitis, pústulas, ampollas, pus, eritemas, pruritos, perdida de la integridad de la piel.

Estudiantes de VIII Semestre de Enfermería, Universidad Simón Bolívar de Barranquilla.