

**ENFERMEDADES DE LA PIEL EN NIÑOS MENORES DE 5
(CINCO) AÑOS EN EL BARRIO NUEVO TRIUNFO DE SOLEDAD.**

**DORIS YANCE RODRÍGUEZ
LUCILA GUERRERO CUENTAS**

**UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
FACULTAD DE ENFERMERIA
BARRANQUILLA**

2002

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BIBLIOTECA

No INVENTAR **4031115**

PRECIO _____

FECHA 01-15-2008

CANJE _____ REGION _____

4031115

EF 3
#0023

SISTEMATIZADO
HEMEROTECA





HOJA DE ACEPTACIÓN



NOTA DE ACEPTACIÓN

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado



AGRADECIMIENTOS

A los directivos de la Universidad Simón Bolívar por la creación del programa de enfermería que nos permite obtener el título .

Al Dr. Alvaro Correa .Dermatólogo por sus aportes teórico-conceptuales.

A los profesores: Rafael Rojano y Rafael Esquivel quienes en calidad de tutores nos orientaron con sus valiosos conocimientos.

A la profesora del comité de investigación Nayibe Barahona, quien inició nuestro proyecto.

A Hilda Guerrero quien nos colaboró con la tutoría durante el desarrollo de la investigación.

A Ligia Cantillo ,magíster en estudios políticos por sus valiosas orientaciones.

A Nidia Higgins Charris, magíster en Administración y supervisión educativa quien nos brindó sus conocimientos para orientarnos.

A mi sobrina Lina María Yance por soportar mis afanes y transcribir los apartes del trabajo siempre que lo requería.

DEDICATORIA.

La inmensa alegría que nos embarga al culminar los estudios de enfermería los compartimos y dedicamos de todo corazón a:

Alex Prada, esposo de Doris , por su apoyo incondicional.

Félix Utria esposo de Lucila , quien supo comprender mis afanes.

Nuestros queridos hijos quienes supieron comprender el valor de nuestra superación y soportaron largas ausencias.

A nuestros padres y familiares para que compartan con nosotras nuestro triunfo que es el de todos.

RESUMEN ANALÍTICO DE INVESTIGACION

AUTORAS: DORYS YANCE RODRÍGUEZ.
LUCILA GUERRERO CUENTAS

TITULO: ENFERMEDADES DE LA PIEL EN NIÑOS MENORES DE 5 (CINCO) AÑOS EN EL BARRIO NUEVO TRIUNFO DE SOLEDAD EN EL PERIODO COMPRENDIDO 2001 - 2002.

DESCRIPCIÓN:

En el barrio Nuevo Triunfo de Soledad se estudió la incidencia de las enfermedades de la piel en niños menores de 5 años en el período comprendido entre Marzo 2001- Junio 2002.

Se realizaron las encuestas, observaciones y entrevistas necesarias que al aplicarles los datos porcentuales arrojaron resultados que muestran un 78.2% de los niños menores de 5 años con Escabiosis y un 11.2 % con Sabrosita.

De igual manera se evidenció que los factores de riesgo mas sobresalientes son el hacinamiento, aguas estancadas, malos hábitos de higiene y basuras alrededor de la vivienda.

Se detectó la necesidad de emprender acciones para mejorar la problemática encontrada ,en esta comunidad, trabajando en coordinación con las autoridades municipales, el PAB y realizando actividades de promoción y prevención con el apoyo de los semestres de enfermería de la Universidad Simón Bolívar que hoy se encuentran realizando practicas en el barrio.

PALABRAS CLAVES:

Escabiosis, hacinamiento, aguas estancadas, basuras, hábitos de higiene, rasquiña.



TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	
TITULO	
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.1 FORMULACION DEL PROBLEMA	14
2. JUSTIFICACIÓN	16
3. OBJETIVOS	18
3.1 OBJETIVO GENERAL	18
3.2 OBJETIVO ESPECIFICOS	18
4. MARCO TEORICO	19
4.1 ENFERMEDADES DE LA PIEL Y SU MEDIO A.	19
4.1.1.1 HERPES SIMPLE	19
4.1.1.2 Etiología y Patogenia	19
4.1.1.3 Patología	21
4.1.1.4 Tratamiento	21
4.1.1.4 Herpes Simple y Embarazo	24
4.1.2 HERPES ZOSTER	25
4.1.2.1 Definición	25
4.1.2.2 Etiología y Patogénesis	26
4.1.2.3 Epidemiología	27
4.1.2.4 Cuadro Clínico	27
4.1.2.5 Patología	29
4.1.2.6 Tratamiento	30

4.1.3 LA VERRUGA VULGAR	33
4.1.3.1 Etiología y Patogénesis	33
4.1.3.2 Epidemiología	34
4.1.3.3 Cuadro Clínico	35
4.1.4 VIRUS PAPILOMA HUMANO	35
4.1.4.1 Tipos Morfológicos	35
4.1.4.2 Patología	37
4.1.4.3 Tratamiento	38
4.1.5 EL MOLUSCO CONTAGIOSO	40
4.1.5.1 Definición	40
4.1.5.2 Etiología y Patogénesis	40
4.1.5.3 Epidemiología	42
4.1.5.4 Cuadro clínico	43
4.1.5.5 Patología	43
4.1.5.6 Tratamiento	44
4.1.6 LOS FORÚNCULOS	44
4.1.7 HIDRADENITIS SUPURATIVA	47
4.1.8 LA BRAZA Y ECTIMA (GRANOS)	48
4.1.9 LAS MICOSIS (TIÑA)	48
4.1.9.1 Clasificación	49
4.1.9.2 Etiología y Patogénesis	49
4.1.9.3 Derm atofitosis	50
4.1.9.4 Epidemiología	51
4.1.9.5 Cuadro clínico	52
4.1.9.6 Diagnostico	57

4.1.9.7	Exam en Directo	57
4.1.9.8	Tratam iento	58
4.1.9.9	Pitiriasis Versicolor	60
4.1.10	Tiña Negra Palm o Plantar	61
4.1.10.1	Piedra Negra	61
4.1.11	EI ECZEMA	61
4.1.11.1	Definición	62
4.1.11.2	Etiología y Patogénesis	62
4.1.11.3	Cuadro Clínico	62
4.1.11.4	Patología	64
4.1.11.5	Tratam iento	64
4.1.12	ECZEMA NUMULAR	64
4.112.1	Definición	64
4.112.2	Etiología	65
4.112.3	Cuadro Clínico	65
4.112.4	Patología	66
4.112.5	Tratam iento	66
4.1.13	ECZEMA BACTERIANO O INFECCIOSO	67
4.1.13.1	Etiología y Patogénesis	67
4.1.13.2	Cuadro Clínico	67
4.1.13.3	Tratam iento	68
4.1.14	ECZEMA CRÓNICO PALMO PLANTAR	68
4.1.14.1	Etiología	68
4.1.14.2	Cuadro Clínico	69
4.1.14.3	Tratam iento	69

4.1.15 ESCABIOSIS	70
4.1.15.1 Etiología y Patogénesis	71
4.1.15.2 Epidemiología	72
4.1.15.3 Cuadro Clínico	72
4.1.15.4 Tratamiento	73
5. DISEÑO METODOLOGICO	77
5.1 Tipo de investigación	77
5.2 DELIMITACIÓN	77
5.2.1 Delimitación Espacial	77
5.2.2 Delimitación Temporal	78
5.3 POBLACION Y MUESTRA	78
5.4 TECNICAS PARA LA RECOLECCION DE INFORMACIÓN	78
5.4.1 Técnicas para la recolección de la información primaria	78
5.4.2 Técnicas para la recolección de la información secundaria	79
5.4.3 Instrumentos para la obtención de la información	79
5.4.4 Procedimientos para procesar y análisis	79
6. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	81
CONCLUSIONES	
RECOMENDACIONES	
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	



INTRODUCCIÓN

Las enfermedades de la piel tienen particular importancia en el campo de la infectología ya que dichas enfermedades son tan visibles que para nadie puede pasar desapercibidas.

Estas enfermedades son iguales para todas las clases sociales, sexo y grupos étnicos; sin embargo dentro de éstas enfermedades encontramos las que suelen contagiarse por transmisión sexual, transmisión aérea, sanguíneo o por contacto directo de la piel.

Las enfermedades de la piel representan lesiones elementales que forman un cuadro dermatológico y alteraciones de la piel, por esto es fácil notar infecciones en la piel de algunos niños.

Los problemas de piel, en los menores, se deben tratar a tiempo no solo por las grandes molestias que éstos ocasionan sino por que cuando se posesionan en dermis y epidermis son difíciles de erradicar.

Los menores con enfermedades de la piel sienten el rechazo por parte de sus compañeros y amigos a quienes se les inculca, en sus hogares la repugnancia y el temor a ser contagiados.

TITULO

**ENFERMEDADES DE LA PIEL EN NIÑOS MENORES DE 5 (CINCO)
AÑOS EN EL BARRIO NUEVO TRIUNFO DE SOLEDAD.**



1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 FORMULACION DEL PROBLEMA

El Barrio Nuevo Triunfo está ubicado en Soledad más exactamente cerca al caño de Soledad en las carreras 25 y 26 entre las calles 13 y 8

EL mencionado barrio muestra condiciones ambientales deplorables, como son : aguas negras estancadas, falta de alcantarillado, falta de acueducto, cables eléctricos en mal estado y de poca altura lo que podría desencadenar un accidente tanto en niños como en adultos, así mismo encontramos la convivencia de animales domésticos como: perros, gatos, gallina, burro, caballos, pájaros los cuales se alimentan de desechos que tiran a la calle o al arroyo.

Cabe resaltar que el Barrio nació o raíz de la violencia que se vive en Colombia, ya que muchos de sus habitantes son desplazados de diferentes partes del país, y aquí han encontrado un nuevo hogar. Es por éstos que como enfermeras debemos mantener un contacto directo con el paciente la familia y la comunidad sugiriéndoles y resaltándoles la importancia de los hábitos higiénicos, manejo y tratamiento del agua, manejo de los excretas con el fin de que los familiares y el paciente se involucren en el auto cuidado.

Así mismo queremos resaltar que la comunidad del Barrio Nuevo Triunfo de Soledad presenta según datos recogidos durante las visitas domiciliarias realizadas los años 2000 al 2001 el índice de morbilidad por enfermedades dermatológicas hasta en un 70% ya que dichas enfermedades terminan complicándose e infectándose debido a los diferentes factores de riesgos antes mencionados.

Dentro de las enfermedades de la piel las más frecuentes son: herpes simple, Varicela, Escabiosis, molusco contagioso, verrugas vulgares, herpes zoster. Entre las infecciones bacterianas están los forúnculos, la micosis como la tiña, etc. Produciendo estas infecciones de la piel laceraciones y pérdida de tejido cutáneo lo que trae como consecuencia deterioro en la imagen personal, en la autoestima y en los niños la desagradable experiencia de sentirse marginados de los demás niños por temor al contagio, por asco y porque muchas madres de familias le prohíben a sus hijos que jueguen con niños que están enfermos porque parecen sucios.

De acuerdo a lo anterior se hace el siguiente planteamiento.

¿Cuáles son los factores de riesgos para las enfermedades de la piel en niños menores de 5 años en el Barrio Nuevo Triunfo de Soledad entre el 2001 y 2002?

2. JUSTIFICACIÓN

Este trabajo pretende investigar la problemática que manifiesta el Barrio Nuevo Triunfo de Soledad con respecto a las enfermedades de la piel en los niños de 0 a 5 años de edad.

Es así como la Universidad Simón Bolívar envió a la primera promoción de la Facultad de Enfermería a desarrollar este proyecto investigativo basándose en sus conocimientos de atención primaria para que realicen promoción y prevención en esta comunidad y a su vez, en apoyo con otros equipos de salud como psicología, trabajo social, fisioterapia pudieran realizar una mejor labor en esta comunidad.

De esta manera la U.S.B. puede proyectarse a las comunidades y realizar trabajos investigativos de tipo social que le permitan manejar datos estadísticos como apoyo a la búsqueda de soluciones a los problemas de salud de los habitantes del barrio cuya comunidad estudiada.

La mejor manera de justificar el presente trabajo es el cúmulo de conocimientos y de experiencia que alcanzaremos al tener contacto directo con los pacientes y su familia, los cuales ayudarán a darle respuesta a los interrogantes planteados por las investigadoras para presentar alternativas de solución como campañas que se reviertan en cambios positivos en la comunidad estudiada y por ende estilos de vida saludables.

Es por esto que el desarrollo de este trabajo está dirigido a organizar compañías que ayuden a los niños, a los adultos y a la comunidad que conviva con ellos (padres, tíos, abuelos, amigos, vecinos, etc.) en lo que se refiere la prevención, manejo, tratamiento, control y seguimiento y así evitar las complicaciones y proliferaciones de dichas enfermedades.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores de riesgo, del Barrio Nuevo Triunfo de Soledad, en el desarrollo de las enfermedades de la piel en los niños de 0 a 5 años de edad en el periodo comprendido en el año 2000 al 2002.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar el ingreso mensual familiar de la población objeto de estudio.
- Determinar el sistema de eliminación de excretas mas utilizado por las familias objeto de estudio
- Determinar el sistema de recolección y eliminación de las basuras en las viviendas de la población objeto de estudio.
- Determinar la forma de abastecimiento, y tratamiento del agua en las viviendas del barrio Nuevo Triunfo de Soledad-
- Determinar la relación de las variables ingreso mensual, adecuación de las viviendas y numero de habitaciones de las mismas.
- Identificar cuales son los animales domésticos que conviven en las viviendas de la población objeto de estudio.
- Establecer que tipo de enfermedad de la piel padecen los niños menores de cinco años en la población objeto de estudio.
- Identificar el tipo de tratamiento que utilizan para las enfermedades de la piel en la población objeto de estudio.

- Establecer la responsabilidad de los adultos, que conviven con los niños, en la adquisición, prevención y curación de las enfermedades de la piel.

4. MARCO TEORICO

4.1 ENFERMEDADES DE LA PIEL Y SU MEDIO AMBIENTE

La piel es el órgano grande y más vulnerable del organismo. Aunque las enfermedades de la piel raramente son peligrosas para la vida, muchas pueden ser profundamente incapacitantes y producir problemas psicológicos.

Entre las enfermedades virales de la piel están, herpes simple, el herpes Zoster (zona), las verrugas, la varicela, moluscos contagioso, Escabiosis.

4.1.1 HERPES SIMPLE (varicela)

Sinonimia: ampollas

4.1.1.1 Definición

Herpes en griego quiere decir reptante. Se refiere a una inflamación de la piel producida por un virus; se la denomina simple para diferenciarla de otras erupciones ampollosas de mayor gravedad.

4.1.1.2 Etiología y Patogenia

La enfermedad es causada por dos tipos de virus Herpes: el oro-facial o tipo I y el genital o tipo II.

Las lesiones cutáneo-mucosas, así como las manifestaciones sistémicas pueden ser producidas por cualquiera de los dos virus, pero habitualmente el del tipo I ocasiona lesiones sólo en la boca y las del tipo II en genitales. Estos virus son del tipo DNA y generan dos clases de lesiones: las primarias y las recurrencias.

La primoinfección sucede en aquellas personas que no poseen anticuerpos y carecen de experiencia frente al virus. El episodio, es autorresolutivo y desaparece en unas dos semanas.

El virus, luego de infectar la piel o mucosa, migra hasta los núcleos de las células ganglionares nerviosas regionales y el DNA viral se incorpora al DNA de la célula huésped, quedando así en una especie de "nicho" inexpugnable por parte de las defensas humorales o celulares del huésped, así como a la quimioterapia actual. Esto permite a lo largo de toda la vida que, como resultado de mecanismos no conocidos aún, pero frecuentemente disparados por la fiebre, quemaduras solares, emociones, etc., se presenten lesiones de origen endógeno, ya sea en los epitelios cutáneos, mucosos u oculares. Obviamente, la preinfección de origen exógeno es posible, pero se presenta en la misma forma que la recurrencia. Se han pro-

puesto dos mecanismos para explicar estas recurrencias, siendo muy posible que en realidad coexistan:

1. El virus, reactivado por uno de los factores ya enumerados, viaja a lo largo de los axones nerviosos, desde los ganglios hasta el epitelio, protegido de la actividad inmune.

4.1.1.3 Patología

Se caracteriza por: 1) la degeneración balonizante por medio de la cual las células epidérmicas se hinchan y sufren acantolisis, originando vesículas uniloculares. 2) La degeneración reticulada, ocasionada a partir de la coalescencia de las membranas de las células que han explotado por el edema intracelular, produce vesículas multiloculares.

También se aprecian cuerpos de inclusión en las células epidérmicas degeneradas.

4.1.1.4 Tratamiento

El empleo de la iodo-oxiuridina y la vidarabina acortan el curso del herpes simple ocular pero no previenen la recurrencia. En la piel, sin embargo, estas medicaciones han fallado en demostrar una ventaja sobre el placebo, hecho que ocurre con casi todas las modalidades terapéuticas cuando se analizan epidemiológicamente, a pesar de que existen muchos reportes anecdóticos de éxito. En realidad una tercera parte de los pacientes se

mejoran con cualquier tópico, lo cual estimula el empleo de medicamentos diversos, que no deben ser irritantes, ni producir problemas secundarios.

En los últimos años el empleo del **aciclovir** representa un hito dentro de la terapia médica de las enfermedades virales, especialmente aquellas producidas por los virus herpes y más específicamente en relación con el herpes simple.

La molécula, de origen sintético, es químicamente la 9-(2hidroxi-etoximetil) guanina o acicloguanosina, un análogo acíclico de los nucleótidos.

Su mecanismo de acción es el siguiente: la célula infectada por el virus es inducida por éste a la producción de una timidinoquinasa y una DNA polimerasa específicas del virus. El aciclovir es fosforilado y convertido en monofosfato de aciclovir por esta enzima específica del virus, la timidinoquinasa. Las células normales (no infectadas por el virus) no producen la fosforilización del aciclovir. El monofosfato es luego bi y trifosforilado y esta sustancia se acumula en la célula afectada por el virus; entonces, esta nueva molécula compete con la polimerasa del DNA viral, impidiendo así la reduplicación del virus. En otras palabras, el medicamento hace que el propio virus fabrique la cuerda con la que será ahorcado. No hay evidencia de que el aciclovir sea tóxico para las células no infectadas, a cualquier concentración sérica.

La droga existe en presentaciones oral, parenteral y tópica, aunque esta última suele tener mínima efectividad. Infortunadamente, el medicamento sólo tiene

a los efectos supresivos, acortando el período mórbido cuando se administra tempranamente o disminuyendo la propensión recaídas mientras se esté administrando en forma continua. Además, ya se han reportado cepas resistentes a su acción, la cual es ligeramente menos efectiva en el caso del Herpes II. La diseminación asintomático del virus persiste, pese a una terapia efectiva. El medicamento debe ser considerado especialmente en casos de primoinfecciones (que son más severas), en los pacientes con

SIDA y herpes simple y en aquellos con eritema polimorfo recurrente asociado a herpes simple.

Otros enfermos con episodios muy recurrentes o incapacitantes deberán ser elegidos para tratamiento en una forma individualizada, según criterio del especialista, buscando siempre lo más adecuado para el paciente, desde el punto de vista económico y la morbilidad presente.

Las dosis de tratamiento son de 200 mg cinco veces por día y las preventivas son de 400 a 800 mg/día. La aplicación tópica reduce algo los síntomas, pero no evita la formación de nuevas lesiones en la afección cutánea. Para la queratitis herpética se lo puede considerar la droga de elección en la actualidad, por su alta eficacia en esta zona, la buena penetración ocular y su baja toxicidad.

La terapia sintomática debe darse siempre y el médico tendrá en cuenta la tendencia natural de la enfermedad a espaciar sus recurrencias, aun cuando esto pueda tardar varios años en muchas ocasiones. Medidas que parecen lograr un acortamiento de los períodos de actividad, son las aplicaciones tópicas de alcohol, éter, cloroformo y dimetilsulfóxido (DMSO), varias veces al día sobre las lesiones recientes, pero estas medicaciones son moderadamente dolorosas.

4.1.1.5 Herpes simple y embarazo

La adquisición perinatal de la infección por el virus del herpes simple usualmente es el resultado del contacto con el tracto genital inferior infectado de la madre. Las complicaciones neonatales son más serias cuando la primo-infección materna sucede después del tercer trimestre del embarazo, en cuyo caso cuatro de cinco niños tienen enfermedad grave. Las formas recurrentes son mucho menos peligrosas al respecto, aunque la madre infectada asintomática también puede originar una infección neonatal, con un riesgo que se calcula de menos del uno por mil. Las recomendaciones actuales por parte de la Sociedad de Enfermedades Infecciosas para Obstetricia y Ginecología de USA son las siguientes:

Con una historia positiva de herpes simple, en la embarazada o su cónyuge que debe ser preguntada y anotada en historia), se debe diferenciar entre la madre asintomática y la que presenta lesión.



Asintomática: En ausencia de lesión genital: parto vaginal.

Cultivo para herpes de la madre o del niño el día del parto.

No se requiere aislamiento de la madre.

Lesión herpética: Cesárea, que reduce el riesgo de infección neonatal.

Hacerla idealmente cuatro a seis horas antes de la ruptura de membranas, pero ésta no excluye que la cesárea sea benéfica, no importa su duración.

En mujeres con lesiones herpéticas genitales en época de término de embarazo o cercanas, pero antes del trabajo de parto o de ruptura de membranas, se pueden hacer cultivos con intervalos de tres a cinco días, que pudieran asegurar la ausencia del virus en el momento del parto y así incrementar la posibilidad de un nacimiento por vía vaginal. Aún no existen pruebas de laboratorio para un rápido diagnóstico, que tengan la sensibilidad y especificidad equivalentes al cultivo. La enferma de herpes simple activo requiere aislamiento durante su hospitalización; puede manejar su niño luego de lavarse las manos y colocarse guantes, puede amamantar y no debe entrar a una sala cuna. Otras personas en contacto deben emplear guantes, lavarse las manos muy bien y utilizar doble bolsa plástica para el desecho del material contaminado. En presencia de herpes no genital, los cuidados son similares y se aconseja la aplicación de escaóticos para secar las lesiones y no manejar al niño hasta que las lesiones tengan una costra adecuada o estén cubiertas por un buen aposito y/ o una mascarilla.

Ningún miembro del personal que esté infectado debe manejar niños hasta que sus lesiones hayan desaparecido.

4.1.2 HERPES ZOSTER

Sinonimia: Zona

4.1.2.1 Definición

Herpes en latín y a su vez derivado del griego, quiere decir reptante. Zoster, en griego, significa cinturón. Se trata de una erupción en la cual aparece una vesiculización que adquiere un aspecto de diseminación reptante, tendiendo a asumir una distribución en forma de cinturón o banda.

4.1.2.2 Etiología y Patogénesis

Es causada por un virus del tipo DNA llamado zoster-varicela, ya que produce también esta última enfermedad.

Se postula que la varicela sea la manifestación clínica primaria, luego del contacto con el virus zoster-varicela, el cual permanecería latente en las raíces ganglionares dorsales, para posteriormente, por razones aún pobremente conocidas, iniciar su replicación en las células del ganglio y diseminarse a lo largo del nervio, recorriendo las raíces sensitivas nerviosas hasta la superficie cutánea, en donde produce las típicas vesículas.

Hay una predisposición al desarrollo de la enfermedad en individuos alérgicos y afectados de Hodgkin, leucemias y en general en enfermos inmunosuprimidos, en quienes puede constituirse en la primera manifestación de su enfermedad; sin embargo, rara vez precede la malignidad sino que usualmente ocurre después que ésta se manifiesta.

En estos casos existe una disminución de los anticuerpos fijadores de complemento contra el virus. Las raras recidivas de la enfermedad parecen ocurrir cuando estos anticuerpos bajan de un nivel crítico, como sucede cuando se inmunosuprime a un paciente de trasplante renal.

4.2.2.3 Epidemiología

El tiempo de incubación es desconocido. Su distribución es mundial. Existe igual susceptibilidad en todas las razas y en ambos sexos. Su aparición es esporádica y no tiene una distribución de acuerdo con las estaciones.

Es mucho más frecuente a medida que son mayores los grupos etarios: las dos terceras partes de los casos se encuentran en personas mayores de 45 años.

(Menores de nueve años 74×1.000 ; entre 40 y 49 años 2.92×1.000 y entre los 80 y los 89 años 10.10×1.000).

El herpes zoster se asocia con el VIH y con el lupus eritematoso sistémico con relativa frecuencia, enfermedades en las cuales también se presenta con mayor morbilidad. También tiene una mayor incidencia en pacientes con trasplante renal.

4.2.2.4 Cuadro Clínico

Suele ser típico: vesículas en grupos sobre una piel eritematosa o normal en un dermatómo o dos, después de un período de unos siete días de dolor y parestesias en la zona afectada. En general, si la erupción aparece luego de uno a dos días de dolor, la cicatrización no toma más de unas dos y media semanas. Si por el contrario, hay un intervalo de más de una semana de dolor antes de la erupción, debe esperarse una prolongada convalecencia.

El lugar más común de aparición son los dermatómos de C2 a t-2 así como el quinto y séptimo pares craneales; casi invariablemente, la enfermedad es unilateral. Las vesículas se pustulizan en dos o tres días y pueden sanar en dos y media semanas, salvo que haya piodermatitis secundaria o gangrena que retarden la curación. Habitualmente quedan cicatrices.

Es muy común la presencia del dolor lancinante y de tipo intermitente, pero no es invariable. El dolor suele tener disparadores y su persistencia en forma de neuralgia intratable es un riesgo que debe tenerse en cuenta, especialmente en personas mayores de 50 años (Láminas 21-1, 21-2).

Existen cuadros específicos según los nervios comprometidos; enumeraremos los siguientes:

1. Compromiso de la rama del trigémino con queratitis zosteriana y pupila de Argyll-Robertson, temporal o permanente.
2. Síndrome de Ramsay-Hunt, por la perturbación del ganglio geniculado.
3. Cuadros de parálisis facial cuando se afecta el V el par.
4. Parálisis de la laringe o faringe con la alteración del nervio vago así como malestar cardíaco o epigástrico.
5. Parálisis del diafragma cuando interesa el nervio frénico.
6. El compromiso lumbosacro puede dar un dolor similar al del paso de un cálculo renal y producir retención urinaria

Como situación interesante, en un grupo de 58 pacientes con diversos cuadros cutáneos, las lesiones cicatrizadas del herpes zoster se han descrito como las que más frecuentemente exhiben la denominada "respuesta isotópica" (que se refiere a la presencia de una nueva dermatosis en el sitio previo en el cual se presentó otra enfermedad cutánea). La causa de este fenómeno es desconocida.

El diagnóstico diferencial es limitado por lo característico de la erupción. Sin embargo, a veces el herpes simple puede tener una diseminación zosteriforme y solamente es posible diferenciarlo mediante cultivo. Una prueba que ha sido ensayada exitosamente para diferenciar el herpes zoster

del herpes simple es la immuno fluorescencia directa, método que resulta sensible, poco costoso, rápido y simple.

4.2.2.5 Patología

La histología del zoster-varicela es similar y no puede diferenciarse de la que presenta el herpes simple; se observa una degeneración balonizante de las células epidérmicas y formación de células gigantes multinucleadas, debidas a la división nuclear amitótica. Existen cuerpos de inclusión típicos de los virus herpes, y la necrosis celular y el edema conducen a una vesícula rápidamente invadida por células inflamatorias.

En los ganglios dorsales está presente un Infiltrado celular y luego hemorragias focales, seguidas por destrucción nerviosa, la cual es máxima a los 15 días de iniciada la erupción.

La curación conduce a un remplazo del tejido neural sensitivo por una cicatriz. Los casos con compromiso de los pares craneanos pueden llevar a la paresia o parálisis definitiva.

4.2.2.6 Tratamiento

En el caso de una persona joven menor de 45 años usualmente puede tratarse con compresas secantes y analgésicos o antiInflamatorios adecuados para calmar el dolor (aspirina, codeína, indometacina). A veces la aplicación de colodión flexible sobre las lesiones puede disminuir el dolor.



La acicloguanosina (aciclovir) es efectiva contra el virus zoster-varicela, pero en menor grado que contra el herpes simple. Por ello su empleo se ha preferido en la forma IV, en dosis de 5 mg/kg cada ocho horas durante siete días. Esto conduce a una disminución apreciable de la morbilidad y alivio más rápido del dolor. Sin embargo, no disminuye la incidencia de algia post-herpética. Si se usan dosis orales, como sólo el 20% de la droga se absorbe, se dan dosis de 800 mg, cinco veces por día, por siete días. El alto costo de la droga debe hacer pensar si realmente en un sujeto inmunocompetente se justifica la administración, ya que la única secuela altamente importante (el algia postzosteriana) no es evitada. Quizás se reservaría para los casos con posibilidad de diseminación y los afectados en el trigémino.

El famciclovir oral en dosis de 500 a 750 mg tres veces al día por 7 días, ha sido reportado como una medicación eficaz y bien tolerada que supuestamente reduce la duración de la neuralgia post-herpética en varias semanas.

En las personas mayores de 50 años, la frecuencia del cuadro de neuralgia postzosteriana es tan grande que debe procurarse evitarse con el empleo de corticoesteroides en dosis altas, iniciadas muy tempranamente en el curso de la enfermedad, salvo contraindicaciones muy graves.

Un esquema que da buenos resultados es el siguiente:

Sesenta miligramos de prednisona al día por siete días, 30 mg al día por siete días más, luego 15 mg diarios por siete días más y finalmente suspender.

En casos severos puede ser aconsejable continuar el tratamiento durante seis semanas en total. Los corticoesteroides son sujeto de controversia en cuanto a su capacidad de prevenir la neuralgia post-herpética, pero, en general, son más las personas que piensan que su empleo en dosis altas, tempranamente en el curso de la enfermedad, reduce la incidencia de esta modestísima complicación. No obstante, en un grupo de 113 pacientes tratados con prednisona y observados durante más de 5 años, no se observó ningún beneficio en la prevención de la neuralgia post-herpética. Otros autores han encontrado que aunque el dolor se reduce en la etapa aguda con el aciclovir y con los corticoesteroides sistémicos, ni estas medicaciones, ni la radioterapia tienen valor alguno en prevenir la neuralgia post-herpética. Esto debe ser particularmente tenido en cuenta con el herpes oftálmico en donde existe mayor controversia sobre los peligros de complicaciones

derivadas de los corticoesteroides. Algunos autores aconsejan el empleo de gammaglobulina humana como coadyuvante del tratamiento. Una vez establecida la neuralgia, puede mejorar en el transcurso de muchos meses, pero a veces persiste por toda la vida. Se habla de neuralgia post-herpética cuando ésta ha durado más de 30 días. Esta complicación puede tratarse

con grados variables de éxito: se ha establecido que la **capsaicina** al 0.025% tópicamente depleta la sustancia P, neurotransmisor implicado en el paso de los impulsos nerviosos de la periferia al SNC, y ofrece un moderado beneficio a los enfermos de **algia post-zoster**. También puede ser útil la administración de **vitamina E**, 800-1.200 unidades / día por algunos meses; la aplicación intralesional **detriamcinolona** de depósito con **lidocaína**, de la neuralgia. Se efectúan entre cuatro y doce sesiones, separadas por una o dos semanas cada una.

Algunos pacientes se benefician como último recurso con cordotomías, rizotomías o irradiación de las raíces y ganglios afectados. Sin embargo, no siempre tienen éxito estos tratamientos. Habitualmente la lesión es autolimitada y cura sin necesidad de drogas.

En personas mayores, la neuralgia es una secuela temible y debe procurarse evitarse con las medidas ya indicadas.

Los pacientes con herpes zoster diseminado o generalizado tienen un pronóstico más serio, el cual se asocia con una tasa de mortalidad elevada. El uso de corticoesteroides no aumenta los riesgos de diseminación entre los enfermos de zoster.

Otra enfermedad viral de la pie son:

4.1.3 LAS VERRUGAS VULGAR

Verruga, del latín verruca: excrescencia callosa.

Se emplea en dermatología para referirse a múltiples lesiones de diferente etiología. Las vulgares son papilomas de origen viral.

4.1.3.1 Etiología y Patogénesis

Las técnicas modernas de análisis de restricción de endonucleasas para el DNA viral y las técnicas de hibridación han conducido a un mejor conocimiento de los diferentes tipos de virus papiloma humano, en las distintas lesiones que conforman el espectro de las verrugas y condilomas acuminados, así como también su presencia se ha evidenciado en otros tipos de patología.

Se han diferenciado más de 60 tipos de virus inductores e verrugas . .

Las verrugas surgen a partir de la infección por el virus, el cual se replica únicamente en los queratinocitos de la capa granulosa, en cuyos núcleos y nucléolos se puede demostrar. El crecimiento de los queratinocitos afectados tiene un patrón similar al de los queratinocitos sanos y el virus invade las células vecinas en forma directa, induciendo la producción de nuevos viriones, cuya cantidad difiere con la localización anatómica y la producción de anticuerpos, así como con el número, tipo y evolución de las verrugas. Cuando existe disminución en la inmunidad celular, aumenta la incidencia de las verrugas; su ausencia predispone a la aparición de

verrugas y su restablecimiento conduce a la desaparición de las ya formadas. La provocación artificial de inflamación en las verrugas planas conduce a su posterior curación, e histológicamente hay indicios de actividad de la inmunidad celular.

En aquellos pacientes que sanan espontáneamente de sus verrugas se han demostrado dos fenómenos como respuesta a la presencia del virus:

1) Inhibición de la migración de leucocitos; 2) estímulos a la multiplicación de los linfocitos. Existe, con base en lo anterior, la posibilidad de producir una vacuna que proteja contra las verrugas. Los cambios vistos en la regresión de estas lesiones son consistentes con los de una reacción de hipersensibilidad de tipo retardado a los antígenos extraños, y la capacidad de desarrollar tal respuesta debe ser determinante primordial para la inmunidad natural a los virus de las verrugas.

Entre tanto, parece que una irritación repetitiva de bajo grado induce la formación de anticuerpos y conduce a la desaparición de las verrugas.

4.1.3.2 Epidemiología

Son extremadamente frecuentes, especialmente en la niñez y la juventud, pero pueden aparecer en cualquier momento de la vida. Su regresión suele ser espontánea y acontece ordinariamente dentro de los nueve meses siguientes a su aparición, pero muchas veces suelen persistir indefinida

mente. La forma de transmisión es desconocida, pero se cree que ocurre por contacto directo. Es muy común la autoinoculación.

El período de incubación es variable, pero en términos generales aún no ha sido establecido. Se habla de unos 3 meses para verrugas vulgares.

4.1.3.3 Cuadro Clínico

Todos los casos se caracterizan por la aparición de pequeñas pápulas hiperplásicas del color de la piel y algunas típicamente pigmentadas.

4.1.4 VIRUS PAPILOMA HUMANOS

4.1.4.1 Tipos Morfológicos

- **Verrugas palmo-plantares:** Son lesiones planas o algo elevadas, que interrumpen las líneas naturales de la piel y en ocasiones son dolorosas. Al examen, muestran la presencia de capilares que aparecen como pequeños puntos dispersos sobre la superficie de la verruga, los cuales se ponen en evidencia y se diferencian de los callos, con el afeitado de la lesión. Una de sus variedades es la forma en mosaico, propia de la planta del pie, ocasionada por la confluencia de múltiples elementos.

- **Verrugas filiformes:** Muy comunes en cara y cuello, consisten en excrecencias en forma de dedos, que protruyen de uno a diez milímetros sobre la superficie cutánea.
- **Verrugas planas:** Son pequeñas, múltiples, c color de la piel o ligeramente parduscas que miden entre dos y cinco milímetros de diámetro; aparecen comúnmente en la cara o las superficie extensoras de los brazos o piernas (Lámina 60)
- **Verrugas comunes:** Predominan en la superficie dorsal de las manos y las áreas periungueal pero pueden localizarse en cualquier otra parte la piel. Su tamaño es variable, de dos a c milímetros aunque a veces pueden ser mayo su color es grisáceo pardo o del color de la piel y tienen clínicamente la forma de vegetado hiperqueratósicas (Lámina 60-3).
- **Verrugas venéreas o condilomas acuminados:** Forman pápulas o masas del color de la piel ci aspecto de coliflor y pueden ser o confluentes Su tamaño es muy variable, desde pocos mil tros hasta varios centímetros, formando verdaderos tumores.

De los virus papiloma humano por lo menos 16 tipos han sido correlacionados con las lesiones condiloma acuminado. La incidencia en la población general es de un 0.1% y del 0.5% entre jóvenes, siendo más afectado el sexo femé Hay, así mismo, evidencia apabullante de relación entre las verrugas venéreas y el cáncer genital, así como también una evidencia fuerte relacionando a las

verrugas genitales con el carcinoma verrugoso de genitales, la papú bowenoide y los papilomas laríngeos. Las piñas con condilomas pueden tener otros tipo verrugas cutáneas, lo cual es compatible o hecho de que los virus papiloma humano productores de verrugas cutáneas son también capaces de producir condilomas. Los pacientes con diagnóstico deben ser seguidos de cerca para detección temprana de posibles neoplasias genitales.

4.1.4.2 Patología

Histológicamente la verruga vulgar es una pápula hiperplasia exofítica, que se extiende en profundidad hasta la membrana basal. Se presenta acantosis, paraqueratosis e hiperqueratosis dentro de la lesión. Los virus se encuentran tanto en el citoplasma como en el núcleo celular. Hay hipergranulosis gruesa y grandes gránulos queratohialina, muchos con contornos redondeados, efecto citopático viral que es bastante característico. Las células muestran palidez citoplasmática y nuclear con dispersión de la cromatina, con áreas de color gris acerado de los núcleos en las capas superiores, las cuales al microscopio electrónico corresponden a las inclusiones virales. En la dermis pueden verse vasos dilatados, tortuosos y a veces trombosados, correspondiendo a los puntos rojos o negruzcos que se ven en la lesión clínica. Las formas plantares son más bien endofíticas y cubiertas por una gruesa escama hiper y para-queratósica.

Los condilomas muestran una mezcla de crecimiento endo y exofítico de un epitelio escamoso alrededor de unos núcleos complejos de tejido fibrovascular. En ellos la hipergranulosis es menos notable.

4.1.4.3 Tratamiento

Un gran especialista americano ha dicho que las verrugas y la psoriasis han hecho más por arruinar la reputación profesional de un dermatólogo que cualquier otra enfermedad. Algunas veces pueden ser lesiones extraordinariamente recalcitrantes o aparecer nuevas.

Las medidas terapéuticas son legión y la meta que debe tenerse en mente es la de utilizar métodos suaves, no agresivos, y que no conduzcan a la formación de cicatrices. En algunos casos, puede estar indicado no efectuar tratamiento alguno en espera de la involución (v. gr., múltiples lesiones en el borde palpebral); pero en general, desde el punto de vista epidemiológico, las verrugas deben tratarse. El clásico empleo de toques con nitrato de plata en barra, puede conducir a la involución de un porcentaje apreciable de verrugas (69%), por lo cual en niños puede ser una medida con poca morbilidad y útil.

La droga de elección para las verrugas genitales es la podofilina al 20% en solución alcohólica o tintura de benjuí, o la podofilotoxina, al 0.5%, efectuando toques repetidos, aunque no es un procedimiento totalmente libre de riesgos; debe protegerse la piel sana con la aplicación de vaselina,



y el paciente debe lavarse la lesión tratada unas cuatro a seis horas más tarde. Los toques se repetirán a intervalos semanales. Está contraindicada en embarazadas.

cuando existe una lesión aislada de verruga vulgar, usualmente puede ser tratada por medio de la **electrofulguración y curetaje** con bastante éxito, aunque se requiere habilidad para no dejar cicatrices. La utilización de una preparación de **ácido salicílico y ácido láctico** al 13% en partes iguales en un vehículo de colodión elástico, aplicado varias semanas una vez por día, conduce a un alto porcentaje (60%) de curación de las verrugas. Este tipo de procedimiento es muy útil, aunque se requiere paciencia para el tratamiento de las lesiones de tipo mosaico o plantar. En estas últimas se pueden requerir concentraciones mucho más altas de ácido salicílico (hasta el 60%).

Otra modalidad útil es la congelación de las verrugas con nitrógeno líquido (crioterapia); sin embargo, es dolorosa, pero la forma como mejor funciona es aquella en la cual la congelación no se hace tan profunda como para producir una gran necrosis sino una irritación de las verrugas; si se realiza repetidamente, a intervalos de tres semanas, se consigue usualmente la curación.

La terapia con **láser de CO**, ha sido aplicada con éxito en muchos casos de verrugas. Debe recordarse que es posible para el médico adquirir los virus de la verruga a partir de los humos provocados por el procedimiento de

volatilización de la verruga con esta técnica. El láser de colorante (585 nm) ha sido empleado para lesiones planas, comunes, palmo-plantares y periungueales con efectos buenos, especialmente las planas.

No es recomendable el empleo de medidas quirúrgicas (extirpación de la verruga con sutura) o la aplicación de radioterapia a este tipo de tumores benignos por los futuros problemas que puedan surgir.

Por otra parte, se hace necesario estudiar

4.1.5 EL MOLUSCO CONTAGIOSO:

4.1.5.1 Definición

Molusco, del latín *mollis*: suave. El molusco contatagioso es una enfermedad caracterizada por pápulas firmes, diseminadas, causadas por virus; es contagioso y autoinoculable.

4.1.5.2 Etiología y Patogénesis

Producida por virus pox, del tipo DNA, de los cuales existen reconocidos por lo menos 4 tipos que se denominan actualmente como VMC 1, encontrados en el 69% de los casos; el VMC 2, en ; 14%; el VMC 3, visto en un 25% y el VMC 4, en el 2% visto en algunos estudios en el Japón, que además mostró que casi todos los niños y las mujeres adultas eran

infectados con los tipos 1 ó 3. (Según análisis con enzimas de restricción de í-te patrones del DNA viral), aunque en otros j «(ludios se habla de 3 variedades a, b, c encantándose que los casos infantiles se producen por | te variedades a y b pero en un paciente inmunosuprimido se encontró la variedad c. Estos virus son esféricos, elipsoidales o como pequeños ladrillos y en su superficie poseen múltiples pequeñas proyecciones y una o dos sustancias acordonadas largas que parecen estar unidas entre sí y que en los virus maduros se ausentan o (oto quedan vestigios. Estas sustancias se conectan con el núcleo viral.

Los virus se replican en el citoplasma de los queratinocitos y para provocar las lesiones se requiérela inoculación en las célu las epidérm icas vivas de un receptor no inmune y no han podido ser cultivados; se postula la existencia de un polipéptido derivado del epitelio que sea una especie de factor de crecimiento necesario. Se piensa que la inoculación se logra a través de arañazos, picaduras de insectos o pequeñas fisuras que pueden pasar inadvertidas (los cortes al afeitarse son fuente de autoinoculación). El contacto debe W estrecho (no es raro ver miniepidemias, mediante las relaciones sexuales, roces cuerpo a cuerpo en juegos atléticos, piscinas, gimnasios o colegios). Muchos pacientes pueden, sin embargo, desconocer la fuente de infección. Aunque se ha sugerido la transmisión vía fomites, esto no parece ser de importancia. No obstante, es difícil lograr en forma consistente su inoculación en voluntarios, ya que parece haber factores Inmunológicos en juego que lo impiden.

Se han demostrado anticuerpos circulantes, pero con papeles poco claros. Existe una prueba de ELISA para medir la IgG contra los virus del *Molluscum contagiosum*, específica y sensible para cada uno de los tipos, de valor investigativo mas no clínico especial.

Inicialmente hay una falta completa de células inmunocompetentes en las lesiones virales y una pérdida de la reactividad a la microglobulina B2 en los cuerpos del molusco, con una activación del factor de crecimiento epidérmico y de la expresión del antígeno CD36 en dichos cuerpos. En la epidermis hay una moderada infiltración de linfocitos T activados y de monocitos y se incrementa la densidad de las células de Langerhans.

Las lesiones a veces se inflaman e involucionan espontáneamente, suceso muy probablemente iniciado por una respuesta celular inmune que siempre requiere la ruptura del tejido epidérmico para exponer los cuerpos del molusco a los fluidos dérmicos. *In Vitro* se puede demostrar una quimiotaxis a los neutrófilos y activación del complemento así como hay concentraciones altas de interleuquinas proinflamatorias (IL-8) en los cuerpos del molusco.

4.1.5.3 Epidemiología

Es común en los niños y adolescentes y también es considerada como una enfermedad venérea. En personas de edad madura es menos común. La aparición de múltiples lesiones, especialmente en cara y cuello en un

adulto, debe alertar sobre la posibilidad de la existencia de una infección subyacente por VIH, aunque también pueden verse en otros estados de inmunodeficiencia, incluyendo sarcoidosis, timomas, leucemia linfocítica y terapias con corticoides o metotrexate. En los adultos con lesiones genitales debe investigarse la posible presencia de otras enfermedades de transmisión sexual.

4.1.5.4 Cuadro Clínico

El aspecto clínico es muy uniforme: pápulas del color de la piel o ligeramente más claras y brillantes, con el centro de la cúpula deprimido. Las lesiones mayores presentan un "cráter" lleno de un material queratínico. El tamaño oscila entre el de una cabeza de alfiler y varios milímetros de diámetro. La expresión de la lesión permite la salida de un material firme y blanquecino. Este, al examen microscópico directo o teñido con solución de Lugol, con tinciones de Gram, Giemsa, Wright o Papanicolaou, muestra los típicos cuerpos de inclusión, los cuales son colonias virales dentro de los queratinocitos.

Las pápulas pueden ser una, varias o incontables, pero lo habitual es que sean numerosas. Un área de predilección es la genital (Lámina 56-3).

El diagnóstico habitualmente es obvio. Sin embargo, las lesiones de pequeño tamaño o únicas en ocasiones pueden imitar a las verrugas vulgares, epitelomas basocelulares, queratoacantomas, síringomas,

condilomas acuminados o liquen plano. En individuos con SIDA se presentan lesiones de criptococosis o histoplasmosis, que pueden ser indiferenciables al examen a ojo desnudo. En los casos de duda, la histopatológica no permite confusiones.

4.1.5.5 Patología

Es una enfermedad primordialmente epidérmica; las células epiteliales se multiplican hacia la dermis, formando lóbulos epidérmicos que conforman bolsas cuyo contenido son acumules de virus que configuran unas masas hialinas eosinofílicas esféricas, que reciben el nombre de **cuerpos de Henderson-Patterson**. La capa basal está indemne. Las inclusiones intracitoplasmáticas virales eosinófilas son características, dando un aspecto patológico patognomónico. En algunos casos asociados con SIDA pero no en inmuno-competentes, se han encontrado las partículas virales del molusco a distancia de 0.5 a 1 cm de lesiones, en piel aparentemente normal. Las lesiones en regresión muestran una reacción inflamatoria linfocítica.



4.1.5.6 Tratamiento

Las lesiones configuran esencialmente un problema cosmético, aunque se ha visto que las localizadas en párpados y conjuntivas pueden ocasionar una conjuntivitis crónica; también ocasionalmente hay infección secundaria o inflamación espontánea. Además, pueden existir cuadros dermatíticos en el territorio de las lesiones, los cuales aún se discute si son evocados por el

molusco se, mediante una reacción de hipersensibilidad retardada a los antígenos virales presentes en la dermis, o si se trata de individuos atípicos reaccionando al rascado.

En las infecciones bacterianas están

4.1.6 LOS FORÚNCULOS:

Los forúnculos son lesiones de localización ordinariamente perifolicular, producidas por el estafilococo coagulasa positivo. Presentan necrosis, supuración y trabeculación en el área inflamada. Se desarrollan particularmente en aquellas personas portadoras del germen en la nariz y pliegues cutáneos.

Algunos factores predisponentes son la desnutrición, el alcoholismo, la diabetes, la anemia o leucopenia e hipogamaglobulinemia. Otras enfermedades debilitantes también predisponen a la forunculosis.

Las lesiones se inician habitualmente en los folículos pilosos, donde forman pequeñas pústulas con una base eritematosa que en pocos días comprometen el tejido celular subcutáneo, hasta producir un centro necrótico que drena un pus amarillo y adherente; son muy dolorosas y una vez evacuadas involucionan en varios días. Los sitios habituales de compromiso son el cuello, cara, regiones glúteas, muslos, periné y axilas, aunque realmente aparecen en cualquier área. Los forúnculos pequeños ordinariamente involucionan con o sin drenaje del pus; sin embargo, la

evacuación quirúrgica constituye la principal medida terapéutica, aliviando e) dolor en forma casi inmediata e induciendo la rápida solución de las lesiones (Lámina 37-1).

Los **carbúnculos** son agrupaciones de forúnculos interconectados entre sí y con diferentes orificios de apertura hacia el exterior. Generalmente constituyen un cuadro más severo y más difícil de manejar (Lámina 37-2).

Algunos pacientes pueden presentar complicaciones debido a la extensión de los forúnculos a los tejidos subyacentes, o bacteriemia con diseminación a otros órganos y aun septicemia.

Para el tratamiento, además de las **medidas quirúrgicas**, se recomienda la administración de antibióticos por vía sistémica. Cuando el germen es resistente a la penicilina, deben suministrarse antibióticos resistentes a la penicilinasas, como la **dicloxacilina**, la **cloxacilina**, **flucloxacilina**, **nafcilina** o **cefalosporinas**, durante 15 días aproximadamente; algunos casos requieren tratamiento continuado durante varias semanas para evitar las recurrencias. Nuevos antibióticos, como la combinación de **piperacilina-azobactam** han demostrado muy alta eficacia en infecciones por estafilococo y otros gérmenes propios de las infecciones cutáneas severas, especialmente en pacientes hospitalizados.

En vista de que el cuadro tiene tendencia a ser crónico y recurrente, debe procurarse eliminar los focos de reinfección, los cuales habitualmente se

encuentran en las fosas nasales, pliegues cutáneos como las axilas, regiones inguinales o interglúteas, etc., por medio de la aplicación de potentes antisépticos como la yodopovidona o antibióticos como la neomicina, bacitracina y potimixina en las fosas nasales. La clorhexidina, antiséptico tópico, puede eliminar bacterias en alta proporción de la superficie de la piel.

El empleo de gamaglobulina en pacientes con hipogamaglobulinemia puede contribuir a la mejoría del cuadro cutáneo.

En aquellos casos en los cuales la terapia antibiótica repetida ha fallado, puede tener valor la vacunación con un antígeno preparado con el mismo estafilococo que alberga el paciente. Sin embargo, algunos autores niegan cualquier utilidad a este tipo de autovacuna. Son indispensables las medidas generales para evitar el contagio por medio del contacto directo con otras personas o indirecto a través de toallas y diversos implementos caseros que puedan estar infectados.

4.1.7 HIDRADENITIS SUPURATIVA

Infeción supurativa crónica de las glándulas apocrinas en regiones axilar, perianal y genital.

Aunque su causa no es totalmente conocida, ha sido posible establecer la existencia de un bloqueo en el drenaje de las glándulas apocrinas, con una

infección secundaria por *Estafilococo aureus*, aunque también pueden existir bacilos Gram negativos.

Las lesiones ordinariamente son semejantes a los forúnculos, dolorosas, fluctuantes e interconectadas entre sí por fistulas cutáneas. Los episodios pueden ser múltiples o puede instaurarse una fase crónica con drenaje permanente al exterior.

El cuadro se inicia después de la pubertad y puede comprometer totalmente las áreas anatómicas antes descritas.

A pesar de que las lesiones mejoran durante el tratamiento específico con antibióticos, se requiere el drenaje quirúrgico o la extirpación total de las lesiones quísticas y cavidades subcutáneas, para eliminar completamente los tejidos enfermos.

4.1.8 LA BRAZA Y ECTIMA (GRANOS):

Entidad semejante al impétigo al que en su fase inicial se asemeja notablemente, pero continúa su proceso hasta penetrar en la dermis y producir una úlcera superficial o a veces profunda. Aunque los *estreptococos* por hemolíticos del grupo A a menudo son el origen de esta afección, otras bacterias como las *pseudomonas* pueden causar un cuadro similar.

Las lesiones se presentan con mayor frecuencia en los miembros inferiores, y resultan de pequeños traumas o picaduras por insectos que sufren una infección secundaria, progresan en profundidad y desarrollan una costra gruesa, adherente, firme, con bordes netos de tipo sacabocado, de lenta evolución, que sólo permite la curación en varias semanas. La secuela ordinaria es una cicatriz ligeramente deprimida. Las lesiones múltiples usualmente son debidas a la autoinoculación y el tratamiento con penicilina conduce a una rápida curación.

4.1.9 LAS MICOSIS, COMO LA TIÑA:

Las micosis superficiales constituyen un capítulo importante dentro de la patología cutánea. Si bien se manifiestan en forma proteica y son relativamente frecuentes, se ha exagerado su diagnóstico por parte del médico general y es costumbre calificar y tratar diferentes dermatosis en forma errónea con todo tipo de preparaciones antimicóticos y terapia sistémica, con las consiguientes fallas terapéuticas y complicaciones de diversa índole. A esto contribuye la automedicación del paciente, quien con mayor frecuencia que el médico considera cualquier enfermedad cutánea como una infección micótica.

4.1.9.1 Clasificación

Los hongos se clasifican de acuerdo con varios parámetros: características morfológicas de las colonias, métodos de reproducción sexual y al definir

una determinada especie, la morfología microscópica de las esporas y estructuras especializadas, requerimientos nutricionales, reacciones bioquímicas y producción de pigmento.

Con estas bases se han identificado cuatro clases de hongos:

1. Zigomicetos
2. Ascomicetos
3. Basidiomicetos
4. Deuteromicetos (hongos imperfectos)

Este último grupo ha sido establecido para encasillar aquellos hongos en los cuales no se ha observado completamente su estado sexual. La mayoría de los hongos patógenos en el hombre corresponden a esta clase.

4.1.9.2 Etiología y Patogénesis

Bajo condiciones normales, los dermatofitos son eliminados de la piel por una reacción de tipo inmune celular; la reacción inflamatoria que ocasionan estimula la proliferación de queratinocitos, los cuales ayudan a expulsar el hongo de la superficie de la piel cuando las células epidérmicas sufren el proceso final de descamación; también se activa el complemento inhibiendo el crecimiento del microorganismo, efecto que muy posiblemente es incrementado por la acción de los polimorfonucleares.

Se ha visto que el polisacárido manan, conjuntamente con una toxina lipofílica. presentes en las paredes del *T. rubrum*, pueden inhibir la inmunidad mediada por células y la proliferación de queratinocitos, interfiriendo con uno de los mecanismos de defensa más importantes que tiene la piel contra esta infección fúngica, y permitiendo que la infección progrese en forma crónica y a veces progresiva.

4.1.9.3 DERMATOFITOSIS

Los dermatofitos comprenden tres géneros de hongos, los cuales a su vez se dividen en múltiples especies:

- **Microsporum:** este género agrupa 10 especies diferentes cuyas macroconidias -estructuras importantes para su identificación- tienen forma de huso, paredes gruesas y de cinco a doce o más septos en su interior; la pared exterior presenta pequeñas prominencias o microtubérculos.
- **Tricofiton:** comprende 17 especies, en las cuales las macroconidias muestran paredes delgadas, también en forma de huso, pero con extremos ligeramente redondeados –
- especialmente uno de ellos- de cuatro a cinco septos en el interior.
- **Epidermotiton:** cuyas macroconidias tienen forma de pera o son ovaladas, ensanchadas y redondeadas en su extremidad

distal y con un máximo de cuatro septos en el interior. La especie única en este grupo es el *E. floccosum*

Todas las especies producen también pequeñas estructuras vegetativas, diferentes para cada una de ellas, que pueden ser en forma de hifas espirales, raquetas, órganos nodulares, etc., y que ayudan a su clasificación. La mayoría forma micro-conidias unicelulares redondeadas

Aunque los dermatofitos producen cambios inflamatorios, a causa de que sus metabolitos alcanzan la dermis, los hongos únicamente crecen y se reproducen en la capa córnea,

4.1.9.4 Epidemiología



Desde el punto de vista epidemiológico, es importante recalcar que las micosis cutáneas tienen una distribución mundial, aunque su prevalencia es favorecida por factores tales como los climas cálidos y húmedos. Aunque no existe una diferencia muy clara de tipo racial, parece ser que la raza negra presenta menos susceptibilidad a las infecciones por dermatofitos que la caucásica. De igual manera, existen diferencias por grupos de edad cuyo ejemplo más claro es el de la tina capitis, la cual no se manifiesta después de la pubertad, posiblemente por el efecto inhibitorio del *Pitiro-porum ovale*, cuya presencia en la edad post-puberal probablemente aumenta la resistencia a esta micosis.

No existe evidencia de que el paciente diabético sea más susceptible a los dermatofitos, aunque la candidiasis *si se* presenta con mayor facilidad.

En cuanto a los dermatofitos se refiere, su habitat ha permitido clasificarlos en especies **geofísicas** (residentes en los suelos), **zootílicr** (originadas en animales) y **antropofílicas** (restringidas a la especie humana). De acuerdo con esta característica de habitat, las infecciones cutáneas por hongos se presentarán cuando exista la oportunidad del contacto con el microorganismo invasor; es así como *latina pedis* es fácilmente contraída en suelos contaminados (piscinas, baños); la *tina corporis* es transmitida por animales y tiene tendencia a ocasionar reacciones altamente inflamatorias, y las micosis antropofílicas se desarrollan por el contacto directo entre niños infectados con *tina capitis*, cuyas lesiones son generalmente poco inflamatorias.

4.1.9.5 Cuadro Clínico

Las dermatofitosis comprenden el mayor número de micosis superficiales conformando las tiñas cutáneas, y cada una de ellas presenta un cuadro clínico bien definido.

➤ Tiña capitis

Existen dos variedades: **Tina capitis no inflamatoria**: consiste en are de alopecia, redondeadas, de varios centímetro de diámetro, generalmente una o pocas en número, en las cuales se pueden

apreciar pequeños cabellos fragmentados a pocos milímetros de superficie del cuero cabelludo.

Cuando los hongos comprometen la superficie externa del pelo (ectótrix), el cabello fragmentado toma esta configuración; cuando afectan internamente el tallo piloso (endótrix), la tendencia a fragmentarse ocurre a nivel de la superficie cutánea. Es notoria la presencia de descamación sobre el área afectada, hasta el punto de que cuando no existen escamas, puede descartarse la presencia de una tina capitis. Esta afectada aparece antes de la pubertad y prácticamente nunca después de ella, lo cual es un dato de suma importancia en el diagnóstico de las micosis del cuero cabelludo.

- **Tiña capitis inflamatoria:** Originada por el contacto con hongos de origen animal o proveniente de los suelos. Se desarrolla una lesión altamente inflamatoria, que en pocos días se ulcera y muestra un exudado seropurulento. La evolución es variable, puede alcanzar tamaños alarmantes y su secuela, cuando no se efectúa un tratamiento rápido, es la alopecia cicatrizal. Este cuadro recibe el nombre de *querían* (descrito por Celso). Las lesiones son granulomatosas, tumefactas, infiltradas y dolorosas; aparecen en pocos días y puede infectarse secundariamente.

Con el tratamiento adecuado responden rápidamente, pero la precocidad en la terapia es indispensable para evitar las secuelas

irreversibles. Los microorganismos causales son generalmente diversas especies de *Tricofiton Microsporum*

- **Tiña corporis:** Incluye todas las infecciones micóticas superficiales que afectan áreas diferentes del cuero cabelludo, barba, manos, pies y regiones inguinales.

Es causada por cualquiera de los genera *Microsporum*, *Tricofiton* o *Epidermofiton*. Los más comunes son: *M. canis*, *T. mentagrofites* y *T. rubrum*.

Las lesiones se inician con una pápula que progresa paulatinamente en forma centrifuga formando un anillo, cuyo borde es generalmente inflamatorio, elevado y recubierto por descamación fina (borde activo). A medida que el anillo progresa, su centro se aclara y puede aparecer otra lesión similar o tomar un aspecto chichinado (Lámina 29-2). Las lesiones son pruriginosas, evolucionan en varias semanas y alcanzan varios cm de diámetro, pudiendo curar espontáneamente o pasar a una fase crónica.

- **Tiña pedis y manuum**

a) **Tiña pedis vesiculosa:** se presenta en forma de brotes episódicos con pequeñas vesículas de uno a cinco milímetros de diámetro, preferentemente localizadas en el arco plantar pero que también pueden comprometer otras zonas de la planta y regiones laterales

del pie. Estas lesiones son pruriginosas y ocasionan gran malestar al paciente, quien puede sufrir también infecciones secundarias por cocos piógenos.

- b) **Tiña pedis descamativa:** ocasionada principalmente por el *Epidermofiton floccosum* y el *Tricofiton rubrum*; se presenta en forma de descamación crónica en uno o ambos pies con compromiso interdigital, pero rara vez llega a producir hiperqueratosis como ocurre en el eczema plantar. Las lesiones pueden ser asintomáticas o pruriginosas y en general permanecen en forma indefinida sin tratamiento adecuado.
- c) **Tiña manuum:** producida por el *Tricofiton rubrum*; se manifiesta como una descamación generalmente asintomática y de predominio unilateral, aunque puede comprometer ambas manos. Este cuadro es raro y en caso de descamación palmar debe pensarse primordialmente en un eczema crónico, antes que en una micosis cutánea. Ocasionalmente se presentan casos de tina manuum vesiculosa causada por dermatofitos, que simulan las dermatofitides de la tina pedis o el eczema dishidrótico en fase aguda.
- d) **Tiña cruris:** Producida por las especies *Epidermofiton floccosum*, *T. Rubrum* y *T. mentagrophytes*. Compromete la cara medial y la parte superior de los muslos pero sin afectar en todos los casos el arco inguinal, como tampoco el escroto o el cuerpo del pene cosa que sucede sólo excepcionalmente. Las lesiones son

eritematoescamosas y con su característica borde elevado, eritematoso y descamativo. El prurito es constante y muy molesto.

- **Tiña barbae:** Enfermedad poco frecuente y originada por cualquiera de las tres especies mencionadas. Las lesiones generalmente son inflamatorias y ocasionan pápulas foliculares y pústulas. En toma ocasional se originan granulosos crónicos por tollas en el diagnóstico y por tratamiento equivocado.
- **Tiña unguium (onicomicosis):** Causada ordinariamente por diversas especies de *Tricofiton* y el *Epidermofiton floccosum*; el más común es el *Tricofiton rubrum*. El cuadro clínico suele manifestarse con destrucción de la placa ungueal, que comienza por un despegamiento de la misma y la acumulación de un material amarillo y pulverulento debido al crecimiento del hongo, que gradualmente produce lisis de la uña. Generalmente compromete varias uñas, pero es excepcional que afecte la totalidad de ellas. En otras ocasiones el hongo crece sobre la superficie de la placa ungueal, dando origen a la tina *unguium* superficial, en la cual solamente se aprecia una descamación blanquecina.

4.1.9.6 Diagnóstico

El diagnóstico de las dermatofitosis se basa en el cuadro clínico y en el examen microscópico del material de las escamas, pelo o detritus

subungueales. Un buen número de las micosis cutáneas superficiales pueden ser diagnosticadas por un simple examen directo, pero el diagnóstico exacto de la especie sólo es posible mediante el cultivo.

4.1.9.7 Examen directo

Es una de las ayudas diagnósticas más valiosas en el campo de la dermatología y permite el diagnóstico inmediato de las micosis superficiales. Para ello se raspan algunas escamas, preferentemente del borde de la lesión cutánea (donde el hongo generalmente es más abundante), y se colocan sobre una lámina portaobjetos; se agregan una o dos gotas de solución de hidróxido de potasio al 10% y después de calentar la preparación por unos pocos segundos con un mechero, el hidróxido de potasio disuelve el material queratínico, pero las hifas resisten esta digestión. Al enfriarse la lámina se le coloca un cubreobjetos y se examina al microscopio.

Cultivo: El medio de cultivo más clásico para identificar los dermatofitos es el de Sabouraud, al cual se le añade cloranfenicol para inhibir el crecimiento bacteriano y cicloheximida para frenar el desarrollo de los hongos no patógenos. Este medio contiene glucosa y peptona como nutrientes básicos para los hongos. También puede utilizarse un extracto de malta.

El material para cultivo debe obtenerse a partir de las escamas del área afectada, en particular del borde de la lesión, zona que contiene la mayor cantidad de microorganismos viables.

El DTM (Dermatophyte-Test-Medium) es un medio de cultivo al cual se ha agregado un colorante amarillo que vira a rojo en presencia de los metabolitos de los dermatofitos. Sin embargo, no es absolutamente específico, puesto que otros hongos también cambian el color del medio.

Un alto índice de sospecha en presencia de los cuadros anteriormente mencionados es fundamental para lograr el diagnóstico de las micosis; la evidencia de un borde inflamatorio, elevado, con escamas finas, es altamente sugestivo y el examen directo es mandatorio.

4.1.9.8 Tratamiento

En las lesiones relativamente pequeñas de las dermatofitosis se puede efectuar un tratamiento tópico con base en derivados imidazólicos, tales como clotrimazol, miconazol, econazol, socio. nazol, bifonazol, tioconazol, ketoconazo ciclo-pirox-olamina en crema o lociones. Sin embargo, en aquellas tinas con extenso compromiso, o en las que se afecta el cuero cabelludo) las uñas, es imperativo el uso de antimicótico; sistémicos como la griseofulvina en dosis de *SU* a 1.000 mg diarios en adultos o 10-20 mg/kgA peso en niños durante 20 ó 30 días, para controlar la infección cutánea. En general las lesiones responden favorablemente a esta terapia, pero ocasionalmente hay cepas resistentes que obligan y utilizar otros medicamentos.

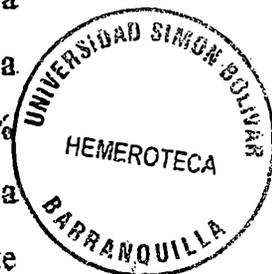
El **ketoconazol** por vía oral es una alternativa terapéutica para tener en cuenta en caso de intolerancia a la **griseofulvina** y su efectividad es similar a esta medicación. No obstante, es importante el control de las pruebas hepáticas, particularmente cuando la terapia se prolonga por más de dos o tres semanas. Se administra en dosis de 200 mg/día.

Recientemente se ha empleado el **itraconazol** antifúngico sistémico, triazólico, cuya actividad fungistática tiene un amplio espectro sobre micosis superficiales y profundas. Sus ventajas sobre el **ketoconazol** parecen centrarse sobre menor toxicidad hepática; su dosis es de 100 mg/día;

Otros antifúngicos con características fungicidas son la **terbinafina** local y sistémica con dosis de 250 mg/día, y **amorolfina** para uso tópico exclusivo, cuya eficacia es muy similar.

En cuanto a las uñas se refiere, estos medicamentos se pueden suministrar de la siguiente manera:

Itraconazol: 400 mg/día por 1 semana al mes durante 3 meses;
terbinafina: 250 mg/día durante 3 meses; **amorolfina** en laca tópica para uñas, 1 vez por semana durante varios meses; **tioconazol** al 28% tópico cada día durante varios meses **bifonazol** al 1% con base de urea al 40% oclusivo cada día durante 1 a 2 semanas hasta lograrla lisis de la placa ungueal, y posteriormente se aplica terapia tópica convencional; finalmente **fluconazol** 150 mg cada semana durante varias semanas.



Además de los efectos secundarios de carácter transitorio que ocasionan algunos de los medicamentos de uso sistémico, tales como erupciones cutáneas, náuseas o vómito, cefalea, prurito y otros, en raras oportunidades también ocasionan algunos efectos de importancia como eritema multiforme, leucopenia o pancitopenia y alteración de las pruebas hepáticas, motivo por el cual estos pacientes deben ser vigilados mediante exámenes de laboratorio y seguimiento constante si están bajo terapia sistémica por más de 2 semanas.

4.1.9.9 Pitiriasis Versicolor

Micosis ocasionada por la *Malassezia fúrfur* o *Pityrosporum ovale*, microorganismo que crece generalmente en las áreas del tronco, pero que puede afectar las extremidades superiores y menos frecuentemente los muslos y las piernas.

Las lesiones consisten en pequeñas máculas de diversos colores (hipopigmentadas, parduscas, eritematosas), múltiples y numerosas, que crecen paulatinamente y coalescen afectando extensas áreas de la superficie cutánea. Característicamente, en las zonas expuestas su color es claro o hipopigmentado y en las zonas cubiertas toma un aspecto pardusco o eritematoso. Al rascarlas o extender la piel con los dedos se hace evidente una fina descamación, hallazgo que facilita el diagnóstico.



El borde de las lesiones es neto y el hongo se encuentra fácilmente por medio del examen directo, en el cual se aprecian hifas cortas y múltiples esporas.

El cuadro es asintomático, aunque en ocasiones produce moderado prurito.

El curso de esta micosis es crónico, con tendencia a las recidivas en forma indefinida, presumiblemente por un defecto inmunológico específico que facilita el desarrollo de la infección.

Después de varios días de tratamiento, la fina descamación desaparece, pero persiste la lesión hipopigmentada, hecho que debe advertírsele al paciente, ya que él tiende a interpretar esa persistencia como una falla terapéutica y suspende la medicación prescrita. Estas lesiones hipopigmentadas desaparecerán en el curso de dos a tres meses y con la exposición gradual al sol. Para el tratamiento puede utilizarse el hiposulfito de sodio al 20%, aplicado durante todas las noches por un período de dos o tres meses.

También pueden emplearse los derivados imidazólicos por vía tópica, dos o tres veces por semana durante uno o dos meses. El sulfuro de selenio al 2% aplicado en toda la superficie afectada, una o dos veces por semana, también controla esta micosis cutánea. En su defecto pueden prescribirse tópicamente el ácido salicílico al 2% ó 3% en alcohol o el propilenglicol y agua a partes iguales. Por vía sistémica se pueden formular el itraconazol

y el fluconazol por períodos cortos de pocos días con mayores dosis, que pueden repetirse mensualmente si es necesario.

4.1.10 TIÑA NEGRA PALMO-PLANTAR

Ocasionada por el hongo *Exophiala wemekii*. Supuestamente de predominio en áreas tropicales y subtropicales, pero descrita con mayor frecuencia en otras latitudes.

Las lesiones se caracterizan por la aparición de máculas hiperpigmentadas, pequeñas, de localización palmar o plantar exclusivamente, de crecimiento lento durante varios meses y alcanzan un tamaño de dos a tres centímetros u ocasionalmente mayor.

El tratamiento se realiza por medio de queratolíticos como el ácido salicílico, o por la simple remoción del microorganismo por medio de cinta adhesiva transparente reaplicada en múltiples ocasiones.

4.1.10.1 PIEDRA NEGRA

También denominada tina nodosa, consiste en la infestación del pelo con el hongo *Piedraia hortai*, el cual ocasiona pequeños micronódulos en forma de rosario, que corresponden a las colonias del hongos en su crecimiento alrededor del pelo. Producen el pie de atleta y la dermatofitosis.

4.1.11 EL ECZEMA:

Eczematides

Sinonimia: Eczema menor; Dermatitis pitiriasiforme y psoriasiforme de los autores anglosajones.

4.1.11.1 Definición

Erupción eritematoescamosa resultante de un paraqueratósica. según el grado de ésta, se han descrito eczematides pitiriasiformes y eczematides psoriasiformes.

4.1.11.2 Etiología y Patogénesis

La causa es desconocida. Para algunos autores son manifestaciones de la dermatitis seborreica, la cual es una diátesis constitucional.

4.1.11.3 Cuadro Clínico

La eczematide pitiriasiforme se presenta habitualmente como placas bien delimitadas, pruriginosas la mayoría de las veces, localizadas especialmente en los miembros, como resultado de irritación crónica. Es muy frecuente en los niños y jóvenes, complicando una pitiriasis alba o una hipomelanosis residual, a consecuencia de la Irritación por tópicos (antimicóticos, jabonado frecuente, alcohol, etc.).



La **eczematide psoriasiforme** se observa en áreas de trauma tales como codos y rodillas, y muchas veces sólo con la biopsia es posible diferenciarla de la psoriasis.

4.1.11.4. Patología

En la **eczematide pitiriasiforme** se observa una mínima acantosis, focos de paraqueratosis y discreta espongirosis. En el corion se aprecia un infiltrado crónico inespecífico. En la **eczematide psoriasiforme** la acantosis es máxima, con alargamiento de las crestas interpapilares, espongirosis de sus vértices e hiperqueratosis con paraqueratosis. En la dermis se visualiza un infiltrado crónico, con capilares dilatados. Debe hacerse el diagnóstico diferencial con la psoriasis.

4.1.11.5. Tratamiento

En las **eczematides pitiriasiformes** bastan generalmente **simples medidas de protección**, evitando irritaciones o medicaciones impropiedades, y aplicando sustancias tales como **cremas suavizantes y emolientes**. En los casos de prurito intenso, se puede recurrir temporalmente al uso de **cremas con corticoesteroides de baja potencia**. En las **eczematides psoriasiformes** se justifica el uso de **corticoesteroides de alta potencia**, combinados con **alquitrán de hulla y/o ácido salicílico** para conseguir una reducción de las lesiones por queratolisis. Los **antihistamínicos** pueden tener utilidad.

Además, debe tenerse en cuenta el efecto deletéreo del roce y traumatismos de las áreas afectadas, factores que perpetúan la dermatosis.

4.1.12 ECZEMA NUMULAR (ECZEMA DISCOIDE)

4.1.12.1. Definición

Del latín *numularius*, en forma de monedas.

Dermatitis pábulo-vesiculosa con características clínicas especiales: formación de placas redondeadas u ovaladas que asientan inicialmente en áreas de irritación, intensamente pruriginosas y que posteriormente se agudizan y aumentan de tamaño diseminándose.

4.1.12.2. Etiología

Habitualmente estos pacientes están sujetos a sufrir crisis con agravamiento de la enfermedad, en la cual el estado emocional juega un papel muy evidente, combinado con otros, tales como infección e hipersensibilidad cutáneas (especialmente atópica) y sequedad de la piel. Muchos autores actualmente tienden a negar su existencia y la confusión se crea por incluir en él cuadros de eczemas del ama de casa o neurodermatitis.

4.1.12.3. Cuadro Clínico

Las lesiones muestran áreas centrales con menor remedando las tintas superficiales. El mayor o menor grado de vesiculización y exudación de-

pendará de la intensidad del rascado y de la utilización de sustancias irritantes o infección secundaria. El prurito suele ser severo, lo cual empeora el cuadro clínico por el continuo rascado.

Es frecuente en los miembros inferiores y cara externa de los superiores; se inicia generalmente con uno o dos elementos, que en el término de pocos días muestran tendencia a la generalización con la aparición de placas similares en otras áreas. La diseminación del eczema depende de varios

Factores tales como mayor o menor sensibilidad individual, infección secundaria, presencia de sustancias irritantes, trastornos emocionales y finalmente mayor o menor diátesis atópica.

Pasadas las fases aguda y subaguda, se presenta la de cronicidad, en la cual se aprecian elementos de liquenificación, generalmente acompañados por algunas vesículas o costras.

4.1.12.4. Patología

Es la de un eczema corriente en sus fases aguda, subaguda o crónica.

4.1.12.5 Tratamiento

Su manejo incluye las medidas generales para el eczema común, teniendo en cuenta las condiciones emocionales del paciente; a veces, en los casos

severos, la única manera de mejorarlo es recurriendo a la hospitalización con **terapia psicológica de apoyo**. La piel de estos pacientes suele ser muy seca y en gran parte las medidas locales deben orientarse a conseguir la rehidratación cutánea

Para tales fines se utilizan **cremas hidratantes**, emolientes y suavizantes; también sustancias activas tales como el **alquitrán de hulla**, combinado con **corticoesteroides tópicos**, que en ocasiones es necesario utilizarlos por vía sistémica. La **infiltración intralesional con triamcinolona** es muy útil en las lesiones refractarias a otras terapias.

4.1.13 ESCEMA BACTERIANO O INFECCIOSO

Es un proceso eczematoso particular, en el cual teóricamente algunos factores infecciosos juegan un papel definitivo en su génesis.

4.1.13.1 Etiología y patogénesis

Permanecen unidas en la oscuridad y de allí las variadas teorías que tratan de explicarlas. Se ha postulado que factores locales de dermatitis crónica crean la base para que fracciones de gérmenes infecciosos, uniéndose a elementos proteicos precursores de la queratina, en el epitelio dañado, condicionen la aparición de antígenos; estos últimos evocarían la formación de anticuerpos citotóxicos dirigidos específicamente contra la epidermis,

creándose la posibilidad de una reacción antígeno-anticuerpo a distancia del foco original.

Es posible que la reacción eczematoide original pueda ser anulada, atacando los gérmenes involucrados, pero sólo en las primeras etapas, puesto que al desencadenarse la reacción a distancia, las posibilidades de eliminarla combatiendo los gérmenes son muy poco probables.

4.1.13.2 Cuadro clínico

Esta modalidad de eczema suele presentarse complicando a la dermatitis por estasis, dermatitis de los conductos auditivos, dermatitis interdigital, etc. Después de un período durante el cual sólo se aprecia el eczema original, hacen su aparición de una manera brusca y a veces severa, lesiones eczematoideas extensas que comprometen la cara, el cuello y los miembros, pudiendo generalizarse hasta llegar a una eritrodermia de mayores proporciones. Lo habitual es que estos pacientes, después de un brote, permanezcan libres de lesiones por semanas o meses para luego hacer nuevas erupciones, repitiéndose el ciclo con intervalos cada vez más cortos.

La del eczema común.



4.1.13.3 Tratamiento

- Medidas locales según la etapa evolutiva de la dermatosis (ver capítulo 20).
- Antibióticos específicos, según el germen causal.
- Corticoesteroides tópicos o sistémicos según el caso.
- Antihistamínicos por vía oral.

4.1.14 ECZEMA CRÓNICO PALMO-PLANTAR

Este rubro lo constituye un grupo heterogéneo de pacientes con diversas formas de dermatitis crónica de las manos y pies, cuyas causas son múltiples y su manejo difícil y prolongado.

4.1.14.1 Etiología

Puede ser variada: dermatitis por contacto, dermatitis por irritantes primarios, micosis superficiales, asociada con dermatitis atópica y finalmente idiopática.

Debe hacerse un diagnóstico diferencial, especialmente con la psoriasis palmo-plantar.

4.1.14.2 Cuadro Clínico

En las manos se inicia como un eczema de contacto que progresivamente se torna hiperqueratósico, el cual, por la misma deshidratación agravada



por los oficios cotidianos, origina **fisuras dolorosas**, en especial en las áreas más hiperqueratósicas. Es obvio que la ocupación del enfermo guarda una relación directa con la causa y perpetuación del eczema, bien sea por factores relacionados con todo tipo de irritantes primarios o por alergias de contacto; entre estas últimas tienen especial importancia la hipersensibilidad a cromatos, níquel, cobalto, timerosal, parafenilendiamina, colofonia, látex (presente en los guantes), y muchas otras sustancias alergénicas que están asociadas con diferentes oficios y profesiones. En los pies el cuadro es similar, aunque se manifiesta con especial severidad en sus bordes y en los talones (eczema marginal de pies y talones), donde las fisuras suelen ser más profundas y dolorosas, presentándose con mayor gravedad en las personas que tienen exceso de peso. El continuo rascado puede empeorar el cuadro, convirtiéndolo en un eczema **liquenificado**, con un espesor marcado de la capa córnea.

4.1.14.3 Tratamiento

- Conseguir una adecuada **queratolisis** de la gruesa capa córnea cuando el caso lo requiera
- Reposo suficiente para permitir que las fisuras desaparezcan.
- Ungüentos **corticoesteroides** y **nitrate de plata al 20%** en pinceladas para el fondo de las fisuras, medidas con las cuales el dolor suele desaparecer. Para el prurito, son útiles los **antihistamínicos**.
- También ha sido efectiva la **PUVA terapia** en aquellos pacientes que presentan cuadros refractarios de eczema palmo-plantar, con

tres sesiones iniciales por semana hasta mejorar y una sesión de mantenimiento semanal, o la UVB, inclusive con unidades de terapia de uso casero. Es importante buscar la causa hasta donde sea posible, aunque la mayoría de estos casos terminan catalogados como idiopáticos.

El sarpullido por calor es un exantema irritante producido por un bloqueo de las glándulas sudoríparas.

La piel es vulnerable a muchas heridas pequeñas, como cortes y mordiscos, así como a heridas más graves. Puede que las quemaduras sean las más graves de todas las lesiones de la piel produciendo cicatrices extensas, infecciones bacterianas o la muerte.

4.1.15 ESCABIOSIS

Enfermedad parasitaria polimorfa, causada por el *Sarcoptes scabiei*, variedad *hominis*, en la cual el prurito es una de las manifestaciones más prominentes.

4.1.15.1. Etiología y Patogénesis

El *Sarcoptes scabiei* es un artrópodo arácnido que mide aproximadamente 0.35 mm el macho y 0.45 mm la hembra ovígera.

El *S. scabiei* taladra la capa córnea por un proceso de excavación y masticamiento, pero no se limita a dicho estrato sino que, como verdadero parásito, vive a expensas de las células epidérmicas más profundas, aún no



diferenciadas, cuyos restos han podido ser encontrados en el conducto digestivo del acaro. Por ello no ha sido posible el cultivo in vitro utilizando como substrato la queratina de las escamas humanas. Así mismo se explica por qué los exámenes directos positivos sólo se logran luego de un raspado profundo, que origine un material diferente del de la escama seca, salvo en los casos de sarna noruega en los que la invasión parasitaria es masiva.

Desde el punto de vista práctico, los escabicidas deben ser capaces de cruzar la barrera epidérmica de queratina, lo cual puede producir también mayor posibilidad de irritación o de toxicidad por absorción.

No llega el parásito, sin embargo, a la dermis, pero sí se produce una reacción inflamatoria de parte del huésped; ésta se compone básicamente de linfocitos T y algunos macrófagos y linfocitos B. También se han reportado depósitos de C3 y de IgM a lo largo de la interfase dermo-epidérmica en una tercera parte de los casos estudiados. En el suero de los pacientes se ha encontrado un aumento de la IgG, IgM y especialmente IgE.

El parásito adulto penetra en la piel labrando túneles o galerías, en los cuales ocurre el acoplamiento; poco después de la fecundación se inicia el ciclo de postura de huevos de aproximadamente. cuatro días para dar lugar a una larva hexápoda que perfora la epidermis y se introduce en los folículos pilosos; en otros tres o cuatro días aparecen las larvas octápoda, y a las cuatro semanas las ninfas, que deben sufrir todavía una muda;

aparecen entonces los machos, pero las hembras sólo son aptas para la fecundación una semana después. Es en este momento cuando las hembras labran los túneles en la epidermis para dar iniciación a su período de postura. Las hembras sobreviven aproximadamente unos tres meses y los machos dos meses.

4.1.15.2 Epidemiología

Esta parasitosis es de distribución universal. Ocurre en forma endémica pero son frecuentes los brotes epidémicos, los cuales se presentan en forma cíclica por motivos aún no esclarecidos.

El contacto directo es la fuente principal de la infestación, aunque las ropas de cama o personales pueden también ocasionarla. La historia familiar de prurito intenso es de gran importancia diagnóstica. La promiscuidad aumenta la incidencia de esta dermatosis.

4.1.15.3 Cuadro Clínico

En la etapa de parásito adulto con capacidad de locomoción, los sarcoptes se diseminan por el tegumento, ubicándose en áreas bastante característica hipogastrio, ombligo, glúteos, cara interna y externado los muslos, muñecas, espacios interdigitales de las manos, glande, prepucio y escroto. Aproximadamente dos semanas después del contagio, se inicia una reacción alérgica causada por los componentes del parásito.

El prurito es insoportable y es casi patognomónico por ser mayor durante la noche; la presencia de vesículas aisladas que coronan pequeños trayectos lineales o en zigzag y las pústulas o impetiginización secundaria por el rascado, son los elementos característicos. En el hombre la localización frecuente en región genital sugiere contagio por transmisión sexual. La erupción vésico-pápulo-eczematosa en los niños, configura un prurigo agudo que si compromete especialmente los miembros, palmas y plantas, evocan inmediatamente la etiología escabiótica. Sin embargo, debe diferenciarse este cuadro de otras dermatosis vésico-ampollosas aéreas infantiles (Láminas 18-3, 18-4).

Como asociaciones importantes se encuentran: las infecciones secundarias por *Estafilococo áureos*, *Estreptococo del grupo A* y *Seudomona aeruginosa*; en el niño, reviste importancia por las afecciones renales ocasionadas por la infección estreptocócica; en el adulto, puede estar asociada con enfermedades transmitidas sexualmente, especialmente la sífilis "a la cual enmascara completamente".

4.1.15.4 Tratamiento:

Debe ser dirigido:

- A desparasitar el paciente.
- También a los convivientes con o sin síntomas, ya que el prurito sólo aparece dos o tres semanas después del contagio y persiste después de la curación por otras dos semanas, aproximadamente.



- **Medidas de higiene** con respecto a las ropas del lecho y del paciente, las cuales deben cambiarse por lo menos mientras dure el tratamiento y plancharse en caliente. Como medida adicional es útil la fumigación del colchón y la casa, si es posible.
- **Evitar el contagio** proveniente de otras personas que frecuentan el hogar y de las cuales se sospeche la enfermedad.
- **Tratamiento sintomático del prurito**, con **antihistamínicos**.
- **Tratamiento de las infecciones secundarias** con los **antibióticos apropiados**.
- **Tratamiento específico**: se han usado varias drogas y combinaciones.

a) Las lociones con **azufre precipitado** al 5% aplicado diariamente por tres o cuatro semanas.

b) El **benzoato de bencilo** al 10% en los adultos, dos veces por semana durante 2 ó 3 semanas. En los pacientes pediátricos esta medicación frecuentemente produce intenso ardor y por lo tanto es preferible utilizar otros medicamentos.

b) El **hexacloruro de gamabenceno**, producto derivado del benzoato de bencilo, aplicado en forma similar, aunque su potencial toxicidad neurológica, en especial en niños pequeños, ha sido motivo de controversia en los últimos años. También se ha reportado resistencia del parásito a este medicamento.

d) El **crotamiton**, dos veces por semana durante 2 ó 3 semanas, probado durante años con buenos resultados, es útil especialmente en los niños, gracias a su atoxicidad.



e) El **permetrin**, piretroide sintético químicamente semejante a las piretrinas naturales, al 5% en crema es muy eficaz, después de una simple aplicación; tiene muy baja toxicidad, lo cual lo hace muy útil en todo tipo de pacientes y en especial en niños pequeños a quienes se puede aplicar al 2.5%.

f) La **ivermectina**, droga utilizada con éxito en la oncocercosis, también ha sido empleada tópicamente o en dosis única oral de 200 mg/ kg con notable éxito en los pacientes evaluados. Sin embargo, se adelantan estudios para determinar su seguridad y efectos secundaria

Por último, a todo adulto con lesiones genitales de escabiosis y antecedentes de contacto sexual sospechoso, por lo menos un mes antes, solicitar una serología para descartar una lúes subyacente.

La piel es vulnerable a muchas heridas pequeñas, como cortes y mordiscos, así como a heridas más graves. Puede que las quemaduras sean las más graves de todas las lesiones de la piel produciendo cicatrices extensas, infecciones bacterianas o la muerte.

Richard Bright plantea que:

“las enfermedades de la piel infecciosas constituyen aun un enorme problema, por razones entre las que se encuentran falta de recursos, la ignorancia, los bajos niveles de salud pública y personal, la presencia de insectos transmisores de enfermedades y quizá lo mas importante; la desnutrición, enfermedades como el sarampión tiene una mortalidad del 20% más en los niños”.

Lo anterior explica como las enfermedades de la piel atacan mortalmente a los niños. Es por eso que las enfermedades de la piel pueden ser evitadas en gran medida mediante varios mecanismos, porque las enfermedades e infecciones de la piel no tienen vacuna específica. La fuerza del sistema inmunológico de una persona, que refleja su salud general, influye mucho en dicha evolución.

Aparte de las enfermedades en las que los síntomas y los signos suelen reconocerse con facilidad, el diagnóstico depende de la identificación del microorganismo causante de la enfermedad, las pruebas pueden consistir en el examen microscópico directo de una muestra de tejido infectado o de algún líquido corporal, las técnicas de cultivo o la detección de anticuerpos.

Un problema particular de las enfermedades es que siempre hay un período de tiempo entre la entrada de Mecanismo de entrada de c/u de los microorganismos en el cuerpo y la aparición de los síntomas.



Este periodo de incubación puede durar desde unas pocas horas a varios años; durante este tiempo, la persona infectada puede transmitir el microorganismo a otras personas. Lo que es más, puede que los síntomas nunca se desarrollen en algunas personas infectadas.

Por eso una epidemia puede estar bien establecida para cuando se reconoce y se dictan las medidas de control.

Ernest Sawetz afirma que :

“El campo de las enfermedades infecciosas de la piel, los resultados de las pruebas de laboratorio dependen principalmente de la calidad de la muestra, cualquier médico que tenga que ver con enfermedades debe saber cuando y cómo tomar una muestra, que examen de laboratorio solicitar y como interpretar los resultados”²



5. DISEÑO METODOLOGICO

5.1. Tipo de Investigación.

De acuerdo a las características, la presente investigación se enmarca en el tipo de investigación descriptivo-prospectivo que permite analizar, interpretar y proponer alternativas de solución a la problemática planteada.

Las investigaciones de este tipo, en la mayoría de los casos se ocupan de problemas que surgen del medio y de la población donde se asienta la investigación.

La investigación descriptiva, como su nombre lo indica, permite describir situaciones y eventos.

5.2 Delimitación.

5.2.1 Delimitación Espacial

El presente proyecto se desarrollará en el barrio Nuevo Triunfo del municipio de Soledad Atlántico, tomando como base la población infantil en el rango comprendido e 0-5 años.

5.2.2. Delimitación Temporal.

Este estudio se inició desde el año 1999 cuando las investigadoras iniciaron su carrera de enfermería superior, período en que llegamos

a esa comunidad para tener contacto con ella durante todos los semestres posteriores.

Durante todo este período hasta dic. Del 20001 se han venido realizando observaciones sobre las infecciones de piel que más aquejan a los niños del sector.

5.3 Población y Muestra.

El universo esta constituido por las familias del barrio Nuevo Triunfo de Soledad que son en total 194.

El tamaño de la muestra se calculo a través de la ecuación 3.2 para determinar el tamaño de la muestra .

Donde:

n = Tamaño de la Muestra

Z = Nivel de Confianza 95% 1.96

p = Variabilidad Positiva 0.5 0.5

q = Variabilidad Negativa 0.5 0.5

N = Tamaño de la Población 0.05

e = Precisión o Error 5%

Esta ecuación es planteada por Castañeda Jiménez Juan en su libro Métodos de investigación II quien aplica esta formula cuando se conoce el

tamaño del universo siendo la unidad de análisis lo niños menores de 5 años de edad.

Es importante destacar que la investigación se llevará a cabo con los Padres y familiares que conviven con los niños afectados.

5.4 Técnicas Para la Recolección de la Información.

Para la realización de este estudio, se utilizará información primaria y secundaria.

5.4.1 Técnicas Para la Recolección de la Información Primaria.

Como técnica para la recolección de la información primaria ,se utilizará la observación directa a la comunidad infantil residente en el barrio Nuevo Triunfo de Soledad , al igual que todas las características de todos los moradores y del entorno que los rodea.

5.4.2 Técnicas Para la Recolección de la Información Secundaria.

Se utilizará la técnica documental, basada en la revisión bibliográfica de textos, revistas, folletos, al igual cuadros estadísticos de la secretaría de planeación del municipio de Soledad.

5.4.3 Instrumentos Para la Obtención de la Información

Para la obtención de la información se aplicarán cuestionarios, se realizarán entrevistas a los residentes en la comunidad teniendo en cuenta la muestra escogida.

5.4.4 Procedimientos Para Procesar y Analizar la Información.

El procesamiento de datos se hizo de manera manual, ajustándose a las técnicas estadísticas apropiadas, los resultados serán presentados mediante cuadros y gráficas en el capítulo que aparece a continuación.

6. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Una vez realizada la recolección de la información y llevado a cabo el respectivo análisis de cada uno de los instrumentos aplicados en la comunidad objeto de estudio, se pasa a presentar, de manera descriptiva y porcentual el análisis de los resultados.

Según los resultados de la pregunta 1 cuya finalidad era mirar los materiales de que estaban construidas las viviendas podemos destacar:

La mayoría de las casas están construidas en cemento y ladrillo y otro porcentaje en madera,

CUADRO #1

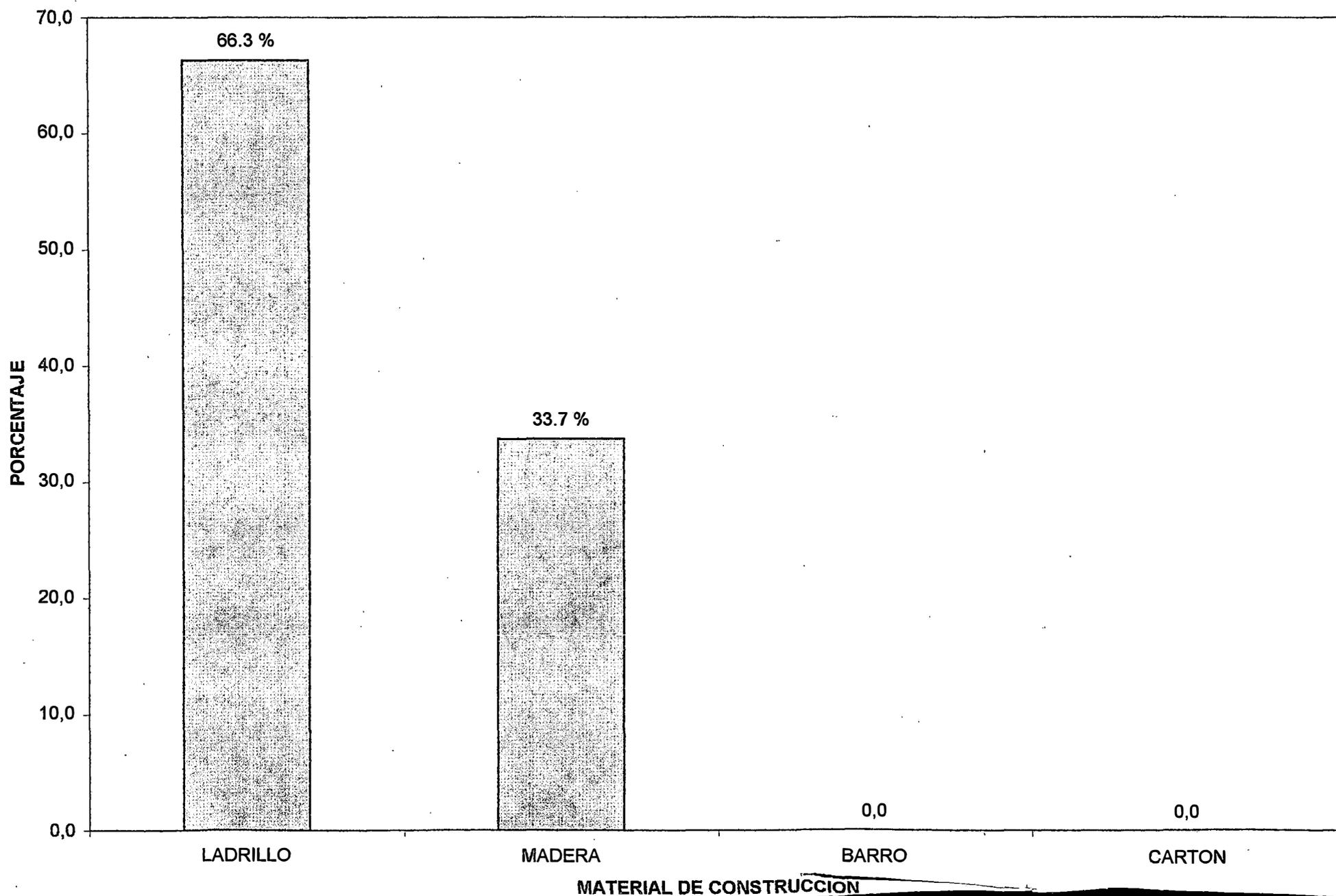
Numero de viviendas según material de construcción.

MATERIAL	VIVIENDAS	PORCENTAJE
Ladrillo	110	63.3 %
Madera	56	33.7 %
Cartón	0	0%

FUENTE: Encuesta aplicada por las investigadoras en la comunidad.

Sin embargo, estas viviendas en su mayoría, se encuentran rodeadas por aguas negras ya que el barrio no cuenta con alcantarillado lo cual ocasiona que las calles permanezcan mojadas. A esto se suma que las casas que

NUMERO DE VIVIENDAS SEGUN MATERIAL DE CONSTRUCCION. BARRIO NUEVO TRIUNFO DE SOLEDAD. 2002



poseen poza séptica y, por temor al desbordamiento de dichas pozas, riegan en la calle, el agua del lavado de la ropa y de las duchas.

Consecuentemente ,el manejo de excretas constituye un gran problema de salubridad pues los no que poseen pozas las arrojan al caño y otros las entierran el pequeño patio de las casas

CUADRO 2

Numero de Viviendas según disposición de excretas.

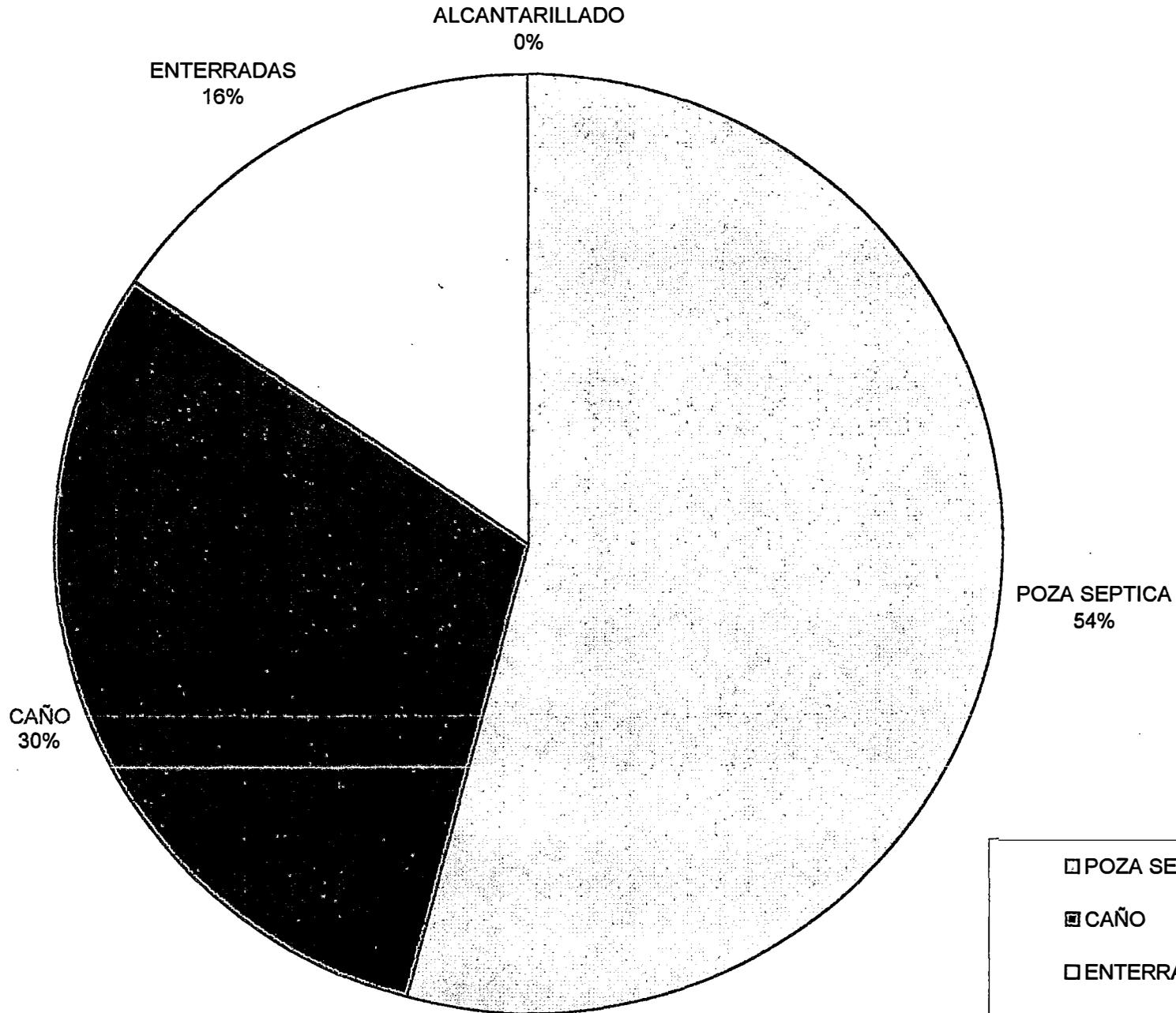
DISPOSICION	VIVIENDAS	PORCENTAJE
Poza Séptica	70	54 %
Los tiran al caño	39	30 %
En la tierra directamente	20	19%
Alcantarillado	0	0 %

FUENTE: Encuesta aplicada por las investigadoras en la comunidad.

Además, las calles no están pavimentadas y constantemente son un río de aguas negras, lo cual ocasiona que se observe constante humedad y barro en las puertas de las casas. Los fenómenos naturales ,de igual manera, atropellan los habitantes del barrio Nuevo triunfo de Soledad puesto que cuando llueve las casas ,en 71% , se inundan .

Es bueno destacar que en todos los habitantes del barrio se abastece del agua del acueducto lo cual constituye un parte positivo.

VIVIENDAS SEGUN DISPOSICION DE EXCRETAS. BARRIO NUEVO TRIUNFO DE SOLEDAD. AÑO 2002



- POZA SEPTICA
- CAÑO
- ENTERRADAS
- ALCANTARILLADO

Seguidamente pasamos a verificar el número de habitaciones con que cuentan las viviendas del barrio, llegando a las siguientes conclusiones: En su mayoría las casas cuentan con dos habitaciones y otro porcentaje con tres y una.

CUADRO 3

Número de habitaciones de las viviendas:

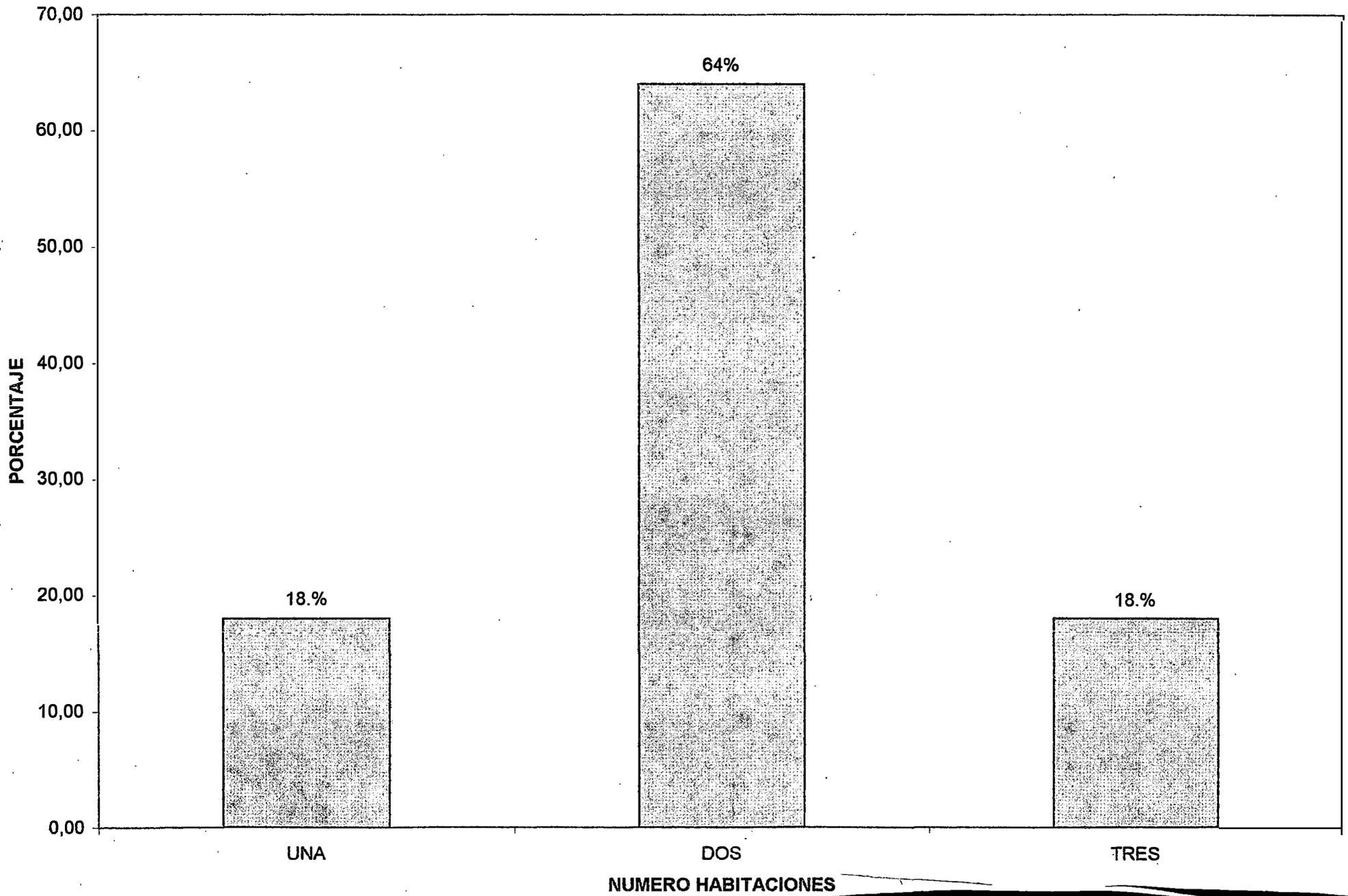
HABITACIONES	VIVIENDAS	PORCENTAJE
Una (1)	30	18 %
Dos (2)	106	64 %
Tres (3)	30	18%

FUENTE: Encuesta aplicada por las investigadoras en la comunidad.

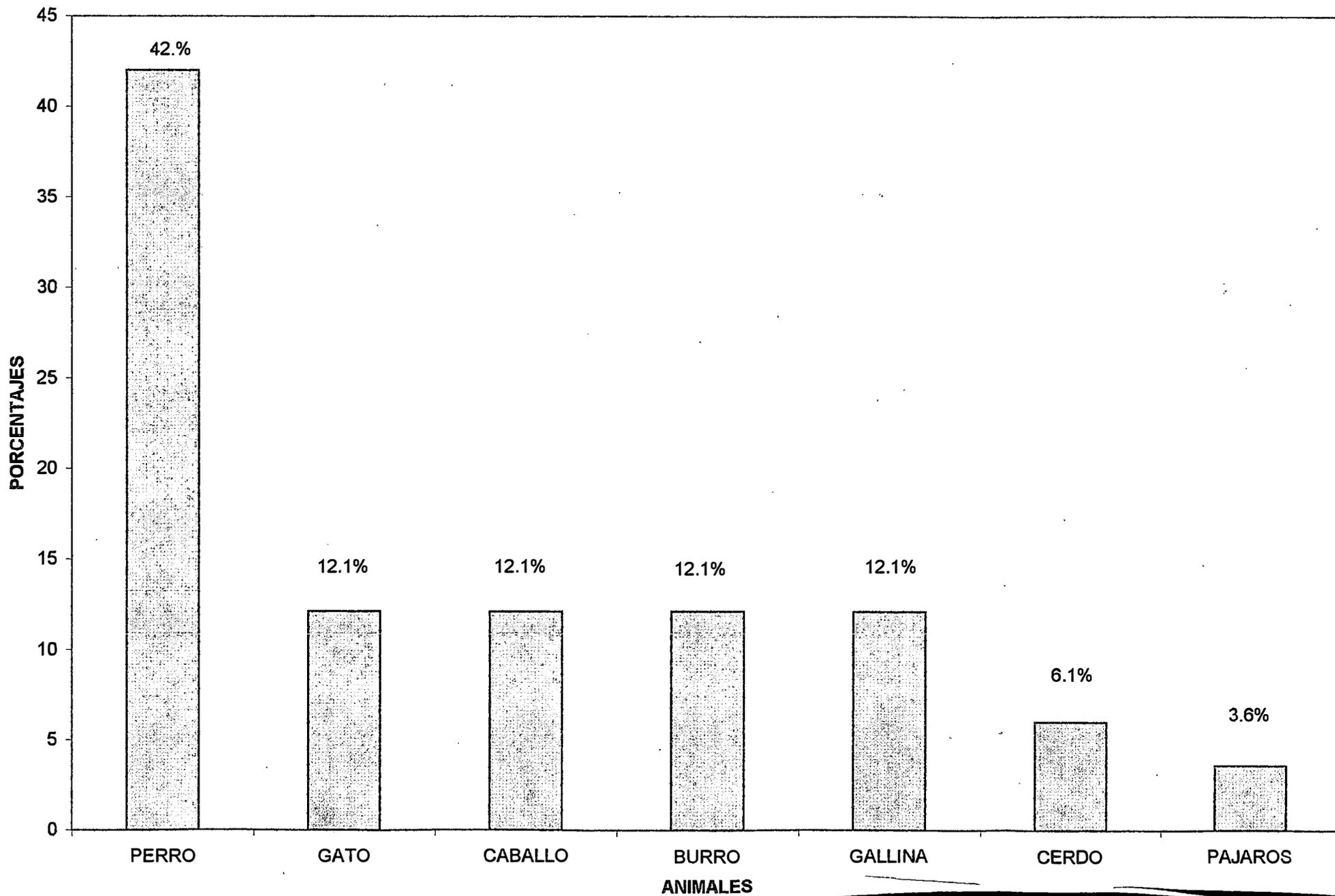
Otro aspecto destacado ,de este análisis, es que en cada una de las viviendas habitan entre 6 y 14 personas lo cual lleva a identificar que existe hacinamiento en la comunidad y para empeorar dicha situación conviven con animales domésticos dentro de la vivienda.

En cuanto a los ingresos familiares, los resultados nos muestran que la mayoría de los salarios oscilan entre \$100.000 y \$200.000. y otro número significativo son los que tiene ingresos menos de \$100.000.

VIVIENDAS SEGUN NUMERO DE HABITACIONES.BARRIO NUEVO TRIUNFO DE SOLEDAD ATLANTICO
2002



**ANIMALES DOMESTICOS DENTRO DE LAS VIVIENDAS DEL BARRIO NUEVO TRIUNFO DE SOLEDAD
2002**



CUADRO 4.

Familias Según su Ingreso Mensual:

INGRESOS	FAMILIAS	PORCENTAJE
- 100.000	30	23.3%
100.000 – 200.000	75	54.3%
200.000 – 300.000	20	15.5%
300.000 – 400.000	4	6.9%

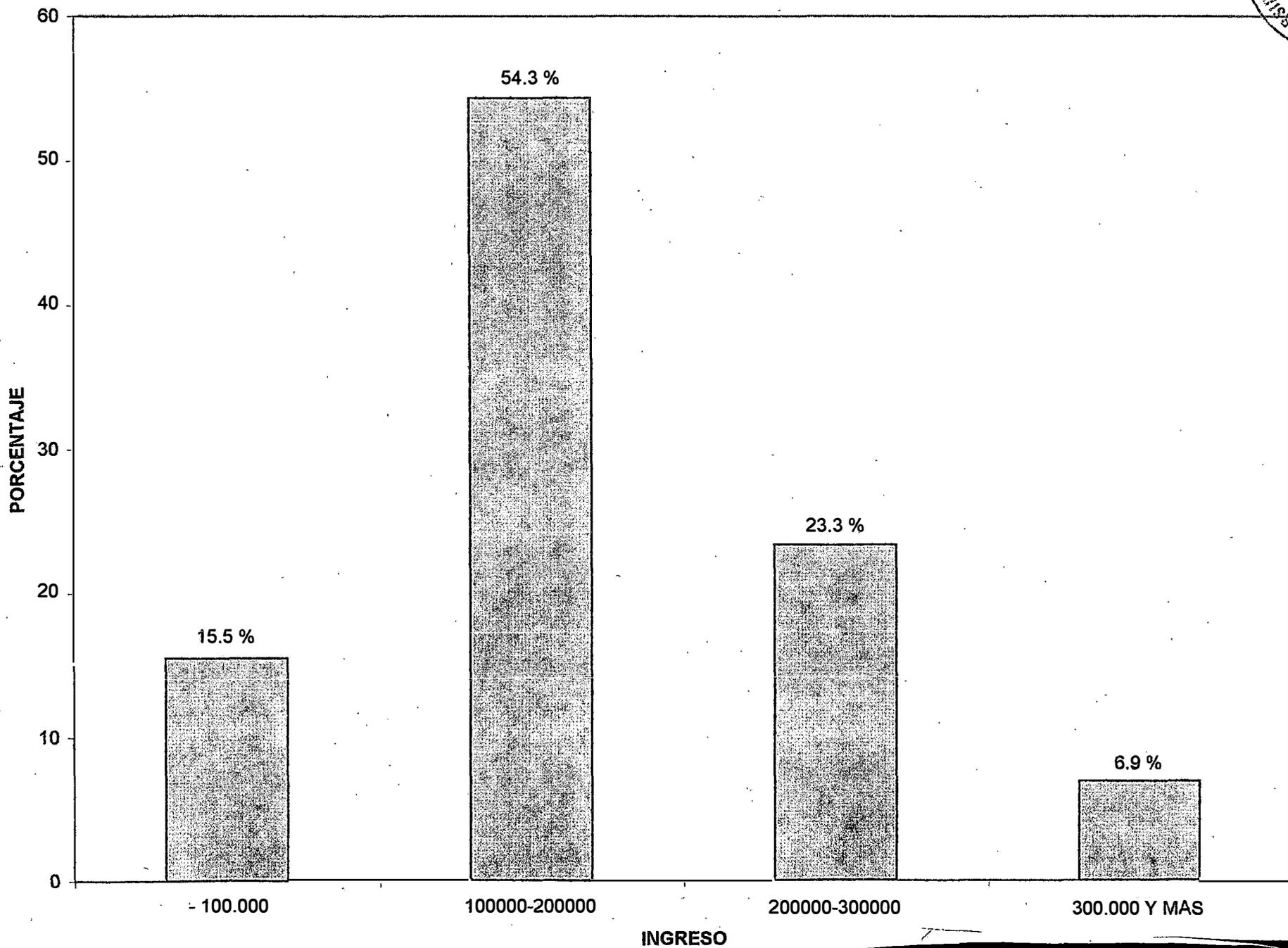
FUENTE: Encuesta aplicada por las investigadoras en la comunidad.

Según los encuestados, el dinero que perciben es utilizado para sufragar gastos de alimentación y transporte lo cual indica que estas comunidades no cuentan con presupuesto para financiar necesidades básicas del ser humano como son salud , vestido y educación mucho menos para la diversión de los niños y adultos.

Cómo se puede esperar encontrar niños y niñas saludables en un barrio donde las condiciones socio- económicas son tan bajas y la calidad de vida tan precaria.

Preocupadas por esto las investigadoras se dieron a la tarea de investigar por la salud de los menores y se pudo constatar que un 90% de los menores presentan enfermedades en la piel. Las enfermedades de la piel encontradas fueron : escabiosis, rasquiña, sabrosita, piquipiqui.

FAMILIAS SEGUN SU INGRESO MENSUAL. BARRIO NUEVO TRIUNFO DE SOLEDAD. AÑO 2002



Serie1

CUADRO 5

Tipo de enfermedad que presentan los niños

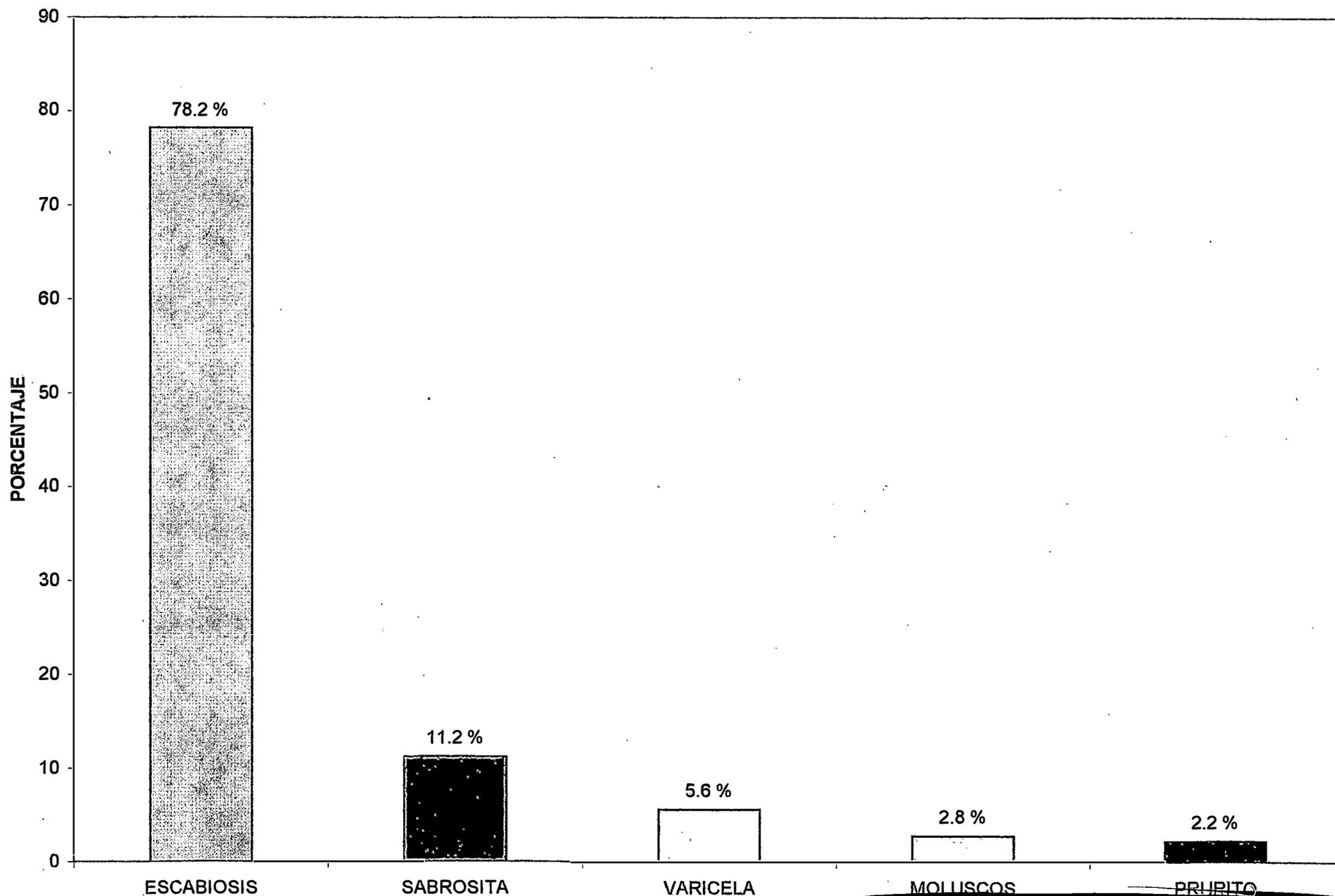
ENFERMEDAD	NIÑOS	PORCENTAJE
Escabiosis	140	78.2 %
Sabrosita	20	14.2 %
Varicela	10	5.6 %
Moluscos Contagiosos	5	2.8 %
Prurito	4	2.2%

FUENTE: Encuesta aplicada por las investigadoras en la comunidad.

Los padres manifestaron que dichas enfermedades se iniciaron con brotes, salpullidos y granos.

Cabe resaltar que la población afectada son los niños y niñas entre los dos meses de nacidos y los cuatro años. Además es importante subrayar que las mencionadas enfermedades son muy frecuentes en los habitantes de este sector del municipio de Soledad puesto que los en un gran porcentaje no se les suministra ningún tratamiento para combatírselas, solo algunos utilizan cremas, lociones y jabones especiales.

**NIÑOS SEGUN TIPO DE ENFERMEDAD DE LA PIEL EN EL MOMENTO DE LA ENCUESTA. BARRIO
NUEVO TRIUNFO DE SOLEDAD ATLANTICO .2002**



CUADRO 6.

Tipo de Tratamiento Utilizado en los Niños

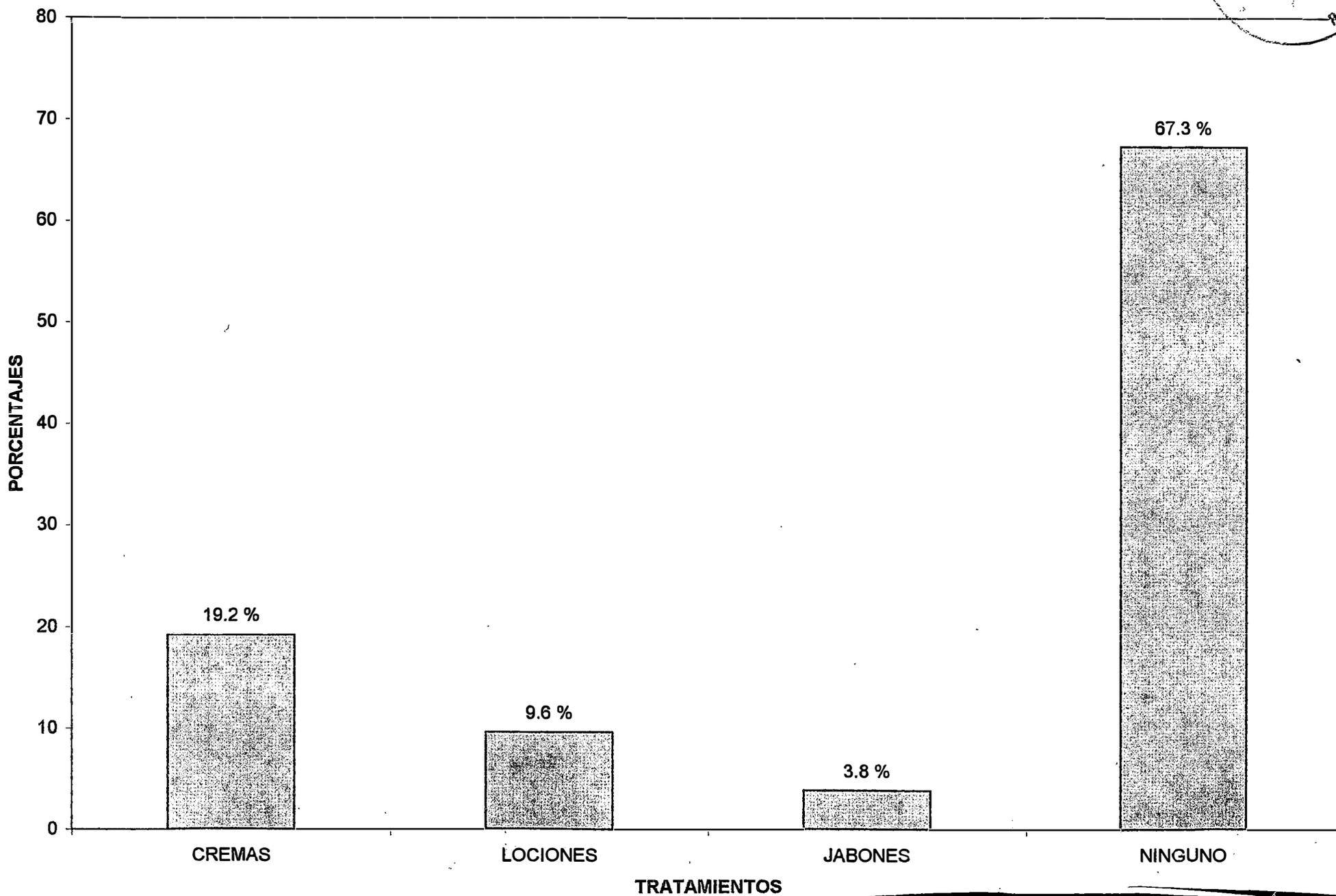
TRATAMIENTO	FAMILIA	PORCENTAJE
Cremas	20	19.2%
Lociones	10	9.6 %
Jabones	9	3.8 %
Ninguno	90	67.3 %

FUENTE: Encuesta aplicada por las investigadoras en la comunidad.

Lo anterior se desprende que solo el 32% de las familias están afiliadas a un régimen de salud y estos en su mayoría a un régimen subsidiado como el sisben

Analizando la problemática encontrada es necesario presentar alternativas de solución que entren a mejorar la calidad de vida de la población infantil residente en el barrio Nuevo Triunfo de Soledad y por ende de todo el núcleo familiar.

TIPO DE TRATAMIENTO UTILIZADO EN LOS NIÑOS CON ENF. DE LA PIEL. BARRIO NUEVO TRIUNFO DE SOLEDAD. AÑO 2002



CONCLUSIONES

Con el análisis de la información recolectada se identificó la urgente necesidad de ofrecer algunas alternativas para la prevención y tratamiento de las enfermedades de piel que están maltratando a los menores de la comunidad objeto de la presente investigación.

En lo referente a las enfermedades de la piel los resultados muestran que la mayor prevalencia se encuentra en la escabiosis (rasquiña) como lo muestra el análisis de resultados .

La escabiosis encuentra en el barrio Nuevo Triunfo de Soledad factores ambientales y sociales propicio para su desarrollo y permanencia. Estos son aguas estancadas alrededor de la vivienda, hacinamiento, falta de aseo en las viviendas, convivencia con animales domésticos y el no adecuado manejo de tratamiento que contribuyan a erradicación del mal.

Durante el contacto con la comunidad , los habitantes se muestran muy preocupados pero no encuentran soluciones posibles puesto que el problema del alcantarillado y de los arroyos en el municipio son las banderas de todos los aspirantes a la alcaldía de Soledad pero tan pronto son elegidos se olvidan de las clases marginadas de la población.

Las investigadoras presentaremos algunas recomendaciones encaminadas a que los estudiantes de enfermería de la Universidad Simón Bolívar que les

corresponda continuar la proyección, en la mencionada comunidad, realicen campañas de salubridad y prevención para ayudar a mitigar la problemática entre los menores que día a día soportan tan molesta enfermedad.

Destacamos el cúmulo de conocimientos adquiridos en desarrollo del presente trabajo, no solo en la parte metodológica sino en la construcción teórica que permitió adquirir y conocer toda la literatura sobre enfermedades de la piel que tanto beneficio prestarán en nuestro crecimiento personal y profesional.

QUILLA

RECOMENDACIONES.

- Después de analizar y reflexionar sobre la problemática encontrada podemos realizar las siguientes recomendaciones para orientar y ayudar a los habitantes de barrio Nuevo Triunfo de Soledad para que puedan dar el manejo adecuado a las enfermedades de piel que con tanta frecuencia se presentan entre sus niños.
- Estas recomendaciones son:
- Realizar promoción y prevención en salud integral.
- Realizar brigadas de salud para el manejo, tratamiento Y control de las enfermedades de la piel.
- Realizar campañas de promoción sobre hábitos higiénicos , aseo personal y de la vivienda, con ayuda de los semestres 3-7- de la Universidad Simón Bolívar, por medio de charlas educativas personalizadas.
- Trabajar en coordinación con el PAB para hacer recolección de basuras cada 15 días en el barrio en mención.
- Trabajar en coordinación con la alcaldía para el relleno de las aguas negras y sensibilizar a las autoridades sobre la urgente necesidad del alcantarillado en este sector olvidado de Soledad.
- Mantener contacto directo con los pacientes y la familia para que entren a proporcionarles mejor manejo de excretos, tratamiento de agua y que se involucren en el auto cuidado de los pequeños infectados.



BIBLIOGRAFÍA

Frits Müller ,EMA Rubén de Félix ,Alfredo Turizo. **Pobreza, Participación y Salud Casos Latinoamericanos.** Impreso y hecho en Colombia. Universidad de Antioquia Departamento de Publicaciones Primera Edición, Agosto del 91.

VELEZ, Hernán y otros. Fundamentos de medicina. Corporación para investigaciones biológicas, Medellín, Colombia. 1.997.

Mojica, Fabio. La Prospectiva. Técnicas para visualizar el futuro. editorial Legis Colombia.

Sampieri Hernández Roberto y otros. Metodología de la investigación. Segunda Edición. Mc Graw Hill .México.2000.

Sitzpatrick B. Thomas y otros. Dermatología en medicina general .Editorial médica Panamericana. Buenos Aires. pag. 1577-1639

Botero, David y Restrepo, Marcos. Parasitosis Humana .Corporación para la investigación. Santa Fé de Bogota. Pag. 328.

Profesores de la sesión de dermatología de la U. De Antioquia. Manual práctico de dermatología. Medellín . pag 226-239-246.

Anexos



CRONOGRAMA DE INVESTIGACIÓN

ACTIVIDAD	MESES	E	F	M	A	M	J	A	S	O	N	D
	AÑO											
I. Fase Diseño Ante Proyecto.	2.000			X	X	X	X					
II. Fase Informe de Avances I.	2.000							X	X	X	X	X
III. Fase Informe de Avances II.	2.001			X	X	X			X	X	X	X
IV. Fase												
• Recolección de la Información	2.002	X	X	X	X	X	X					
• Clasificación y Procesamiento de Datos	2.002					X	X					
• Redacción	2.002					X	X					
• Revisión y Corrección	2.002						X					
• Presentación Final	2.002						X					

PRESUPUESTO

DETALLES

TRANSPORTE.....	\$	470.000
PAPELERIA.....	\$	40.000
REFRIGERIO.....	\$	30.000
PUBLICACIÓN.....	\$	300.000
ASESORIAS.....	\$	100.000
FOTOCOPIAS.....	\$	20.000
BIBLIOGRAFÍA.....	\$	100.000
ENCUESTAS.....	\$	100.000
VARIOS.....	\$	<u>200.000</u>
	TOTAL	\$ 1.360.000

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
FACULTAD DE ENFERMERIA
ENFERMADADES DE LA PIEL EN NIÑOS DE 0-5 AÑOS EN EL
BARRIO NUEVO TRIUNFO DE SOLEDAD

DATOS GENERALES.

Nombre del encuestador: _____

Nombre de la madre entrevistada: _____

Dirección: _____

Estado civil: _____

Grado de Escolaridad: _____



1. TIPO DE MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN DE LA VIVIENDA

La vivienda es de

- ✓ Ladrillos
- ✓ Cartón
- ✓ Madera
- ✓ Barro

2. HAY AGUAS ESTANCADAS ALREDEDOR DE LA VIVIENDA

SI _____ NO _____

3. CON CUANTAS HABITACIONES TIENE LA VIVIENDA.

Una _____

Dos _____

Tres _____

4. COMO ES EL MANEJO DE LAS EXCRETAS

Poza séptica _____

Enterradas _____

La tiran al caño _____

5. CUALES ANIMALES DOMESTICOS VIVEN EN LA VIVIENDA
SEÑALE.

Perro _____

Burro _____

Gato _____

Gallina _____

Caballo _____

Cerdo _____

6. COMO SON LOS CALLES DEL BARRIO NUEVO TRIUNFO

Destapados _____

Pavimentados _____

7. CUANDO LLUEVE SE INUNDA LA VIVIENDA

SI _____

NO _____

8. COMO SE ABASTECEN DEL AGUA.

Carro tanque _____

Bolsa _____

Directamente de la Tubería _____

Del río _____

9. CUANTAS PERSONAS TRABAJAN EN LA FLIA

10. CUANTAS FAMILIAS VIVEN EN LA VIVIENDA

Una _____

Dos _____

Tres _____

Cuatro _____

11. CUAL ES LA OCUPACIÓN DE LOS PADRES

Trabajan independiente _____

Trabajan en casa de flia _____

Trabajan en empresa _____

12. CUAL ES EL INGRESO MENSUAL DE LA FLIA

-100.000 _____

100.000 - 200.000 _____

200.000 - 300.000 _____

+ 300.000 _____

13. HAY PERSONAS EN LA FLIA QUE TENGAN ENFERMEDADES DE LA PIEL EN ESTE MOMENTO Y CUALES SON:

Niños: _____

Adultos: _____

14. QUE ACTITUD ASUME EN CASO DE PRESENTAR EL NIÑO ENFERMEDAD DE LA PIEL A DONDE ACUDE.

Centro de Salud _____

Hospital _____

EPS _____

Otros _____

15. QUE TIPO DE TRATAMIENTO MEDICO UTILIZA EL NIÑO PARA LA ENFERMEDAD DE LA PIEL

Crema: _____

Loción: _____

Jabones: _____

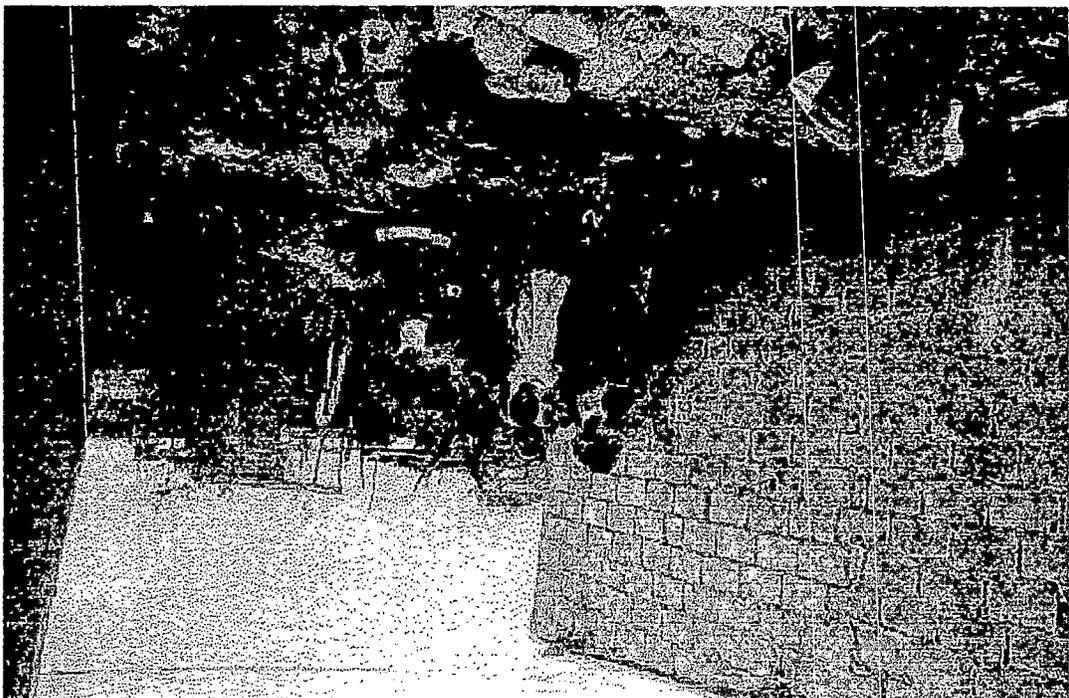
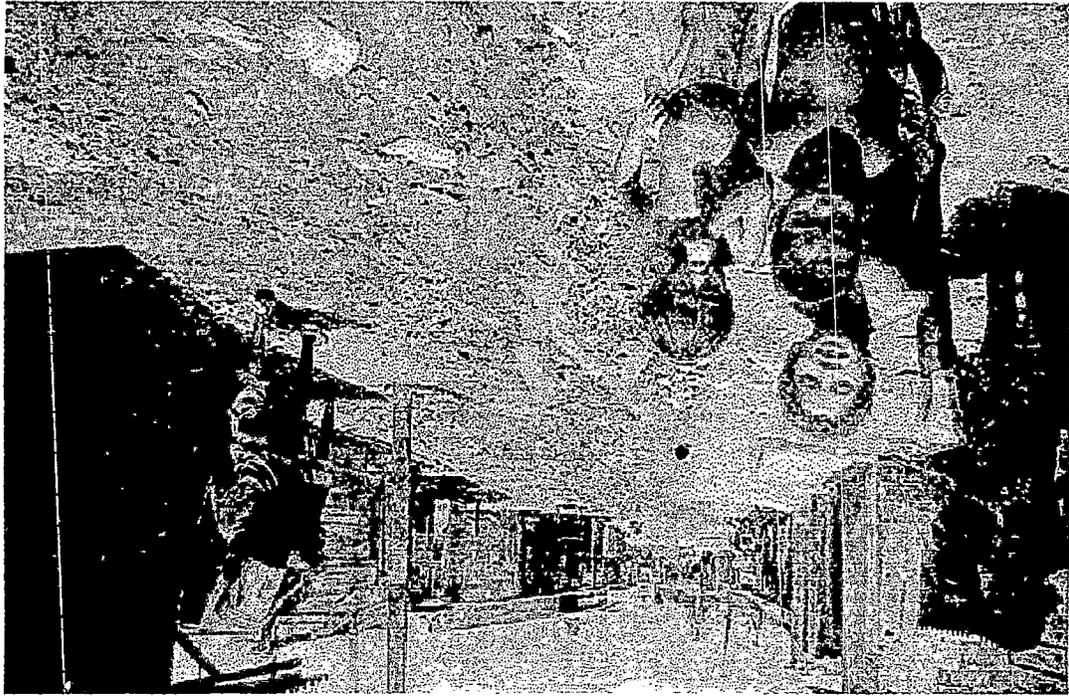
Ninguno: _____

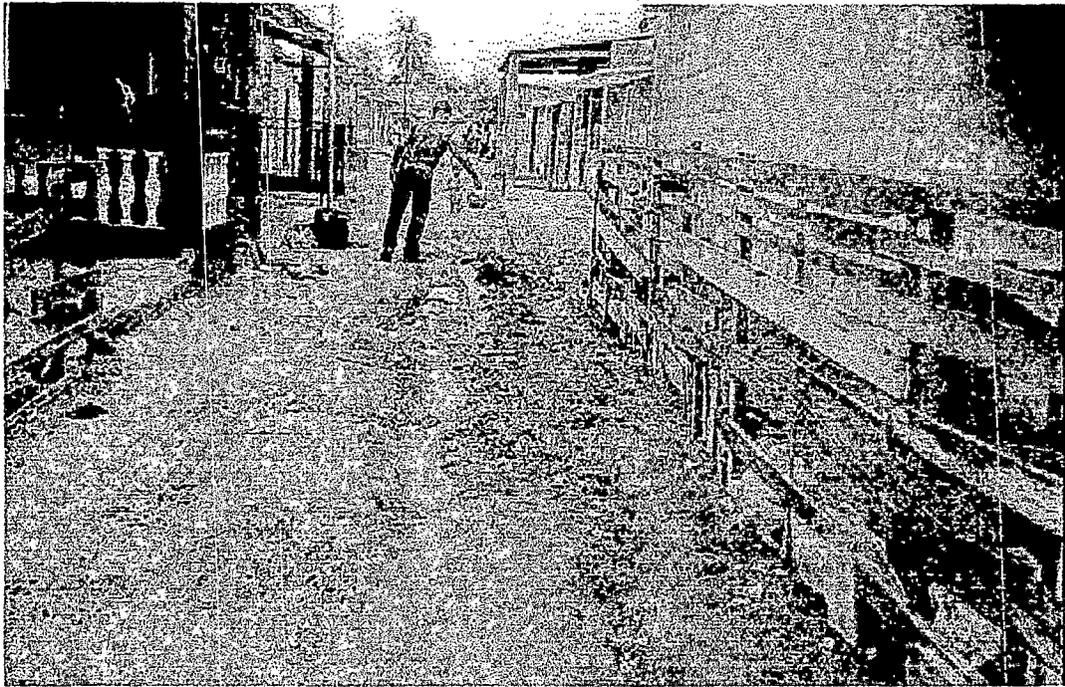
16 LA FLIA ESTA AFILIADA A ALGUN REGIMEN DE SALUD.

SI _____ NO _____ CUAL _____



UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA







UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA







