

**ENFERMEDADES DE LA PIEL EN MENORES DE 7 AÑOS EN EL
BARRIO EL GOLFO BARRANQUILLA AÑO 1999 A 2001**

JANETH JMÉNEZ D.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR

FACULTAD DE ENFERMERIA

VIII SEMESTRE

BARRANQUILLA

2002

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

No INVENTARIO - 4031109

PRECIO _____

FECHA 01-15-2008

CANJE _____ DONACION _____

**SISTEMATIZADO
HEMEROTECA**







CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	5
1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	7
2. JUSTIFICACIÓN	10
3. OBJETIVOS	11
3.1. OBJETIVO GENERAL	11
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
4. ENFERMEDADES DE LA PIEL	12
4.1. MANIFESTACIONES CLÍNICAS	12
4.1.1. Clasificación	13
4.2. PROCESOS DERMATOLÓGICOS FRECUENTES	14
4.2.1. Eccema	14
4.2.2. Dermatitis Atópica	15
4.2.3. Dermatitis de Contacto Alérgica	18
4.2.4. Impetigo y ectima	19
4.2.5. Foliculitis, furúnculos	20
4.3. TRATAMIENTO	22
4.3.1. Cuidados del sostén	22
4.3.2. Extracción del Pus	23

<i>4.3.3. Medidas para evitar la infección</i>	23
4.4. INFECCIONES MICOTICAS (DERMATOFITOSIS)	23
4.5. SARNA O ESCABIOSIS	24
<i>4.5.1. Manifestaciones clínicas</i>	25
<i>4.5.2. Evaluación diagnóstica</i>	25
<i>4.5.3. Tratamiento</i>	27
4.6. ENSEÑANA AL ENFERMO Y CONSIDERACIONES PARA LOS CUIDADOS DADOS EN EL HOGAR	27
4.7. CONSIDERACIONES GERONTOLOGICAS	28
4.8. METODOS DIAGNOSTICOS	29
<i>4.8.1. Biopsia cutánea</i>	29
<i>4.8.2. PREPARACIÓN CON KOH</i>	30
<i>4.8.3. Frotis de Tzanck</i>	30
<i>4.8.4. Diascopia</i>	31
<i>4.8.5. Luz de Wood</i>	31
<i>4.8.6. Pruebas de Parche</i>	32
MARCO LEGAL	33
5. DISEÑO METODOLOGICO	35
5.1. DELIMITACION	35
<i>5.1.1. Población y Muestra</i>	36
<i>5.2.1. Recolección de Datos</i>	36
RECOPILACIÓN DE DATOS	38

<i>ANÁLISIS O RESUMEN DEL TRABAJO</i>	<i>47</i>
<i>PRESUPUESTO</i>	<i>49</i>
<i>CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES</i>	<i>50</i>
<i>CONCLUSIÓN</i>	<i>51</i>
<i>RECOMENDACIONES</i>	<i>52</i>
<i>BIBLIOGRAFÍA</i>	<i>53</i>

NOTA DE ACEPTACIÓN

•

Firma del Profesor

Barranquilla, Julio 9 de 2002

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades de la piel, son infecciones frecuentes que atacan a cualquier tipo de Comunidad, principalmente a la población infantil. En los países en vía de desarrollo, aumenta cada vez más riesgo de contraer estas entidades Dermatológicas, debido a la contaminación del medio ambiente y a las insatisfacción de las necesidades básicas primarias.

Por otra parte, están claramente identificados algunos factores como el aire, el agua, el suelo, la disposición de basuras y de excretas que diseminan la propagación de éstas patologías.

En algunos barrios marginales como barrio el golfo, se está presentando una alta prevalencia de este tipo de enfermedades, según datos obtenidos del Centro de Salud La Pradera

Queriendo contribuir con el avance científico realizo esta investigación primero, para establecer que tipos de enfermedades dermatológicas se presentan con mayor regularidad y segundo para establecer las medidas preventivas que hay que tener en cuenta para evitar la diseminación y el aumento de las tales.

TITULO

ENFERMEDADES DE LA PIEL EN MENORES DE 7 AÑOS

EN EL BARRIO EL GOLFO DE BARRANQUILLA

AÑO 1999 – 2001

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Aunque desde principios de siglo son conocidas los agentes causales de las enfermedades dermatológicas hasta hace relativamente poco tiempo este problema se ha constituido en un acontecimiento que ocupa una de las primeros planos en la actualidad.

Colombia por ser un país en desarrollo con grandes índices de contaminación ambiental presenta una tasa alta de enfermedades de la piel en donde por cada 100 habitantes, el 60% de la población resulta afectada así por ejemplo entre los años 1999 – 2000 se comprobó que de cada 100 pacientes que ingresaron a la consulta externa un 45% resulto con enfermedades de piel. En el barrio el golfo se están presentando alrededor de 7 casos de enfermedades de la piel descritos de la siguientes manera:

1. Dermatomicosis

2. Escabiosis

3. Dermatitis por Contacto

4. Forúnculos

6. Piodermitis.

7. Impétigo



5. *Dermatitis Atopica*

Las enfermedades de la piel son patologías muy difundidas en nuestros medios producidas por agentes tales como acaros, estafilococos y estreptococos los cuales tienen como huésped definitivo al hombre.

Según datos obtenidos por el Simposio Interamericano de Dermatología se demuestran que una alta tasa de estas afecciones se presentan durante la infancia y la adolescencia. En el Barrio El Golfo el comportamiento de las enfermedades en la piel es de orden creciente ya que se ha comprobado que cada día ingresan mas pacientes a la consulta con infecciones de este tipo que de cualquier otra; ocupando éstas el primer lugar entre las enfermedades mas frecuentes a consultar en esta zona según datos suministrados por el centro de salud la pradera.

Teniendo en cuenta lo anterior formulamos el siguiente problema :

FORMULACION DEL PROBLEMA

***¿CUALES SON LAS PRINCIPALES
ENFERMEDADES EN LA PIEL EN
MENORES DE 7 AÑOS EN EL BARRIO
EL GOLFO DE BARRANQUILLA?***

2. JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades de la piel se han convertido en una de las patologías que ocupan uno de los primeros lugares en la actualidad , lesionando en muchos de los casos de por vida a la población.

Hoy por hoy este tipo de enfermedades pueden predisponer a cualquier individuo a sufrir un cáncer de piel por lo cual se hace necesario tomar todas las medidas pertinentes para evitarlas o controlarlas.

Las enfermedades de la piel son un problema de salud pública, que se presentan en altos porcentajes tanto en la población infantil como la de edad avanzada. Según los datos suministrados por el centro de salud la Pradera registran que un 60% de la población infantil resulta afectada por este tipo de infecciones, siendo cada día mas preocupante esta situación.

Con esta investigación pretendemos establecer cuales son las enfermedades de la piel más comunes con el fin de disminuir la morbilidad dermatológica.



3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar cuales son las principales enfermedades de la piel en menores de 7 años en el barrio el golfo Barranquilla.

3.2. OBJETIVO ESPECIFICOS

1. *Detectar la población infantil afectada. //*
2. *Determinar los factores de riesgo mas predominantes*
3. *Detectar el genero de mayor incidencia. -*
4. *Conocer si la población esta informada acerca de estas enfermedades.*

4. ENFERMEDADES DE LA PIEL

La piel es una cubierta impermeable que defiende al organismo contra lesiones e infecciones, clínicamente es denominada tegumento, siendo el órgano de mayor tamaño. La piel por ser la parte externa del cuerpo tiene la mayor vulnerabilidad a muchas enfermedades que se encuentran en el medio ambiente.

No siempre son fáciles de diferenciar los hallazgos normales, de los anormales debido a que la cantidad de signos y síntomas que se pueden hallar en la piel son diversos.

A si por ejemplo las pequeñas deferencias de color y forma que distinguen en melanoma maligno de un nevo pigmentario benigno pueden ser difíciles de reconocer por ende muchas de las enfermedades de la piel son difíciles de diagnosticar tratar y curar.

4.1. MANIFETACIONES CLÍNICAS

Los signos y síntomas que generalmente acompañan a las enfermedades de la piel son la sequedad, la humedad y el prurito, es frecuentes que estos se combinen dando como resultado la enfermedad como tal¹.

¹ Enciclopedia Médica Familiar. Círculo de Lectores. Tomo 2. p. 378

4.1.1. Clasificación. *Las enfermedades a nivel de la piel pueden ser de carácter primario o secundario. Las de carácter primario no plantean dificultades para ser tratadas debido a la poca complejidad que presentan, mientras que las de carácter secundario dificultan el proceso de cicatrización llegando muchas veces a ulcerar la zona produciendo secuelas de por vida, generalmente van acompañando de algunas lesiones tales como²:*

- 1. **Mácula:** Lesión plana coloreada, < 2cm de diámetro.*
- 2. **Parche:** Lesión plana, grande (>2cm), de color distinto al de la piel adyacente.*
- 3. **Pápula:** Lesión pequeña sólida, más grande (1cm de diámetro).*
- 4. **Nódulo:** Lesión firme, < 1-5, elevada sobre la superficie de la piel adyacente.*
- 5. **Tumor:** Formación elevada, sólida, firme, >5cm de diámetro.*
- 6. **Placa:** Lesión grande (> 1cm) elevada, de superficie plana.*
- 7. **Vesícula:** Lesión pequeña, llena de líquido, <1 cm de diámetro, elevada sobre la superficie de la piel adyacente.*
- 8. **Pústula:** Vesícula llena de leucocitos.*
- 9. **Ampolla:** Lesión llena de líquido, elevada a menudo translúcida, > 1cm de diámetro.*

² Principio de Medicina Interna. Harrison. 12a. Ed. Interamericana. Vol 1. p. 362

10. *Quiste: Lesión plana, elevada, de contenido semisólido o líquido.*

11. *Habón: Pápula o placa eritematosa , elevada, que habitualmente se debe a edema dérmico de corta duración.*

12. *Telangiectasia: Vasos sanguíneos superficiales dilatados.*

4.2. PROCESOS DERMATOLÓGICOS FRECUENTES

4.2.1. Eccema. *El eccema, o dermatitis, es un patrón de reacción que se manifiesta por diversos hallazgos clínicos e histológicos. El eccema es la expresión común final de la dermatitis atópica, dermatitis irritativa y alérgicas de contacto, eccema dishidrótico, eccema numular, liquen simple crónico, eccema asteatótico y dermatitis seborreica. Las lesiones primarias consisten en pápulas, máculas eritematosas y vesículas, que pueden confluir y formar placas. En el eccema grave, pueden predominar las lesiones secundarias como exudación y formación de costras. La dermatitis de larga evolución suele ser seca y se caracteriza por una piel descamativa y engrosada (liquenificación). Las manifestaciones histológicas guardan relación con los hallazgos clínicos. Las características histológicas de las dermatitis agudas presenta una mezcla de edema dérmico y epidérmico, vesiculación epidérmica e infiltrado mononuclear. En la dermatitis crónica se observa acantosis epidérmica, hiperqueratosis, fibrosis de la dermis superficial y un infiltrado de células mononucleares con predominio en zona perivascular. En la dermatitis subaguda pueden encontrarse*

combinaciones de estos dos patrones de reacción histológica. Cualquiera de ellos puede aparecer en las diversas formas clínicas de dermatitis y los datos histopatológicos no suelen ser diagnósticos.

4.2.2. Dermatitis atópica. *La dermatitis atópica es la manifestación cutánea del estado atópico y hasta el 70% de los pacientes tiene una historia familiar de asma, fiebre del heno o dermatitis. Los pacientes atópicos tienen con frecuencia una piel seca, pruriginosa, respuesta vasculares cutáneas anómalas, y, en algunos casos, concentración elevada de IgE sérica. La presentación clínica puede dividirse en tres patrones que guardan relación con la edad: el tipo del lactante (2 meses a 2 años), el tipo infantil (4 a 10 años) y el tipo del adolescente y adulto. En los casos graves, las dos primeras variedades de la enfermedad pueden persistir durante la edad adulta.*

La variedad infantil se caracteriza por placas inflamatorias con exudación y costras localizadas en cara, cuello, superficies extensoras e ingles. El prurito es notable y muchos de los signos cutáneos son secundarios al rascado. La dermatitis flexural es característica de la variedad infantil, especialmente en las fosas antecubitales y huesos poplíteos. Son también frecuentes las lesiones en muñecas, cuello y cara. Otros estigmas cutáneos que aparecen en estas fase son la palidez peribucal, un segundo pliegue cutáneo bajo el párpado inferior (línea de Dennie) y acentuación

de surcos palmares. Son frecuentes las infecciones cutáneas, especialmente por Staphylococcus aureus.

El tipo adulto suele ser mas localizado que las variedades infantil o de lactante. La dermatitis atópica suele mejorar espontáneamente cuando el niño llega a la edad adulta, aunque la variedad persistente tiende a localizarse en las manos (véase Eccema de manos), cuello, cara, genitales o piernas y puede simular un eccema numular o un liquen simple crónico (véase mas adelante).

El diagnostico se basa en la historia familiar de atopia, presencia de otras formas de alergia (asma o rinitis alérgica), historia de eccema en la infancia y distribución de la erupción. En casos graves conviene medir la IgE sérica para excluir la posibilidad de un síndrome hiper-IgE (véase Cap. 81). En los pacientes que no responden a los tratamientos convencionales hay que hacer pruebas del parche para excluir una dermatitis alérgica de contacto.

El tratamiento de la dermatitis atópica consiste en evitar los irritantes cutáneos, proporcionar una hidratación cutánea adecuada, utilizar con sensatez los corticoides tópicos de potencia baja o media (Cuadro 56-1) y tratar las lesiones cutáneas infectadas. Los irritantes más comunes son jabones y agua caliente. Los pacientes deben bañarse con agua templada no caliente, y evitar el empleo de jabones, especialmente en las extremidades. inmediatamente después del baño,

tienen que lubricarse la piel con una crema o ungüento de corticoide de potencia baja o media. Las lesiones exudativas y costrosas deben tratarse con antibióticos sistémicos activos frente a S. aureus y Streptococcus pyogenes, pues la sobreinfección suele exacerbar el eccema. Los antihistaminicos son útiles para controlar el prurito que acompaña al eccema, pero la sedación que producen pueden limitar su utilidad.

El papel de los alergenios alimentarios en la dermatitis atópica es un tema controvertido, y existen pocos datos sobre la importancia que puedan tener excepto en la lactancia. Un numero significativo de niños menores de tres años que no responden al tratamiento convencional tienen sensibilizaciones alimentarias. Drásticamente las historias obtenidas a través de los padres sobre los alimentos ingeridos no guardan relación con los alergenios alimentarios y La identificación de los agentes causantes se consigue mejor con pruebas de estimulación con alimentos siguiendo un método de doble ciego.

El tratamiento con corticoides sistémicos debe reservarse para Las exacerbaciones graves que no responden al tratamiento tópico. En el paciente con eccema atópico crónico el tratamiento con corticoides sistémicos limpia la piel durante cierto tiempo, al suspender el tratamiento siempre se produce una reaparición de la dermatitis, a veces con mayor intensidad. Los efectos

secundarios de la administración diaria de corticoides sistémicos contraindican su utilización crónica en casi todos los pacientes con dermatitis atópica y la eficacia de las pautas en días alternos es limitada en esta enfermedad.

4.2.3. Dermatitis de Contacto Alérgica. *La forma más reconocida de dermatitis de contacto alérgica (DCA) es la fitodermatitis o dermatitis por plantas. Los componentes de la familia Rhus (hiedra venenosa, roble venenoso y zumaque venenoso) producen una reacción alérgica caracterizada por eritema, vesículas e intenso prurito. La erupción suele ser lineal, correspondiendo a las zonas de la piel que estuvieron en contacto con las plantas. Otros alérgenos son mucho más difíciles de identificar, especialmente si la exposición es crónica y la piel está engrosada y descamada.*

Si se sospecha una DCA y el agente causal se identifica y elimina, la irrupción desaparece. Habitualmente el tratamiento con corticoides tópicos fluorados de gran potencia suele ser suficiente para aliviar los síntomas mientras la DCA sigue su evolución. Los pacientes con un proceso especialmente extenso o que afecta a cara o genitales pueden necesitar tratamiento con corticoides por vía oral. Como la evolución natural de la DCA dura de 2 a 3 semanas el tratamiento debe mantenerse durante todo este tiempo. El tratamiento de la DCA con corticoides por vía oral en pautas cortas, disminuyendo las dosis rápidamente, suele seguirse de una reaparición de las lesiones.

La identificación de un alérgeno puede ser una tarea difícil y larga. En pacientes con una dermatitis que no responde al tratamiento convencional o que muestra un patrón de distribución poco habitual hay que sospechar una DCA. Hay que interrogarles cuidadosamente acerca de exposiciones laborales, medicamentos tópicos y por vía oral. Son sensibilizantes comunes los conservantes de los conservantes de los preparados tópicos, sulfato de níquel, dicromato potásico, sulfato de níquel, dicromato potásico, sulfato de neomicina, perfumes. formaldehído y productos para tratar las gomas. Las pruebas epicutaneas normalizadas son útiles para identificar estos productos, pero no deben aplicarse a pacientes con una dermatitis extensa activa o en tratamiento con corticoides sistémicos.

4.2.4. Impetigo y ectima. *el impétigo es una infección bacteriana superficial frecuente producida por un estreptococo B-hemolítico del grupo A o por S. Aureus. La lesión inicial es una pústula superficial que se rompe y origina la característica costra de color marrón amarillo o <<melicérica>> (del color de la miel).*

Las lesiones producidas por Staphylococcus son ampollas tensas de contenido claro, por lo que esta variedad de la enfermedad se denomina impétigo ampolloso. Las lesiones pueden aparecer sobre piel normal o en zonas ya afectadas por otra enfermedad cutánea. El ectima es una variedad de impétigo localizado en las

extremidades inferiores, que produce lesiones ulcerosas en sacabocados. El tratamiento del impétigo y el ectima, además de una higiene adecuada, consiste en la eliminación cuidadosa de las costras adheridas, facilitada por los lavados con agua y jabón y la aplicación de antibióticos tópicos junto con antibióticos por vía oral adecuados.

4.2.5. Folículitis, furúnculos. *El término folículitis se refiere a una infección estafilocócica que surge en los folículos pilosos. Las lesiones pueden ser superficiales o profundas, y es factible que aparezcan una o más pápulas o pústulas cerca de los folículos pilosos. Este padecimiento es frecuente en las zonas que se rasuran (barba, piernas). También afecta las axilas, el tronco y los glúteos.*

*La **seudofoliculitis de la barba** es una reacción inflamatoria de la cara de varones de pelo rizado causada por pelos que crecen hacia adentro, perforan la piel y causan una reacción irritante. El pelo rizado tiene una raíz curva que crece en un ángulo más agudo que la del pelo lacio. Este problema es común en varones de raza negra, aunque también puede surgir en otros grupo étnicos. El tratamiento inicial es prescindir del afeitado y dejar que crezca la barba. Si esto no es posible, suele recurrirse al empleo de un cepillo de mano sobre el área facial, para extraer mecánicamente los pelos. En caso que el paciente deba rasurarse, suele resultar útil una crema depiladora.*

*Un **furúnculo** es una inflamación aguda que surge en caspas profundas de uno o más folículos pilosos y se disemina a la dermis circundante. Es una variante profunda de los foliculitis.*

*La **furunculosis** consiste en la aparición de furúnculos múltiples o recurrentes. Los furúnculos pueden surgir en cualquier parte del cuerpo, aunque tienden a hacerlo en áreas sometidas a irritación, presión, fricción o sudación excesiva, como nuca, axila o glúteos. Los furúnculos suelen iniciarse en forma de espinillas dolorosa, protuberantes, rojizas y pequeñas. Es frecuente que la infección avance hasta afectar la piel y tejidos subcutáneo adiposo, con dolor espontáneo y a la presión y celulitis en el área circundante. El enrojecimiento e induración corresponde al esfuerzo del organismo por mantener localizada la infección. Luego de la infección bacteriana (generalmente por estafilococos) se produce la espinilla característica. Cuando esto sucede, el centro de la lesión se vuelve amarillento o negruzco y, en lenguaje popular, se dice que “le salió un grano a la persona”³.*

³ IBID. 365-369

4.3. TRATAMIENTO

En el tratamiento de las infecciones estafilococas, es importante no romper la pared protectora de induración con que se localiza la infección. Por tanto, es preciso no exprimir las espinillas por ningún concepto. Por lo general, los trastornos foliculares (foliculitis, forúnculos y ántrax) dependen de estafilococos. Si hay trastornos del sistema inmunitario, los microorganismos causales pueden ser bacilos gramnegativos.

La antibioticoterapia sistémica depende de los estudios de sensibilidad y normalmente está indicada. La terapéutica de primera intención consiste en cloxacilina bucal, dicloxacilina y flucloxacilina, aunque también las cefalosporinas y la eritromicina.

4.3.1 Cuidados del sostén. *Otras modalidades coadyuvantes son administración endovenosa de líquidos, compresas de hielo y otras más, en pacientes gravemente enfermos o intoxicados. Las compresas húmedas calientes aumentan la vascularización y aceleran la resolución del forúnculo o ántrax.*

La piel circundante se limpia con suavidad con un jabón antibacteriano, además de aplicar también un jabón antibacteriano.

4.3.2 Extracción del pus. Si el pus está localizado y es fluctuante (es decir, se mueve a la manera de “olas palpables”), una pequeña incisión con bisturí ayuda a acelerar la resolución, ya que alivia la tensión y garantiza la evacuación directa de pus desechos. Se indica la paciente que mantenga cubierta con un apósito la lesión que drena.

4.3.3. Medidas para evitar la infección. Los apósitos sucios deben manejarse de acuerdo a los lineamientos universales de precaución. El personal de enfermería debe acatar de manera estricta las medidas de aislamiento, a fin de no convertirse en un portador de estafilococos. Durante la atención de este tipo de pacientes, deben emplearse guantes desechables.

4.4. INFECCIONES MICOTICAS (DERMATOFITOSIS)

Tinea capitis (tiña del cuero cabelludo): Infección contagiosa del tallo del pelo. Es común en niños. Placas redondas, rojizas y escamosas, Pequeñas pústulas o pápulas en los bordes. Pelo frágil que se rompe fácilmente en el cuerpo cabelludo.

Tratamiento: Griseofulvina, champú para el pelo dos a tres veces por semana.

Tinea corporis (tiña del cuerpo): Empieza con máculas eritematosas que avanzan a pápulas o vesículas circulares con un centro claro. Las lesiones se encuentran en racimos que pueden extenderse a cuero cabelludo, pelo o uñas. Es prurítica. (La fuente pueden ser las mascotas infectadas).

Tratamiento: Ketoconazol, Griseofulvina.

Tinea cruris (tiña crural o "inguinal"): Prurito con placas pequeñas, rojas, escamosas que se extienden a placas circulares con bordes escamosos o vesiculares. Tratamiento: Medicamento tópicos como clotrimazol, Ketoconazol, miconazol, haloprogín. Trastornos graves: Griseofulvina bucal.

Tinea pedis (tiña de los pies o "pie de atleta"): Prurito en las plantas de los pies y en los espacios entre los dedos afectados. Vesículas inflamadas (agudas) o exantema rojizo, oscuro o escamoso (crónico). Tratamiento: Solución de Burow con absorbentes, permanganato salino o potásico. Antimicóticos tópicos: moconazol clotrimazol. Infecciones resistentes: terbinafina, griseofulvina.

Tinea unguium (tiña ungueal) Más común en las uñas de los pies. Se relaciona con infección micótica de los pies de larga duración. Las uñas se endurecen, se vuelven quebradizas y les falta lustre. Pueden desintegrarse totalmente. Tratamiento: Terapéutica de larga duración (seis meses a un año): griseofulvina (para las uñas de las manos) Loción de anfotericina B; miconazol; clotrimazol. Nistatina (si la etiología es de *Candida albicans*).

4.5. SARNA O ESCABIOSIS

La sarna es la infestación de la piel por el ácaro *Sarcoptes acabiel*. Esta enfermedades ataca a personas que viven en condiciones de higiene deficientes, pero también es frecuente en las muy aseadas y entre quienes tienen actividad sexual. Ahora bien, la infestación no depende de dicha actividad; es común que el ácaro esté en los dedos de la mano y el contacto manual produce el contagio. En

niños, la estancia durante la noche en casa de un amigo o el intercambio de ropa puede ser una fuente de infección. También llega a infectarse el personal asistencial que tiene contacto manual prolongado con pacientes infectados.

La hembra adulta excava un túnel en la capa superficial de la piel y ahí permanece el resto de su vida. Con sus mandíbulas y los bordes afilados de las articulaciones de sus patas anteriores, el ácaro extiende el túnel, deposita unos dos a tres huevecillos diarios durante unos dos meses y después muere. Las larvas eclosionan en tres a cuatro días y pasan por los estados de la larva y ninfa hasta convertirse en ácaros adultos al término de 10 días.

4.5.1. Manifestaciones clínicas. *Se precisan alrededor de cuatro semanas desde el momento del contagio para que aparezca síntomas en el paciente. Este sufre prurito intenso que depende de reacción inmunitaria al ácaro o sus desechos fecales. En el examen se le pregunta dónde es más intenso el prurito. Se emplea una lente de aumento y una lámpara de bolsillos, que se mantiene en ángulo a la piel, mientras se buscan los pequeños túneles con entrada protuberante. Estos pueden ser múltiples, rectos u ondulantes, parduscos o negruzcos y filiforme, y es más común que se observen en los dedos y en las muñecas.*

Otros sitios son las superficies extensoras de codos, rodillas, bordes externos de los pies, puntas de los codos, aréolas (en los senos), péndulos y pliegues inguinal

o glúteos, pene o escroto, o región vecina a estas últimas áreas. La erupciones pruriginosas de color rojizo aparecen entre zonas adyacentes de piel. Empero, no siempre se observan los túneles. Cualquier paciente con exantema puede tener sarna.

Un signo clásico de la sarna es la intensificación del prurito por la noche, que quizá se deba a que el aumento del calor de la piel estimula al parásito. También contribuyen a prurito la sensibilidad al microorganismo y sus excreciones. Si se disemina la infección es factible que familiares y amigos cercanos experimenten prurito poco más o menos un mes después. Las lesiones secundarias son muy frecuentes y abarcan vesículas, pápulas, excoriaciones y costras. Las sobreinfecciones bacterianas resultan de la excoiación constante de los túneles y pápulas.

4.5.2. Evaluación diagnóstica. *El diagnóstico se confirma por la identificación de *Sarcoptes scabiei* o sus excretas en piel. Se secciona una capa superficial de la piel de los túneles o pápulas con un bisturí, y se coloca en un portaobjetos a fin de observarla con un microscopio de baja potencia. Esto permite identificar la presencia del ácaro en cualquiera de sus etapas de desarrollo (adulto, huevecillo, cascarón, larva o ninfa) y sus excretaciones fecales.*

4.5.3. Tratamiento. *se indica al sujeto que se dé un baño de tina con agua caliente y jabonosa o uno de regadera, para eliminar los desechos que se descaman de las costras, y después seque a fondo la piel y permita que se enfríe. Acto seguido, se debe aplicar una capa delgada de lindano crotamitón en toda la piel, desde cuello hacia abajo, ósea con excepción de la cara y cuero cabelludo, que no resultan afectados por la sarna. Se deja el medicamento 12 a 24h, al cabo de las cuales debe lavarse a fondo. Por lo general basta una aplicación, pero es aconsejable repetir el tratamiento en una semana.*

Es importante que el paciente comprenda estas instrucciones, ya que la aplicación del escabicida inmediatamente después del baño y antes de secarse y de que la piel se enfríe aumenta la absorción del medicamento y los efectos colaterales en el SNC, como las convulsiones.

4.6. ENSEÑANZA AL ENFERMO Y CONSIDERACIONES PARA LOS CUIDADOS DADOS EN EL HOGAR.

El paciente debe usar ropa limpia y dormir en una cama con sábanas recién lavadas. Toda la ropa de cama y de vestir debe lavarse con agua muy caliente y secarse con equipo de aire caliente, pues se sabe que los ácaros sobreviven más de 36 h en la ropa lejos del huésped. Si no puede lavarse toda con agua caliente, se recomienda efectuar lavado en seco.

Después de terminar el tratamiento se aplica un ungüento tópico a las lesiones cutáneas, como el de corticosteroides, pues los escabicidas suelen irritar la piel. El estado de hipersensibilidad no desaparece con la destrucción de los ácaros. El prurito suele continuar intenso durante varios días ya que es una manifestación de hipersensibilidad, ante todo en personas atópicas (alérgicas), pero no es un signo de fracaso del tratamiento. Se indica al paciente que no aplique más escabicida, ya que sólo se causaría más irritación y prurito; tampoco debe bañarse con agua caliente a menudo, ya que la piel es reseca y hay prurito.

Todos los familiares y allegados deben ser tratados en forma simultánea para eliminar los ácaros. Si la enfermedad se transmitió por contacto sexual, quizá se precise el tratamiento de enfermedades venéreas coexistentes. La sarna suele aparecer junto con la pediculosis.

4.7. CONSIDERACIONES GERONTOLÓGICAS.

El prurito es intenso en ancianos, pero es común que no padezca la reacción inflamatoria considerable que aparece en personas más jóvenes. La sarna suele pasar inadvertida en ancianos y es factible que el prurito se atribuya erróneamente a la sequedad de la piel que es característica de este grupo de edad o la ansiedad.

En cuanto a los pacientes atendidos en instituciones asistenciales, el personal debe usar guantes cuando proporciones cuidados con contacto manual directo de un paciente en que se supone que hay sarna, en tanto no se confirme el diagnóstico y se inicie el tratamiento. Se recomienda tratar en forma simultánea a todos los residentes, miembros del personal y familiares del paciente para prevenir reinfecciones⁴.

4.8. METODOS DIAGNOSTICOS

Muchas enfermedades cutáneas pueden diagnosticarse por el aspecto clínico macroscópico, pero en ocasiones otros métodos diagnósticos relativamente sencillos pueden proporcionar una información valiosa. En la mayoría de los casos pueden aplicarse en la cabecera del enfermo con un equipo mínimo.

4.8.1. Biopsia cutánea. *La biopsia de la piel es una técnica de cirugía menor muy sencilla; no obstante, es importante biopsiar la zona anatómica con mayores probabilidades de presentar hallazgos diagnósticos. Esta decisión requiere experiencia en enfermedades cutáneas y el conocimiento de las estructuras anatómicas superficiales en lagunas zonas del cuerpo. En esta técnica, una pequeña zona de piel se anestesia con xilocaína al 1% con o sin adrenalina. La*

⁴ *Enfermería Medicoquirúrgica. Brunner y Suddarth 8ª Edición 1997. Pag. 1517 – 1523.*

lesión cutánea en cuestión puede extirparse con un bisturí o un sacabocados. En este último caso, el sacabocados se aprieta contra la superficie de la piel y se gira al mismo tiempo hasta que penetra en el tejido subcutáneo. La biopsia cilíndrica se coge con una pinza y su base se corta con tijeras. La herida de la biopsia puede necesitar sutura según su tamaño y localización.

4.8.2. PREPARACIÓN CON KOH. *La preparación con hidróxido de potasio (KOH) se realiza en lesiones descamativas en las que se sospecha una etiología micótica. El borde de las lesiones se raspa suavemente con una hoja de bisturí y las escamas obtenidas se colocan sobre un portaobjetivos y se tratan con una o dos gotas de una solución de KOH al 10 a 20%. El KOH disuelve la queratina y facilita la visualización de hongos. Cuando la preparación se observa con el microscopio, las rífas refráctiles se ven mejor al disminuir la intensidad de la luz. Esta técnica puede utilizarse para identificar hifas en infecciones por dermatofitos, pseudohifas y esporas de levaduras en las infecciones por Candida e hifas fragmentadas y esporas en la pitiriasis versicolor. La misma técnica puede utilizarse para obtener escamas para cultivo de microorganismo patógenos.*

4.8.3. Frotis de Tzanck. *El frotis de Tzanck, llamado así en recuerdo de Arnault Tzanck, es una técnica citológica utilizada con frecuencia para el diagnóstico de infecciones por virus herpes (simple o varicela-zóster). Se rompe el techo de una vesícula inicial, no una pústula ni una lesión costrosa, y se raspa suavemente su*

base con una hoja de bisturí. El material obtenido se coloca sobre un portaobjetos, se deja secar al aire y se tiñe de Giemsa o Wright. Las células gigantes multinucleadas sugieren la presencia del virus herpes, aunque hay que hacer cultivos para identificar el virus específico.

4.8.4. Diascopia. La Diascopia se utiliza para comprobar si una lesión se blanquea con la presión, como, por ejemplo, para determinar si una lesión roja es hemorrágica o simplemente está llena de sangre. Un hemangioma se blanquea con la presión, mientras que una lesión purpúrica por una vasculitis necrotizante no hace. La diascopia se hace presionando una lesión con un portaobjetos o una lupa y observando el grado de blaqueamiento. Los granulomas suelen tener un aspecto de <<jalea>> en la diascopia.

4.8.5. Luz de Wood. La lámpara de Wood genera una luz ultravioleta de 360nm (o <<negra>>). Con ella, el eritrasma presenta un color característico rojo coral y las *Pseudomonas* un color azul pálido. La tiña del cuero cabelludo producida por algunos dermatofitos como *Microsporum canis* o *M. audouini* muestra una fluorescencia amarilla. Las lesiones pigmentadas de la epidermis como las pecas, se acentúan con la luz de Wood, mientras que el pigmento dérmico como el de la hiperpigmentación posinflamatoria disminuye de intensidad. Con la luz de Wood, el vitíligo se observa totalmente blanco y se ponen de manifiesto zonas aparentemente indemnes. La lámpara de Wood también puede ayudar al

diagnóstico de la pitiriasis versicolor detección de manchas en <<hoja de fresno>> en los pacientes con esclerosis tuberosa.

4.8.6. Pruebas de Parche. *Las pruebas de parche se utilizan para diagnosticar la sensibilidad a un antígeno. Se hacen aplicando una serie de alérgenos sospechosos sobre la espalda del paciente con un método oclusivo y manteniendo su contacto con la piel durante 48 horas . Posteriormente se retiran los parches y la zona se examina en busca de signos de hipersensibilidad retardada. Es preferible que esta prueba la aplique personal con experiencia. Suele ser útil en el estudio de pacientes con dermatitis crónica.*

MARCO LEGAL

Ley 100 por el cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral.

DECRETA

La Seguridad Social Integral, es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen las personas y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrolle para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente la que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Artículo 1. El Sistema de Seguridad Social Integral, tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona, la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana.

El sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico de salud y servicios complementarios.

Artículo 2. Principios.

El servicio público esencial de seguridad social se presentará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integridad, unidad y participación.

Artículo 3. Del Derecho a la Seguridad Social.

El Estado garantiza a todos los habitantes del territorio nacional, el derecho irrenunciable a la Seguridad Social.

Este servicio será prestado por el Sistema de Seguridad Social Integral, en orden a la ampliación progresiva de la cobertura a todos los sectores de la población, en los términos establecidos por la presente Ley.

Artículo 4. Del Servicio Público de Seguridad Social.

La Seguridad Social, es un servicio público obligatorio, cuya dirección, coordinación y control esta a cargo del Estado y que será prestado por las entidades públicas o privadas en los términos y condiciones establecidos en la presente Ley.

5. DISEÑO METODOLOGICO

La investigación de tipo retrospectivo es aquella que registra los datos según van ocurriendo los fenómenos, a través de este tipo de investigación se pueden establecer comparaciones con investigaciones realizadas anteriormente, basado en lo anterior determinamos que esta investigación es de tipo descriptivo por las siguientes razones.

- 1. Se trata de establecer cuales son las patologías dermatológicas más frecuentes.*
- 2. Identifica la población afectada con enfermedades en piel.*

5.1. DELIMITACION

Tiempo : *Esta investigación se inicia el 05 del mes 10 años 2001 y termina para ser sometida a revisión día 09 mes 06 año 2002.*

Espacio : Barrio El Golfo. Centro de Salud Los Olivos. Centro de Salud la Pradera, con un plan de estudio de atención primaria que se siguió para anteproyecto de 3-4-5-6 y 7 semestre para ser ejecutado en el primer período del 2002.

5.1.1. Población y Muestra.

UNIVERSO DE ESTUDIO: El número de menores que tuvieron este estudio fue de 50.

MUESTRA : Para la realización de esta investigación se toma una muestra del 90% considerada como una muestra aleatoria y cuyo procedimiento para tomarla es al azar simple.

5.2.1. Recolección de Datos. Para la recolección de datos de esta investigación se hará uso de la observación directa para detectar las cosas nuevas y fuentes secundarias como la revisión de historias clínicas.

Fase 1.

Revisión de historias clínicas de los años 1999 – 2000.

Fase 2.

Revisión de historia clínica 2001 y aplicación de encuestas.

Fase 3.

Una vez obtenidos los resultados se procederá a clasificarlo y seguidamente se analizaran alrededor de los días 11 al 28 de diciembre del 2001

Haremos uso de tabla de tabulación que nos permita el agrupamiento y contabilización de datos. Una vez que se agrupen los datos serán realizados cuadros estadísticos que los datos sean inteligibles para lectores no especializados.

RECOPIACIÓN DE DATOS

- 1. Información por Planeación Distrital*
- 2. Revisión de Historia Clínicas*
- 3. Antecedentes Históricos por parte de fundadores del sector*
- 4. Información por el SIS del Centro de Salud*

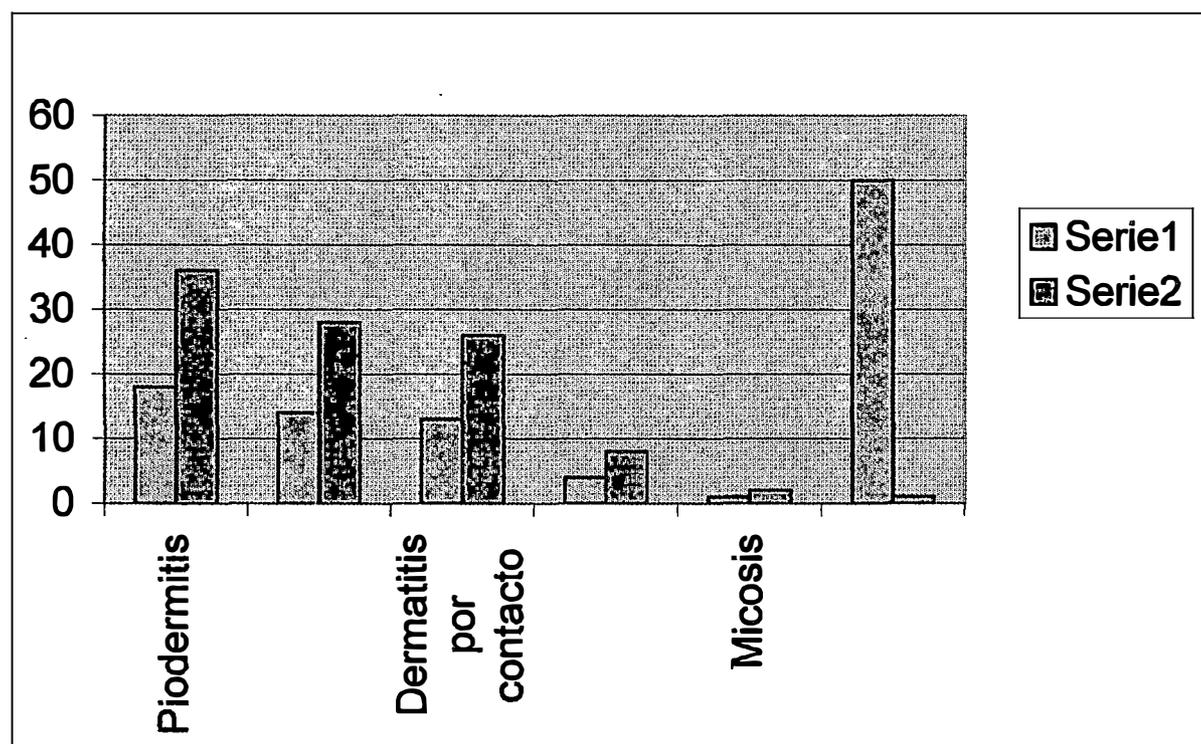
DOCUMENTOS

- Mapa Geográfico del sector el Golfo Olivo*
 - Coordinación constante en el Centro Caifam*
- 1. Integración de estudiantes de otras disciplinas de la Universidad Simón Bolívar en todas las actividades realizadas en el sector.*
 - 2. Apoyo por parte del Cura Párroco de San Carlos Borromeo*
 - 3. Apoyo por parte del médico del Puesto de Salud*

	1.1 VARIABLE	1.1 DEFINICION	1.1 NATURALEZA	1.1 UNIDAD DE MEDIDA	1.1 CATEGORIA	1.1 NIVEL DE MEDIDA	1.1 INTERRELACION
5	2.1 FACTORES SOCIALES	2.1 Es un determinante que condiciona la calidad de vida de una persona	2.1 CUANTITATIVO	2.1 Problemas	2.1 DESEMPLEO VIOLENCIA Educación	2.1 Nominal	2.1 Independiente
3	3.1 EDAD	3.1 Años de vida cumplidos de un individuo	3.1 Cuantitativo	3.1 Años	3.1 07	3.1 Intervalo	3.1 Independiente
4	4.1 POBLACION	4.1 Conjunto de personas que habitan en una determinada área geográfica	4.1 Cuantitativo	4.1 Edad	4.1 Numero de niños	4.1 Nominal	4.1 Independiente
4	5.1 INGRESOS ECONOMICOS	5.1 Aporte de dinero que recibe la familia	5.1 Cuantitativo	5.1 Dinero pesos	5.1 Mínimo, máximo	5.1 Intervalo	5.1 Independiente

Cuales fueron las principales enfermedad en la piel en menores de 7 años en el 2001

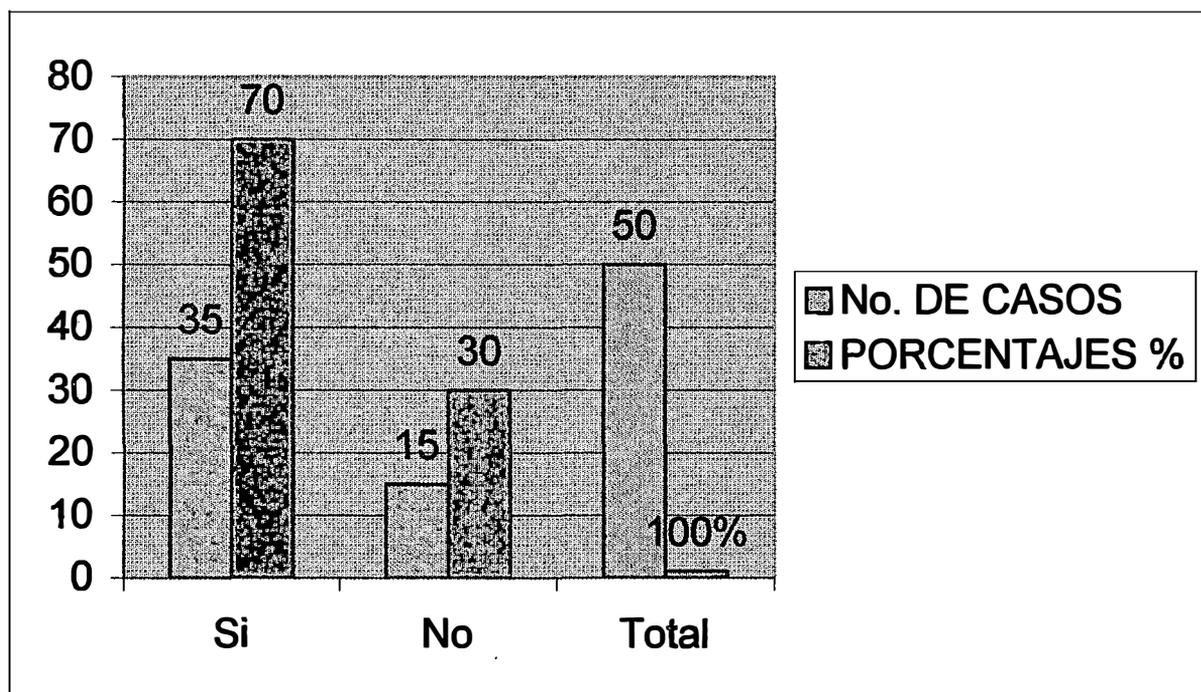
ENFERMEDADES	No. DE CASOS	PORCENTAJES %
<i>Piodermitis</i>	18	36
<i>Escabiosis</i>	14	28
<i>Dermatitis por contacto</i>	13	26
<i>Foliculitis</i>	4	8
<i>Micosis</i>	1	2
Total	50	100%



Conclusión: La principal enfermedad de la piel durante el 2001 fue la piodermitis con 18 casos y un porcentaje del 36%, seguida da la escabiosis con 14 casos y un porcentaje del 28 %, dermatitis por contacto 13 casos y un porcentaje del 26 %, foliculitis 4 casos y un porcentaje del 8 % y por ultimo micosis con 1 caso y un porcentaje del 2 %.

La población ha recibido información acerca de estas entidades dermatológicas?

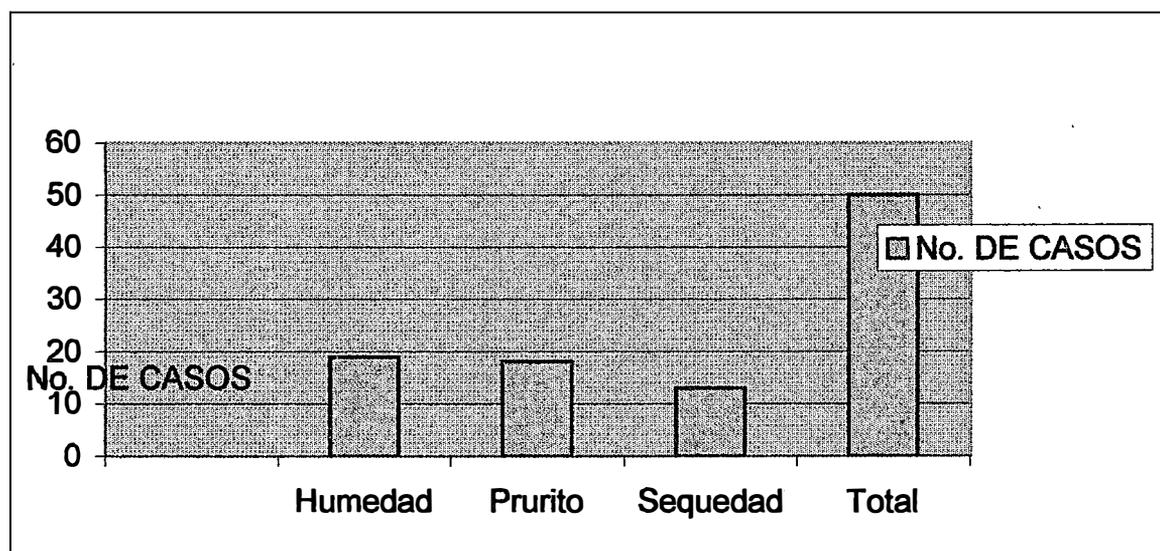
Si	No. DE CASOS	PORCENTAJES %
<i>Si</i>	35	70
<i>No</i>	15	30
Total	50	100%



Conclusión: *El 35% de la población ha recibido información acerca de la entidades dermatológicas mientras que el 30 por ciento no ha recibido.*

Cuales fueron los sintomas más predominante en las enfermedades de la piel en menores de 7 años?

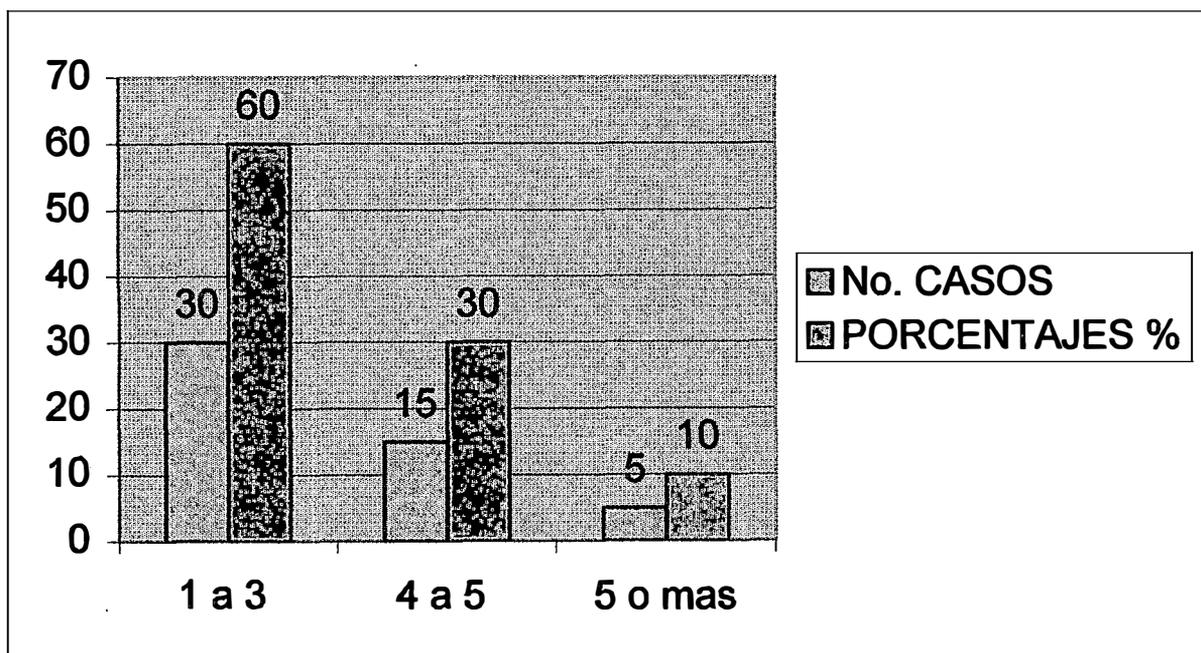
FACTORES DE RIESGO	No. DE CASOS	PORCENTAJES %
<i>Humedad</i>	19	38
<i>Prurito</i>	18	36
<i>Sequedad</i>	13	26
Total	50	100%



Conclusión: *La humedad fue el factor de riesgo más predominante con 19 casos y un porcentaje del 38 %, seguido del prurito con 18 casos y un porcentaje del 36 % y por último la sequedad con 13 casos y un porcentaje del 26 %.*

Cuantos menores de 0 a 7 años presentaron más de una enfermedad en la piel?

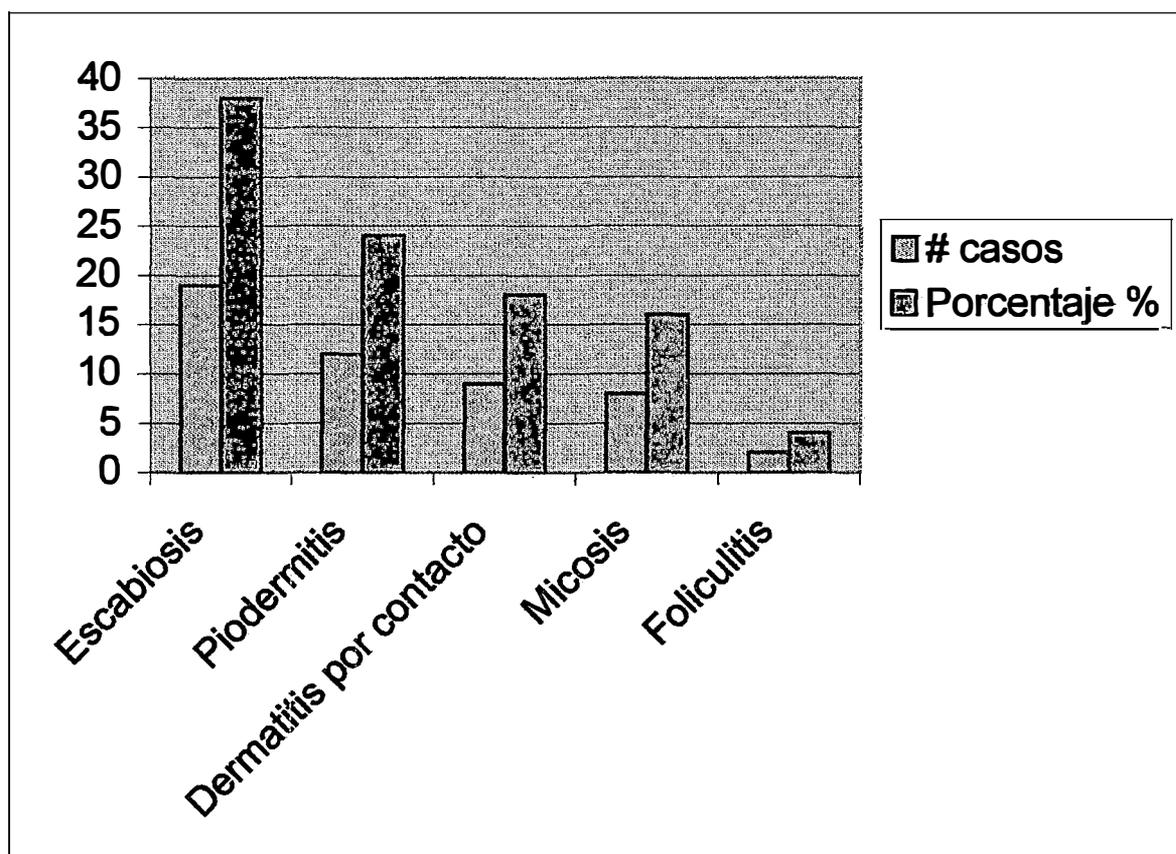
EDAD	No. CASOS	PORCENTAJES %
1 a 3	30	60
4 a 5	15	30
5 o mas	5	10
Totales	50	100



Conclusión: De 1 a 3 años se presentaron más de una enfermedad en la piel con un total 30 casos y un porcentaje del 60% seguido de los menores entre 4 a 5 años de edad con 15 casos para un porcentaje del 30 % y por ultimo entre 5 a 7 años de edad con 5 casos y un porcentaje del 10 %.

Cuales fueron las principales enfermedades en la piel en menores de 7 años que se presentaron en el barrio el golfo entre 1999 al 2000.

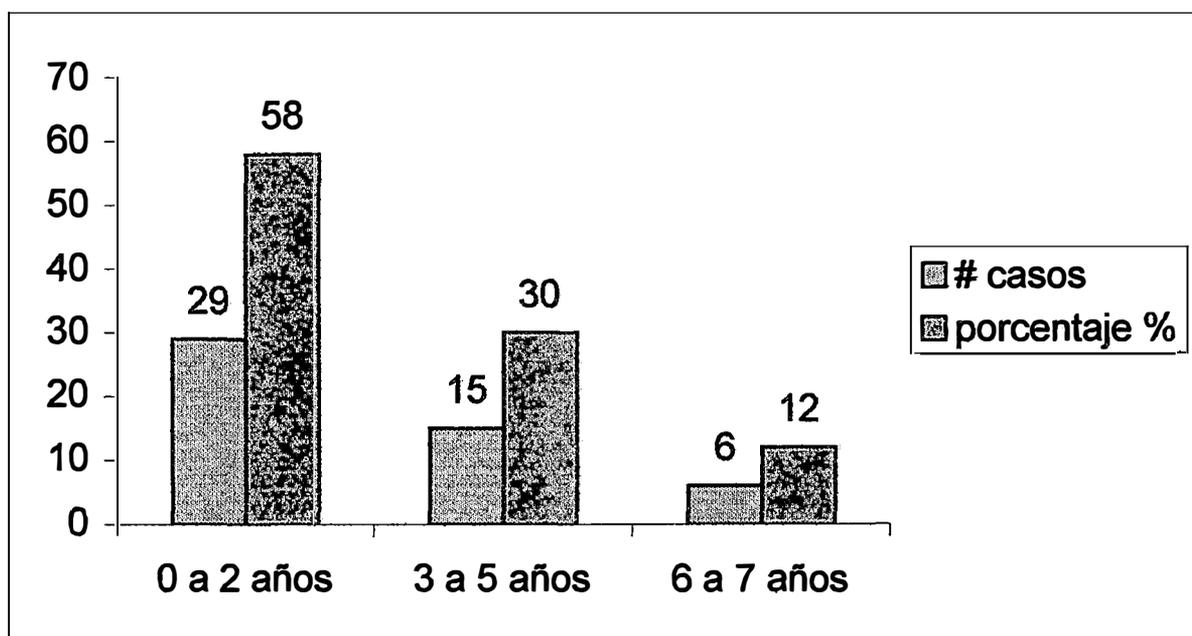
ENFERMEDADES	# casos	Porcentaje %
Escabiosis	19	38
Piodermitis	12	24
Dermatitis por contacto	9	18
Micosis	8	16
Foliculitis	2	4
Total	50	100%



Conclusión: La enfermedad de la piel que se presentó con mayor frecuencia entre 1999 al 2000 fue la Escabiosis con un total 19 casos y un porcentaje 38%, seguida por la piodermitis con 12 casos y un total del 24 %, dermatitis por contacto 9 casos y un total del 18%, micosis 8 casos para el 16 % y foliculitis con 2 casos para un 4%.

En que grupo de edad de 0 a 7 años se presentaron las entidades dermatológicas más comunes.

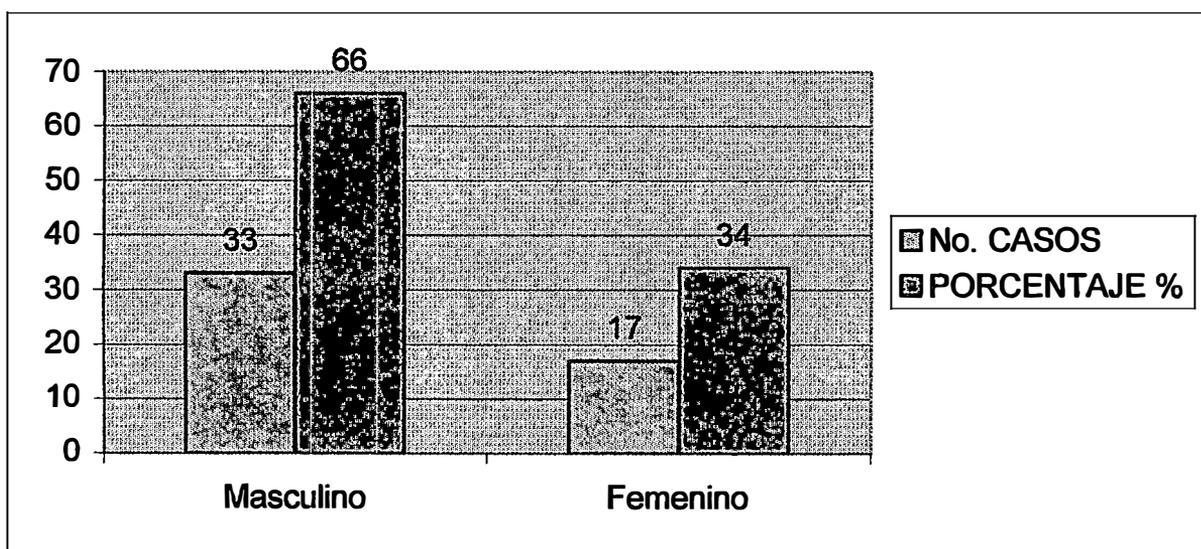
edad	# casos	porcentaje %
0 a 2 años	29	58
3 a 5 años	15	30
6 a 7 años	6	12
Total	50	100%



Conclusión: La edad donde más prevalecieron las enfermedades dermatológicas fueron 0 a 2 años con un total 29 casos y un porcentaje del 58%, seguida de 3 a 5 años con 15 casos para un 30% y por último los niños entre 6 a 7 años con 6 casos par un total del 12 %.

Según el genero donde se presentaron con mayor regularidad las enfermedades de la piel?

SEXO	No. CASOS	PORCENTAJE %
<i>Masculino</i>	33	66
<i>Femenino</i>	17	34
Total	50	100%



Conclusión: *La población masculina es más susceptible a enfermedades en la piel con un total de 33 casos y un porcentaje del 66% mientras que la femenina reporto 17 casos para un total del 34 %.*



ANÁLISIS O RESUMEN DEL TRABAJO

En la ciudad de Barranquilla, Departamento del Atlántico, en el período comprendido entre Agosto 2001 a Junio 2002 se analizaron un total de 50 historias clínicas tomadas aleatoriamente y al azar del Centro de Salud La Pradera y los Olivos.

Con la muestra obtenida se determina, cuales fueron las principales enfermedades de la piel durante el período comprendido de 1999 al 2000, en que generó más las enfermedades de la piel, cuales son los factores de riesgo que predisponen a estar, en qué grupo de edad en 0 a 7 años se presentan estas enfermedades dermatológicas con mayor frecuencia y cuales fueron las enfermedades dermatológicas más frecuentes en el 2001.

Según los resultados obtenidos en este estudio se demostró que durante 1999 al 2000 la enfermedad de la piel que más prevaleció fue la escabiosis con un 38%, el factor de riesgo más predominante fue la humedad, el 60% de los niños que se encuentran entre 1 a 3 años son los más afectados el género masculino en donde más prevalece estas enfermedades (66%), el 70% de la población ha recibido información acerca de estas patologías y que durante el 2001 la enfermedad que mayor prevalencia tuvo fue la prodermitis con un total de un 36% de la muestra.

Se demostró la necesidad de emprender acciones preventivas y educativas contra este tipo de enfermedades y la prioridad de realizar un programa control contra dicha patología.

PRESUPUESTO

RECOPILACIÓN DE BIBLIOGRAFÍA	\$ 70.000
TRANSCRIPCIÓN Y MANO DE OBRA	\$ 170.000
GASTOS PERSONALES	\$ 180.000
TRANSPORTE	\$ 170.000
FOTOCOPIAS	\$ 180.000
PAPELERIA	\$ 170.000
IMPREVISTOS	\$ 90.000
TOTAL PRESUPUESTO	<u>\$ 1.030.000</u>

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

- *Reconocimiento del área*
- *Presentación del grupo*
- *Entrevistas con los grupos comunitarios*
- *Visitas a los Programas del sector*
- *Entrevistas con líderes comunitarios*
- *Censo a toda la población del sector*
- *Tabulación de los datos*
- *Visitas domiciliarias*
- *Entrevistas a la familias residentes en el sector*
- *Charlas educativas*
- *Campañas recreativas*
- *Brigadas de salud*



CONCLUSIÓN

Los resultados obtenidos a través de esta investigación demuestran que los procesos dermatológicos cada día se están incrementando hasta el punto de convertirse en una de las patologías mas consultadas.

Se logró establecer que las principales enfermedades de la piel en menores de 7 años entre los años de 1999 al 2000 fueron en su respectivo orden , escabiosis , piodermatitis , dermatitis por contacto , micosis y foliculitis , mientras que los factores de riesgo mas predominantes fueron la humedad, el prurito y la sequedad. Los niños que se encuentran entre 1 a 3 años de edad fueron los mas vulnerables al presentar mas de una enfermedad en la piel, siendo el genero masculino donde se presentaron los mayores casos. El 70% de la población ha recibido información acerca de estas entidades dermatológicas

Durante el año 2001 las principales enfermedades fueron piodermatitis, escabiosis, dermatitis por contacto, foliculitis, y por ultimo los procesos micóticos.

RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta las condiciones en que se realizó esta investigación sugerimos lo siguiente:

- 1) Realizar más estudios dermatológicos con la finalidad de reportar nuevos casos.*
- 2) Elaborar una programa preventivo para la enfermedades de la piel con el fin de disminuir su prevalencia.*
- 3) Brindar educación incidental y programada con la finalidad de evitar la propagación de esta enfermedad.*



BIBLIOGRAFÍA

- *Enfermería Medico Quirúrgica Brunner y Suddarth. 8ª. Edición 1997.*
- *Enciclopedia Medica Familiar tomo 2 1993.*
- *Wilson Braunward, Principios de Medicina Interna 12º Edición Inter.-americano 1991*

