

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

ENFERMEDADES DE LA PIEL

**Estudio Descriptivo Retrospectivo sobre Prevalencia de
enfermedades de la piel en pacientes que consultaron al puesto de
Salud de la Aldea de San Vicente Cabañas, Zacapa durante el año
de 1992.**

T E S I S

**Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la
Facultad de Ciencias Médicas
de la
Universidad de San Carlos de Guatemala**

por

SERGIO ARNOLDO BAMACA CHACON

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Junio de 1993.

**PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central**

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

ENFERMEDADES DE LA PIEL

**Estudio Descriptivo Retrospectivo sobre Prevalencia de
enfermedades de la piel en pacientes que consultaron al puesto de
Salud de la Aldea de San Vicente Cabañas, Zacapa durante el año
de 1992.**

T E S I S

**Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la
Facultad de Ciencias Médicas
de la
Universidad de San Carlos de Guatemala**

por

SERGIO ARNOLDO BAMACA CHACON

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Junio de 1993.

**PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central**



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 16 de junio
DIF-163-93

de 1993


FORMA C

Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las Ciencias
de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: BACHILLER SERGIO ARNOLDO BAMACA CHACON
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos
Carnet No. 86-12948
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"ENFERMEDADES DE LA PIEL"

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:


Asesor
Firma y sello personal
Dr. Edwin Garcia Estrada
Médico y Cirujano
COL No. 2894


Firma del estudiante


Revisor
Firma y sello
Registro Personal 11657

Dr. Carmelino Ventura M.
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado No. 1119

DL
05
7(6589)

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

HACE CONSTAR QUE :

El Bachiller: SERGIO ARNOLDO BAMACA CHACON

Carnet Universitario No. 86-12948

Previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en su Examen General
Público ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"ENFERMEDADES DE LA PIEL"

Avalado por asesor(es) y revisor, por lo que se emite la presente
ORDEN DE IMPRESION :

Guatemala, 16 de junio de 1993


Dr. Edgar R. De León Barrios
Por Unidad de Tesis


Dr. Raúl A. Castillo Rodas
Director del Centro de Investigaciones
de las Ciencias de la Salud

IMPRIMASE :


Dr. Jafeth Ernesto Cabrera
DECANO



ACTO QUE DEDICO

A DIOS Y A LA VIRGEN MARIA :

FUENTE DE AMOR Y SABIDURIA, DANDOLE
GRACIAS POR PERMITIRME ALCANZAR ESTA
META.

A MIS PADRES :

ARNOLDO Y CARMEN ALICIA, QUIENES CON
TANTO AMOR Y SACRIFICIO SUPIERON
ENCAMINARME HACIA ESTA META.

A MIS PADRINOS :

CON MUCHO AMOR.

A MIS ABUELOS :

CON MUCHO CARIÑO

A MI FAMILIA :

CON MUCHO AMOR LES DEDICO ESTE TRIUNFO
ESPECIALMENTE A MI TIA ANGELICA, ALBA,
SONIA, GLORIA, BLANCA.

A PAPA JUAN :

(Q. E. P. D.) QUE MI TRIUNFO SEA PARA
EL UN SIGNO DE PAZ EN EL CIELO.

A MIS HERMANAS :

SANDRA MARIZOL Y CARMEN VIOLETA CON
MUCHO AMOR FRATERNAL.

A MIS COMPAÑEROS :

LUZ, LUISA, KARINA, ERIK, PEDRO, CARLOS,
RODOLFO, JUAN TOMAS, ANA MARINA, OTTO,
FRANCISCO, PERCY, RAMIRO, BYRON, MAYRA,
MARIHA, PATY, MOISES .
COMO GRATITUD POR LOS MOMENTOS
COMPARTIDOS.

A LAS FAMILIAS :

PAIZ VIDAL, PAIZ DE LEON, PAIZ PAIZ,
CHACON SANCHEZ, AGUILAR PAIZ, ORELLANA
RODRIGUEZ, LOYO RODRIGUEZ, OLIVA
SANCHEZ, TERRAZA CALDERON.

A LOS SEÑORES :

FEDERICO LOYO, VICTOR FLORES, LAZARO
CHACON, FILIBERTO TERRAZA, SAMUEL LOYO,
CARLOS CHACON GONZALEZ, CARLOS TERRAZA.

POR SU AMISTAD Y SU APOYO.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
FACULTAD DE CIENCIAS
FISICA

A LA FAMILIA TISTA VASQUEZ:

CON MUCHO CARIÑO LES DEDICO ESTE TRIUNFO
ESPECIALMENTE A JULIA, DORA KILA,
ARACELY , BERTHA, ENMA, JARA.

A LA FAMILIA TOMAS PALENCIA:

QUIEN SIN SU AYUDA NO HUBIERA ALCANZADO
ESTA META ESPECIALMENTE A HILDA ESTELA,
Y A JULY.

A TODOS LOS PROMOTORES DE SALUD:

LES DEDICO ESTE TRIUNFO ESPECIALMENTE A
DON ISAAC.

A TODOS MI AMIGOS :

CON MUCHO CARIÑO LES DEDICO ESTE TRIUNFO
ESPECIALMENTE : OBDULIO, VICTOR JOSE,
CESAR, BYRON, LOURDES, RODOLFO, PATY,
JULIA MARIA, SERGIO FERNANDO, IVAN,
FREDY, ANTONIO, MARIO, QUIQUE , MARIO,
RONY, MYNOR, MARISOL, YANIRA, EDDY.

A MIS ASESORES:

AL DOCTOR EDWIN GARCIA Y CARMELINO
VENTURA.

AL INSTITUTO RAFAEL LANDIVAR :

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS:

FORJADORA DE PROFESIONALES PARA NUESTRA
PATRIA.

INDICE

	No.	Página
I.- INTRODUCCION	1	
II.- DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA	3	
III.- JUSTIFICACION	5	
IV.- OBJETIVOS	7	
V.- REVISION BIBLIOGRAFICA	8	
PIEL	8	
ENFERMEDADES DE LA PIEL MAS FRECUENTES		
EN LA ALDEA DE SAN VICENTE CABANAS.	13	
PREVALENCIA	29	
MONOGRAFIA DE SAN VICENTE CABANAS	30	
VI.- METODOLOGIA	32	
VII.- PRESENTACION DE RESULTADOS	38	
VIII.- ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	49	
IX.- CONCLUSIONES	52	
X.- RECOMENDACIONES	53	
XI.- RESUMEN	54	
XII.- BIBLIOGRAFIA	55	
XIII.- ANEXOS	58	

I.- INTRODUCCION

En Guatemala, como en los países subdesarrollados, encontramos que las enfermedades infectocontagiosas son las que más predominan. Entre estas enfermedades no podemos dejar pasar por alto las enfermedades dermatológicas, las cuales constituyen un número significativo de consulta por parte de los pacientes que acuden en este caso al puesto de salud de la aldea de San Vicente Cabañas.

Por atender un buen número de consultas por afecciones de la piel se decidió realizar un estudio sobre la prevalencia de enfermedades de la piel, además su distribución en grupo de edad, sexo, zona anatómica más afectada, tratamiento, y el caserío con más consultas por estas afecciones, pertenecientes a dicha aldea. El estudio se realizó durante el periodo comprendido del 1. de enero de 1992 al 31 de diciembre de 1992.

Se encontró una tasa de prevalencia de 70 por cada 1,000 habitantes de la población en general, del total de consultas en el año de 1992 encontramos que un total de 88.5% de las consultas, fue por otras patologías; mientras que por afecciones de la piel, fue de 11.5% del total de consultas.

Entre las enfermedades de la piel que con mayor frecuencia se atendieron tenemos que el Impetigo encontramos un total de 50% de los casos, seguido de Sarcoptiosis con un total del 10.6% de los casos.

El sexo femenino fue el más afectado atendiéndose un total de 61.4% del total de casos, de los grupos de edad que más consultó por afecciones de la piel, el grupo de 1 a 4 años se atendió un total de 30.5% de todos los casos.

La zona anatómica que más fue afectada por afecciones de la piel fue la cara con un total de 28.6% del total de casos, el tratamiento más utilizado fue el de Penicilina Benzatinica con un total de 140 casos.

Es muy importante que el Médico general conozca muy bien las patologías más frecuentes de la piel para que cuando le toque atender estos casos, los diagnostique y trate de la mejor manera.

II.- DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

La piel es el órgano más extenso y superficial del cuerpo, y es una barrera de protección; y a través de la cual se perciben cambios fisiológicos y químicos, su origen es ecto y mesodermico, y la relacionada con todos los órganos del cuerpo y su patología.

Al igual que otros órganos tiene muchas funciones, entre las cuales tenemos: nutrición, conservación, pigmentogenesis, termoregulación, sudación, defensa y absorción. (1,7,12)

La patología cutánea es muy frecuente en la consulta del Médico genera, ya que una buena parte de los pacientes sufren de problemas dermatológicos y el 80% de esta patología está formada por apenas unas 20 entidades de allí que su conocimiento por parte del médico permitirá resolver la mayoría de estas entidades dermatologicas. (15)

Actualmente en nuestro país, las enfermedades de la piel han aumentado en número de casos; bastante significativos, más en el interior del país; por varios factores como: las condiciones higiénicas, el hacinamiento, el tipo de trabajo, el desconocimiento de la gente de este tipo de enfermedades y por no contar con Puesto ó Centro de Salud para tratamiento de estas afecciones.

En el Puesto de Salud de la Aldea de San Vicente Cabañas, Departamento de Zacapa, la mayor parte de la consulta general es **atendida por el EPS rural de Medicina**, en donde se ve aproximadamente un total de 2,500 pacientes al año, la mayoría comprendidos entre las edades de 0 a 14 años de edad y pertenecientes a la raza Ladina, de bajos recursos económicos; se encontró que las enfermedades de la piel fueron una causa de consulta bastante frecuente y además siendo la tercera causa de consulta dentro de las diez primeras causas de consulta en esa

comunidad en el año 1992.

San Vicente Cabañas, consta de una población total de 4,009 habitantes, siendo entre adultos un total de 2,087 habitantes, y de 0 a 14 años un total de 1,922. (3, 11)

La ubicación de la aldea, se encuentra en el municipio de Cabañas, Departamento de Zacapa, a una distancia de 153 Km, se dedican a la producción agrícola y a la crianza de ganado.

Por el momento no se ha realizado algún tipo de investigación sobre cuales son las afecciones de la piel más frecuentes en esta comunidad, y siendo un número de casos de estas afecciones muy significativo, se decide realizar esta investigación para determinar las afecciones de la piel en esta comunidad y así contribuir a realizar estrategias en salud para disminuir el número de casos de estas entidades patológicas y como fin primordial tener controladas estas entidades nosológicas en dicha comunidad.

III.- JUSTIFICACION

Se sabe que en la consulta general, las enfermedades de la piel están presentes en el 33% de los pacientes que acuden a consulta. En Guatemala ocupan el séptimo lugar dentro de las 10 primeras causas de morbilidad. (15)

Sabemos que el Médico general, no le da la debida importancia a estas entidades nosológicas, ya que al paciente le puede afectar en cuestiones estéticas o por otras molestias que ocasionan. También es importante recordar que las enfermedades multisistemicas serias afectan primeramente la piel, si el Médico las pudiera reconocer rápido, se podría diagnosticar y a la vez dar tratamiento a dichas entidades y no se llegaría a consecuencias muy lamentables.

La población de la Aldea de San Vicente Cabañas, esta compuesta en su mayor parte por raza Ladina, tiene bastantes factores que los hace padecer de enfermedades de la piel, en primer lugar la situación socioeconómica de la mayoría de sus pobladores, los cuales la mayor parte viven hacinados y en condiciones higiénicas precarias por falta de agua, letrinas y drenajes, el analfabetismo, etc. Con lo cual los hace predisponentes a padecer de enfermedades infectocontagiosas no sólo de la piel, sino también respiratorias, intestinales y parasitarias, que ocupan los primeros lugares de morbilidad en la Aldea de San Vicente Cabañas.

Además de ser una población eminentemente agrícola también se encuentran predispuestos a padecer de enfermedades de la piel, y hay quienes pierden su trabajo o sus cosechas debido a la incapacidad y molestias que ocasionan estas afecciones.

Debido también al desconocimiento por parte de la mayoría de pobladores de la Aldea de San Vicente Cabañas, de estas

afecciones, han aumentado el número de casos y así también la mayor parte de sus pobladores tratan este tipo de afecciones con medicinas caseras, pero cuando ya verdaderamente el paciente se encuentra bastante mal se dirige al Puesto de Salud para su tratamiento.

Por muchas razones bastante explícitas se lleva a cabo esta investigación; para determinar cuales son las afecciones de la piel más importantes y así poder elaborar un programa para disminuir su número de casos y algo bastante importante, evitar las complicaciones que estas enfermedades puedan ocasionar.

IV.- OBJETIVOS

A.- GENERAL

- 1.- Determinar la prevalencia de enfermedades de la piel en la Aldea de San Vicente Cabañas que consultaron al Puesto de Salud durante el período del 1 de enero de 1992 al 31 de Diciembre de 1992.

B.- ESPECIFICOS

- 1.- Determinar el número de consultas por enfermedad de la piel al Puesto de Salud de San Vicente Cabañas durante el período de estudio.
- 2.- Determinar cual de las enfermedades de la piel es la más frecuente en la Aldea de San Vicente Cabañas que consultaron al Puesto de Salud durante el período de estudio.
- 3.- Identificar cual es el grupo de edad que más consultó por enfermedad de la piel.
- 4.- Determinar cual es el caserío perteneciente a la aldea de San Vicente Cabañas que presenta la mayoría de casos por enfermedad de la piel.
- 5.- Determinar cual es el sexo que más consultó por enfermedad de la piel al Puesto de Salud.
- 6.- Determinar los tipos de tratamiento utilizados en las afecciones de la piel.
- 7.- Identificar el área anatómica más afectada por afecciones de la piel que consultaron al Puesto de Salud durante el período de estudio.

V.- REVISION BIBLIOGRAFICA

A.- LA PIEL

1.- ASPECTOS GENERALES

La piel es un órgano que a pesar de su extensión e importancia por la gran cantidad de funciones que desempeña es todavía mal comprendido. La piel sana es bella, suave, tersa y a la vez resistente y protectora contra el ambiente. De colores variados según la raza, es importante para el desarrollo adecuado de la personalidad. La piel es una cubierta indispensable para una adecuada armonía del organismo, sin falta, como sucede en algunas enfermedades hereditarias y en grandes quemaduras, se pone en peligro la vida o ésta puede ser incompatible con su extensa carencia del revestimiento cutáneo. Por otra parte, la piel recubre los órganos y tejidos del cuerpo humano y está expuesta también a las agresiones que vienen del interior mismo. Muchos han considerado a la piel como el espejo de la Salud e incluso de las emociones, ya que muchas veces una enfermedad psíquica puede manifestarse en la piel o sus anexos. (1, 5, 7, 10, 12, 13)

2.- EMBRIOGENIA

La piel deriva del ectodermo y mesodermo, el primero da origen a epidermis, folículos pilosos, glándulas sebáceas y sudoríparas, uñas, melanocitos y células de Langerhans; el mesodermo da origen al tejido conjuntivo, músculo piloerector, vasos y células de la dermis. (1, 4, 5)

3.- CONSTITUCION ANATOMICA

Un individuo de peso y estatura medios está cubierto por 1.85 mts. cuadrados de la piel que pesa alrededor de 4 Kg, tiene

un volumen de 4,000 centímetros cúbicos y mide 2.2 mm. de espesor; esto equivale a 6% del peso corporal. (1)

La piel presenta en su superficie más de 2.5 millones de orificios pilosebáceos y los llamados pliegues losángicos. Las faneras o anexos de la piel son el vello corporal, la piel cabelluda y las uñas. (1)

4.- DATOS HISTOLOGICOS

Se distinguen la epidermis, dermis e hipodermis, la epidermis está formada (del interior hacia la superficie) por varias capas. La primera es la basal o germinativa, constituida por una sola hilera de células cilíndricas basófilas; los queratinocitos; cada 5 a 10 de estos se intercalan células dendríticas; melanocitos y células de Langerhans. La segunda capa es el extracto espinoso o de Malpighi, formado por varias capas de células poliédricas únicas entre si por puentes intercelulares o desmosomas. La siguiente es el estrato granuloso, constituido por células con granulaciones hematoxilínicas. La última es el estrato córneo, muy grueso en las palmas y plantas, formado por células muertas aplanadas sin núcleo. La unión de la epidermis y la dermis no es plana sino que presenta ondulaciones dadas por las papilas dérmicas y las crestas interpapilares epidérmicas; por debajo de la capa basal hay una membrana basal PAS positiva. (1, 12)

La dermis esta constituida por tejido conjuntivo, vasos, nervios y anexos cutáneos. Hay 3 clases de fibras: Colágenas, Reticulares y Elásticas, una sustancia fundamental formada por mucopolisacáridos y células de varios tipos: Fibroblastos, Histiocitos, Mastocitos, Polimorfonucleares, Eosinófilos y Plasmocitos. La dermis se divide en superficial o papilar, media o reticular y profunda. (1, 5, 12)

La Hipodermis o tejido celular subcutáneo está formado por adipositos y tabiques de tejido conjuntivo.

La melanina es un pigmento que da color a la piel y el pelo no se conoce claramente su función; se cree que protege contra la radiación. (1, 5)

La función sudoral es regulada por el sistema nervioso central y el hipotálamo, la efectúan las glándulas sudoríparas ecrinas y apocrinas. El sudor es un líquido que contiene 99% de agua y 1% de sustancias sólidas como cloruro de sodio, cloruro de potasio y productos orgánicos como la urea; tiene importancia como regulador del metabolismo, el equilibrio electrolítico y la temperatura. (1, 4, 5, 12, 13)

La función sebácea es producto de la acción de las glándulas sebáceas, regidas por productos gonadales y que elaboran ácidos grasos esterificados en 50%, ácidos grasos saturados y no saturados en 20%, colesterol y otras sustancias, como fosfolípidos y vitamina E 5%. (1)

Los productos del sudor y sebo constituyen el manto ácido, emulsión que actúa como cosmético natural; la evaporación del sudor o perspiración insensible da el manto gaseoso; estos dos estratos epicutáneos dan suavidad, elasticidad, protección y evitan roces. La falta o abundancia de estos elementos originan los diferentes tipos de piel. (1, 2, 5, 12, 13, 15, 16)

La función sensorial o perceptiva se efectúa por corpúsculos poco específicos, pero se han relacionado de la siguiente manera: los de Meissner, con el tacto, de Krause, con el frío; de Pacini con la presión profunda; y de Ruffini, con la sensación térmica. Muy importante son las terminaciones nerviosas que se sitúan en la dermis y que son receptores del dolor, sensación indispensable para la vida. (1, 15, 16)

El pelo no desempeña ninguna función vital en el ser humano; da cierta protección y es un rasgo de exhibición social y sexual; se produce en forma cíclica en tres fases: Anágena o activa, Catágena o de transición y Telógena o de reposo. (1, 2, 4, 5)

El complejo pilosebáceo esta formado por el folículo piloso, el pelo, el músculo erector del pelo y la glándula sebácea. Sobre toda la superficie de la piel se encuentran glándulas sudoríparas ecrinas y, en regiones odoríferas, y apocrinas. Las uñas constan de 4 componentes epidérmicos: matriz, borde proximal, lecho ungueal e hiponiquio. Los pelos están formados (del centro a la periferia) por médula, corteza, cutícula, y vainas radicales interna y externa. (1, 2, 5, 12)

5.- FUNCIONES DE LA PIEL

Entre las funciones de la piel tenemos las siguientes: a) queratínica, produce queratina; b) melánica, sintetiza melanina; c) sebáceas, forma el sebo; d) sudoral, sudor y otros solventes; e) sensorial, perceptiva; f) interviene en la regulación térmica el control hidroelectrolítico y el metabolismo general. (1)

La función queratínica se origina en los queratinocitos que forman la capa basal y que al emigrar a la superficie en 3 a 4 semanas, se impacta para producir la capa córnea de queratina, de donde se desprenden en forma continua. El queratinocito está formado por 80% de agua y 20% de aminoácidos, principalmente cisteína, progresivamente pierde su contenido hídrico y en la capa córnea solo tiene un 10%; la cisteína se va a transformar en cistina. La queratina es una fibroproteína rica en azufre con poco líquido y con cierta afinidad por las grasas, resistente a ácidos y álcalis débiles y enzimas, es mala conductora de la radiación. (1, 2, 4, 5, 12, 16)

La función melánica es efectuada por los melanocitos que se encuentran en la capa basal y en cuyos melanosomas se elabora el pigmento melanina, cuya formación se inicia a partir de tirocina que por acción de la tirosinasa se transforma en Dioxifenilalanina (Dopa); está por oxidación se transforma en dopa-quinona y finalmente en Melanina. La cantidad de melanocitos es igual en todas las razas; se rige por la hormona estimulante de los melanocitos producida por la hipófisis. (1, 5, 6, 12)

Las uñas están destinadas a proteger, contra agentes externos, a las extremidades de los dedos de manos y pies; intervienen en la sensibilidad táctil, en la prensión de objetos pequeños y al mismo tiempo participa en forma importante en la regulación de la circulación periférica. (1, 4, 5)

6.- TIPOS DE PIEL

Seca, grasosa, deshidratada, hidratada y mixta. Estos tipos están dados por el grado de hidratación, la edad, el sexo, y por factores individuales o nutricionales. La piel puede ser seca cuando le faltan las grasas; se observa en personas blancas, ha menudo en las manos; da prurito con facilidad. La piel deshidratada se observa en quienes se asolean a menudo y en ocasiones en personas con mala nutrición; es seca y escamosa. La hidratada se ve en la cara de algunas mujeres que tienen grasa en la parte central y piel seca en la periferia. (1)

La piel del recién nacido esta cubierta de un pelo fino o lanugo que cubre casi todo la superficie corporal; después es reemplazada por pelo y vello; esta piel no es por completo normal, porque no' esta bien desarrollada y es grasosa, lo que origina costras y escamas en cara y piel cabelluda, en ocasiones por influencias hormonales de la madre, se observa en los primeros meses de vida la "Pubertad en Miniatura", manifestada

por hiperplasia de glándulas sebáceas en el dorso de la nariz, tumefacción de glándulas mamarias e hiperplasia del epitelio vaginal, que puede acompañarse de hemorragia y leucorrea vaginal. En el lactante y preescolar tampoco ha completado su desarrollo la función sudoral.

La piel del adolescente es áspera y seborreica; en el anciano disminuyen las funciones de la piel.

La piel en realidad normal o equilibrada puede observarse alrededor de los 3 a 6 años de edad o cerca de los 25 años o antes que aparezcan manchas y arrugas.

B.- ENFERMEDADES DE LA PIEL MAS FRECUENTES EN LA ALDEA DE SAN VICENTE CABAÑAS, DEPARTAMENTO DE ZACAPA

Entre las enfermedades dermatológicas mas frecuentes de la aldea de San Vicente Cabañas, tenemos:

1. Impetigo contagioso o Impetigo de Tilbury Fox:

a. Definición Enfermedad contagiosa y autoinoculable muy frecuente sobre todo en la niñez; se caracteriza por ampollas casi siempre efímeras, que son reemplazadas por pústulas que rápidamente se desecan en costras mielicéricas que recubren una erosión puramente epidérmica. (1, 2, 4, 12, 15)

b. Etiología: Es producido por el estreptococco B-hemolitico del grupo A, tipos M (2, 49, 55, 56, Y 57) y T (25/IMP, t-12, 19, 3/8-3264, 14/49), el tipo 12 se conoce también como nefritogénico. (1, 12, 14, 16.)

c. Cuadro Clínico: El impétigo puede ser primario (aparece sobre una piel sin dermatosis previa) o secundario (sobre una

dermatosis preexistente). La forma primaria se localiza habitualmente alrededor de los orificios naturales: boca, fosas nasales, pabellones auriculares y ojos, como consecuencia de una infección en estos sitios que provoca las lesiones cutáneas. La lesión inicial es una ampolla de contenido claro, rodeada de un halo eritematoso, que en pocas horas se transforma en pústulas; el techo se rompe y aparece un exudado seroso o seropurulento que se desase y origina las costras mielicéricas. Las lesiones puede evolucionar espontáneamente y dejar una piel erodinada, después una mancha de color rosa; al curar la epidermis se regenera sin dejar cicatriz. (1, 12, 15)

La forma secundaria o impetiginización puede aparecer en cualquier parte del cuerpo; las lesiones son las mismas: eritema, ampollas, pústulas y costras mielicéricas. Esta forma se asienta casi siempre sobre una dermatosis previa pruriginosa.

Regularmente todas estas lesiones aparecen en pacientes con malas condiciones higiénicas y malas condiciones sanitarias. (1, 12)

d. Complicaciones: en general ninguna puede haber fiebre, malestar general, adenopatía regional. En impetigos muy extensos y en climas calientes se ha informado Glomerulonefritis en 2 a 5% de los enfermos.

e. Exámenes de Laboratorio: no son indispensables, para estudios bacteriológicos pueden tomarse muestras en caldo de infusión de cerebro-corazón y como medios de cultivo utilizar agar sangre de borrego a 5%, Mac-Conkey y agar sal de manitol y medio líquido de tioglicato de sodio con dextrosa e indicador. (1, 2)

f. Tratamiento: lavado con agua y jabón y aplicación local de un antiséptico débil en fomentos o baños para eliminar mecánicamente las costras. En general con una dosis de Penicilina Benzatínica,

600,000 a 1,200,000 UI en adultos y 300,000 a 600,000 UI en niños y las adecuadas medidas higiénicas. (1, 12, 15)

2. Sarcoptiosis, Sarna ó Escabiosis:

a. Definición: dermatosis pruriginosa, que tiende hacer generalizada con predominio en pliegues y genitales; se caracteriza por pápulas, costras hemáticas, pequeñas vesículas y túneles; es transmisible; generalmente familiar.

b. Etiología: la sarcoptiosis es producida por el acaró sarcoptes scabiei var Hominis, parásito obligado que se multiplica solo en la piel humana. La hembra vive en promedio 4 a 6 semanas en un túnel que escaba en la capa córnea, paralelo a la superficie cutánea, al final del cual deposita de 40 a 50 huevos que pasan luego por estado de larvas, ninfas y estado adulto en un período de 14 días. (1, 4, 12, 13, 14, 15)

c. Cuadro Clínico: en niños la dermatosis es generalizada; en adultos casi nunca afecta a la cabeza, ni piernas ni pies; la dermatosis está limitada por unas líneas imaginarias que pasan por hombros y rodillas (Las líneas de Hebra). En niños las lesiones predominan en piel cabelluda, palmas, plantas y pliegues. En adultos, en cara anterior de muñecas, pliegues interdigitales de manos, caras internas de brazos, antebrazos y muslos, ombligo, pliegues submamaros y pezones. Hay numerosas pápulas y costras hemáticas; pocas veces se observan las lesiones elementales características: un túnel de 2 a 3 mm., sinuoso, ligeramente pigmentado con una pequeña vesícula en la parte terminal, más fácilmente visibles en palmas y plantas en personas blancas; algunas lo denominan inadecuadamente surco. La evolución es aguda, subaguda o crónica; el prurito es muy intenso, sobre todo en las noches.

d. Complicaciones: impétigo secundario y dermatitis de contacto menos frecuentes son los abscesos, linfangitis, adenitis, eritema tóxico y glomerulonefritis en casos muy extensos con infección secundaria. (1, 4, 5, 12)

e. Exámenes de Laboratorio: ninguno indispensable para el diagnóstico; se confirma este con el dato epidemiológico familiar.

f. Tratamiento: La terapéutica debe ser familiar con lavado diario de ropa personal y de cama. Se puede utilizar los siguientes medicamentos: Hexacloruro de gammabenceno al 1%; benzoato de bencilo a 20% en cualquier preparado comercial o en aceite de almendras dulces o una crema de crotamitón al 10%, es necesario frotar durante unos 10 minutos, dejar toda la noche y baño al día siguiente, repitiendo la aplicación de 3 a 5 días. (1, 4, 5, 10, 12, 15)

3. Tiñas, Dermatofitos o Epidermofitosis:

a. Definición: Micosis superficiales que afectan piel y anexos, causadas por hongos parásitos de la queratina llamados dermatofitos que excepcionalmente invaden tejidos profundos. (1, 12,)

b. Etiología: los dermatofitos se agrupan en 3 géneros: Trichophyton, Microsporum y Epidermophyton. Según su adaptación pueden ser geófilos, zoófilos y antropófilos; todos son patógenos para el ser humano. (1, 13, 14.)

c. Cuadro Clínico: Tinea de la cabeza o tinea capitis: es producida predominantemente por M. canis y T. tonsurans. La variedad se manifiesta por descamación y "pelos tiñosos": pelos cortos (2 a 3 mm), gruesos quebradizos deformados y en ocasiones con una vaina blanquecina. Las tiñas tricofíticas dan placas

pequeñas e irregulares intercaladas con los pelos sanos. Las tineas microspóricas originan una o pocas placas redondeadas, bien limitadas con los pelos tiñosos cortados al mismo nivel. La variedad inflamatoria o Querion de Celso es producida más a menudo por *M. canis* y *T. mentagrophytes*; da un plastrón inflamatorio constituido por múltiples pústulas y abscesos, que es doloroso al tacto; hay adenopatía satélite y no hay fiebre en etapa avanzada constituye el querión verdadero, tomó este nombre de su aspecto pues quiere decir "panal". La alopecia es muy importante y es difícil encontrar pelos tiñosos; sin tratamiento puede dejar alopecia definitiva. (13, 14.)

Tiña del cuerpo, tinea corporis o herpes circinado: puede originarse por *M. canis*, *T. rubrum*, *T. tonsurans*, *T. mentagrophytes* y *E. floecosum*. Hay eritema y escamas en placas redondeadas, con bordes activos vesiculares, con prurito. La variedad micróspórica da placas pequeñas (0.5 a 2 cms) y múltiples la tricofítica, pocas y grandes placas, pero éstas son muy extendidas en lugares tropicales. Una forma de esta variedad es el Tokelau o tiña imbricada por *T. concentricum*, que se manifiesta con escama, adheridas por uno de sus bordes dispuestos en forma concéntrica y con aspecto de encaje; sólo afecta a determinados grupos étnicos. (1, 12, 13.)

Una variedad poco conocida es la dermatosis glútea dermatofítica del lactante o epidermofitosis de la zona del pañal; se presenta en menores de 3 años de edad; afecta a la zona del pañal y las partes vecinas y se caracteriza por placas eritematoescamosas anulares y pápulas, con pocas vesículas que dejan áreas de piel sana.

Tiña de la ingle, tiña cruris o eccema marginado de Hobra: se presenta en regiones inguinocrurales y periné; en ocasiones se extiende a escroto, abdomen y nalgas. Se observan placas eritematoescamosas con borde vesicular de evolución crónica y

prurito intenso. Es frecuente en zonas calurosas y en quienes permanecen sentados mucho tiempo. (12, 13.)

Tiña de los pies, Tinea pedis o pie de atleta, se localiza en los pliegues interdigitales, plantas y bordes de pies; puede dar grietas, fisuras, escamas, vesículas y zonas de hiperqueratosis. (12, 13.)

Tiña de las manos o Tinea manuum: afecta a una o ambas palmas hay hiperqueratosis difusa, descamación, anhidrosis, eritema y a veces algunas vesículas; si se extiende al dorso, el aspecto es como tiña del cuerpo.

d. Exámenes de Laboratorio: en el examen directo de escamas se encuentran filamentos y esporas, el medio de cultivo es de Sabouraud simple o con antibióticos determina la especie.

e. Tratamiento: debe administrarse griseofulvina, antibiótico micostático, por vía oral, 10 a 20 mg. por kilo de peso al día en tiña de la cabeza y en ocasiones de ingle y pies. (1, 12, 13, 15)

Localmente se puede administrar por uno o dos meses en tiñas de la piel lampiña cualquiera de los siguientes fármacos: toques yodados de 0.5 a 1% tolnaftato a 1% en solución, crema o talco; miconazol a 2% o clotrimazol a 1% en crema o solución aplicados dos veces al día; también se utilizan tolclato, pirrolnitrina, ácido undecilénico, isoconazol, oxiconazol, tioconazol, y sulconazol en crema a 1%. La crema de ketoconazol a 2%. El bifonazol a 1% en crema, solución, gel o polvo, tiene la ventaja de usarse solo una vez al día.

4. Forunculosis:

a. Definición: afección profunda del folículo piloso que produce necrosis e intensa reacción perifolicular; se localiza principalmente en pliegues axilares e inguinales, muslos y nalgas; se caracteriza por pústulas o abscesos que al abrirse dejan una cicatriz; la reunión de varios abscesos origina el ántrax estafilocócico.

b. Etiología: se origina por *S. Aureus* que determina una necrosis central con destrucción del pelo, el folículo y la glándula sebácea; la dificultad temprana del drenaje contribuye a la dureza y dolor; si se intercomunican los abscesos se forma el ántrax. Localmente la favorecen la humedad, el roce y la mala higiene personal.

c. Cuadro Clínico: se localiza en cualquier lugar con folículos pilosebáceos; predomina en pliegues axilares, inguinales, cuello, muslos, nalgas y cara. Se caracteriza por pústulas o abscesos dolorosos de 1 a 3 mm. hasta 1 a 2 cmts. bien delimitado, rodeados de un halo eritematoso; al abrirse dejan salir un pus espeso y amarillento llamado "Clavo" que deja una cicatriz.

d. Complicaciones: entre las complicaciones tenemos ántrax, otras complicaciones mas raras son: osteomielitis, septicemia y lesiones renales.

e. Tratamiento: aseo con agua y jabón, usar polvos secantes como talcos o soluciones antisépticas de yodo al 1%, también se recomienda dicloxacilina, oxacilina ó eritromicina, 1 a 2 gramos al día por 1 semana. (1, 12, 13, 15, 20)

5. Urticaria:

a. Definición: síndrome reaccional de la piel y mucosas, caracterizado por edema y ronchas pruriginosas debidas a un edema vasomotor transitorio y circunscrito de la dermis que dura algunas horas; puede ser recidivante y tener causas alérgicas, no alérgicas o ser de origen desconocido.

b. Etiología: puede originarse por fármacos, alimentos, alérgenos inhalados, infecciones, factores psicológicos, enfermedades generalizadas, sustancias penetrantes y por contacto, picaduras y mordeduras de insectos y artrópodos, procesos que activan el complemento y el depósito de complejos inmunitarios, anormalidades genéticas y agentes físicos. (1, 2, 8, 12, 15)

c. Cuadro Clínico: puede ser localizado, diseminada o generalizada; las lesiones son ronchas o habones, que son levantamientos mal definido de tamaño, forma y número variable; dan el aspecto de piel de naranja, duran minutos u horas y cursan con prurito acentuado, la evolución es aguda o crónica y recidivante.

d. Exámenes de Laboratorio: se orienta según la anamnesis, puede ser útil la biometría hemática, el examen general de orina y coproparasitoscópico, frotis vaginal, criofibrinógenos, reacciones cutáneas, dietas de eliminación, radiografías y pruebas para agentes físicos como frotar la piel o exponerla al frío, luz o calor.

e. Tratamiento: cuando no se encuentra la causa desencadenante es sintomático. Debe suspenderse el consumo de aspirina. Se utiliza antihistaminicos bloqueadores de los receptores H1 y H2 se recomienda: Difenhidramina, Ciproheptadina, Ketotifeno, Terbulina, Hidroxicina, Loratidina, Astemizol, Oxatimida y

Terfenadina o Cromoglicato de Sodio. También puede usarse Cimetidina, Amitriptilina y Reserpina en dosis de 1 a 2 miligramos al día. (1, 12)

6. Dermatitis de Contacto o Eccema de Contacto:

a. Definición: síndrome reaccional causado por la aplicación de una sustancia en la piel; puede ser eczematoso agudo o liquenificado y crónico; se origina por un irritante primario o por un mecanismo de sensibilización. Es favorecida por humedad e higiene deficiente.

b. Etiología: puede causarla cualquier sustancia u objeto que este en contacto directo con la piel. El mecanismo de producción es por irritante primario o por sensibilización; si interviene la luz puede ser fototóxica o fotoalérgica. La dermatitis de contacto o por irritante primario, venenata o no inmunológica puede originarse por irritantes débiles o por irritantes fuertes (tóxicas). La primera se debe a acumulación por acción repetida y prolongada de una sustancia; la tóxica se presenta al primer contacto.

La dermatitis por sensibilización o alérgica aparece en individuos previamente sensibilizados, se produce una reacción inmunitaria tipo 4 en la que actúan linfocitos inmunocompetentes que pueden reaccionar con un complejo hapteno proteína específico; esta reacción depende del potencial de sensibilización del agente químico y de la integridad del sistema reticuloendotelial y de los mononucleares. Los factores predisponentes son: atopia, humedad, sudación e higiene personal deficiente.

c. Exámenes de Laboratorio: las pruebas más importantes son las de tipo epicutáneo llamadas (pruebas al parche), que de resultar positivas, solo ponen de manifiesto una alergia por contacto.

Las pruebas de fotoparche se usarán cuando se sospeche de fotoalérgia.

d. Tratamiento: evitar las sustancias u objetos causantes; explicar ampliamente la naturaleza de la enfermedad para evitar la recidiva; medidas preventivas como el uso de doble guante (algodón y polivinilo), sobre todo las amas de casa, que deben evitar el caucho. Es necesario evitar jabones y detergentes, no deben recomendarse dietas. En tratamientos agudos puede utilizar fomentos fríos con su acetato de plomo a partes iguales con agua destilada. En casos crónicos deben usarse pomadas o cremas lubricantes inertes, linimento oleocalcáreo o algún tipo de aceite. En lesiones muy liquenificadas son útiles las pomadas con alquitrán de hulla a 1 - 2% por periodos de 3 a 4 semanas y evitar la exposición de la luz solar. (2, 4, 5, 8, 9, 10, 12, 15, 18, 20, 21)

7. Celulitis:

a. Definición: es la inflamación aguda de la piel y del tejido celular subcutáneo caracterizado por dolor, hipersensibilidad, eritema, fiebre y linfadenopatía regional.

b. Etiología: a pesar de que estas infecciones suelen ser causadas por estreptococos de grupo A, también pueden ser producidas por estreptococos beta hemolíticos de grupo G, B, o C.

c. Cuadro Clínico: se observa una inflamación aguda, se caracteriza por dolor, eritema, fiebre, y linfadenopatía regional, y además se diferencia de la erisipela porque los límites de las lesiones no están elevadas y ni bien delimitados.

d. Tratamiento: se utiliza penicilina procaína 800,000 UI. cada 24 hrs. por 8 a 10 días.

8. Pitiriasis Versicolor, Tinea Versicolor, Tinea Flava,
Mal de Amores.

a. Definición: micosis superficial producida por el complejo lipófilo *Malassezia furfur*; *Pityrosporum orbiculare*, *P. ovale*; se caracteriza por manchas hipo o hiperocrómicas cubiertas por una escama fina y que predomina en el tronco.

b. Etiología: el agente causal *M. furfur* está en la capa córnea en forma de esporas en racimos y filamentos cortos. Se cree que la levadura de *P. ovale*, que es saprofita en los folículos cambia ha su forma micleal patógena (*M. furfur*), en condiciones favorables dadas por calor, sudación, sebo y aplicación de grasas en la piel o por un defecto en la producción de linfocinas, origina las conocidas manifestaciones clínicas; la hipocromía parece deberse a un defecto citotóxico sobre el melanocito y la producción del ácido decarboxílico que inhibe la tirosinasa.

c. Cuadro Clínico: las lesiones tienen una distribución centripeta que afecta tórax, espalda y raíces de extremidades; rara vez se extienden a cuello, antebrazos o parte distal de extremidades; en niños puede afectar a la cara, sobre todo en zonas donde la temperatura y la humedad son elevadas. La dermatosis está constituida por numerosas manchas lenticulares hipocrómicas, cafés o rosadas, cubiertas por una escama furfurácea; en ocasiones son lesiones foliculares; la mayor parte son aisladas pero, puede confluir y formar grandes placas.

d. Exámenes de Laboratorio: si se raspa con una cureta o con la uña se hace una marca en la piel al desprenderse las escamas (signo de Besnier). En el examen directo con Potasa de 20 a 40% o con la prueba de la cinta adhesiva transparente (Scotch tape test) se observan las esporas en racimos de uvas y los filamentos cortos. El cultivo debe realizarse en medios enriquecidos con lípidos, como aceite de Olivo al 10%. Con luz de Wood se

observan mejor las lesiones clínicas sobre todo las poco notorias.

e. Tratamiento: casi todos los tratamientos locales preconizados dan buen resultado, pero la cronicidad se explica por la dificultad de erradicar los factores predisponentes; las recaídas en lugares tropicales son la regla; antes de 1 año se observan en 60% y en dos años 80%. Después de la curación pueden persistir manchas hipocrómicas residuales.

Se usan toques yodados al 1%, tolnaftato en loción o crema, disulfuro de Selenio o champú, hiposulfito de sodio al 20% en solución acuosa; todos se aplican localmente durante varias semanas. El ketoconazol 200 mg. al día en una sola dosis por las mañanas, durante 10 días a 1 mes, es excelente. De uso reciente es el Itraconazol por vía oral y el champú con piritione de zinc, se pretende usar en forma profiláctica 1 vez al mes ketoconazol, 200 mg. o una aplicación de Piritione de Zinc.

9. Prurigo solar, Dermatitis solar, Erupción Polimorfo Luminica.

a. Definición: fotodermatosis de las partes expuestas a la luz del sol, de evolución crónica y pruriginosa, de aspecto polimorfo; al principio hay eritema, pápulas, costras hemáticas, y zonas de eccema; en etapas tardías predominan las liquenificación.

b. Etiología: se han propuesto factores raciales, alimentarios, hormonales y genéticos. La frecuencia familiar es de 3 a 15% la herencia es autosómica dominante con baja penetrancia. Se ha encontrado relación con el HLA-B15. Se cree que la exposición a radiaciones UB-B y en menor grado UB-A inducen la producción de fotoproductos que podrían estimular la inmunidad celular, manifestada por la aparición de lesiones en 24 a 48 hrs. o varios

días después.

c. Cuadro Clínico: esta diseminada a frente, mejillas, dorso de la nariz, pabellones auriculares, zona del escote, cara externas de brazos y antebrazos, dorso de manos y (en las mujeres) caras anteriores de las piernas. No afecta los pliegues de los párpados superiores. La dermatosis está constituida por eritema, pápulas, papulovesículas, costras hemáticas y exulceraciones; puede haber zonas de eccema o liquenificación hipo o hiperpigmentación y cicatrices residuales.

d. Medidas Preventivas: uso preferentemente de algodón que impida la penetración de radiaciones electromagnéticas. Evitar exposición a fuentes artificiales de luz (fluorescentes) y a la luz solar, sobre todo de las 9:00 a las 16:00 horas. Debe prohibirse el uso de jabón; no se requieren dietas especiales, en la población general, no recomendar baños de sol en forma desmedida y recomendar un filtro solar adecuado.

e. Tratamiento: Por vía oral Cloroquinas (como el Difosfato de Cloroquina) 250 mg. por las mañanas durante varios meses, vigilando de cerca al paciente por los posibles efectos tóxicos, principalmente oftalmológicos (como una Retinopatía). La Talidomida de 100 a 200 mg. por la noche da magníficos resultados; después se reduce la dosis progresivamente, "No debe administrarse a mujeres embarazadas", los Glucocorticoides están contraindicados.

En forma local pueden utilizarse sustancias que impiden el paso de la luz como: talco, calamina, bentonita, óxido de Zinc, dióxido de Titanio, pero tiene el inconveniente de dejar la piel de un color blanco o rosado, puede utilizarse sustancias filtro como el ácido Paraminobenzoico de 3 a 5% en solución alcohólica, las benzofenonas o la antipirina del 1 a 3%.

10. Mastitis:

a. Definición: otra causa común de morbilidad tardía en el postparto, es el desarrollo de mastitis o absceso de mama. En general las pacientes que se encuentran durante la lactancia, presentan una grieta superficial en el pezón de una o ambas mamás y muestran enrojecimiento y dolor en ellas antes de consultar al médico.

b. Etiología: La infección resulta de la penetración de estafilococos o estreptococos en la mama a través de una superficie erosiva o desgarrada de pezón, o por vía de los conductos lactíferos cuando penetran en el pezón, las infecciones por estafilococos dorados suelen supurar cuando invaden más profundamente y la formación de abscesos es más común con este microorganismo.

c. Cuadro Clínico: a nivel del pezón se presenta, eritema, dolor a la palpación, y una grieta superficial en la piel, puede ser en uno o ambos pezones.

d. Exámenes de Laboratorio: es necesario realizar frote y cultivo en el área afectada, ya que a veces pueden estar otros microorganismos produciendo infección.

e. Tratamiento: el tratamiento es una penicilina semisintética como la dicloxacilina la cual ha dado buenos resultados en el mejoramiento de esta infección.

11. Herpes Simple:

a. Definición: es una enfermedad que puede aparecer como una primoinfección herpética, la cual puede ser aparente o subclínica y recurrencias del mismo proceso ante condiciones variadas de stress.

b. Etiología: es producido por dos tipos de herpes virus hominis los cuales son: el tipo I y el tipo II, estos virus son ADN virus.

c. Cuadro Clínico: se manifiesta como grupos de vesículas muy juntas pero no confluyen y que al romperse dejan erosiones superficiales; la piel adyacente suele presentar variables grados de eritema y edema; es frecuente que el paciente de historia de dolor, refiriendo prurito y sensibilidad previos a la aparición de las vesículas; si ocurre en la mujer embarazada puede provocar malformaciones congénitas o contaminar al bebé por el canal del parto. La primoinfección puede aparecer como: gingivostomatitis herpética aguda, meningoencefalitis herpética, vulvovaginitis herpética, queratoconjuntivitis herpética y el herpes simple generalizado. Las dos formas más comunes de herpes de recidiva son la labial (Tipo 1) y la genital (Tipo 2).

d. Tratamiento: para la gingivostomatitis herpética aguda se indica reposo en cama, analgésicos, dieta líquida, antibióticos sistémicos como ampicilina, enjuagatorios con agua bicarbonatada y gammablobulina. El herpes recidivante se utilizó varios medicamentos como: colorante para fotoinactivación; estimuladores inmunes no específicos (BCG, vacunas antivariolísticas, de polio, fiebre amarilla, e influenza); levamisole; interferones alfa, beta y gamma.

12. Pitiriasis alba, Impetigo seco.

a. Definición: Dermatitis crónica de origen desconocido, quizá bacteriana; frecuente en escolares y caracterizada por manchas hipocrómicas cubiertas por una descamación fina que se localiza principalmente de cara.

b. Etiología: se desconoce la causa, se atribuye a estafilococos aureus coagulaza positivo y estreptococo viridans; también se considera como una reacción cutánea a focos infecciosos en otros sitios, por lo que podría incluirse en el grupo de las eccemátides. Se relaciona con piel seca, mala higiene corporal, costumbre de no usar pañuelos, exposición excesiva a la luz solar y terreno atópico o seborreico. La hipocromía a sido atribuida a cambios post-inflamatorios, disminución en tamaño y número de melanosomas, menos melanocitos activos, baja capacidad de las células epidérmicas de tomar gránulos de melanina o probable efecto de pantalla de una epidermis hiper y paraqueratósica.

c. Cuadro Clínico: se localiza en la cara, mejillas, región maseteriana, frente, alrededor de orificios nasales, boca y conducto auditivo externo así como en caras externas de antebrazos, sobre todo del derecho en los niños por la costumbre de limpiarse la nariz con este. Se caracteriza por manchas hipocrómicas de 1 a 5 cm. de diámetro, redondeadas u ovals, mal limitadas, cubiertas de escamas finas que se desprenden fácilmente; pueden ser únicas, pero casi siempre son múltiples.

d. Tratamiento: no es fácil; ninguno es específico. Lavado con agua y jabón, aplicando crema de yodoclorohidroxiquinoleína a 1 o 3%. Si hay infecciones agregadas, tratarlas con antibióticos sistémicos.

13. Varicela.

a. Definición: La varicela es una infección omnipresente y en extremo contagiosa, suele ser un padecimiento benigno de la infancia caracterizado por un exantema eritematoso y vesicular.

b. Etiología: el virus varicela zoster es un miembro de la familia de herpes virus que comparten varias características estructurales, como la cubierta lípida que rodea una

nucleocápside con simetría icosaédrica y un tamaño total de aproximadamente 150 a 200 nm.; tiene un DNA de doble filamento localizado en el centro, con peso molecular de aproximadamente 80 millones. Únicamente los viriones cubiertos son infecciosos.

c. Cuadro Clínico: la varicela es altamente contagiosa y la proporción de transmisiones es de cuando menos 90% entre individuos susceptibles o seronegativos, se infectan por igual ambos sexos y todas las razas; la mayor parte de los casos aparecen entre 1 a 4 así como 10 a 14 años. Clínicamente, la varicela se presenta en forma de exantema acompañado de febrícula y malestar general, las manifestaciones cutáneas, se observan maculopápulas, vesículas, y costras en fases distintas de evolución, la de maculopápulas a vesículas ocurre en horas a días. Las lesiones aparecen en el tronco y la cara y rápidamente se diseminan hacia otras áreas del cuerpo, también se observan lesiones en faringe y en la vagina. El período de incubación de la varicela varía entre 10 y 21 días.

d. Tratamiento: la clave de esto es la higiene adecuada, incluyendo baño diario, líquidos de lavado astringentes y uñas en buen estado o sea bien recortadas, el prurito puede disminuir si se utiliza apósitos tópicos o mediante pruriginosos, los baños con agua, apósitos tópicos y las compresas húmedas tibias son mejores que las lociones secantes para aliviar el prurito.

La administración de antipiréticos debe hacerse con cuidado, especialmente en los niños que sufren varicela, porque recientemente se ha observado cierta asociación entre derivados de la aspirina y el síndrome de Reye.

C.- PREVALENCIA

Es el número total de casos de enfermedades o personas enfermas, en una población específica, sin distinción entre casos antiguos o nuevos.

Tasa de Prevalencia: es el número de casos de enfermedades, o personas enfermas en una población específica dividido por el número de individuos en riesgo de contraer la enfermedad en la población estudiada, multiplicada por 1,000 ó 100,000.

D.- MONOGRAFIA DE SAN VICENTE CABAÑAS

1. Historia: la población de San Vicente fue organizada durante los años de 1,850 a 1,860, siendo sus primeros pobladores originarios de la región, principalmente de los municipios de Cabañas y Estanzuela; y de los departamentos de Chiquimula, El Progreso y Zacapa. Narran los mismos pobladores que el general Justo Rufino Barrios, visitó el lugar de asentamiento en el año de 1,884, siendo en ese entonces presidente de la República en dicha visita dejó instituida la escuela de educación primaria, la cual prestó sus servicios de enseñanza hasta la administración del general Jorge Ubico en el año 1,930, y no fue, sino, hasta el año de 1,936 en el que se iniciaron las labores escolares gracias a la iniciativa de dos maestros particulares, iniciando sus actividades con un total de 50 alumnos.

En el año de 1,954 fue instituido el servicio de Telégrafos; contando, además con el servicio de Agua entubada inaugurado en el año de 1,967, en 1,970 fue inaugurado el servicio de energía eléctrica; 1978 el servicio de drenajes y alcantarillado se inauguro, con el patrocinio de (AIDE) la comunidad construyó el Puesto de Salud en un predio municipal; siendo inaugurado el 14 de junio de 1978, iniciando sus labores de servicio a la comunidad el 27 de junio del mismo año, contando con un Enfermero Auxiliar como primer recurso, 1,979 se incorpora un médico EPS por parte de USAC, y en el año de 1,981 se incorpora un técnico en salud rural.

2.- Características Geográficas: está aldea se encuentra localizada en el departamento de Zacapa, en el municipio de Cabañas, en la región nor-oriental aproximadamente a una distancia de 153 kilómetros de la ciudad capital; específicamente la aldea fue ubicada en la ladera del Cerro Piedra de Cal, así denominado, hacia su lado sur el terreno es plano en mínima parte puesto que la mayoría es sumamente accidentado; en la parte oriente de la aldea corre el río del mismo nombre San Vicente, con dirección de sur a norte, desemboca en el río Motagua. Se encuentra a 300 mts. sobre el nivel del mar; a una latitud de 14 grados 53 minutos 42 segundos y a una longitud de 89 grados 44 minutos 47 segundos. Su clima es bastante cálido la mayor parte del año. (3, 11)

3.- Población: cuenta actualmente con 4,009 habitantes entre mujeres, hombres y niños, la mayoría de sus pobladores son de raza ladina.

4.- Agricultura: la mayor parte de la población se dedican a la agricultura y al comercio en general; siendo el tabaco, melón, limón, plátano, tomate, chile pimiento, maíz, frijol, son de las cosechas más importantes para la aldea y además para su subsistencia, así como también de la crianza de ganado. (3, 11)

5.- Servicios: cuenta con los servicios de luz eléctrica, agua potable, y drenajes. También cuenta con Iglesia Católica como Evangélica. También con Puesto de Salud-el cual es atendido por Médico EPS, Enfermero Auxiliar, y Técnico en Salud rural.

6.- Autoridades: Dentro de las autoridades tenemos: Un Alcalde Auxiliar, un Comisionado Militar, el Comité de Mejoramiento de la Iglesia, un Comisionado Promejoramiento de la Aldea, Comité de Contingencia del Cólera, y la Asociación Juvenil Vicentina. (3, 11)

VI. METODOLOGIA

A. TIPO DE ESTUDIO:

El tipo de estudio es descriptivo retrospectivo no experimental el cual describe la prevalencia de enfermedades de la piel que padecieron los pobladores que acudieron a consulta al Puesto de Salud de San Vicente Cabañas, durante el período del 1 de enero de 1992 al 31 de diciembre de 1992.

B. SELECCION DE LA MUESTRA:

Se incluyeron el 100% de los pacientes que acudieron a la consulta general del puesto de salud de la Aldea de San Vicente Cabañas, del 1 de enero de 1992 al 31 de diciembre de 1992.

C. TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se tomaron en total 282 casos, por ser el número total de casos por enfermedad dermatológica durante el período del 1 de enero de 1992 al 31 de diciembre de 1992 de consulta al puesto de salud de la Aldea de San Vicente Cabañas.

D. CRITERIOS DE INCLUSION:

Se incluyeron a todos los pacientes que consultaron al puesto de salud por enfermedad dermatológica y que pertenezcan a la jurisdicción de la Aldea de San Vicente Cabañas, y además que se encontraron durante el período de estudio.

E. CRITERIOS DE EXCLUSION:

Se excluyeron a todos los pacientes que no consultaron por enfermedad de la piel y además que no pertenezcan a la jurisdicción de la Aldea de San Vicente Cabañas.

F. VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICION	UNIDAD DE MEDICION	INSTRUMENTO DE MEDICION
Diagnóstico.	Juicio Clínico emitido después de ser evaluado el paciente.	Diferenciación Clínica.	Formas F-4 Historias Clínicas.
Prevalencia.	Número total de casos de enfermedades o personas, en una población específica, sin distinción entre casos antiguos y nuevos.	Número de casos por población en riesgo por 1,000.	Formas F-4.
Edad.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la evaluación clínica.	Años cumplidos.	Formas F-4 Historias Clínicas.
Sexo.	Diferenciación física y constitutiva del hombre y mujer.	Masculino y Femenino.	Formas F-4 Historias Clínicas.
Localización anatómica.	Parte del cuerpo afectada.	Parte del cuerpo afectada.	Formas F-4 Historias Clínicas.

G. EJECUCION DE LA INVESTIGACION:

El investigador reviso Formas F-4 e historias clínicas, recolectando todos los datos útiles como: diagnóstico, edad, sexo, y zona anatómica afectada, de los pacientes con afección de la piel y luego se anotaron en las fichas de recolección de datos. La investigación se llevó a cabo en el Puesto de Salud de San Vicente Cabañas, Zacapa, en su consulta general, está realizada por el investigador, con colaboración del asesor y el revisor. Después de haber aprobado el proyecto por la unidad de tesis de la facultad de Ciencias Médicas de la USAC, se recopilaron de las formas F-4 y de las Historias Clínicas, toda la información necesaria, se procesó los datos y se ordenaron en cuadros, los cuales se analizaron los resultados y se hicieron las Conclusiones y Recomendaciones pertinentes.

H. RECURSOS:

1.- Materiales:

a. Económicos:

Pasajes	Q.	75.00
Materiales de Escritorio	Q.	50.00
Impresión de Tesis	Q.	800.00
		<hr/>
TOTAL.	Q.	925.00

b. Físicos:

Puesto de Salud de San Vicente Cabañas.
 Mobiliario del Puesto de Salud.
 Formas F-4.
 Historias Clínicas.
 Fichas de Recolección de datos.

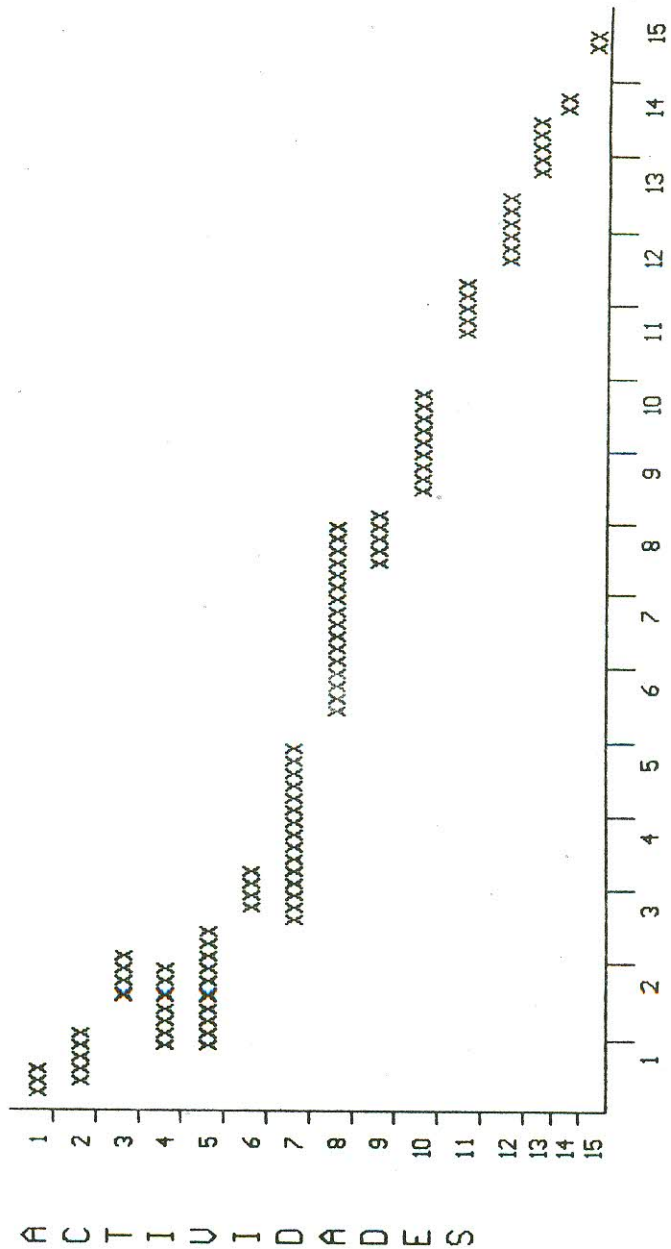
2.- Humanos:

- a. Auxiliar de Enfermería.
- b. Técnico en Salud Rural.
- c. Personal de biblioteca central de la USAC y de la Facultad de Ciencias Médicas.

3.- De Tiempo:

- a. Ver gráfica de Gantt.

GRAFICA DE GANTT



ACTIVIDADES

1. Selección del Tema del Proyecto de Investigación.
2. Elección del Asesor y Revisor.
3. Aprobación de la Investigación por el Jefe de Área.
4. Recopilación de Material Bibliográfico.
5. Elaboración del Proyecto
6. Aprobación del Proyecto por la Coordinación de tesis.
7. Recopilación de la Información.
8. Procesamiento de datos, elaboración de tablas y gráficas.
9. Análisis y discusión de resultados.
10. Elaboración de Conclusiones, Recomendaciones y Resumen.
11. Presentación del Informe Final para correcciones.
12. Aprobación del Informe Final.
13. Impresión del Informe Final.
14. Trámites Administrativos.
15. Examen Público de Defensa de Tesis.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

TASA DE PREVALENCIA = No. Total de casos X 1,000
Población Total

TASA DE PREVALENCIA = 282 X 1,000 = 70
4,009

COBERTURA DEL PUESTO = Primeras Consultas X 1,000
Población Total

COBERTURA DEL PUESTO = 795 X 1,000
4,009

RESULTADO = 19.8%

CUADRO No. 1

FRECUENCIA DE ENFERMEDADES DE LA PIEL EN RELACION A OTRAS CAUSAS DE CONSULTA EN LOS PACIENTES QUE ACUDIERON AL PUESTO DE SALUD DE LA ALDEA DE SAN VICENTE CABAÑAS DEL 1o. DE ENERO DE 1,992 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1,992		
DIAGNOSTICO	No. DE CONSULTAS	%
OTRAS ENFERMEDADES	2,168	88.50
ENFERMEDAD DE LA PIEL	262	11.50
TOTAL	2,450	100.00

FUENTE : Formas F-4 e Historias Clínicas del puesto
de salud de San Vicente .

CUADRO No. 2

GRUPOS DE EDAD QUE CONSULTARON POR ENFERMEDAD DE LA PIEL AL PUESTO DE SALUD DE LA ALDEA DE SAN VICENTE CABAÑAS DEL 1o. DE ENERO DE 1,992 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1,992		
GRUPOS DE EDAD	No. DE CASOS	%
0 A 28 DIAS	2	0.8
28 DIAS A MENOS DE 1 AÑO	36	12.7
1 A 4 AÑOS	86	30.5
5 A 14 AÑOS	63	22.4
15 A 44 AÑOS	76	26.9
45 A 64 AÑOS	13	4.6
65 Y MAS AÑOS	6	2.1
TOTAL	282	100.0

FUENTE : Formas F-4 e Historias Clínicas del puesto de
salud de San Vicente .

CUADRO No. 3

NUMERO DE CASOS DE ENFERMEDAD DE LA PIEL POR CASERIO QUE CONSULTARON AL PUESTO DE SALUD DE SAN VICENTE CABAÑAS DEL 1o. DE ENERO DE 1,992 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1,992.			
CASERIO	No. DE CASOS		%
	M	F	
ALDEA DE SAN VICENTE	60	68	45.4
EL SOLIS	0	5	1.8
EL ARENAL	22	36	20.6
SANTO TOMAS	18	20	13.5
SUNZAPOTE	7	7	4.9
PLAN DEL PINO	2	5	2.5
LOS ENCUENTROS	0	15	5.3
LOMA DE SAN JUAN	0	5	1.8
LOS ACHIOTES	0	7	2.5
PLAN DE LA CRUZ	0	3	1.1
SAN RAFAEL	0	1	0.3
CERCO DE PIEDRA	0	1	0.3
TOTAL	109	173	100

FUENTE : Formas F-4 e Historias Clínicas del puesto de salud de San Vicente .

CUADRO No. 4

CONSULTA DE ENFERMEDAD DERMATOLÓGICA POR SEXO DE PACIENTES QUE CONSULTARON AL PUESTO DE SALUD DE SAN VICENTE CABAÑAS DEL 1o. DE ENERO DE 1,992 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1,992 .		
SEXO	No. DE CASOS	%
MASCULINO	109	38.60
FEMENINO	173	61.40
TOTAL	282	100.00

FUENTE : Formas F-4 e Historias Clínicas del puesto de
salud de San Vicente .

CUADRO No. 5

ENFERMEDADES DE LA PIEL DIAGNOSTICADAS EN PACIENTES QUE CONSULTARON AL PUESTO DE SALUD DE SAN VICENTE CABAÑAS DEL 1o. DE ENERO DE 1,992 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1,992.			
DIAGNOSTICO	No. DE CASOS		%
	M	F	
IMPETIGO	53	90	50.7
SARCOPTIOSIS	9	21	10.6
TINEAS	11	14	8.9
DERMATITITIS DE CONTACTO	8	11	6.7
URTICARIA	1	10	3.9
CELULITIS	0	11	3.9
FURONCULOSIS	1	7	2.8
PITIRIASIS VERSICOLOR	5	0	1.8
HERPES SIMPLE	4	0	1.4
VARICELA	4	0	1.4
MASTITIS	0	3	1
PITIRIASIS ALBA	2	0	0.8
PRURIGO SOLAR	2	0	0.8
OTRAS	0	15	5.3
TOTAL	100	182	100

FUENTE : Formas F-4 e Historias Clínicas del puesto de salud de San Vicente .

* M = MASCULINO
* F = FEMENINO

43
 CUADRO No. 6

REGION ANATOMICA MAS AFECTADA POR ENFERMEDAD DE LA PIEL EN PACIENTES QUE CONSULTARON AL PUESTO SALUD DE SAN VICENTE CABAÑAS DEL 1o. DE ENERO DE 1,992 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1,992.		
REGION ANATOMICA	No. DE CASOS	%
CARA	84	28.6
CUERO CABELLUDO	63	21.4
MIEMBROS INFERIORES	40	13.6
MIEMBROS SUPERIORES	18	6.1
TORAX	13	4.4
ABDOMEN	5	1.7
CUELLO	5	1.7
LABIOS	6	2.2
REGION INGUINAL	9	3.0
DISEMINADO	51	17.3
TOTAL	294	100.0

FUENTE : Formas F-4 e Historias Clínicas del puesto de salud de San Vicente .

CUADRO No. 7

TIPO DE TRATAMIENTO UTILIZADO EN LAS ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS DIAGNOSTICADAS EN PACIENTES QUE CONSULTARON AL PUESTO DE SALUD DE SAN VICENTE CABAÑAS DEL 1o. DE ENERO DE 1,992 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1,992 .	
TIPO DE TRATAMIENTO	No. DE CASOS
PENICILINA BENZATINICA	140
PENICILINA PROCAINA	15
MYCOSPOR	30
DICLOXACILINA	15
BENZAN LOCION	32
CALAMINA LOCION	5
NEOBOL CREMA	4
CLORFERINAMINA	11
LAVADO CON AGUA Y JABON	31
DOMEBORO POLVOS	8
CREMA LAZAR	3
MICOLIS CREMA	1
MICOZOL CREMA	1
NIZORAL TABLETAS	1
PIRALVEX	3
DESCONOCIDO	3
TOTAL	303

FUENTE : Formas F-4 e Historias Clínicas del puesto de salud de San Vicente .

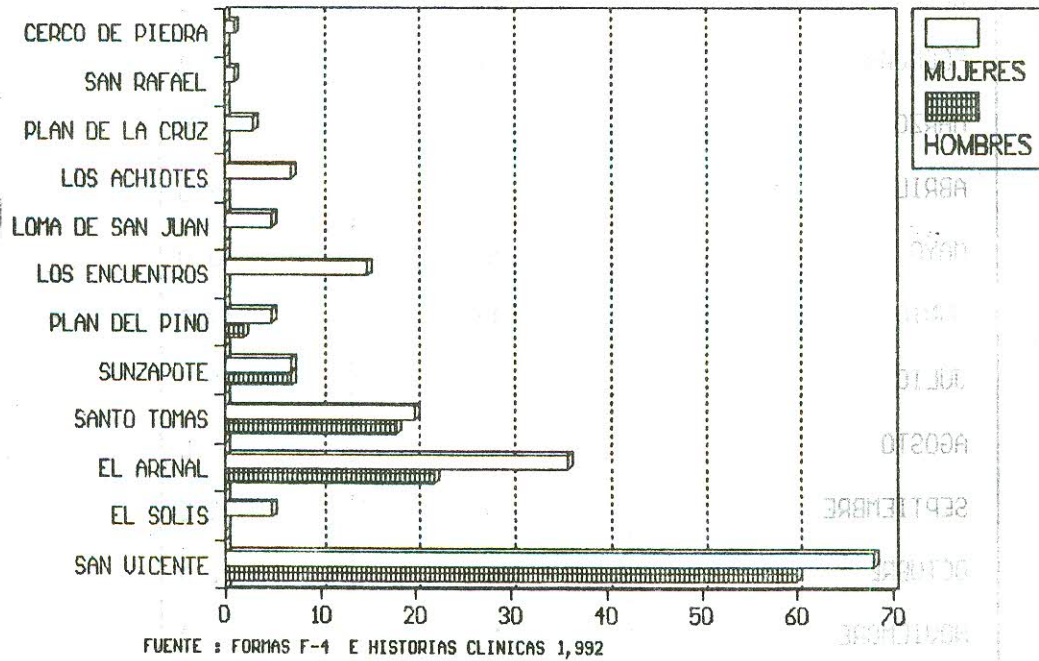
CUADRO No. 8

CASOS DE ENFERMEDAD DE LA PIEL, DE CONSULTA POR MES , DURANTE 1,992 .		
MES	No. DE CASOS	%
ENERO	31	11.0
FEBRERO	16	6.0
MARZO	45	16.0
ABRIL	19	7.0
MAYO	8	3.0
JUNIO	33	12.0
JULIO	6	2.0
AGOSTO	13	5.0
SEPTIEMBRE	36	13.0
OCTUBRE	33	12.0
NOVIEMBRE	14	3.0
DICIEMBRE	28	10.0
TOTAL	282	100.0

FUENTE : Formas F-1 e Historias Clínicas del puesto de salud de San Vicente .

GRAFICA No. 1

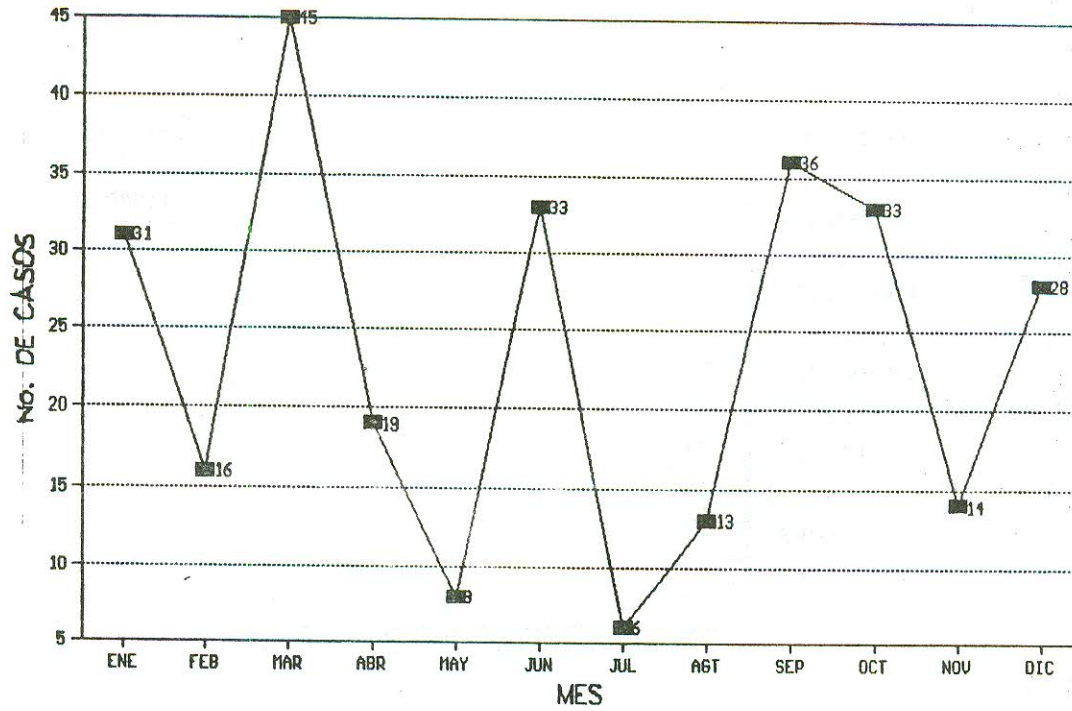
CASOS ENFERMEDAD DE LA PIEL POR CASERIO



TOTAL

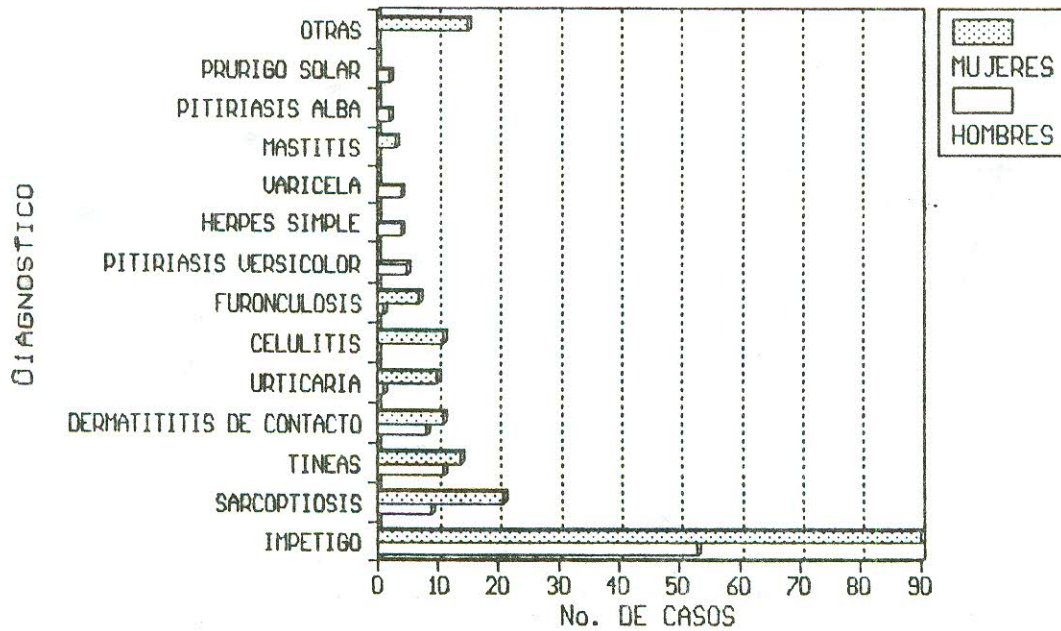
FUENTE : FORMAS F-4 E HISTORIAS CLINICAS 1,992

GRAFICA No. 2
CASOS DE ENFERMEDAD DE LA PIEL POR MES



GRAFICA No. 3

CASOS DERMATOLOGICOS POR SEXO



FUENTE : FORMAS F-4 E HISTORIAS CLINICAS 1,992

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

En el presente trabajo se incluyeron a todos los pacientes que consultaron por enfermedad dermatológica al Puesto de Salud de San Vicente Cabañas, durante el período comprendido del 1 de enero de 1992 al 31 de diciembre de 1992, encontrándose una Tasa de prevalencia de 70 por cada 1,000 habitantes, si incluimos a toda la población de San Vicente Cabañas. Si tomamos en cuenta la cobertura del Puesto que es de 19.8% observamos que va a existir una diferencia bastante notable ya que si tomamos en cuenta estas tasas podemos afirmar que es poca la gente que consulta al Puesto de Salud; algunos de esos factores pueden ser la negligencia de algunas personas, falta de conocimiento por alguna enfermedad ó otras personas viven muy retirado del Puesto de Salud.

CUADRO No. 1: En este cuadro podemos ver el número de consultas por diferentes patologías lo cual corresponde al 88.5% del total de consulta del año de 1992, también observamos que en lo que se refiere a las afecciones de la piel corresponde un 11.5% del total de casos del año 1992; podemos afirmar que es un porcentaje bastante significativo en relación con otras patologías.

CUADRO No. 2: Podemos ver en este cuadro que el grupo de edad que más casos de afecciones de la piel tuvo fue el de 1 a 4 años con un 30.5% de los casos seguidos del grupo de 15 a 44 años con el 26.9% y el de 5 a 14 años con el 22.4% del total de casos. La razón por la cual el grupo de 1 a 4 años presenta más casos de afecciones por la piel es que son niños que se encuentran en fase de desarrollo ó que la mayor parte de nuestros niños están desnutridos y esto los hace predisponentes a desarrollar este tipo de afecciones, así también como la mala alimentación los hace predisponentes para el desarrollo de dicha enfermedad nosológica.

CUADRO No. 3: En este cuadro podemos ver que la Aldea de San Vicente fue el lugar de donde más consultaron por enfermedad de la piel con un total de 45.4% del total de casos y del caserío del Arenal con el 20.6% de los casos, la razón por la cual el caserío del Arenal presenta bastantes casos es por la accesibilidad que tienen hacia el Puesto de Salud.

CUADRO No. 4: En este cuadro podemos observar el número de consultas por sexo en donde encontramos que el sexo femenino tiene el 61.4% del total de casos, y el sexo masculino el 38.6%; esto se debe a que la mujer tiene más tiempo para consultar, y por estética; hacen que las enfermedades que aquejan al sexo femenino no se notifiquen más, mientras que el sexo masculino por el trabajo y además por descuido no consultan a tiempo.

CUADRO No. 5: Observamos en este cuadro las enfermedades dermatológicas diagnosticadas en el período de estudio en donde encontramos al Impetigo con el 50.7% del total de los casos, luego la Sarcoptiosis con el 10.6% de los casos y en tercer lugar, las Tineas con el 8.9% de los casos, al analizar estas enfermedades nos damos cuenta que juegan un papel bastante importante en la falta de condiciones higiénicas adecuadas ya que la mayor parte de la población de San Vicente Cabañas, viven en condiciones precarias, las cuales hacen favorables el desarrollo de estas enfermedades.

CUADRO No. 6: Nos damos cuenta a través de este cuadro que la región anatómica más afectada fue la cara con el 28.6% de los casos seguido del cuero cabelludo con 21.4% de los casos, por el tipo de enfermedades diagnosticadas afirmamos que regularmente; afectan estas dos regiones anatómicas mencionadas.

CUADRO No. 7: En este cuadro podemos ver el tipo de tratamiento utilizado en las afecciones de la piel y podemos darnos cuenta que la penicilina Benzatinica se utilizó en 140

casos, también Benzan loción en 32 casos y Mycospor en 30 casos, la razón de porque se utilizó la mayor parte de estos tratamientos se debe a que las enfermedades diagnosticadas, en las 3 primeras estos son los tratamientos más adecuados.

CUADRO No. 8: En este cuadro se observa los casos de afecciones de la piel que consultaron por mes durante el año de 1992, en el mes de marzo es donde más casos se diagnosticaron, al igual que el mes de septiembre y también octubre; durante el mes de marzo es cuando comienza el verano y también hay más calor por lo cual consultaron más durante ese mes, los otros meses también consultaron bastante por la razón de que comienzan bastantes cosechas por lo cual esto es un factor predisponente para estas afecciones.

IX. CONCLUSIONES

- 1.- La tasa de prevalencia de enfermedades dermatológicas en la consulta general del Puesto de Salud de San Vicente Cabañas es de 70 por 1,000 habitantes si se toma la población total.
- 2.- De las 2,450 consultas al Puesto de Salud en el año de 1992, 282 consultas fueron de enfermedades de la piel, un 11.5% del total.
- 3.- El grupo de edad con más casos de consulta por enfermedad dermatológica fue el grupo comprendido entre 1 a 4 años de edad con un 30.5% del total de casos.
- 4.- El sexo femenino fue el que más consultó por enfermedad de la piel con un total de 61.4% del total de casos de consulta.
- 5.- La región anatómica más afectada por enfermedad de la piel fue la cara con un total del 28.6% del total de casos.
- 6.- Entre las enfermedades de la piel de consulta al puesto de Salud la que en más casos se diagnóstico fue el impetigo con 50.7%.
- 7.- El caserío con mayor consulta por afecciones de la piel fue el caserío del Arenal con un total de 58 casos que corresponden a un 20.6%.
- 8.- El tratamiento que más se utilizó en las afecciones por la piel fue el de Penicilina Benzatinica un total de 140 casos.

X. RECOMENDACIONES

- 1.- Tener una Historia Clínica adecuada para las enfermedades de la piel, y así contribuir con los Médicos para tener un mejor conocimiento acerca de estas afecciones y su tratamiento.
- 2.- Dar un buen Plan Educativo a los pacientes con afecciones en la piel para que así el paciente no vuelva a padecer este tipo de afecciones.
- 3.- Dar pláticas a Promotores de Salud sobre las Infecciones de la piel para que así puedan ellos tratarlos o enviar a pacientes con este tipo de enfermedades al Puesto de Salud para que sean tratados inmediatamente y adecuadamente.
- 4.- Que el Médico general, conozca cuales son las afecciones de la piel más comunes y su tratamiento ya que son causa de consulta frecuentemente.

XI. RESUMEN

El presente trabajo de tesis se realizó en el Puesto de Salud de la Aldea de San Vicente Cabañas, Zacapa, con el propósito de determinar la prevalencia de enfermedades dermatológicas en dicha población.

Para ello se revisaron las Formas F-4 e Historias Clínicas del período comprendido del 1 de Enero de 1992 al 31 de Diciembre de 1992, encontrándose una prevalencia de 70 por cada 1,000 habitantes en la población general (282/4,009 x 1,000).

Las enfermedades que más se encontraron fueron: Impétigo en el 50.7% de pacientes con patología Cutánea, seguida de Sarcoptiosis con el 10.6% y las Tineas con 8.9% del total de casos por enfermedad de la piel.

El sexo femenino fue el más afectado por patología cutánea en un 61.4% en cuanto a la edad el grupo de 1 a 4 años se diagnóstico el 30.5% de los casos por patología cutánea; seguido de el grupo de 15 a 44 años con el 26.9% de los casos.

La zona anatómica más afectada fue la cara en el 28.6% seguido del cuero cabelludo con el 21.4% del total de casos; el caserío con más consulta por patología cutánea fue el Arenal con 58 casos; el tratamiento que más se utilizó fue el de la Penicilina Benzatinica con 140 casos del total.

Como podemos darnos cuenta, es importante que el Médico conozca las enfermedades dermatológicas más comunes y su manejo, y que den un buen Plan Educativo a los pacientes para que no padezcan nuevamente estas enfermedades.

XII. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Arenas, R.: Dermatología; Atlas, Diagnóstico y Tratamiento. México: Mcgraw-Hill. 1987. Pag. 647.
- 2.- Andrews, C. G.: Diseases Of The Skin. 6 th ed. Philadelphia, WB Saunders. 1971. Pag. 1027.
- 3.- Archila, L. J.: Monografía del Departamento de Zacapa. 2a. ed. Guatemala. Tipografía Nacional. 1928. Pag. 211.
- 4.- Berhrman, R. E. et al. Nelson: Tratado de Pediatría. 12 ed. México D. F.: Interamericana, 1987. Pag. 1971.
- 5.- Braunwald, E. et al. Harrison: Principios de Medicina Interna. 11 ed. México D. F.: Interamericana. 1989. Pag. 2552.
- 6.- Chuy, Quan. Juan Oscar, Frecuencia de Lesiones Dermatológicas Hipopigmentadas en Preescolares: Estudio realizado en 422 preescolares de las guarderías municipales: Santa Isabel, Santa Ana, y San Francisco de Asis de la Ciudad Capital, durante el mes de Marzo de 1992. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala. 1992. Pag. 45.
- 7.- Cordero, C, F. A.: Dermatología Médico Quirúrgico. 4a. ed. Guatemala, Litografía Imprecolor. 1976. 2t. Ilustrados.
- 8.- Fregert, S.: Manual de Dermatitis de Contacto. 2da. ed. Dinamarca: Munksgaard. 1981. Pag. 139.

- 9.- Funderberg, H. H. et al.: Inmunología Básica y Clínica. 5a. ed. México, D. F.,: El Manual Moderno, S.A. de C.V. 1985. Pag. 842.
- 10.- Gatti, J. C.,: Manual de Dermatología. 4a. ed. Buenos Aires. El Ateneo. 1963. Pag. 467.
- 11.- Gall, F.: Diccionario Geográfico de Guatemala. Tipografía Nacional. 1980. Pag. 810.
- 12.- Hernández Pérez, E.: Clínica Dermatológica. San Salvador. UCA Editores. 1978. Pag. 217.
- 13.- Hunter, F. S.: Manual de Medicina Tropical. 3era. ed. México D. F.: Editorial Fournier. 1973. Pag. 1072.
- 14.- Jawetz, E. et al.: Microbiología Médica. 11a. ed. México D. F.: Manual Moderno 1987. Pag. 588.
- 15.- Jenner Solares, Sandra Jeannette. Prevalencia de Enfermedades Dermatológicas más frecuentes en la población de San Andres Itzapa: Descripción de la Prevalencia de enfermedades Dermatológicas más frecuentes que consultaron al Puesto de Salud, del 1 de Febrero de 1991 al 31 de Enero 1992. Tesis. (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala. 1992. Pag. 43.
- 16.- Levene, G. M.: Dermatología. Chicago: Year Book Medical. 1986. Pag. 126.
- 17.- Nasemann, T.: Viral Diseases Of The Skin. Philadelphia, Saunders: 1977. Pag. 217.

- 18.- Rorsmann, H.: Dermatology. 2da. ed. Suecia.: Student Litteratur. 1976. Pag. 252.
- 19.- Rosen, T.: Atlas Of Black Dermatology. 2da. ed. Boston.: Little Brown. 1981. Pag. 179.
- 20.- Sauer, G. C.: Manual Of Skin Diseases. 4 th. ed. Philadelphia.: Lippincott. 1980. Pag. 371.
- 21.- Stewart, W. D.: Diagnóstico y Tratamiento de Problemas Cutáneos. 4ta ed. San Luis.: Mosby. 1978. Pag. 621.
- 22.- Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. OPCA-Unidad de Documentación. Normas y Ejemplos para la preparación de Referencias Bibliográficas. Guatemala: 1990. Pag. 8.
- 23.- Wyngaarden, J. B. et al.: Tratado de Medicina Interna. 17a. ed. México, D. F.: Nueva Editorial Interamericana, S. A. de C. V. 1987. Pag. 2621.

XIII. ANEXO

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

No.	MES	LOCALIDAD	SEXO	EDAD	DIAGNOSTICO	LOCALIZACION ANAT.	TRATAMIENTO