



# **UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABI**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE MEDICINA**

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS DERMATITIS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN LOS CENTROS DE SALUD: PORTOVIEJO Y ANDRES DE VERA DURANTE MARZO-SEPTIEMBRE DEL 2005**

**TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA**

**MOREIRA CEDEÑO MARCELA MARIANA  
VELEZ PARRAGA ANDREA JULISSA**

**DIRECTORA DE TESIS  
DRA. SUSANA ALAVA CEDEÑO**

**PORTOVIEJO**

**JUNIO**

**2006**

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo se lo dedico principalmente a DIOS, ser supremo que con su guía, cuidados y sabiduría me ha ayudado a salir adelante cada día.

- ✘ A mis padres, a mi Papi que aunque no este conmigo en este momento ha sido durante toda mi vida el guardián de mis pasos. A mi Mami, apoyo fundamental, la mejor amiga, que ha sabido aconsejarme, guiarme y fortalecerme en los momentos más difíciles de mi vida. GRACIAS A ELLOS!
  
- ✘ A mis hermanos Patricia, María Eugenia, Juan C, y David, que juntos hemos logrado salir adelante y ser los mejores amigos.
  
- ✘ A todos mis sobrinos (a) en especial a mi negrito Juan José que con su inocencia me ha demostrado que todo en la vida es querer para poder ser alguien!
  
- ✘ A mis amigos y amigas y a todos los compañeros que comenzamos juntos un mismo sueño, un ideal, unos lo logramos y otros se quedaron en el camino que este trabajo les sirva para saber que en la vida todo lo que nos proponemos con esfuerzo y dedicación podemos lograrlo.

A todos ellos mil gracias.....

**MARCELA**

## **DEDICATORIA**

Ha sido largo y duro el camino recorrido para poder concluir esta etapa de mi vida pero todo ha valido la pena ya que el regocijo que siento por este logro es inmenso y lo comparto con todos mis seres queridos quienes lucharon hombro con hombro a mi lado para que lo consiguiera .

Por eso con todo mi amor dedico todos los éxitos que alcance:

- ✘ A mi hija Dayi quien desde que nació ilumina mis días y es mi fortaleza; y es por ella por quien mas tengo ganas de seguir adelante, este triunfo es principalmente para ti mi negra para enseñarte que debes trazarte metas grandes aunque parezcan inalcanzables “Apunta hacia la luna, pues aunque te equivoques, iras a parar a las estrellas”...por que el éxito es solo la recompensa y lo que mas vale es el esfuerzo.
- ✘ A mis padres que son los pilares fundamentales de mi vida por que a pesar de mis errores jamás me han abandonado y siempre me han apoyado en todo y han compartido conmigo cada una de mis alegrías y tristezas; de ustedes aprendí que la felicidad es una elección que puedo hacer en cualquier momento y lugar, que mis pensamientos son los que me hacen sentir feliz o desgraciada, no mis circunstancias y que si soy capaz de cambiarme a mi misma el mundo cambiara conmigo.
- ✘ A mis hermanos Angel, Ale y Bryan para mostrarles que la fe en uno mismo crea confianza, así que tengan fe esperanza y optimismo en todos los proyectos que quieran emprender y no se asusten cuando duden, simplemente deseen las cosas de corazón por que “Querer es Poder”.
- ✘ A Fabricio por ser sobre todo mi amigo incondicional y por que con su amor y compañía no solo ha llenado de felicidad mi corazón si no que me ha demostrado que la vida siempre tiene derecho a sorprendernos, y que hay que aprender a vivir el presente sin ninguno de los traumas del pasado ni las expectativas del futuro.

**ANDREA**

## AGRADECIMIENTO

Agradecer infinitamente a todos los que con su ayuda han colaborado con la elaboración de este proyecto es importante para reconocer como seres humanos que la gratitud y la humildad son dos cualidades que enaltecen el alma y reconfortan el espíritu.

En primer lugar a **Dios y a nuestros Padres** por darnos vida y salud, y por estar a nuestro lado y entendernos cuando decaíamos en nuestro largo camino.

A la **Universidad Técnica de Manabí** por ser la Institución que durante años nos brindó todas las enseñanzas necesarias para poder ser buenos profesionales.

A los **Centros de Salud Andrés de Vera y Portoviejo**, y a todo el personal que trabaja ahí especialmente al área de estadísticas por darnos todos los datos que requeríamos para llevar adelante nuestra investigación.

A **nuestro Tribunal de Tesis**, la Dra.: Susana Álava, Dr.: José García Jaramillo, Dra.: Egný Mendoza y a la Lic: Sandra Linares por regalarnos su valioso tiempo para brindarnos el asesoramiento necesario durante todos estos meses para la elaboración de esta investigación.

A todas las madres de familia que nos abrieron sus puertas y nos recibieron en sus casas para realizar las encuestas y recabar toda la información que necesitábamos para complementar nuestra tesis.

A todos nuestros familiares y amigos que nos brindaron su ayuda y nos apoyaron para conseguir nuestra meta.

A todos los que de una u otra forma aportaron con su ayuda para realizar este proyecto investigativo les damos las **GRACIAS...**

**MARCELA Y ANDREA**

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

Yo Dra. Susana Álava Cedeño, certifico que la presente tesis de investigación titulada:

"CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS DERMATITIS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN LOS CENTROS DE SALUD ANDRÉS DE VERA Y PORTOVIEJO DURANTE MARZO A SEPTIEMBRE DEL 2005", es trabajo original de los señores: Moreira Cedeño Marcela Mariana y Vélez Párraga Andrea Julissa, el que ha sido realizado, revisado, corregido y aprobado bajo mi dirección, por lo que después de haber reunido los requisitos establecidos por el reglamento general de graduación de la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ autorizo su presentación para los fines pertinentes.

---

Dra. Susana Álava Cedeño.

DIRECTOR DE TESIS

**CERTIFICADO DEL TRIBUNAL DE REVISION Y  
EVALUACION**

**UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABI  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE MEDICINA**

**TESIS DE GRADO DOCTORAL**

**CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE LAS  
DERMATITIS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS  
EN LOS CENTROS DE SALUD PORTOVIEJO Y ANDRES DE  
VERA, DURANTE MARZO- SEPTIEMBRE DEL 2005.**

Sometida a consideración por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud, previo a la obtención del título de:

**DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA.**

**APROBADO POR EL TRIBUNAL**

-----  
**Dr. José García Jaramillo**  
**PRESIDENTE**

-----  
**Dra. Susana Alava Cedeño**  
**DIRECTORA**

-----  
**Licda. Sandra Linares Giler**  
**MIEMBRO**

-----  
**Dra. Egny Mendoza Guillén**  
**MIEMBRO**

-----  
**Dr. Bosco Barberan Mera**  
**DECANO**

-----  
**Abg. Yandry Sabando García**  
**ASESOR JURIDICO (e)**

## **DECLARACION DE AUTORIA**

Nosotras, **MOREIRA CEDEÑO MARCELA MARIANA Y VELEZ PARRAGA ANDREA JULISSA**, egresadas de la Facultad de Ciencias de la Salud, declaramos que:

El presente trabajo de investigación titulado “**CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE DERMATITIS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN LOS CENTROS DE SALUD PORTOVIEJO Y ANDRES DE VERA DURANTE MARZO-SEPTIEMBRE DEL 2005**”, es de nuestra autoría y ha sido realizado bajo nuestra absoluta responsabilidad, y con la supervisión de la Catedrática Directora de Tesis Dra.: Susana Álava Cedeño.

**MARCELA MARIANA MOREIRA CEDEÑO**

**ANDREA JULISSA VELEZ PARRAGA**  
130988600-8

## INDICE DE CONTENIDO

<b>PARTE PRELIMINAR</b>	<b>PÁGINAS</b>
DEDICATORIA.....	I-II
AGRADECIMIENTO.....	III
CERTIFICACION DEL DIRECTOR DE TESIS.....	IV
CERTIFICACION DEL TRIBUNAL DE REVISION Y EVALUACIÓN.....	V
DECLARACION DE AUTORIA.....	VI
RESUMEN.....	VII
SUMMARY.....	VIII
<b>PARTE PRINCIPAL</b>	
<b>Capitulo</b>	
<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1-2</b>
<b>2. JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>3-4</b>
<b>3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>5-6</b>
<b>4. OBJETIVOS.....</b>	<b>7</b>
4.1 Objetivo General.....	7
4.2 Objetivo Específico.....	7
<b>5. MARCO TEORICO.....</b>	<b>8</b>
5.1. Efectos de la Contaminación de la Piel.....	9
5.2. La Piel.....	10
5.2.1. Datos Histológicos.....	11
5.2.2. Funciones de la Piel.....	11-14
5.2.3. Tipos de Piel.....	14
5.2.4. Cuidados de la Piel.....	14
5.3. DERMATITIS.....	15
5.4. DERMATITIS ATOPICA.....	15
5.4.1. Definición.....	15
5.4.2. Datos Epidemiológicos.....	16
5.4.3. Patogénia.....	17-18
5.4.4. Manifestaciones Clínicas.....	19



5.4.5. Formas Típicas de la Dermatitis Atópica.....	20
5.4.6. Diagnóstico.....	21
5.4. 6.1. Criterios Mayores.....	21
5.4. 6.2. Criterios Menores.....	21-22
5.4.7. Complicaciones.....	23
5.4.8. Tratamiento.....	24
5.4. 8.1. Medidas Generales.....	24-28
5.4. 8. 2. Tratamiento Local.....	28
5.4.9. Evolución y Complicaciones.....	30
5.4.10. Pronóstico.....	30
5.5. OTRAS MANIFESTACIONES DE ATOPIA.....	30
5.5.1. Etiopatogenia.....	31-32
5.5.2. Diagnóstico.....	33
5.5.3. Pronóstico.....	34
5.5.4. Tratamiento.....	34
5.5.4.1. Medidas Generales.....	34
5.5.4.2. Tratamiento Tópico.....	35
5.5.4.3. Tratamiento Sistémico.....	35
5.6. DERMATITIS DE CONTACTO.....	36-37
5.6.1. Factores Predisponentes.....	38
5.6.2. Incidencia y Datos Estadísticos.....	39
5.6.3. Síntomas.....	39
5.6.4. Examen Físico.....	39
5.6.5. Diagnóstico.....	40
5.6.5.1. Diagnóstico Diferencial.....	41
5.6.6. Tratamiento.....	41
5.6.7. Complicaciones.....	42
5.7. DERMATITIS CRÓNICA DE MANOS Y PIES.....	42
5.7.1. Tratamiento.....	43
5.8. DERMATITIS SEBORREICA.....	43
5.8.1. Etiopatogenia.....	43
5.8.2. Datos Estadísticos.....	44

5.8.3. Síntomas.....	44
5.8.4. Tratamiento.....	45
5.8.5. Complicaciones.....	46
5.9. DERMATITIS DEL ÁREA DEL PAÑAL.....	46
5.9.1. Definición.....	46
5.9.2. Datos Estadísticos.....	46
5.9.3. Etiopatogenia.....	47
5.9.4. Factores de Riesgo.....	48
5.9.5. Cuadro Clínico.....	48
5.9.6. Historia Clínica.....	49
5.9.7. Exploración Física.....	49
6.9.8. Tratamiento.....	50
5.9.9. Complicaciones.....	51
5.10. PIODERMITIS.....	51
5.10.1. Tratamiento.....	52
5.11. DERMATITIS NUMULAR.....	53
5.12. DERMATITIS EXFOLIATIVA GENERALIZADA.....	54
5.12.1. Síntomas.....	54
5.12.2. Tratamiento.....	54
5.13. DERMATITIS DE ESTASIS.....	55
5.13.1. Síntomas.....	55
5.13.2. Tratamiento.....	55-56
5.14. DERMATITIS POR RASCADO LOCALIZADO.....	57
5.14.1. Síntomas y Diagnóstico.....	57
5.14.2. Tratamiento.....	58
5.15. NEURODERMATITIS.....	58
5.16. ECZEMA ESTEATÓTICO.....	59
5.17. ECZEMA ENDÓGENO.....	59
5.18. ECZEMA DISHIDRÓTICO.....	60
5.19. ECZEMA PARATRAUMÁTICO.....	60
5.20. DESCRIPCIÓN DE LAS UNIDADES OPERACIONALES.....	60-61

<b>6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES</b> .....	62-66
<b>7. DISEÑO METODOLOGICO</b> .....	67
7.1. Tipo de Estudio.....	67
7.2. Área de Estudio.....	67
7.3. Tiempo de Estudio.....	67
7.4. Población o Universo.....	67
7.5. Criterios de Inclusión.....	68
7.6. Criterios de Exclusión.....	68
7.7. Técnicas de Recolección de Datos.....	68
7.8. Procedimiento y Tabulación.....	68
7.9. Presentación y Análisis de los Resultados.....	69
<b>8. REPRESENTACIÓN GRAFICA DE LOS RESULTADOS</b> .....	70-97
<b>9. ANALISIS Y DISCUSIÓN</b> .....	98-106
<b>10. CONCLUSIONES</b> .....	107-109
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	110
<b>12. PRESUPUESTO</b> .....	111
<b>13. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES</b> .....	112
<b>14. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	113-114
<b>15. ANEXOS</b> .....	115

## INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

**TABLA Y GRÁFICO N° 1.....Pág.70**

Población de niños menores de 5 años por grupos de edad atendidos en el Centro de Salud Portoviejo según el Censo realizado el año 2005.

**TABLA Y GRÁFICO N° 2.....Pág.71**

Población total de niños menores de 5 años con los que cuenta el Centro de Salud Andrés de Vera según el censo realizado el año 2005

**TABLA Y GRÁFICO N° 3.....Pág.72**

Población de Pacientes Menores de 5 años Atendidos en los Centros de Salud: Portoviejo y Andrés de Vera durante Marzo - Septiembre 2005.

**TABLA Y GRÁFICO N° 4.....Pág.73**

Población de Pacientes Menores de 5 años Atendidos en los Centros de Salud: Portoviejo y Andrés de Vera durante Marzo - Septiembre 2005 con Diagnostico de Dermatitis

**TABLA Y GRÁFICO N° 5.....Pág.74**

Pacientes Menores de 5 años por Grupos de Edad con Diagnostico de Dermatitis Atendidos en los Centros de Salud: Portoviejo y Andrés de Vera durante Marzo-Septiembre 2005

**TABLA Y GRÁFICO N° 6.....Pág.75**

Sexo de los Pacientes Menores de 5 años con Diagnostico Dermatitis Atendidos en los Centros de Salud: Portoviejo y Andrés de vera durante Marzo-Septiembre 2005.

**TABLA Y GRÁFICO N° 7.....Pág.76**

Procedencia de los Pacientes Menores de 5 años con Diagnostico Dermatitis atendidos en los Centros de Salud: Portoviejo y Andrés de Vera durante Marzo-Septiembre 2005.

**TABLA Y GRÁFICO N° 8.....Pág.77**

Tipos de Dermatitis de los Pacientes menores de 5 años Atendidos en los Centros de Salud: Portoviejo y Andrés de Vera durante Marzo- Septiembre 2005.

**TABLA Y GRÁFICO N° 9.....Pág.78**

Tipos de Fármacos Administrados a los niños menores de 5 años con Diagnostico Dermatitis atendidos en los centros de salud: Portoviejo y Andrés de Vera durante Marzo- Septiembre 2005.

**TABLA Y GRÁFICO N° 10.....Pág. 79**

Casos reportados Mensualmente de los Pacientes menores de 5 años con Diagnostico de Dermatitis atendidas en los Centros de Salud: Portoviejo y Andrés de Vera durante Marzo- Septiembre 2005.

**TABLA Y GRÁFICO N° 11.....Pág.80**

Estudio del Estado Nutricional en los pacientes menores de 5 años con Diagnostico de dermatitis atendidas en los Centros de Salud: Portoviejo y Andrés de Vera durante Marzo- Septiembre 2005.

**TABLA Y GRÁFICO N° 12.....Pág.81**

Material de construcción encontrada en las encuestas realizadas en los niños con Diagnóstico de Dermatitis atendidos en el centro de salud Andrés de Vera-Portoviejo durante Marzo-Septiembre del 2005.

**TABLA Y GRÁFICO N° 13.....Pág.82**

Número de personas que habitan en la casa de los niños con Diagnóstico de Dermatitis durante Marzo- Septiembre del 2005 encontrados en las visitas domiciliarias.

**TABLA Y GRÁFICO N° 14.....Pág.83**

Cantidad de dormitorios que hay en la casa de los pacientes con Diagnostico de Dermatitis atendidos durante Marzo-Septiembre del 2005 durante las visitas domiciliarias.

**TABLA Y GRÁFICO N° 15.....Pág.84**

Número de ventanas que tiene la casa en los pacientes con Diagnostico de Dermatitis durante Marzo-Septiembre 2005 encontrados en las visitas domiciliarias.

**TABLA Y GRÁFICO N° 16.....Pág.85**

Número de personas que duermen con el niño, con Diagnostico de dermatitis durante Marzo-Septiembre 2005 encontrados en las visitas domiciliarias.

**TABLA Y GRÁFICO N° 17.....Pág.86**

Presencia de patio en las viviendas de los niños que presentaron Dermatitis durante Marzo-Septiembre del 2005 encontrados en las visitas domiciliarias.

**TABLA Y GRÁFICO N° 18.....Pág.87**

Presencia de animales domésticos dentro de las viviendas en niños que presentaron Dermatitis durante Marzo-Septiembre del 2005 encontrados en las visitas domiciliarias.

**TABLA Y GRÁFICO N° 19.....Pág.88**

Servicios básicos con los que cuentan las viviendas de los niños que presentaron Dermatitis durante Marzo-Septiembre del 2005 encontrados en las visitas domiciliarias

**TABLA Y GRÁFICO N° 20.....Pág.89**

Frecuencia con la que se limpia las viviendas de los niños con Diagnóstico de Dermatitis durante Marzo-Septiembre del 2005 encontrados en las visitas domiciliarias

**TABLA Y GRÁFICO N° 21.....Pág.90**

Frecuencia del baño de los niños con Diagnostico de Dermatitis durante Marzo-Septiembre del 2005 encontrados durante las visitas domiciliarias.

**TABLA Y GRÁFICO N° 22.....Pág.91**

Tipo de jabón que utilizan para bañar a los niños con Diagnóstico de Dermatitis durante Marzo-Septiembre del 2005 encontrados durante las visitas domiciliarias

**TABLA Y GRÁFICO N° 23.....Pág.92**

Tipo de pañal que utilizan los niños con Diagnostico de Dermatitis durante Marzo-Septiembre del 2005 encontrados en las visitas domiciliarias.

**TABLA Y GRÁFICO N° 24.....Pág.93**

Tiempo que le cambian de pañal a los niños con Diagnostico de Dermatitis durante Marzo-Septiembre del 2005 encontrados durante las visitas domiciliarias.

**TABLA Y GRÁFICO N° 25.....Pág.94**

Productos que utilizan después del baño los niños que presentaron Dermatitis durante Marzo-Septiembre del 2005 encontrados en las visitas domiciliarias.

**TABLA Y GRÁFICO N° 26.....Pág.95**

Productos usados para el lavado diario de ropa de los niños que presentaron Dermatitis durante Marzo-Septiembre del 2005 encontrados durante las visitas domiciliarias.

**TABLA Y GRÁFICO N° 27.....Pág.96**

Alimentación diaria de los niños con Diagnóstico de Dermatitis durante Marzo-Septiembre del 2005 encontrados durante las visitas domiciliarias.

**TABLA Y GRÁFICO N° 28.....Pág.97**

Frecuencia en la que los niños Diagnosticados con dermatitis presenten problemas de piel según las encuestas realizadas.



## RESUMEN

La dermatitis es una inflamación de las capas superficiales de la piel, afecta con más frecuencia a los niños por lo que es motivo de preocupación entre los padres y debería serlo también para las autoridades de salud, quienes deben brindar mayores recursos para afrontar esta situación.

Con el objetivo de determinar las características epidemiológicas de las dermatitis de marzo a septiembre del 2005 en los Centros de Salud Andrés de Vera y Portoviejo que son las unidades operativas donde se da atención médica a la mayor parte de la población de Portoviejo con un total poblacional de menores de 5 años de 10.974

Para la elaboración del estudio se utilizó una metodología tipo descriptivo-retrospectivo, obteniendo la información a través de historias clínicas, y mediante visitas domiciliarias realizadas en algunas viviendas de los niños diagnosticados con dermatitis, donde se usó un instrumento elaborado por las autoras.

Con un total de 4841 pacientes menores de 5 años atendidos 2564 del centro de salud Portoviejo y 2277 del Centro de Salud Andrés de Vera, la población de estudio fue de 219 niños diagnosticados con dermatitis, siendo 96 del Centro de Salud Portoviejo y 123 del centro de Salud Andrés de Vera; de los cuales se escogieron 60 casos al azar para realizar visitas domiciliarias.

Se concluyó que la población de menores de 1 año con 37 % fue la más atendida con casos de dermatitis; las piodermitis y dermatitis del pañal fueron las más frecuentes; la procedencia de los niños diagnosticados fue del 44% de las zonas urbanomarginales y en relación con el tiempo estacional no se estableció diferencia debido al paro médico realizado en marzo donde se dejó de dar atención médica.

Por último el tratamiento utilizado en ambos centros de salud no sigue un esquema definido.

**Palabras claves:** Dermatitis- Menores de cinco años- Centros de salud

## SUMMARY

The dermatitis is an inflammation of the superficial layers of the skin, it affects with but frequency to the children for what is reason of concern among the parents and it should also be it for the authorities of health who should offer bigger resources to confront this situation.

The objective of the work was to determine the epidemic characteristics of the dermatitis during March to September of the 2005 in Salud Andrés centers of he/she will see and Portoviejo that are the operative units where medical attention is given to most of the population of Portoviejo with a populational total of smaller than 5 years of 10.974

For the elaboration of study I utilize a methodology descriptive retrospective fellow, obtaining the information through clinical stories, and by means of domiciliary visits accomplished at some housings of the children diagnosed with dermatitis, where I use an instrument elaborated by the authoresses

With 4841 patient minors's total of 5 years once 2564 of the health resort were attended Portoviejo and 2277 of the Health Resort Andres of Vera, the population of study belonged to 219 children diagnosed with dermatitis, being 96 of the Health Resort Portoviejo and 123 of the health resort Andres of Vera; Of the ones that one chose 60 cases of at random to accomplish domiciliary visits.

It am concluded that the juvenile population of 1 year with 37 % was the more attended with cases of dermatitis; The piodermitis and dermatitis of the diaper went them but you frequent; the children's diagnosed procedence went from 44 % of the zones urbanomarginales and difference due to the little half way suspension accomplished in March where I give up to give medical attention did not become established relating to the seasonal time.

Finally the treatment utilized at both health resorts does not follow a scheme defined.

Key words: Dermatitis -Younger of five years- Centros of health

# 1. INTRODUCCION

No existe la menor duda de que quienes están dedicados a brindar atención médica a la población pediátrica se enfrentan con enormes dificultades para encontrar los recursos y mecanismos que garanticen que todos los niños que necesitan servicios preventivos, de mantenimiento y curativos los reciben.

La dermatología pediátrica ha experimentado en los últimos años, un desarrollo creciente a nivel mundial y los pediatras conocen de la frecuencia de los padecimientos cutáneos de sus pacientes, los cuales representan alrededor de la tercera parte de las consultas habituales y en otros casos hasta el 40%.

Los cambios persistentes en la piel pueden ser indicadores de innumerables problemas de salud, así también de condiciones alérgicas o de daños debido a múltiples factores ambientales.

En los niños, el diagnóstico de las enfermedades cutáneas se basa en la evaluación de los mismos factores que se consideran en los adultos; por lo que el objetivo de los cuidados pediátricos primarios es facilitar una salud óptima y el bienestar para los niños y sus familias.

Esto se lleva a cabo a través de múltiples actividades interrelacionadas, que incluyen vigilancia y tratamiento, prevención de problemas, promoción de la salud y coordinación de la atención para los niños con determinadas patologías y necesidades especiales.

Son muchas las afecciones que atacan a los niños pequeños pero enfocaremos en esta investigación algunas enfermedades dermatológicas que muchas veces han sido minimizadas e incluso tratadas con poca importancia en algunos servicios de salud.

Es necesario recordar que todos los seres humanos tenemos algo en común: LA PIEL, que nos protege del medio donde nos desenvolvemos y es el órgano más grande del cuerpo y por ello proporciona las primeras manifestaciones de muchos trastornos infecciosos metabólicos y neurológicos subyacentes.

Por lo tanto comprender la terminología y conocer los principios básicos en dermatología es imperativo para todo médico más aun si es un pediatra.

En el Ecuador al igual que en el mundo entero son pocos los estudios realizados sobre las afecciones dermatológicas en los niños sobre todo en los primeros años de vida a pesar de los avances que ha tenido la pediatría y así también la dermatología pediátrica retrasando de esta manera una mejor atención para los niños.

Por lo cual con el fin de comprender la magnitud de este gran problema medico y social es necesario evaluar los aspectos más importantes de las dermatitis e identificar las características epidemiológicas de mayor relevancia.

En base a todo lo expuesto se decide plantear un estudio que permita establecer las características epidemiológicas de las dermatitis en los niños menores de 5 años atendidos en los Centros de Salud Portoviejo Y Andrés De Vera durante Marzo-Septiembre del 2005.

## 2. JUSTIFICACION

Mediante este proyecto investigativo se pretende determinar las características epidemiológicas de las dermatitis más relevantes que aparecen en los primeros años de vida, debido al desinterés que existe por parte de las instituciones públicas de salud en cuanto a estas afecciones.

Con grandes ansias de retribuir en parte los múltiples conocimientos que se adquieren durante la carrera universitaria y considerando que el médico está en una posición única, para no solo tratar las enfermedades si no coordinar la vigilancia, prevención de problemas promoción de la salud y coordinación de la atención para los niños dependiendo de sus necesidades lo que proporcionara desafíos inmensos y grandes recompensas.

Por lo que se decidió entrar en el análisis de las características epidemiológicas de las dermatitis en los dos centros donde son atendidos la mayor cantidad de niños de nuestra ciudad como son el Centro de Salud **Andrés de Vera y Portoviejo**.

La presente investigación servirá para que estas dos instituciones conozcan realmente la incidencia e importancia de estas afecciones y de esta manera puedan ofrecer una más amplia y mejor atención a los pacientes pediátricos.

Cabe recalcar que a lo largo de la historia y con el transcurrir de los años se han vuelto las enfermedades cutáneas motivo de gran preocupación para las madres de familia y de los pediatras en general, y es por eso que creemos conveniente que el tema debería tener una mayor cobertura de parte de las autoridades de salud.

La información obtenida ayudara a concienciar a la población en que el objetivo principal de todo servicio de salud, debe ser prestar la atención adecuada a las diferentes patologías que se pueden encontrar en la edad pediátrica y además el de informar a las familias para prevenir la aparición de ellas.

Por cuanto el presente trabajo monográfico tiene como propósito abordar este tema por demás preocupante por la inmensa cobertura no solo a nivel provincial sino también nacional y mundial, enfocando las dermatitis desde sus más diversas características, y su incidencia en los niños sobre todo en los primeros años de vida.

Para la realización de esta investigación se logró contar con la predisposición y colaboración de los dos centros de salud, existe el acceso a la bibliografía pertinente y actualizada, los recursos tanto materiales como metodológicos que permitirán llegar a término este proyecto.

### **3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Hemos constatado en los últimos años un aumento importante de más o menos un 35% en la frecuencia de consultas por dermatitis.

En la infancia se pueden observar prácticamente todas las dermatosis de la edad adulta, sin embargo, ellas se presentan con diferentes frecuencias y, a veces, bajo diferentes formas clínicas.

Llama la atención también, la gran cantidad de pacientes de diferentes estratos socio económicos medio y alto infectados con estas patologías, y existiendo verdaderas epidemias localizadas principalmente en los grupos preescolares y escolares.

En la población infantil pueden encontrarse manifestaciones de dermatitis, en algún momento, entre un 5 y 10%. No existen diferencias significativas en relación con el sexo; En todo grupo etario, al referirnos a las dermatitis, nunca debemos dejar de pensar en otros cuadros que pueden afectar esta zona, que si bien muchas veces no revisten gran gravedad por el tipo de lesión o patología, si lo tienen por el trasfondo que gira entorno a ellos.

La prevalencia de las dermatitis varían de unas zonas geográficas a otras y en general es mayor cuanto más al norte se sitúa el área estudiada y cuanto más alto es su nivel de desarrollo industrial.

Se ha podido demostrar una tendencia genética heredable en éste padecimiento, frecuentemente ligado a otras enfermedades, como el Asma Bronquial y la Rinitis Alérgica, por ello, se ha podido demostrar la participación de reacciones alérgicas como causa de la gran mayoría de los casos con éste padecimiento, aunque tenemos que aclarar que existen muchos otros factores que influyen en la evolución y severidad de la Dermatitis.

Tomando en cuenta que el diagnóstico de la dermatitis suele ser complejo en la medida en que la característica principal y distintiva de cualquiera de las formas de la enfermedad es el prurito ó comezón, que suele ser intensa y en ocasiones difícil de controlar. Algunas veces estos episodios ceden solos si no son intensos, y no requieren medicamentos ó cremas especiales, sin embargo, la mayoría de las veces sí se necesitan.

Estas recaídas pueden durar pocos días ó mantenerse por tiempos muy prolongados, dependiendo de la causa y de la severidad y extensión de las zonas afectadas en cada caso. Hoy en día existe un gran desinterés en cuanto a estas afecciones, por lo que decidimos hacer una revisión de éstos temas y dar a conocer los enfoques epidemiológicos actuales.

Se debe mencionar que a pesar de todos los avances que a tenido la dermatología a través de los años, aun en nuestro país y principalmente en nuestra provincia los centros de salud publica no cuentan con consulta especializada para brindar eficazmente una optima atención a la población de estratos sociales medio y bajo que es en su mayoría la que asiste a estos servicios.

Por todo lo expuesto es imperativo investigar sobre las dermatitis en los niños y el presente trabajo será realizado con el objetivo de conocer cuales son las de consulta más frecuente en los Centros De Salud: ANDRES DE VERA y PORTOVIEJO y así también recomendar algunas formas de prevenirlas.

Tomando en cuenta esta realidad formulamos el siguiente problema:

**¿Cuales son las Características Epidemiológicas de las Dermatitis en niños menores de 5 años atendidos en los Centros de Salud: Andrés de Vera y Portoviejo durante Marzo- Septiembre 2005?**



## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. OBJETIVO GENERAL:**

Establecer la frecuencia y las Características Epidemiológicas de las Dermatitis en niños menores de 5 años atendidos en los Centros de Salud: Portoviejo y Andrés de Vera durante Marzo- Septiembre 2005.

### **4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- ✘ Determinar la incidencia de las dermatitis en los niños menores de 5 años en el plazo de estudio.
- ✘ Identificar los tipos de dermatitis más comunes y el tiempo estacional en que se presentan.
- ✘ Determinar factores de riesgo biológicos sociales y ambientales relacionados con las dermatitis.
- ✘ Realizar visitas domiciliarias, tomando en cuenta los niños que han sido diagnosticado con dermatitis atendidas en los Centros de Salud Andrés de Vera durante Marzo –Septiembre del 2005, y a la vez educar a la población acerca de la dermatitis en los niños menores de 5 años.

## 5. MARCO TEORICO

Todos los días nos enteramos por diferentes medios acerca de la peligrosidad de las sustancias que flotan en el aire en determinadas zonas. Muchos de los productos que consumimos en la casa, son liberadores potenciales de esas sustancias.

Por ello, es importante tener al menos, una información mínima básica que nos permita actuar ante la contaminación cotidiana. Con esa finalidad, vemos algunos aspectos que pueden mejorar nuestro conocimiento acerca de los contaminantes y los riesgos para la salud.<sup>1</sup>

Muchos contaminantes se comportan de manera diferente en los animales de laboratorio y en el hombre, lo que dificulta la interpretación de su peligrosidad. Por otra parte, no se tiene una información completa acerca de la forma en que los contaminantes producen enfermedades o de cómo se mueven a través del aire, el agua (tipo de agua utilizada sea de pozo, o potable) o el suelo.

Pocos animales y humanos han sido estudiados como para tener una idea confiable acerca de la peligrosidad de las sustancias aisladas o en combinación con otras.

El monitoreo puede ofrecer datos específicos en lugares bien delimitados y en determinados tiempos, sin embargo, las condiciones pueden variar significativamente de un sitio a otro, por más cercano que éste se encuentre, así como, la actividad humana nos lleva a movernos constantemente, cambiando drásticamente nuestra posición, por lo que a presencia y concentración de contaminantes se trata.

Para estimar la probabilidad de riesgo ambiental, los analistas lo describen como una línea continua donde se ubican los diferentes riesgos más cotidianos. Es importante señalar que generalmente, sus estimaciones parten del riesgo máximo de exposición individual.

---

<sup>1</sup>.D Sánchez-Aguilar Rojas<sup>a</sup> A León Mateos<sup>a</sup> Revisiones y Actualizaciones Enfermedades de la Piel. Fecha de consulta ( 26 de Abril del 2006) Vol. 08- Número 88 Pag. 4753-4758. [www.medicina.edu.com](http://www.medicina.edu.com)

Estar mejor informado contribuye a disminuir los riesgos ya que podemos reconocer cuando algo es inaceptable, así como tomar la decisión de cambiar ciertos hábitos personales y proponer o demandar el desarrollo de mejores políticas ambientales ya sea en pequeñas comunidades o en el gobierno de grandes ciudades, para poder mejorar la calidad de vida de las personas, evitando el hacinamiento, que se observa en muchos hogares de los países subdesarrollados, y que en algunos casos es el causante junto con otros factores como el bajo estado socioeconómico de muchas enfermedades sean respiratorias, digestivas y de la piel.

Tratando el problema a nivel grupal o general, es importante establecer los parámetros necesarios para determinar el riesgo de un contaminante para la salud, donde se deben puntualizar diferentes aspectos referentes a los contaminantes tóxicos.

Primero habrá que considerar que un contaminante tóxico atmosférico aumenta la probabilidad de desarrollar una enfermedad o disminuir la capacidad de defensa del organismo.

En algunos países se considera que un contaminante de alto riesgo para la salud es aquel que:

- Afecta a muchas personas.
- Causa efectos graves a la salud (cáncer, defectos en el embrión, enfermedades graves incapacitantes y/o la muerte.
- Se libera a la atmósfera en grandes cantidades.

## **5.1. EFECTOS DE LOS CONTAMINANTES EN LA PIEL**

Los contaminantes atmosféricos tienen su impacto más visible o dramático en el sistema respiratorio y cardiovascular. Sin embargo, sus efectos en la piel también llegan a ser importantes ya que los compuestos químicos que la afectan pueden producir reacciones importantes, entre las que podemos diferenciar tres clases (dermatitis) típicas: dermatitis irritante, dermatitis alérgica y dermatitis fotosensible, entre otras.

## 5.2. LA PIEL

La piel, valiosa e imprescindible, es un órgano verdaderamente fascinante y maravilloso. No es pretencioso decir que la piel es uno de los órganos más importantes de nuestro organismo. Para demostrar su importancia basta decir que si nos falta más del 40% de ella, suele ser incompatible con la vida.

Además, la piel es nuestro órgano más extenso. Pesa entre tres y cinco kilos, y completamente extendida puede llegar a ocupar un área de hasta 18 m<sup>2</sup>, también funciona como una barrera contra los virus y las bacterias es por eso que es tan común a nivel mundial encontrar varios casos de afecciones cutáneas y nuestro país no se queda atrás, nuestros niños son los mas sensibles y por tanto los mas afectados.

Nos envuelve, nos protege, nos separa y nos pone en contacto con el entorno, es la encargada de recibir los estímulos del exterior a través de las terminaciones nerviosas que se sitúan en ella y de ahí se dirigen al cerebelo que nos dice como debemos reaccionar.

Cada centímetro cuadrado de piel contiene unos cinco mil receptores sensitivos, aporta datos diagnósticos muy útiles en la exploración física de cualquier paciente, ya que muchas de las enfermedades internas o multisistémicas se inician o se acompañan de signos y síntomas cutáneos.<sup>2</sup>

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 y muchas veces, maltratado por la propia persona, por el médico o por la poderosa industria farmacéutica y cosmetológica.<sup>3</sup>

Todos los seres humanos tenemos algo en común, la piel que nos protege del medio donde nos desenvolvemos, en el ser humano representa un 15% de su peso.

---

<sup>2</sup> [www.Yahoo.com/infovia.gt/Dermatología](http://www.Yahoo.com/infovia.gt/Dermatología) Dra. González Gorrín Margarita. Especialista de primer grado de Dermatología. Hospital Pediátrico de San Miguel del Padrón Fecha de consulta (18 de abril del 2006) Hora 4 de la tarde

<sup>3</sup> ORBANEJA Gómez José Edición española Pág. 1

### **5.2.1. DATOS HISTOLOGICOS**

Se distinguen tres capas: la epidermis, dermis, e hipodermis

La epidermis está formada por varias capas, del interior hacia la superficie es la basal o germinativa, constituida por una sola hilera de células cilíndricas basófilas, los queratinocitos, cada cinco a diez de estos se intercalan células dendríticas; melanocitos y células de langerhans.

La segunda capa es el estrato espinoso o de Malpighi, formado por varias capas de células poliédricas unidas entre sí por puentes intercelulares o desmosomas. La siguiente es el estrato granuloso, constituido por células con granulaciones hematoxilínicas.

La última es el estrato corneo, muy grueso en las palmas y plantas de las manos, formado por células muertas sin núcleo, sirve de escudo contra los elementos del mundo exterior. Si estas células se someten a presiones de fricción, pueden formar un manto protector y también pueden engrosarse por la exposición a los rayos ultravioleta.

La dermis está constituida por tejido conjuntivo, vasos, nervios, y anexos cutáneos, se divide en superficial o papilar, media o reticular y profunda.

Hay tres clases de fibras: colágenas, reticulares y elásticas, sustancia fundamental formada por mucopolisacáridos y células de varios tipos: fibroblastos, histiocitos, mastocitos, polimorfonucleares, eosinófilos y plasmocitos.

Los queratinocitos se disponen normalmente en forma de empedrado con capas de 15 ó 16 células y ofrecen una protección limitada para el agua, los materiales hidrosolubles y los ácidos débiles.

### **5.2.2 FUNCIONES DE LA PIEL**

La piel funciona como una barrera flexible, gracias a los componentes de colágeno y elásticos de la dermis, proporciona un escudo o defensa única que protege, dentro de ciertos límites, frente a las fuerzas mecánicas y a la penetración de diversos agentes

químicos, controla la pérdida de agua del organismo y lo protege contra los efectos de la luz natural y artificial, del calor y del frío.

La piel intacta y sus secreciones constituyen una barrera defensiva bastante eficaz frente a los microorganismos, siempre que no se altere por lesiones químicas o mecánicas.

Su papel defensivo frente al contacto repetido o prolongado con productos alcalinos orgánicos o inorgánicos, incluso a concentraciones bajas, es menor. Los materiales alcalinos ablandan pero no disuelven por completo los queratinocitos, el ablandamiento altera su estructura interna lo suficiente para debilitar la cohesión celular.

La integridad de la capa de queratina es un factor que se suma al contenido de agua y este, a su vez, influye en su flexibilidad.

Las temperaturas bajas y la humedad, los agentes químicos deshidratantes como los ácidos, los álcalis, los disolventes y los limpiadores fuertes, provocan la pérdida de agua de la capa de queratina y esto, a su vez, hace que las células se curven. .

Esto reduce su papel de barrera y compromete su función defensiva frente a la pérdida de agua del organismo y a la penetración de agentes externos.

Los sistemas de defensa cutánea sólo son eficaces dentro de ciertos límites, cualquier evento que interrumpa uno o más de los elementos defensivos pondrá en peligro toda la cadena defensiva.

Por ejemplo los materiales tóxicos pueden absorberse no sólo a través de la piel, sino también a través de los folículos pilosos y los orificios y conductos sudoríparos.

Varios productos químicos utilizados en la industria y en la agricultura han provocado toxicidad sistémica por absorción a través de la piel. Algunos ejemplos bien conocidos son el mercurio, el tetraetilo de plomo, compuestos aromáticos y aminonitrogenados, y ciertos pesticidas órgano fosforado e hidroclorados.

Debe señalarse que, aunque muchas sustancias causan toxicidad sistémica por vía inhalatoria generalmente, también es posible la absorción percutánea, que no debe dejar de tenerse en cuenta.

Una característica notable de la barrera defensiva cutánea es la capacidad de la piel para sustituir de forma continua las células basales que dotan a la epidermis de su propio sistema interno de replicación y reparación.

La capacidad de la piel para actuar como intercambiador de calor es fundamental para la vida, la función de las glándulas sudoríparas, la dilatación y contracción vascular bajo control nervioso tienen una importancia vital en la regulación del calor corporal, al igual que la evaporación de agua sobre la superficie cutánea, la contracción de los vasos sanguíneos protege frente a la exposición al frío conservando el calor corporal central.

Múltiples terminaciones nerviosas situadas en el interior de la piel actúan como sensores de calor, de frío y de otros excitantes, transmitiendo la presencia del estímulo al sistema nervioso que responde al agente provocador.

El pigmento (melanina) que fabrican los melanocitos localizados en la capa de células basales de la epidermis es un factor defensivo de primer orden frente a las lesiones por radiación ultravioleta, un componente potencialmente dañino de la luz solar y de algunas formas de luz artificial.

Una protección adicional, aunque de menor grado, es la conferida por la capa de queratina engrosada tras la exposición a la luz ultravioleta (es muy importante que las personas que trabajan al aire libre se apliquen en la piel expuesta una crema solar con un agente protector frente los rayos UV-A y UV-B de un factor 15 como mínimo) y se vistán de forma adecuada para protegerse frente a las lesiones por exposición a la luz solar.

### **5.2.3. TIPOS DE PIEL**

Seca, grasosa, deshidratada 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 grasas; se observa en personas blancas, a menudo en las manos; da prurito con facilidad.

La piel grasosa es brillante, untosa, propicia para el desarrollo del acné. La piel deshidratada se observa en quienes se asolean a menudo y en ocasiones con mala nutrición; es seca y escamosa.

La hidratada está húmeda y turgente; por lo general se ve en niño. La mixta se ve en la cara de las mujeres que tienen grasa en la parte central y piel seca en la periferia.

La piel del recién nacido está cubierta de un pelo fino o lanugo que cubre casi toda la superficie corporal; después es remplazado por pelo y vello; esta piel no es por completo normal, por que no está bien desarrolla y es grasosa, lo que origina costras y escamas en cara y piel cabelluda.

En ocasiones por influencia hormonal 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.

La piel en realidad “normal” o equilibrada puede observarse alrededor de los tres a seis años de edad o cerca de los 25, antes que aparezcan las manchas y arrugas propias del envejecimiento cutáneo.<sup>4</sup>

### **5.2.4. CUIDADOS DE LA PIEL**

Es conveniente que cada persona conozca las características de su piel para poder proporcionarle un cuidado adecuado. En general un buen cuidado de la piel se consigue

---

<sup>4</sup> ORBANEJA, Gómez. José Edición española Pág. 4-5



con una dieta equilibrada e higiene razonable, sin descuidar el aseo ni exagerar las prácticas de limpieza, pues también la dañan, en la piel seca se aconseja usar jabones suaves de tocador, o mejor, prescindir de ellos, baños breves con agua tibia; cuando es grasosa lo mejor es el agua caliente y el jabón, no son convenientes jabones antisépticos; en la piel mixta los cuidados son más complejos.

### **5.3. DERMATITIS**

La dermatitis es una inflamación de las capas superficiales de la piel que se acompaña de ampollas, enrojecimiento, inflamación, supuración, costras, descamación y frecuentemente, picores.

### **5.4. DERMATITIS ATOPICA**

#### **5.4.1. DEFINICIÓN**

La atopia es una condición hereditaria, que predispone a padecer una serie de enfermedades, en su mayoría relacionadas con respuestas mediadas por IgE y alteraciones de la inmunidad celular y de la reactividad vascular.<sup>5</sup>

Se la define como una enfermedad inflamatoria de la piel en la que destaca: eritema, prurito intenso, exudación, formación de costras y descamación de las mismas, es una erupción crónica muy pruriginosa.

Se desconoce la etiología de la dermatitis atópica, aunque al parecer existe una predisposición genética que puede ser exacerbada por numerosos factores, entre ellos los alimentos, infecciones de la piel, ropas, sustancias químicas irritantes y factores emocionales como el estrés<sup>6</sup>, antecedentes familiares y las infecciones concomitantes de la piel.

Es el eccema más común en la infancia, suele aparecer en personas que presentan una "condición atópica". Parece que existe una propensión genética a padecerla, los lactantes que la presentan tienden a desarrollar posteriormente rinitis y asma.

---

<sup>5</sup> FEIDEL Henry Manual Mosby de exploración física Pag. 85

<sup>6</sup> LOOKINGBILL de Marks Editorial Médica Panamericana Pág. 111

La prevalencia de Dermatitis Atópica en familiares de primer grado fue del 39 % y en familiares de segundo grado es de un 19 %. En cuanto a las zonas geográficas es mayor cuanto más al norte se sitúa el área estudiada y cuanto más alto es su nivel de desarrollo industrial.

La enfermedad sufre exacerbaciones en las temporadas de calor o de frío cuando hay sequedad de la atmósfera.

Aunque se postula que la alimentación con leche materna retrasa su aparición y su intensidad, se ha visto, actualmente un incremento que se relaciona con el aumento del desarrollo económico.

El hacinamiento es un factor importante que predispone a la aparición de esta enfermedad por eso se recomienda ventilar correctamente las habitaciones de la casa y evitar la presencia de animales domésticos (perros, gatos, pájaros, etc.) y de plantas.

En el dormitorio es preferible evitar objetos que almacenen polvo (cojines, alfombras, muñecos de peluche, etc.) y utilizar el aspirador en lugar de barrer, realizando las operaciones de limpieza cuando el niño esté ausente. Evitar situaciones que provoquen el estrés ya que es uno de los posibles factores desencadenantes es el estrés.<sup>7</sup>

#### **5.4.2. DATOS EPIDEMIOLOGICOS**

La enfermedad originalmente conocida como prurito de Besnier y eccema constitucional, es ubicua, afecta a todas las razas y existe en todos los países.

Se señala su existencia hasta en el 2% de la población general y en el 14% de los niños. Por lo general se inicia después de los dos meses de edad el 57 % de los casos se inicia antes de los 2 años , y a los 5 años el 90% de los pacientes que tendrán dermatitis atópica han manifestado la enfermedad.<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup> <http://www.netdoctor.es> .Dr. A. Sahota, Dr. M. Rustin especialistas en dermatología [www.Yahoo.com](http://www.Yahoo.com), Fecha de consulta (10 de Marzo del 2006) Hora: 3 de la tarde

<sup>8</sup> LOOKINGBILL de Marks Editorial Médica Panamericana Pág. 111

La enfermedad se inicia antes del primer años de la vida en más del 60% de los casos, la curva desciende hacia los 12 años de la cifra de inicio es apenas del 5% y es excepcional que la enfermedad se inicie en la edad adulta.

### **5.4.3. PATOGÉNIA**

La patogenia exacta de la dermatitis atópica se desconoce, se ha asociado a diversas alteraciones inmunológicas y fisiológicas. Dentro de las alteraciones inmunes se incluyen la producción elevada de IgE, la presencia de alteraciones de la inmunidad celular con mayor frecuencia de infecciones cutáneas víricas y bacterianas, alteraciones en las subpoblaciones de linfocitos T y de las células de Langerhans y la eosinofilia.

**Trastornos inmunológicos:** existen diversas evidencias que sugieren que las alteraciones inmunes sean uno de los componentes fundamentales de la dermatitis atópica en incluyen alteraciones de las poblaciones de linfocitos T, de las células de Langerhans, niveles de IgE elevados y el desarrollo de infecciones cutáneas.

**Alteración en las subpoblaciones de linfocitos T:** diversos estudios aportan datos demostrando que las reacciones inflamatorias presentes en los individuos con atopia están determinadas por una proliferación de linfocitos T cooperadores de clase Th2,

En general cuando se entra en contacto con diversos alérgenos (derivados del polen, ácaro doméstico, caspa del gato, etc.) los adultos y niños sin atopia desencadenan una reacción inmune de baja intensidad, con producción de anticuerpos con especificidad para el alérgeno de clase IgG1 y IgG4 y "in vitro" sus células T responden al contacto con el alérgeno con una respuesta de células T cooperadoras del tipo Th1, con producción de interferón.

En las lesiones agudas de dermatitis atópica -caracterizadas por lesiones de eczema, edema y vesiculacion, existe un predominio de células Th2, pero en las lesiones crónicas con engrosamiento cutáneo y liquenificación existe un cambio en el tipo de infiltrado con predominio de células Th1.

Niveles de IgE: La mayoría (80%) de pacientes con dermatitis atópica tiene unos niveles séricos de IgE elevados. Estos niveles son probablemente debidos a la mayor producción por los linfocitos B, regulados por la secreción de citocinas de los linfocitos Th2. Los anticuerpos de clase IgE se unen a mastocitos y basófilos induciendo una marcada activación celular y la liberación de varios mediadores tales como histamina, triptasa, leucotrienos, prostaglandinas, quininas, etc que son responsables de la respuesta inflamatoria.

Papel de las células de Langerhans: Las células de Langerhans son células de presentación antigénica que están presentes en la epidermis y dermis. Tienen como función la captación, procesamiento y presentación de antígenos a los linfocitos T.

En los pacientes con dermatitis atópica se ha demostrado que las células de langerhans tienen en su superficie una alta expresión del receptor para la IgE y en las lesiones de atopia presentan en su superficie IgE. Además las células de langerhans en los atópicos estimularían a los linfocitos T indiferenciados y de memoria hacia un patrón de secreción de citocinas característico de Th2. Estos hallazgos sugieren el posible mecanismo por el cual la IgE puede contribuir a las alteraciones de la inmunidad celular y al desarrollo de las lesiones de eczema.

Infecciones cutáneas: los pacientes con dermatitis atópica desarrollan con frecuencia infecciones cutáneas recidivantes, bacterianas, víricas y fúngicas.

**Alteraciones fisiológicas:** En los pacientes con dermatitis atópica se pueden observar diversas alteraciones farmacológicas y fisiológicas que no se explican por las alteraciones inmunes tales como la palidez facial, la vasodilatación acral, respuestas anómalas al sudor, el dermatografismo blanco y la positividad de las pruebas de acetilcolina y metilcolina (formación de habon blanco).

Estas observaciones hicieron sugerir que en los individuos atópicos existía un bloqueo de los receptores beta-adrenérgicos, produciendo un predominio colinérgico.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup><http://www.netdoctores.es> Dr. Daniel Candelas Prieto, especialista en Dermatología [www.saludaldía.com](http://www.saludaldía.com), Fecha de consulta (22 de febrero del 206) Hora 6 de la tarde.

#### **5.4.4. MANIFESTACIONES CLÍNICAS**

Afecta según las distintas estadísticas entre el 2 y el 8% de los niños, suele comenzar en la lactancia, a los dos o tercer meses de vida. A veces se retrasa su aparición hasta los 2 años o un poco más tarde.

Más de la mitad están ya afectados al cumplir los 12 meses y casi el 100% de los que la presentarán ya tiene manifestaciones a los 5 años de vida.

Su aparición y evolución es: las lesiones que se ven inicialmente son placas eritematosas, rezumantes y las primeras las vemos en las mejillas, a continuación progresan por el resto de la cara, cuello, muñecas, manos, abdomen y caras de extensión de las extremidades.

En las zonas de flexión suelen aparecer más tarde, aún cuando ya se podrían apreciar en sus inicios, pero es menos frecuente.

El prurito es intenso. Se observa que el lactante trata de rascar su cara con todo lo que encuentra a su lado, esto puede provocar costras en la piel que se pueden infectar.

Hay una tendencia a la disminución de manifestaciones clínicas entre los tres y cinco años.

La cara adquiere un matiz blanquecino: "máscara de la dermatitis" observándose mayor hiperpigmentación de la piel, descamación y liquenificación.

Se puede provocar un círculo vicioso esto es:

El prurito provoca rascado que da lugar a eccema que, a su vez, provoca prurito, por otra parte, el eccema provoca impetiginización, que es también ocasionada por las liquenificaciones y erosiones que van apareciendo en su evolución.

### **5.4.5. FORMAS TÍPICAS DE LA DERMATITIS ATÓPICA.**

Se dividen en tres fases:

#### **a).- Fase del lactante:**

De 3-5 meses hasta los 2 años, aun cuando hay casos de inicio más precoz, predominan las placas eritemato-edematosas que evolucionan con erosiones y descamación. Frecuentemente, las lesiones se observan en las mejillas y mentón, respetando la zona perioral.

En muchos pacientes, se ven afectadas la frente, pabellones auriculares, cuero cabelludo, cuello, dorso de las manos y zona de extensión de las extremidades, son los lugares más destacables, pero aparecen en cualquier otra parte del cuerpo.

#### **b).- Fase infantil:**

Aparecen entre los 2 y 10 años y en ella, las lesiones son más ecematosas y la dermatitis flexural (codos y rodillas, sobre todo) es lo más significativo de esta fase.

Las lesiones son menos agudas, más diseminadas y pueden afectar a todos los pliegues, son comunes las pápulas secas (con descamación final), la liquenificación y el eritema y edema periorbitario.

Asimismo, se ven afectadas las zonas retroauriculares (muchas veces con grietas y sobre todo infectadas), periorales, dorso de manos y pies, nuca.

#### **c).- Fase del adolescente y del adulto:**

Aparece a partir de la pubertad, y las lesiones son, preferentemente, unas placas secas, liquenificadas e hiperpigmentadas en las áreas de flexión y alrededor de los ojos.

La dermatitis persistente en manos puede ser el único resto de una Dermatitis Atópica bien entendido que estas fases pueden fusionarse en forma imperceptible o bien alguno de estos cuadros puede manifestarse a cualquier edad.

Aún cuando la dermatitis atópica puede desaparecer con el tiempo, hay estadísticas que dicen que entre un 30 a 80 % pueden seguir sufriendo episodios intermitentes de exacerbaciones toda la vida, esta predisposición aumenta cuando están sometidos a tensión física o de tipo emocional.

#### **5.4.6. DIAGNÓSTICO**

Desde 1980 Hanifin y Rajka propusieron los criterios mayores y menores para el diagnóstico de la enfermedad, basados en su experiencia clínica.

Estos criterios han permitido una uniformidad en el diagnóstico, pero no son útiles en estudios de población, ya que los criterios menores son frecuentemente encontrados en los grupos control, propuso la siguiente guía, que tiene una sensibilidad del 85% y una especificidad del 96%:

**5.4.6.1. CRITERIOS MAYORES:** Presencia de una condición pruriginosa de la piel, y tres o más de los siguientes hallazgos:

- Historia de dermatitis flexural (o de las mejillas en niños < 10 años).
- Historia personal de asma o rinitis alérgica (o historia de atopia en un familiar de primer grado en niños < 4 años).
- Historia de xerosis generalizada en el último año, eczema flexural visible (o en mejillas y superficies extensoras de extremidades en niños < 4 años).
- Aparición antes de los 2 años (si el niño es > 4 años).

**5.4.6.2 CRITERIOS MENORES:** Algunos de los criterios menores de Hanifin y Rajka son manifestaciones no eczematosas, usualmente asociadas a la diátesis atópica, y se expresan frecuentemente en la piel en una forma inespecífica:

**Xerosis** (piel seca): Es el hallazgo de piel más común en los pacientes atópicos y persiste a través de la vida. Hay una incapacidad de los queratinocitos para ligar agua, aumentando la pérdida transepidérmica de ésta, combinada con una disminución en la producción de sebo.

**Queratosis pilaris**: Ocurre en el 55% de los pacientes atópicos, como pápulas queratósicas foliculares en brazos, muslos y caderas; es asintomática. Es menos aparente en la edad adulta.

**Hiperlinealidad palmo-plantar**: Es una exageración de los pliegues palmares y/o plantares y de los dermatoglifos.

**Pliegue del cuello anterior**: Es un pliegue horizontal, prominente, que cruza la parte media del cuello anterior.

**Oscurecimiento infraorbitario** ("ojeras"): Ocurre en más del 60% de los pacientes atópicos.

**Pliegue de Denny-Morgan**: Son pliegues simétricos, prominentes, debajo del margen del párpado inferior; se encuentra en el 60-80% de los pacientes, con posibles variaciones étnicas.

**Milium periorbitario**: Se forman cuando la piel seca obstruye el conducto de la glándula sebácea; son pápulas blancas, brillantes, de 1 a 2 mm, individuales o confluentes.

**Compromiso ocular**: ocurre en el 25-42% de los pacientes con dermatitis atópica incluye; catarata capsular anterior, queratocono y queratoconjuntivitis, y frecuentemente se asocian a dermatitis de los párpados.

**Fisuración infra-auricular**: asociada a enfermedad severa, se presenta descamación difusa del cuero cabelludo.



### 5.4.7. COMPLICACIONES

La más frecuente durante la infancia es la sobreinfección por bacterias o virus. Viene provocada esta situación por los insultos que se le hacen a la piel con tanto "rascado" y provoca que se rompan las defensas y penetren los microorganismos y la contaminen.<sup>10</sup>

El *S. aureus* y el *Streptococcus B-hemolítico* comúnmente colonizan y causan infección secundaria en la piel de los pacientes con Dermatitis Atópica; el *S. aureus* se ha encontrado hasta en el 90% de la piel enferma, en el 76% de la piel no comprometida y en el 79% en las fosas nasales de estos pacientes.

*Eczema herpeticum*: Es una complicación viral grave, con aparición abrupta de vesículas monomorfas, dolorosas, con exudación, erosiones y costras.

Otras infecciones virales incluyen verrugas vulgares, muchas veces múltiples y refractarias a la terapia, y molusco contagioso.

Las complicaciones oculares se aprecian con frecuencia en pacientes con eczema periorbitario y/o queratoconjuntivitis: queratocono, uveítis anterior, cataratas subcapsulares, herpes simple ocular.

Trastornos psicológicos: están claramente definidos en los pacientes con Dermatitis Atópica; la gran molestia que produce el prurito causa rabia y resentimiento en el paciente, y culpabilidad y resentimiento en la familia.

El prurito incesante y la desfiguración física se convierten en un arma poderosa para la manipulación, pero al mismo tiempo llevan a una seria disminución en la autoestima del paciente.

La ansiedad y depresión son hallazgos concomitantes comunes en estos pacientes.

---

<sup>10</sup>FARRERAS Rozman, Medicina Interna, Sección 11: dermatología 14 Edición, Editorial harcourt s.a. 2000 Pag. 1189-1190.

## 5.4.8. TRATAMIENTO

Dadas las características de esta piel, el principal tratamiento es el "cuidado esmerado de la misma".

Es "básico" romper el ciclo: PRURITO - RASCADO - PRURITO.

Se debe evitar que entren, por cualquier vía, en el organismo sustancias que puedan desencadenar prurito y rascado.

### 5.4.8.1 MEDIDAS GENERALES

Con carácter general se evitarán todas aquellas circunstancias que producen prurito en condiciones normales, efecto que suele ser mucho mayor en los atópicos.

Estas medidas incluyen:

**1. Temperatura ambiental** El calor es mal tolerado por los pacientes con dermatitis atópica, debe evitarse la temperatura ambiental elevada y el uso de ropa de abrigo excesiva.

**2. Humedad ambiental** La sequedad del ambiente incrementa la xerosis y el prurito en la dermatitis atópica. Las calefacciones por aire caliente (ej.: las de los coches) pueden ser un factor agravante importante.

La humidificación ambiental con instalaciones adecuadas es beneficiosa, en cambio, las medidas caseras con pequeños humidificadores o recipientes de agua son poco eficaces.

Los microorganismos son la causa de muchos efectos sobre la salud por contaminación del agua potable. Para muchas aplicaciones, el agua de pozo no causa ningún problema, no es perjudicial para su salud tampoco.

La exposición a los alérgenos transportados por el aire es afectada por el patrón de la circulación del aire, la filtración del aire, el tipo de lechos y la humedad. La manipulación de estos factores ambientales ha reducido o eliminado exitosamente el

riesgo de alergias inducidas por animales. Por ejemplo, los patrones de la ventilación de los cuartos pueden ser manipulados para reducir la exposición a los alérgenos animales en el lugar de trabajo. Se debe evitar la recirculación del aire a menos que el aire se filtre bien para eliminar las caspas animales y los olores.

**3. Exposición solar** Suele resultar beneficiosa en la dermatitis atópica, pero debe evitarse siempre la quemadura solar. Algunos pacientes tienen mala tolerancia al sol e incluso pueden sufrir agravamiento de sus lesiones.

**4. Ropa** Evitar el contacto directo de la piel con lana, plásticos, gomas, etc. La tolerancia de las fibras sintéticas es muy variable y deberá evaluarse en cada caso.

**5. Alimentos** Algunos alimentos ácidos (ej.: cítricos, tomate) pueden irritar la piel de los pacientes atópicos al ingerirlos o ser manipulados. Los excitantes, como el café, el cacao y el alcohol, incrementan el prurito y son contraproducentes.

Algunos alimentos, por su contenido en histamina o por liberar esta sustancia, sobre todo si se consumen en grandes cantidades (ej.: fresas, marisco), pueden desencadenar también prurito.

**6. Vacunas** Los niños con dermatitis atópica deben recibir el calendario de vacunación completa y a su debido tiempo, si no existen otras contraindicaciones, durante los tratamientos con corticoides sistémicos no deben administrarse vacunas con virus vivos (poliomielitis, sarampión-parotiditis-rubéola, varicela).

**7. Enfermedades asociadas** Otros procesos que forman parte de las manifestaciones de la constitución atópica pueden desencadenar prurito (ej.: crisis asmáticas, urticaria). Su correcto control es esencial para lograr el de la dermatitis atópica.

**8. Higiene** Los baños, especialmente con agua muy caliente y detergentes agresivos, incrementan la xerosis e irritan la piel de los pacientes atópicos. No obstante, debe mantenerse una higiene suficiente, combinando medidas poco lesivas y el uso de emolientes.

Es preciso reducir el número de baños al mínimo cuando exacerben los síntomas, el agua no ha de estar muy caliente o fría pues ocasionará reacciones adversas en la piel y no se debe aplicar jabón en las zonas afectadas por la dermatitis, ya que reseca e irrita la piel.

El aceite contribuye a lubricar la piel y se deben aplicar los esteroides o los ungüentos emolientes a los 3 min de bañarse, antes de que se seque la piel, para aumentar su eficacia, y se conserve la humedad de la piel.<sup>11</sup>

Es preferible la ducha al baño, con agua templada y utilizar geles de baño de pH ácido.

**9. Emolientes** La aplicación una o varias veces al día de una crema emoliente (“hidratante”) en todo el cuerpo es una medida esencial en el tratamiento de la dermatitis atópica. . Debe tenerse en cuenta que muchos pacientes atópicos tienen mala tolerancia a algunos de los compuestos de uso más habitual en este grupo, como la urea. El momento más adecuado para aplicar la crema es inmediatamente tras la ducha o el baño

## **10. Animales**

El Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacionales, solicita asistencia en la prevención de asma y alergias en las personas que trabajan con animales.

Aproximadamente 2 millones de trabajadores tienen trabajos que requieren un contacto constante con animales o productos animales. Cerca de un 33% de las personas que trabajan con animales experimenta síntomas de alergias y aproximadamente un 10% tiene síntomas de asma inducida por animales.

---

<sup>11</sup> MERCK, Manual de diagnósticos y Terapéutica Décima Edición sección 10 Trastornos dermatológicos Cap.111 Pag. 26.

Los animales o productos animales como caspa, pelo, escamas, piel, saliva y desechos corporales contienen potentes alérgenos que pueden causar tanto trastornos respiratorios como de la piel.

Entre los trabajadores en riesgo se encuentran los técnicos de laboratorios de animales y técnicos veterinarios, los investigadores, los veterinarios y otras personas que tienen una relación cercana y prolongada con animales o sus secreciones o excreciones.<sup>12</sup>

La inhalación es una de las formas más comunes en la que los alérgenos entran al cuerpo. Después de un período de tiempo (a menudo de varios meses y en ocasiones años), las personas pueden haber inhalado cantidades suficientes de alérgenos para hacerse sensibles es decir, resultan con síntomas si se exponen otra vez aunque sea a partículas muy pequeñas de un alérgeno.

Nadie puede querer especialmente a los gatitos y perritos mimosos más que los niños, los animales domésticos pueden transmitir algunos tipos de enfermedades infecciosas a sus dueños. La mayoría de las infecciones ocurren cuando la persona viene al contacto con heces del perro o del gato y después se tocan su boca.

La solución es lavarse las manos y las de sus niños inmediatamente después de jugar con los animales domésticos o al llegar en contacto con el suelo que posiblemente esté contaminado.

La infección más común causada por los perros es el giardiasis, una enfermedad intestinal desarrollada por el agua potable o alimentos contaminados por los excrementos. Los niños que juegan con los perritos más frecuente, contraen la giardiasis. Los síntomas incluyen diarrea y calambres abdominales.

La tiña, una picazón, condición de erupción de la piel, puede ser causa por el hongo en la piel de sus animales domésticos.

---

<sup>12</sup> <http://www.cdc.gov/spanish/index.html> Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional 1998 Fecha de acceso (4 de Mayo del 2006) hora (10 am) Publicación No. 97-116 de DHHS (NIOSH) google.com.

Los perros y los gatos pueden transmitir lombrices intestinales y parásitos a los seres humanos.

Los niños están especialmente al riesgo para la infección. los ascárides pueden a través de los órganos internos causar una enfermedad seria. Las lombrices intestinales pueden penetrar la piel y causar heridas y picazón en la piel.

**11. Rascamiento** Es esencial convencer al paciente o a sus familiares de que el rascamiento y el frotamiento son factores decisivos en el mantenimiento de las lesiones y de la necesidad de evitarlos<sup>13</sup>

#### **5.4.8.2 TRATAMIENTO LOCAL**

Se pueden usar apósitos húmedos en los momentos más álgidos con sustancias antipruriginosas y antiinflamatorias.

Se pueden utilizar Corticoides de baja o mediana intensidad, evitando que los más potentes sean aplicados en la cara del niño ni en grandes áreas de la superficie corporal, se pone como óptimo para la cara la hidrocortisona al 0,5 ó 1% que se considera segura.

Se debe evitar el rascado y sobreinfección cortando las uñas de los niños, en caso de haberse infectado la piel, serán necesarios antibióticos tópicos. Se deberá utilizar una asociación de corticoide más antibiótico, en casos muy determinados, incluso antibiótico por vía oral.

### **ANTIISTAMÍNICOS**

El tratamiento sistémico consiste en administrar antihistamínicos para contrarrestar el prurito; existen antihistamínicos sedantes que se utilizan con gran beneficio para los pacientes, ya que ese efecto secundario ayuda a la relajación secundaria del paciente, la hidroxicina a dosis de 1mg/kg/día en niños es de gran utilidad.

---

<sup>13</sup> [http://www.especialistasdermatologia.com/FONSECA\\_Capdevila\\_E.\\_Dermatitis\\_Atópica.\\_Protocolo\\_terapéutico](http://www.especialistasdermatologia.com/FONSECA_Capdevila_E._Dermatitis_Atópica._Protocolo_terapéutico) Fecha de consulta (13 de enero del 2006).. [www.saludaldía.com](http://www.saludaldía.com)

La clorfeniramina e razón de 0.35 mg/kg/día es también bastante útil en el tratamiento de la dermatitis atópica.

Los antihistamínicos no sedantes de nueva generación como la terfenadina, el astemizol, la loratadina y la cetirizina se usan con confianza en niños pequeños. El ketotifeno es un eficaz protector de membrana del mastocito que en asociación con otro antihistamínico ofrece grandes beneficios al paciente.

## **ANTIBIOTICOS**

Cuando la dermatitis atópica es generalizada está siempre sobreinfectada por el estafilococo, aunque aparentemente no lo parezca, la cual se ha comprobado mediante cultivos de la piel afectada.

Los antibióticos sistémicos se deben administrar cuando la dermatitis es muy generalizada, eritrodermias o con grandes zonas eccematosas, se recomienda la dicloxacilina.

## **INMUNOREGULADORES**

En pacientes de difícil control se utilizan los inmunorreguladores como la ciclosporina, interferón, factor de transferencia, timopentina y talidomida entre otros.

**Ciclosporina:** Inmunosupresor no mielotóxico, de acción terapéutica rápida y efecto selectivo contra células T cooperadoras, inhibe linfocinas, particularmente IL-2 e interferón alfa y consecuentemente disminuye la activación de macrófagos, monocitos y queratinocitos.

Dentro de sus inconvenientes tenemos que es nefrotóxica, se presentan recaídas rápidas después de suspenderla, es muy cara y a largo plazo su utilidad no es clara.

**Talidomida:** Es un medicamento con acción inmunorreguladora, en dermatitis atópica se ha utilizado desde hace mucho tiempo; los resultados son muy buenos a dosis desde 25 a 100 mg.

**Tracolimus:** Macrólido-lactona aislado del *Streptomyces tsukbaensis*; potente agente inmunorregulador con espectro y actividad parecida a la ciclosporina y a los esteroides. Su uso podrá ser tópico y los estudios son optimistas.

Su acción incluye la inhibición de la IL-4 y de IL-5, disminuye células T e infiltrado eosinófilo, libera IL-3, interferón gama, factor de necrosis tumoral alfa y factor estimulador de colonias de granulocitos.

En niños mayores de dos años como alternativa a la utilización de corticoides puede aplicarse pimecrolimus crema al 1%.

#### **5.4.9. EVOLUCION Y COMPLICACIONES**

La dermatitis atópica es una enfermedad crónica. La mayoría de los niños 90% “supera” la enfermedad al llegar a la adolescencia, aún cuando en algunos adultos se mantienen formas localizadas de dermatitis atópica como la dermatitis crónica de las manos o de los pies, placas de liquen simple crónico o dermatitis palpebral.<sup>14</sup>

Con frecuencia la dermatitis atópica se complica con infecciones cutáneas. Hay un índice más elevado de colonización con *staphylococcus aureus* en la piel atópica.

#### **5.4.10. PRONÓSTICO**

La resolución de la Dermatitis Atópica, suele ocurrir en los cinco primeros años de vida, si controlamos los distintos factores que provocan el agravamiento del prurito, un tratamiento local, cuidados y, sobre todo, la ayuda de los padres, el niño llevará su enfermedad "bastante" bien.

### **5.5. OTRAS MANIFESTACIONES DE ATOPIA.**

Se han señalado otras dermatosis como de origen atópico (aunque no todo mundo está de acuerdo) como son la pitiriasis alba, los clásicos “jotes” de los niños: manchas hipocrómicas escamosas en la cara, la dermatitis numular que son placas circulares eccematosas, el liquen simple que son placas de liquenificación sobre todo en la nuca,

---

<sup>14</sup> LOOKINGBILL, Marks Editorial Médica Panamericana pag. 112



dermatitis del área del pañal y del pezón en la que hay fundamentalmente el factor de dermatitis por contacto.

### **5.5.1. ETIOPATOGENIA**

Es una enfermedad multifactorial, en la que intervienen factores constitucionales y ambientales. Entre los primeros tenemos a la atopia, el fenotipo cutáneo, neurovegetativo e inmunológico y la discutida personalidad entre los ambientales; el clima, las emociones y el medio familiar. Todos estos factores como en rompecabezas: sólo cuando se juntan todas las piezas se presenta la enfermedad.

**La atopia.-** puede o no expresarse clínicamente, cuando lo hace en la piel hablamos de dermatitis atópica, cuando lo hace en el aparato respiratorio se habla de asma y rinitis atópicas y hay también conjuntivitis atópica, aunque muchas veces quizá sea lo más frecuente, la atopia no tiene expresión clínica y no puede ser detectada en una persona o en una familia, es posible encontrar en un 70% a 80% de los pacientes atópicos antecedentes familiares.

**Fenotipo cutáneo.-** Los pacientes atópicos tienen una piel seca, escamosa, irritable con bajo umbral del prurito. Es frecuente observar en la cara un envejecimiento de la piel con arrugas y pliegues como el llamado pliegue de Denny Morgan que es como un doble párpado inferior.

**Sistema neurovegetativo.-** Hay una tendencia a la vasoconstricción prolongada, palidez de tegumentos, intolerancia al calor, retención sudoral y respuesta anormal a la histamina y a la acetilcolina con dermografismo blanco. De estas alteraciones en el sistema neurovegetativo, la enfermedad tomó el nombre, más usado en Europa, de neurodermatitis diseminada.

**Inmunología.-** La inmunidad humoral está exacerbada con una producción elevada de IgE sobre todo en las fases agudas de la enfermedad; sin embargo este hecho no es exclusivo de la Dermatitis Atópica, hay un 20% de casos en IgE normal y hasta con hipoglobulínemia y hay otras enfermedades no relacionadas con la atopia que muestran

cifras elevadas de IgE. Es decir, la concordancia entre los niveles de IgE elevados y la presencia de la enfermedad atópica no siempre está presente.

La IgA está transitoriamente disminuida en los inicios de la enfermedad con lo cual se pretende explicar por qué las células epidérmicas quedan desprotegidas y dejan pasar antígenos hacia los linfocitos B cuyo estímulo produciría IgE que se fijaría en los mastocitos permitiendo ante una gran diversidad de antígenos, degranularse y producir los mediadores de la inflamación.

Por otro lado la inmunidad celular está disminuída en cuanto a los linfocitos Cd4 lo cual determina una mayor susceptibilidad a bacterias, virus y hongos. Además la quimiotaxia de neutrófilos está disminuida y está presente una eosinofilia periférica.

**Flora bacteriana.** El estafilococo dorado coloniza en especial la piel de estos pacientes, el 90% de lesiones crónicas presentan el germen en  $10^6$  por centímetros cuadrados y el 100% de las lesiones eccematosas tienen  $14 \times 10^6$  por centímetro cuadrado; tomando en cuenta que el estafilococo dorado está prácticamente ausente en la piel normal, ello explica la facilidad con que este tipo de piel se infecta.

**Personalidad.-** Este aspecto se ha discutido mucho ya se hablaba de la enfermedad de los niños bonitos, inteligentes, con carisma, pero a la vez inquietos, inestables emocionalmente hablando, traviosos, celosos, manipuladores.

Se dice que esta personalidad es resultado de la enfermedad aunque otros pensamos que se nace ya con ciertos rasgos de personalidad atópica, mismo que pueden variar con la misma enfermedad: el prurito intenso, su cronicidad, el deterioro de la imagen corporal que ésta enfermedad causa.

Estudios psicológicos de un buen número de pacientes hablan de una personalidad depresiva, obsesiva y agresiva. Son personas con mucha ansiedad, hostilidad, timidez, falta de adaptación.

**Factores ambientales.-** El clima seco ya sea caluroso o frío empeora la enfermedad y el medio húmedo lo favorece; el agua clorada de las albercas es perjudicial y en cambio les favorece el agua de mar y el clima de las costas.

**Estrés y los factores emocionales.-** Influyen en la presentación de los brotes; no queremos decir con ello que la Dermatitis Atópica es una psicodermatosis en sentido estricto, aunque es conocido el hecho de la influencia de los factores psicológicos tienen en las enfermedades como ésta a través de cambios bioquímicos e inmunológicos que se originan.

**Ambiente familiar.-** Es hostil al niño; la madre a menudo es sobreprotectora, estricta, exigente con malas relaciones con el esposo. Hay poca receptividad afectiva en los padres para estos niños sensibles, deseosos de amor.

En ocasiones el nacimiento de un hermano desencadena un brote, el ir a la escuela o el cambio de profesores. Por eso no es de llamar la atención la mejoría que un paciente puede experimentar con el simple cambio del medio ambiente donde vive.

### **5.5.2. DIAGNÓSTICO**

Es clínico y relativamente sencillo, aunque no toda dermatitis flexural es necesariamente de origen atópico. Deben tomarse en cuenta los antecedentes del propio enfermo y los familiares.

En los lactantes debe diferenciarse de la dermatitis seborreica que afecta sobre todo la piel cabelluda y el centro de la cara.

En ocasiones hay mezcla de las dos dermatitis: la atópica y la seborreica y es difícil diferenciarlas. La dermatitis del pañal predomina en los lactante; en las zonas glúteas y genitales, se presenta con eritema y lesiones vesículopapulosas muy pruriginosas.

### **5.5.3. PRONÓSTICO**

La historia natural de la Dermatitis Atópica, conduce a su desaparición hacia la pubertad con algunos brotes en la edad adulta; sin embargo, esta evolución puede ser alterada por los tratamientos sobre todo a base de corticoesteroides, permitiendo que la enfermedad se prolongue indefinidamente con los problemas inherentes para el enfermo y su familia.

### **5.5.4. TRATAMIENTO**

#### **5.5.4.1. Medidas generales.**

Es conveniente una explicación amplia al paciente y su familia señalando la naturaleza y evolución de la enfermedad y lo que se espera del tratamiento que vamos a indicar.

Evitar el sol excesivo, el agua clorada de las albercas, el uso de jabón (indicar jabones neutros o sustitutos de jabón), prohibir el uso de pomadas y remedios caseros así como los cosméticos que irritan a la piel.

Las dietas restrictivas han sido y siguen siendo un tema muy controversial, pues mientras los alergistas siguen insistiendo sin muchas bases en el beneficio de estas dietas, otros han comprobado su inutilidad.

Existe un grupo muy limitado en que se puede demostrar que una dieta restrictiva de huevo, leche, fresas, etc. puede mejorar los brotes de Dermatitis Atópica y en tales casos (sólo en esos casos) se aconsejaría la supresión de tales alimentos; en lo general se permite al paciente que coma de todo.

En la actualidad se están limitando por los pediatras ciertos alimentos como el huevo, las fresas, el plátano y la leche de vaca en el primer año de vida por ser muy alergénicos y se discute la utilidad de la leche materna en estos niños.

Es necesario hacer ver que estos pacientes requieren de una atención más personal, que sienten la necesidad de cariño por lo que es de recomendarse que el niño sea atendido personalmente por la madre.

#### **5.5.4.2. Tratamiento tópico.**

Depende del estado de la piel; si está eccematosa debe secarse antes de aplicar cualquier pomada que será rechazada por la piel llorosa. El uso de fomentos con agua de manzanilla o suero fisiológico es útil.

Los fomentos con agua de vegeto (subacetato de plomo) al 20% son potentes antiexudativos, pero deben limitarse a áreas restringidas y no usarse en niños.

Estando la piel ya seca, se usan pastas inertes que llevan óxido de zinc y calamina en una base de vaselina y lanolina que son protectoras y a la vez antipruriginosas.

Si la piel está muy seca y liquenificada, los fomentos y baños serán emolientes, con almidón y aceites seguidos de cremas o pomadas más grasosas que llevan vaselina, cold cream y óxido de zinc.-

Cuando hay mucha liquenificación, pueden usarse cremas con alquitrán de hulla al 3% en base de cold cream por tiempo y zonas limitadas.

Nunca deben usarse los corticoesteroides fluorinados en niños, en la cara y zonas genitales o en los pliegues por su posibilidad de absorción. La hidrocortisona es de baja potencia, hace menos daño, pero también es menos efectiva; algunos la recomiendan.

#### **5.5.4.3. Tratamiento sistémico**

El uso de antihistamínicos sobre todo de la primera generación que son sedantes como la clorfeniramina y la hidroxicina ayudan a mejorar el prurito; el ketotifeno y la oxotamida por su acción dual, inhiben la producción de histamina por los mastocitos y bloquean los receptores H1 también son de ayuda, al igual que los sedantes suaves tanto para el paciente como para la madre que está en perenne angustia que transmite al pequeño paciente.

En una palabra, más actúa en estos casos, una buena explicación, una terapéutica conservadora que no haga iatrogenia y un apoyo del médico al paciente y su familia que

modernos y agresivos medicamentos que dañan más que mejorar una enfermedad que aunque molesta sigue siendo benigna para la vida del paciente.

## **5.6. DERMATITIS POR CONTACTO**

La dermatitis por contacto es una reacción inflamatoria de la piel precipitada por una sustancia química exógena;<sup>15</sup> la erupción queda confinada a un área específica y suele estar bien delimitada, puede ser causada por objetos de níquel o plástico.

La dermatitis de contacto es mas frecuente cuando la función de barrera de la piel esta debilitada, como cuando la piel es delgada, esta ocluida, excesivamente húmeda, y también depende de la toxicidad de la sustancia.

Las sustancias que producen dermatitis por contacto pueden causar la inflamación de la piel por uno o dos mecanismos: irritación (dermatitis irritativa) o reacción alérgica (dermatitis alérgica), causada por el contacto directo de la piel de un individuo sensibilizado con un alergen<sup>16</sup>.

Incluso los jabones suaves, los detergentes y ciertos metales pueden irritar la piel tras un contacto frecuente.

Las dermatitis de contacto comunes son la alérgica y la irritativa que es la provocada por intoxicación de la piel provocada por un irritante aplicado directamente sobre ella.

Por el contrario la dermatitis alérgica aparece en las personas que manifiestan una reactividad inmunitaria al contacto con un alergen mediante una hipersensibilidad celulo- mediada.

El inicio de la dermatitis alérgica de contacto tambien depende de la competencia inmunitaria del niño, así como de una exposición habitualmente repetida, a las sustancias con poder antigénico suficiente. Es más habitual en la infancia pero infrecuente en los lactantes.

---

<sup>15</sup> LOOKINGBILL , Marks Editorial Médica Panamericana pag 108

<sup>16</sup>FEIDEL, Henry. Manual Mosby de exploración física Pag. 77

En una reacción alérgica, la primera exposición a una sustancia en particular (o en ocasiones, las primeras exposiciones) no causa ningún síntoma, pero la siguiente exposición puede producir picor y dermatitis en un lapso de 4 a 24 horas.

La dermatitis irritativa puede aparecer en el plazo de unos minutos o unas horas después del contacto con el irritante, entre los que se pueden mencionar jabones, detergentes, lociones, aceites saliva o alimentos que pueden provocar erupciones que varían de gravedad según la edad del paciente, el tiempo de exposición y la potencia del irritante.

En ocasiones una exposición reiterada, incluso al agua, puede secar e irritar la piel, los irritantes fuertes, como los ácidos, los álcalis (como los quitamanchas) y algunos solventes orgánicos (como la acetona de los quitaesmaltes de uñas) pueden causar cambios en la piel en cuestión de pocos minutos.<sup>17</sup>

Las personas pueden usar (o estar expuestas a) determinadas sustancias durante años sin problemas y repentinamente desarrollar una reacción alérgica. Incluso los ungüentos, las cremas y las lociones usadas para tratar la dermatitis pueden provocar esta reacción.

Alrededor del 10% de las mujeres son alérgicas al níquel, la causa más frecuente de dermatitis producida por joyas. También es posible desarrollar dermatitis a partir de cualquier material que una persona toque mientras trabaja (dermatitis laboral).

Una dermatitis que tiene lugar cuando una persona toca determinadas sustancias y después expone su piel a la luz solar, recibe el nombre de dermatitis por contacto fotoalérgica o fototóxica.

Entre estas sustancias se encuentran los filtros solares, las lociones para después del afeitado, ciertos perfumes, antibióticos, alquitrán de hulla y aceites.

---

<sup>17</sup> HOEKELMAN Robert Editorial Mosbi Pág. 1585

La lista de los 10 alérgenos más frecuentemente involucrados en dermatitis de contacto en niños es la siguiente:

1. Níquel: Las principales fuentes en la infancia son el contacto con joyas (más en niñas), monturas de gafas y hebillas de cinturones.
2. Mercurio: Sobre todo por contacto con antisépticos (mercurocromo) y roturas de termómetros.
3. Bálsamo de Perú: Fundamentalmente en adolescentes por contacto con cosméticos.
4. Gomas: Aunque las fuentes de contacto son innumerables, quizá la más importante sea el uso de zapatillas deportivas.
5. Cosméticos.
6. Dicromato potásico: Generalmente tras contacto con pieles teñidas (zapatos, abrigos, objetos cromados, etc.)
7. Cobalto: Contenido en pinturas y lápices de cera, objetos metálicos, etc.
8. Alquitrane de madera: Fundamentalmente usados en cremas y pomadas para tratar niños con eczema o psoriasis.
9. Benzocaína: Usado en la infancia como anestésico tópico y también para aliviar el picor.
10. Neomicina: Usado como agente antibacteriano en numerosas cremas y pomadas usadas en niños para tratar cortes, quemaduras e incluso infecciones cutáneas.<sup>18</sup>

### **5.6.1. FACTORES PREDISPONENTES**

Existen una serie de factores favorecedores para el desarrollo de dermatitis de contacto.

Entre los más importantes se encuentran:

- Capacidad de la sustancia para penetrar la piel y producir alergia.
- El daño previo de la piel (la dermatitis de contacto es más frecuente por ejemplo, en niños con dermatitis atópica que ya tienen de por sí la piel alterada y a través de ella pueden penetrar los alérgenos).
- Grado de sequedad o hidratación de la piel.
- Factores genéticos.

---

<sup>18</sup> . <http://medicina.edu.com> Sánchez-Aguilar Rojas<sup>a</sup> A León Mateos<sup>a</sup> Fecha de consulta (26 de Abril del 2006) Revisiones y Actualizaciones Enfermedades de la Piel. , Vol. 08- Número 88 Pág. 4753-4758 [www.google.com](http://www.google.com)



- Grado de humedad y temperatura ambientales.

### **5.6.2. INCIDENCIA - DATOS ESTADÍSTICOS-**

Es una de las dermatosis mas frecuentes representa el 5 a 10% de las consultas dermatológicas: afecta a todas las razas; la negra es la más resistente; se observa en ambos sexos <sup>19</sup>y puede presentarse a cualquier edad.

Las estadísticas industriales indican que representa más del 50% de las enfermedades ocupacionales y es causa de una cuarta parte del cesante laboral, en nuestros medios al rededor del 70% de las dermatitis por contacto son irritativas y el 30% alérgicas<sup>20</sup>.

### **5.6.3. SÍNTOMAS**

Los efectos de la dermatitis por contacto varían entre un enrojecimiento leve y pasajero y una inflamación grave con formación de ampollas. A menudo la erupción consiste en diminutas ampollas que producen picor intenso.

Al principio las lesiones se limitan a la zona de contacto, pero posteriormente pueden extenderse.

Si se suprime la sustancia causante de la erupción, el enrojecimiento suele desaparecer en pocos días, las ampollas pueden exudar y formar costras, pero se secan rápidamente, la descamación residual, el prurito y el engrosamiento temporal de la piel pueden durar días o semanas.

### **5.6.4. EXAMEN FISICO**

Es muy útil la localización de la dermatitis para determinar la sustancia irritativa o alérgeno causal. La cabeza y el cuello son sitios frecuentes de dermatitis de contacto causado por cosméticos, las tinturas para el cabello las ondulaciones permanentes y los champús producen dermatitis en el cuero cabelludo.

---

<sup>19</sup> ARENAS, Roberto. primera edición pag. 39

<sup>20</sup> LOOKINGBILL, Marks. Editorial Médica Panamericana pag. 108

El eccema de los párpados es ocasionado por los cosméticos para los ojos o alérgenos transportados por las manos como los que componen el esmalte de uñas.

La dermatitis fotoalérgica es producida por una fotorreacción entre la luz solar y un alérgeno en regiones expuestas de la piel como la cabeza el escote y los brazos.

El dorso de las manos es el sitio más común de la dermatitis por contacto con sustancias químicas industriales y la del dorso del pie es por los alérgenos del calzado. La ingle y las nalgas del lactante casi siempre son afectadas por la dermatitis producida por el pañal.

### **5.6.5. DIAGNÓSTICO**

No siempre resulta fácil determinar la causa de la dermatitis por contacto porque las posibilidades son infinitas. Además, la mayoría de las personas no son conscientes de todas las sustancias que tocan su piel, con frecuencia la localización de la erupción inicial es un factor importante.

Si el médico sospecha de dermatitis por contacto pero no descubre la causa con un cuidadoso proceso de eliminación, puede realizar una prueba del parche.

Para esta prueba, se colocan durante dos días sobre la piel pequeños parches con sustancias que suelen causar dermatitis, para comprobar si se produce una erupción debajo de alguno de ellos.

Una reacción de + 1 es un eritema macular, la reacción de + 2 muestra pápulas y vesículas y una reacción de + 3 presenta ampollas; si bien el procedimiento de la prueba del parche es simple su interpretación es muy difícil.<sup>21</sup>

El médico debe decidir qué sustancias probar, qué cantidad aplicar de cada sustancia y cuándo deberían realizarse las pruebas.

---

<sup>21</sup> LOOKINGBILLS de Marks Editorial Médica Panamericana Pag. 110

Las pruebas pueden ser falsamente positivas o negativas. La mayoría de las personas puede descubrir el origen de sus dermatitis sin esta prueba del parche, eliminando sistemáticamente las causas posibles. De todos modos, se trata de una prueba que puede aportar datos importantes para identificar la causa.

### **5.6.5.1. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

La dermatitis de contacto alérgica se debe diferenciar de otras entidades como por ejemplo:

#### **■ La Dermatitis Irritativa de contacto**

Es prácticamente indistinguible de la dermatitis alérgica de contacto, pero en este caso el mecanismo de producción es una simple irritación de la piel afectada.

Es frecuente en manos tras el contacto de sustancias irritantes como jabones, etc. No es frecuente en niños, siendo más típica de adultos como enfermedad profesional, y sobre todo en amas de casa por el uso constante de productos de limpieza y humedad de las manos.

#### **■ La urticaria de contacto**

Se diferencia porque en esta última, la reacción se origina de forma inmediata tras el contacto, generalmente con alimentos, y como su propio nombre indica, es en forma de urticaria (ronchas).

Por el contrario, en la dermatitis de contacto la reacción suele ser más tardía (al cabo de varios días), en forma de eczema y se produce generalmente por sustancias químicas (metales, resinas, productos de gomas.).<sup>22</sup>

### **5.6.6. TRATAMIENTO**

El tratamiento consiste en eliminar o evitar lo que esté causando la dermatitis por contacto, para prevenir la infección y evitar la irritación, la persona afectada debería limpiar el área regularmente con agua y jabón suave. Las ampollas no deberían reventarse, los vendajes secos también pueden ayudar a prevenir una infección.

---

<sup>22</sup><http://infovia.gt/Dermatología> Dra. González Gorrín Margarita. Especialista de primer grado de Dermatología. Hospital Pediátrico de San Miguel del Padrón Fecha de consulta (18 de abril del 2006) Hora 4 de la tarde [www.yahoo.com](http://www.yahoo.com).

Las cremas o ungüentos con corticosteroides suelen aliviar los síntomas de la dermatitis por contacto leve, a menos que la persona presente muchas ampollas, como en el caso de reacción ante la hiedra venenosa.

Los comprimidos con corticosteroides (como la prednisona) a veces suelen administrarse en casos de dermatitis por contacto. Aunque en algunas situaciones los antihistamínicos alivian el prurito, no son particularmente beneficiosos en la mayoría de los casos de dermatitis por contacto.

### **5.6.7. COMPLICACIONES**

La dermatitis por contacto alérgica aguda cede en el término de 3 semanas, si hay exposición repetida a la sustancia de contacto, se producirá dermatitis crónica. Con la destrucción de la barrera epidérmica, la infección bacteriana secundaria puede complicar una dermatitis por contacto.

## **5.7. DERMATITIS CRÓNICA DE MANOS Y PIES**

La dermatitis crónica de manos y pies incluye un grupo de trastornos en los que las manos y los pies se inflaman y se irritan con frecuencia, se produce como consecuencia de una sucesión de trabajos y contactos con sustancias químicas; surge por las condiciones de calor y humedad que producen los calcetines y los zapatos., esta puede hacer que la piel de las manos y los pies pique o cause dolor.

La dermatitis por contacto, un tipo de dermatitis crónica de las manos, suele deberse a una irritación causada por sustancias químicas (como los jabones) o por el uso de guantes de goma.

Las ampollas suelen ser escamosas, rojas y además exudan. La infección micótica es una causa frecuente de erupción en los pies, especialmente en forma de diminutas ampollas o profundas erupciones rojas.

En ciertos casos, una persona que tiene una infección micótica crónica en los pies desarrolla dermatitis en las manos debido a una reacción alérgica al hongo.

### **5.7.1. TRATAMIENTO**

El tratamiento de la dermatitis crónica depende de la causa. En la mayoría de los casos, el mejor tratamiento consiste en eliminar la sustancia química que esté irritando la piel. Se pueden aplicar cremas con corticosteroides para tratar la inflamación.

Las infecciones bacterianas que puedan surgir en las úlceras abiertas de la piel se tratan con antibióticos. Cuando el causante de los síntomas es un hongo, se usa un antimicótico.

## **5.8. DERMATITIS SEBORREICA**

La dermatitis seborreica es conocida comúnmente como el eccema facial o la costra láctea, es un proceso inflamatorio crónico, superficial que afecta a las regiones del cuerpo cubierto de pelo como el cuero cabelludo, las cejas y la cara aunque se puede presentar en otras áreas.<sup>23</sup>

También puede afectar la piel de la barbilla, la ingle, la espalda, debajo de los brazos, y sobre el pecho, suele afectar a varios miembros de una misma familia y el clima frío suele empeorarla.

Estas costras también se pueden formar detrás de las orejas. Es ocasionada por un hongo, y es una de las enfermedades cutáneas más comunes de las personas VIH positivas.

### **5.8.1. ETIOPATOGENIA**

En recién nacidos hay una piel oleosa en áreas seborreicas por hiperplasia de las glándulas sebáceas debido a la influencia hormonal de la madre durante la vida fetal. Fuera de este fenómeno transitorio se desconoce la causa.

Al parecer hay un factor genético predisponente, pero no se ha determinado el tipo de herencia. No está bien determinada la participación de *Pityrosporum ovale*, estreptococo

---

<sup>23</sup> LOOKINGBILLS de Marks Editorial Médica Panamericana Pag. 113

y estafilococos. Se cree que actúan como factores precipitantes colonizan con rapidez la piel seborreica y causan cambios secundarios.<sup>24</sup>

### **5.8.2. DATOS ESTADÍSTICOS**

Es una enfermedad cosmopolita, no hay predilección por sexo, y edad, en adultos predomina en hombres; llega a ocupar 5 a 6 % de la consulta dermatológica; en recién nacidos la frecuencia es de 12%; ocupa el tercer lugar entre las enfermedades del primer mes de vida.

### **5.8.3. SÍNTOMAS**

La costra de leche se presenta en los tres primeros meses de vida; se manifiesta por hiperplasia de las glándulas sebáceas, en dorso de la nariz y placas escamosas, oleosas, de tamaño y forma variable en la piel cabelluda, la región centrofacial y la parte media del tórax.

Suele comenzar gradualmente, causando una descamación seca o grasienta en el cuero cabelludo (caspa), a veces con picor pero sin pérdida de pelo.

Esta dermatitis inicia entre la tercera y cuarta semana de vida; afecta primero a la piel cabelluda y se extiende en forma progresiva a frente, cejas, pestañas, pliegues retroauriculares y alas de la nariz; también puede diseminarse a pliegues del cuello, axilares e inguinales, ombligo, genitales, región perianal o ser generalizada.

Se caracteriza por eritema y escamas blanco-amarillentas, adherentes, oleosas, de forma redondeada u oval y tamaño variable. En los casos más graves aparecen pápulas amarillentas o rojizas a lo largo de la raya del pelo, detrás de las orejas, en el canal auditivo, sobre las cejas, en el puente de la nariz, alrededor de la nariz y en el pecho.

No hay síntomas o el prurito es ligero, en pocos meses hay tendencia a la remisión espontánea, aunque puede presentarse en lactantes mayores y escolares.<sup>25</sup>

---

<sup>24</sup> ARENAS Roberto Primera Edición Pag. 53

<sup>25</sup> ARENAS Roberto Primera Edición Pag 54

En los bebés menores de un mes, la dermatitis seborreica puede producir una lesión costrosa, amarilla y gruesa (gorra del lactante) y a veces una descamación amarilla detrás de las orejas además de pápulas rojas faciales.

Frecuentemente, junto a la erupción del cuero cabelludo aparece otra muy persistente en el área del pañal. Los niños mayores pueden desarrollar en la piel unas lesiones gruesas, persistentes y con grandes escamas.

#### **5.8.4. TRATAMIENTO**

En los adultos, el cuero cabelludo puede ser tratado con champús que contenga zinc, sulfuro de selenio, ácido salicílico, sulfuro o brea. Existen varios champús de venta libre que contienen estos ingredientes activos ya sean individualmente o combinados.<sup>26</sup> Se debe friccionar el champús en el cuero cabelludo, dejándolo de 5 a 10 minutos antes de enjuagar.

La persona suele usar estos champús a diario hasta controlar la caspa y luego dos veces a la semana. Por lo general el tratamiento debe continuar durante varios meses; si la dermatitis reaparece una vez que el tratamiento se suspende, puede comenzarse de nuevo.

Las lociones que contienen corticosteroides también se usan sobre la cabeza y otras áreas afectadas. Sobre la cara sólo deberían usarse lociones con corticosteroides no muy potentes, como hidrocortisona al 1%. Incluso los corticosteroides débiles deben ser utilizados con precaución porque el uso prolongado puede reducir el espesor de la piel y causar otros problemas.

Si la terapia con corticosteroides no elimina las lesiones, en algunos casos se usa una crema con ketoconazol.

En los niños pequeños que presentan una gruesa costra en el cuero cabelludo, todas las noches se puede frotar suavemente ácido salicílico en aceite mineral sobre la lesión,

---

<sup>26</sup> LOOKINGBILL de Marks Editorial Médica Panamericana Pag. 114

utilizando un cepillo de dientes blando. Además, hay que lavar la erupción con champú todos los días hasta que la costra haya desaparecido.

### **5.8.5. COMPLICACIONES**

En la infancia se puede esperar que la dermatitis seborreica experimente remisión después de 6 a 8 meses. En adultos la evolución es crónica y no previsible, por lo general se puede controlar fácilmente con champús y preparados de hidrocortisona tópicos.

## **5.9. DERMATITIS DEL ÁREA DEL PAÑAL**

### **5.9.1. DEFINICIÓN**

Es una dermatosis frecuente en lactantes que afecta a los genitales, región glútea, y puede extenderse a toda la zona del pañal<sup>27</sup>, son primariamente perianales y están relacionadas con las sustancias irritantes encontradas en las deposiciones. Se presentan como una dermatitis aguda, roja brillante, en la zona perianal

Es el trastorno observado con mayor frecuencia en los lactantes y niños en edad preescolar, no constituye una sola entidad clínica, si no que mas bien representa una reacción de la piel frente a un conjunto de factores locales y sistémicos; así mismo, en ocasiones puede aparecer secundariamente a una enfermedad grave.

En todo grupo etario, al referirnos a las dermatitis del área del pañal, nunca debemos dejar de pensar en otros cuadros que pueden afectar esta zona, que si bien muchas veces no revisten gran gravedad por el tipo de lesión o patología, si lo tienen por el trasfondo que gira entorno a ellos.

### **5.9.2. DATOS ESTADÍSTICOS**

Se presenta en lactantes en niños mayores que usan calzón de hule o en adultos que no controlan sus esfínteres. Ocupa el segundo lugar entre las dermatosis del recién nacido.

---

<sup>27</sup> ARENAS Roberto Primera Edición. 47



### **5.9.3. ETIOPATOGENIA**

Quizás hay una diátesis atópica o seborreica que en la región alcalina de la zona del pañal predispone a la acción irritante del amoníaco, producto de la transformación de la urea de la orina por microorganismos de la piel; esto y la presencia de heces, fricción y maceración participan en forma importante en la patogenia.

La dermatitis del pañal se ha asociado a la presencia de cuatro factores:

- Un alto grado de humedad de la piel.
- Un ph cutáneo alto
- La presencia de enzimas fecales
- La presencia de microorganismos

Se ha demostrado que la piel húmeda presenta un mayor grado de fricción como de permeabilidad.

El ph normal de la piel varía de 4,5- 5,5, los valores altos del ph aumentan la irritación de la piel y se han asociado con la aparición de dermatitis del pañal intensa. Cuando en la piel de un lactante se mezclan orina y las heces, la ureasa fecal degrada la urea de la orina con lo que el ph aumenta.

El amoniaco puede aumentar el ph sin embargo antes se pensaba que este era el factor irritante principal en la aparición de la dermatitis ahora ya no se lo considera como el principal factor etiológico.

Las heces normales contienen enzimas que provocan la aparición en la piel de inflamación y de aumento de la permeabilidad a sustancias que, como las sales biliares, empeoran aun más el trastorno inflamatorio.

El microorganismo aislado con más frecuencia en la piel de los lactantes con dermatitis del pañal es la candida albicans.

Esta levadura produce una proteasa que atraviesa la piel y que puede:

- Causar infección primaria
- Actuar a modo de microorganismo secundario en trastornos sistémicos.
- Aislarse también en muchos lactantes que presentan una dermatitis del pañal inespecífica

Por un mecanismo semejante y por sensibilización actúan los materiales con que se hacen los pañales, los jabones y los detergentes usados para lavarlos y que no son enjuagados correctamente.

Los pañales aumentan la intensidad ya que prolongan el contacto con heces y orina; igual resultado producen una higiene deficiente, los cuadros diarreicos y el abuso de calzones de hule o pañales de material sintético. El cuadro de esta dermatitis empeora con el uso de talcos, los cosméticos y los medicamentos locales principalmente los glucocorticoides.

#### **5.9.4. FACTORES DE RIESGO**

La dermatitis del área del pañal es un cuadro donde participan múltiples factores causales, estos pueden clasificarse como:

- Predisponentes (factores genéticos y ciertas enfermedades que incrementan la sensibilidad de la piel)
- Activadores (maceración, irritantes y alergenos de contacto, higiene deficiente, infecciones y factores mecánicos)

#### **5.9.5. CUADRO CLINICO**

Se localiza en los genitales, regiones glúteas y periné; puede extenderse a toda la zona que cubre el pañal en el abdomen y en las raíces de los muslos; se caracteriza por eritema, erosiones, fisuras y escamas; en casos más intensos hay eritema importante,

edema, vesículas y costras serohemáticas; en casos crónicos liquenificación; generalmente hay ardor y prurito; la evolución puede ser aguda, subaguda y crónica.<sup>28</sup>

### **5.9.6. HISTORIA CLINICA**

Estos son los aspectos que pueden ayudar a determinar los factores que contribuyen a la dermatitis del pañal:

- ✘ Duración de la Erupción Cutánea.
- ✘ Síntomas Asociados.
- ✘ Tipo de Pañal.
- ✘ Frecuencia del Cambio De Pañal.
- ✘ Método de lavado.
- ✘ Empleo de cobertores de plástico.
- ✘ Enfermedades previas sobre todo de tipo dermatológico, alérgico o infeccioso.
- ✘ Tratamiento con fármacos.
- ✘ Exposición a pacientes con una enfermedad contagiosa y antecedentes familiares.<sup>29</sup>

### **5.9.7. EXPLORACION FISICA**

En la dermatitis del pañal se observan tres patrones frecuentes de distribución de las lesiones:

La dermatitis irritativa (tipo por rozamiento o amoniacal) consiste en una erupción eritematosa y descamativa que afecta a las superficies convexas en contacto con el pañal con preservación de los pliegues inguinales. El paciente presenta un eritema leve asociado o no a pápulas, la piel muestra un aspecto brillante y vidrioso.

Esta erupción cutánea se asocia con los agentes irritantes mencionados anteriormente aunque el contacto prolongado con el agua facilita la aparición de todos los tipos de dermatitis del pañal y su efecto seria mas intenso en este tipo específico.

---

<sup>28</sup> ARENAS Roberto Primera Edición Pag. 48

<sup>29</sup> HOEKELMAN Robert. Cuarta edición Pág.1588-1589

El segundo tipo de dermatitis del pañal afecta los pliegues cutáneos y preserva las superficies convexas, las erupciones relacionadas con la zona perianal tan solo son frecuentes durante el periodo neonatal y pueden ser secundarias a una irritación por diarrea.

Las erupciones cutáneas húmedas, maceradas y simétricas localizadas en las crestas y los pliegues cutáneos pueden ser secundarias a seborrea o a un intertrigo. Ambos trastornos experimentan a menudo una infección secundaria por *Candida albicans* especialmente cuando existen lesiones satélites.

La dermatitis del pañal candidiasica primaria clásica cursa precisamente con este patrón clínico, con lesiones confluentes de un color rojo intenso y ocasionalmente con lesiones satélites vesiculopustulosas en tronco y piernas.

Así mismo también pueden estar afectadas otras zonas como los pliegues cervicales y la mucosa oral, la dermatitis causada por *Candida* suele ser dolorosa tanto a la palpación como espontáneamente.

El tercer tipo principal de dermatitis del pañal debido al tipo de distribución del eritema a sido llamado dermatitis “tipo marea alta” y al parecer esta en relación con la repetición de ciclos frecuentes de estado de humedad y sequedad.

También puede ocasionar una erupción cutánea similar la irritación secundaria a unos pañales demasiados apretados (tipo constrictivos) y con utilización de una banda elástica.<sup>30</sup>

### **5.9.8. TRATAMIENTO**

En general, el correcto cuidado y manejo de la piel del área del pañal, se van a traducir en una notable disminución de la incidencia de episodios de dermatitis del área del pañal.

---

<sup>30</sup> HOEKELMAN Robert. Cuarta edición Pág. 1589-1590

En algunos casos específicos el tratamiento va a variar de acuerdo al tipo de etiología, es muy importante la higiene cutánea de la zona, la cual debe ser realizada sólo con agua tibia o con un jabón suave, de pH neutro o ácido, con propiedades humectantes.

Los emolientes y lubricantes o aceites minerales deben ser utilizados cada vez que la madre cambie de pañal al niño.

El uso de vaselina o pastas, como la pasta (Lassar), resulta beneficioso, si la piel está indemne se pueden utilizar talcos o polvos suaves, los que deben suspenderse en caso contrario, por tener propiedades irritantes.

En lo posible se recomienda el uso de pañales desechables, ya que estos presentan ventajas sobre los tradicionales de algodón, en cuanto a absorción de humedad y evitar la mezcla orina-heces, cumpliendo la función de mantener la zona lo más seca posible, el cambio del pañal debe ser frecuente.

### **5.9.9. COMPLICACIONES**

Se puede complicar con invasión por *Candida albicans*, en donde se puede ver la piel de color roja y macerada, no se ha aclarado la participación de *S. aureus*, si hay impétigo agregado se presentan pústulas y costras melicéricas.

### **5.10. PIODERMITIS**

Precisamente se define como piodermitis a un grupo de infecciones cutáneas producidas principalmente por *Staphilococo Aureus* y *Streptococo B hemolítico*, ya sea cada una como agente causante único o como ocurre con frecuencia, que se encuentren asociadas.<sup>31</sup>

---

<sup>31</sup> <http://www.especialistasdermatologia.com/> FONSECA Capdevila E. Dermatitis Atópica. Protocolo terapéutico. Fecha de consulta (Mayo 3 del 2006). Hora 17: 00 Pm. Disponible en. [www.google.com](http://www.google.com).

De acuerdo con **la evolución** las Piodermis lo más usual es que sean agudas. Pueden ser primarias, es decir, sobre una piel aparentemente sana o secundarias y o afectar otras patología dermatológicas previa como la Dermatitis Atópica por ejemplo.

Según la **profundidad** se les clasifica en:

**- Superficiales;** es decir comprometen la epidermis con poco a nada de compromiso de la dermis: Impétigo vulgar, Foliculitis superficial, Impétigo ampollar ¿Qué es la foliculitis?

**Profundas;** Comprometen además toda la dermis y tejidos profundos: Ectima, Foliculitis profundas, furúnculo, Ántrax y Celulitis.

### **5.10.1. TRATAMIENTO**

Siempre que tratemos una piodermia, debemos considerar las medidas locales y las generales:

Entre las locales hay que tener presente que, siempre que se pueda, debemos favorecer al máximo todas las condiciones que permitan que la infección salga hacia el exterior de la piel, buscando siempre las mejores posibilidades para esta situación y evitando maniobras traumáticas que puedan ocasionar seria complicaciones hacia los vasos que drenan la piel (embolias).

Si la infección se encuentra en la superficie se debe realizar la limpieza de la zona afectada con el objeto de disminuir al mínimo los tejados alterados, el pus y la carga bacteriana. Para esta finalidad basta con agua y jabón.

Los antisépticos son una excelente alternativa para el uso local. Son baratos y muy efectivos Existen varios grupos, pero desde el punto de vista dermatológicos se recomiendan los tipo povidona yodada. Para el aseo de la herida misma se recomienda el agua oxigenada, aunque su capacidad antibacteriana es escasa.

Sin embargo localmente siempre deben aplicarse algún producto de antibióticos por lo menos tres veces al día y durante siete días. El uso de antibióticos por vía oral o endovenosa dependerá de las lesiones y de los riesgos que ellas significan, se recomiendan por lo menos siete días de tratamiento.

Algunos niños presentan cuadros de Piodermitis a repetición; en la mayoría de los casos, ellos se debe a tratamientos incorrectos dosis-tiempo y a factores condicionante como higiene, traumatismos, aseo y dermatitis. La presencia de la bacteria en un foco portador asintomático también es muy importante, porque actúa como reservorio.

### **5.11. DERMATITIS NUMULAR**

La dermatitis numular es una erupción persistente que por lo general produce picor, unido a una inflamación caracterizada por manchas con forma de moneda que presentan diminutas ampollas, costras y escamas.

Su causa se desconoce, suele afectar a las personas de mediana edad, se acompaña de piel seca y es muy frecuente en el invierno. Sin embargo, la erupción puede aparecer y desaparecer sin razón aparente.

Las manchas redondeadas comienzan como pápulas y ampollas acompañadas de picor intenso y posteriormente exudan y forman costras, las lesiones pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo.

En ocasiones las manchas son más evidentes en la parte posterior de los brazos o de las piernas y en las nalgas, pero también aparecen en el tronco.

Se han utilizado muchos tratamientos diferentes, pero ninguno es eficaz para todos los afectados.

El tratamiento consiste en antibióticos orales, cremas e inyecciones de corticosteroides, otros fármacos y terapia con luz ultravioleta.

## **5.12. DERMATITIS EXFOLIATIVA GENERALIZADA**

La dermatitis exfoliativa generalizada es una grave inflamación que afecta a toda la superficie de la piel y evoluciona hacia un enrojecimiento extremo acompañado de una gran descamación.

Ciertos medicamentos (en especial las penicilinas, las sulfamidas, la isoniacida, la fenitoína y los barbitúricos) pueden causar esta enfermedad.<sup>32</sup>

En algunos casos, se trata de una complicación de otras enfermedades de la piel, como la dermatitis atópica, la psoriasis y la dermatitis por contacto.

### **5.12.1. SÍNTOMAS**

La dermatitis exfoliativa puede comenzar de forma rápida o bien lentamente. Toda la superficie de la piel se vuelve roja, descamativa, engrosada y en ocasiones costrosa, algunas personas padecen picor y aumento de tamaño de los ganglios linfáticos.

Si bien muchas personas presentan fiebre, pueden sentir frío porque pierden mucho calor a través de la piel lesionada.

Pueden perder gran cantidad de líquidos y proteínas y la piel dañada es una deficiente barrera contra las infecciones.

### **5.12.2. TRATAMIENTO**

El diagnóstico y el tratamiento inmediatos son muy importantes para evitar que las infecciones y la pérdida de líquidos y proteínas pongan en peligro la vida del paciente. Todo fármaco o sustancia química que pudiera estar causando la dermatitis debería ser eliminado de inmediato. Si un linfoma es el causante de la dermatitis, su tratamiento mejorará la afección de la piel.

---

<sup>32</sup> <http://infovia.g.dermatología>. Dr.Rodríguez. G. PedroLuis Y Otros Autores  
Fecha de consulta (28 de enero del 2006) Hora 5 de la tarde, [www.saludaldia.com](http://www.saludaldia.com).



Las personas con dermatitis exfoliativa grave suelen necesitar hospitalización y recibir antibióticos (para la infección), sueros intravenosos (para reemplazar el líquido que han perdido a través de la piel) y suplementos nutricionales.

También habría que administrarles medicaciones y mantas calientes para controlar la temperatura corporal. Los baños fríos seguidos de aplicaciones de vaselina de petróleo y gasas pueden contribuir a proteger la piel.

Los corticosteroides (como la prednisona) administrados por vía oral o intravenosa sólo se usan cuando otras medidas no surten efecto o la enfermedad empeora.

### **5.13. DERMATITIS DE ESTASIS**

La dermatitis de estasis es un enrojecimiento crónico con descamación, calor y tumefacción (inflamación) que afecta a la parte inferior de las piernas, cuya piel al final adquiere un color marrón oscuro.

Esta clase de dermatitis se produce a partir de una acumulación de líquido y sangre bajo la piel, por lo que tiende a afectar a las personas con varices y edema de las piernas.

#### **5.13.1. SÍNTOMAS**

La dermatitis de estasis suele localizarse en los tobillos. Al principio la piel enrojece y presenta una ligera descamación. Con el paso de varias semanas o meses, toma un color pardusco.

La acumulación de sangre bajo la piel a menudo pasa desapercibida durante mucho tiempo, período durante el cual aumenta la hinchazón así como la posibilidad de infección y una eventual lesión cutánea grave (ulceración).

#### **5.13.2. TRATAMIENTO**

El tratamiento a largo plazo tiene la finalidad de reducir la posibilidad de que la sangre se remanse en las venas de los tobillos.

Mantener las piernas elevadas por encima del nivel del corazón ayuda a evitar la acumulación de sangre en las venas y de líquidos en la piel.

Un apósito con sostén correctamente colocado puede evitar lesiones de piel graves y la acumulación de líquido en la parte inferior de las piernas.

Si la enfermedad empeora (más calor, rubor, presenta pequeñas úlceras o pus) es posible usar vendajes más absorbentes.

Las cremas con corticosteroides también son beneficiosas y con frecuencia se combinan con una pasta de óxido de zinc, que luego se aplican en una delgada capa.

Cuando una persona presenta grandes úlceras generalizadas, se necesitan vendajes más voluminosos.

La pasta de óxido de zinc es de uso tradicional, pero los nuevos vendajes que cuentan con materiales absorbentes son mucho más efectivos.

Sólo se usan antibióticos cuando la piel ya está infectada. En ocasiones es posible realizar injertos de piel de otras partes del cuerpo para cubrir las úlceras demasiado grandes.

Algunas personas pueden necesitar una botina de Unna, que es como un molde lleno de una pasta gelatinosa que contiene zinc.

Esta botina ayuda a proteger la piel de posibles irritaciones y la pasta acelera su curación.

Si la botina resulta incómoda o difícil de manejar, es posible usar el mismo tipo de pasta con un apósito bajo un vendaje elástico.

## **5.14. DERMATITIS POR RASCADO LOCALIZADA**

La dermatitis por rascado localizada (liquen simple crónico, neurodermatitis) es una inflamación crónica superficial de la piel que produce un picor intenso.

Causa sequedad, descamación y la aparición de placas oscuras y gruesas de forma oval, irregular o angulada.

Se desconoce su causa, pero es probable que ciertos factores psicológicos favorezcan su aparición. Esta enfermedad no parece tener origen alérgico.

Más mujeres que varones sufren de dermatitis por rascado localizada, una enfermedad muy frecuente entre los asiáticos y los indios americanos. Es frecuente su desarrollo entre los 20 y los 50 años de edad.

### **5.14.1. SÍNTOMAS Y DIAGNÓSTICO**

La dermatitis por rascado localizada puede producirse en cualquier parte del cuerpo, incluido el ano (pruritus ani) y la vagina (pruritus vulvae), en sus primeros estadios, la piel parece normal, pero el paciente presenta mucho dolor.

Posteriormente se seca, forma escamas y aparecen placas oscuras como resultado del rascado y del frotado.

Se cree que la aparición de esta enfermedad tiene que ver con el stress psicológico o alergias que puede experimentar estos pacientes antes de que se presente el prurito.

Cuando este proceso se produce alrededor del ano o de la vagina, el médico puede contemplar la posibilidad de que se deba a parásitos, tricomoniasis, hemorroides, secreciones locales, infecciones micóticas, verrugas, dermatitis por contacto o psoriasis.<sup>33</sup>

---

<sup>33</sup> <http://netdoctotes.es>. FIERRO, Luis. fecha de consulta 12 de Abril del 2006) Hora 10 de la mañana Revista "Gestión" [www.google.com](http://www.google.com)

### **5.14.2. TRATAMIENTO**

Para que cure esta enfermedad, la persona debe dejar de rascarse y de frotarse la piel, ya que es la causa de la irritación.

Con el fin de intentar controlar el prurito, los médicos prescriben antihistamínicos por vía oral y cremas con corticosteroides que deben frotarse suavemente sobre el área afectada.

Un apósito impregnado con un corticosteroide constituye no sólo un tratamiento sino que también evita que la persona se rasque.

Existen otros medicamentos para tratarlo, como la hidroxizina o la doxepina, que pueden resultar eficaces en algunas personas.

Cuando esta enfermedad se desarrolla alrededor del ano o en la vagina, el mejor tratamiento es una crema con corticosteroides.

Puede aplicarse pasta de óxido de zinc sobre la crema para proteger la zona; luego ésta se puede eliminar con aceite mineral. Frotarse fuertemente el ano con papel higiénico después de defecar puede agravar la enfermedad.<sup>34</sup>

### **5.15. NEURODERMATITIS (LIQUEN SIMPLE CRÓNICO)**

Es una dermatitis eccematosa crónica localizada y muy pruriginosa, que se manifiesta por una o pocas placas bien delimitadas, liquenificadas, descamativas, hiperpigmentadas y engrosadas por el rascado crónico, cuya localización más frecuente es en la nuca y los tobillos.

La causa es desconocida, pero el rascado continuo cronifica el proceso. Se trata con pomadas de corticoides de alta potencia.

---

<sup>34</sup> <http://infovia.gt,dermatología>, Dr.Rodríguez. G. PedroLuis Y Otros Autores  
Fecha de consulta (28 de enero del 2006) Hora 5 de la tarde, [www.saludaldia.com](http://www.saludaldia.com).

## **5.16. ECCEMA ESTEATÓTICO**

Es una dermatitis eczematososa que aparece en las piernas y los brazos de personas de edad avanzada que durante el invierno están expuestas a calefacción por aire caliente.

Se manifiesta por la aparición de grietas muy superficiales sobre una piel ligeramente eritematosa, que le confiere un aspecto cuarteado muy característico. Cura al evitar los ambientes secos y tras la aplicación de cremas emolientes con urea o alfa-hidroxiácidos<sup>35</sup>

## **5.17. ECZEMA ENDOGENO**

Se debe tomar en cuenta que hoy en día pueden jugar un papel importante tanto la acción de sustancias que actúan sobre la superficie o zona de aparición de las lesiones como un mecanismo que ya no es externo.

Las formas de eczema endógeno no tienen cuadro clínico definido, y será tanto más probable este mecanismo cuanto mayor sea el carácter atípico de las lesiones, su distribución no fácil de explicar, su persistencia y la reactivación o desaparición de las lesiones clínicas sin ninguna relación con el tratamiento tópico.

Su desencadenamiento es por ello sin duda de tipo endógeno, en contraposición con las manifestaciones del eczema exógeno por acción externa, sin que por ello se pueda referir a un mecanismo de sensibilidad preciso o determinado.

Son más bien hechos clínicos los que apoyan esta manera de considerar una serie de manifestaciones, a veces difíciles de referir a un cuadro determinado, como eczemas endógenos.

---

<sup>35</sup><http://netdoctores.es/info>. Dr. Daniel Candelas Prieto, especialista en Dermatología, Fecha de consulta (22 de febrero del 206) Hora 6 de la tarde. [www.saludaldia.com](http://www.saludaldia.com)

### **5.18. ECZEMA DISHIDROTICO**

Manifestaciones vesiculosas, persistentes, asentadas en zonas en que la capa cornea es mas espesa, van a producir un aspecto de lesiones que agrupadas, y por considerarlas falsamente como resultado de una perturbación o retención de la secreción sudoral se han denominado eczema dishidrotico.

Estas lesiones eczematosas, vesiculares, otras veces ampollosas, localizadas con preferencia en la palma de las manos y planta de los pies, son de observación frecuente y pueden deberse a distintos mecanismos de producción, aunque mas comúnmente por un mecanismo endógeno de predominio bacteriano o parasitario por sensibilidad a gérmenes situados a distancia.

### **5.19. ECZEMA PARATRAUMÁTICO**

Producido en el contorno de las heridas o de las lesiones fistulizadas o ulcerosas, explicable por la acción de gérmenes, que determinan inicialmente la sensibilización; pasa a ser en muchos casos esta sensibilización mas amplia, condicionada por alteraciones en la epidermis de cubierta, y originar unas veces manifestaciones a distancia otras lesiones crónicas, aunque en otras muchas la patogenia microbiana permite, cuando no se han sumado otras sensibilidades, una regresión del proceso por el tratamiento antimicrobiano o antimicótico.<sup>36</sup>

### **5.20. DESCRIPCIÓN DE LAS UNIDADES OPERATIVAS**

Hemos podido obtener información para realizar nuestro trabajo en:

El Centro de Salud Andrés de Vera de la ciudad de Portoviejo, tiene una población total de niños menores de 5 años en el 2005 de 4239, cuenta con atención en Consulta Externa, Pediatría, Medicina General, Odontología, área para vacunación.

Su infraestructura es de cemento, sus calles están sin asfaltar, no tiene alcantarillado es por esto que en época de invierno se observa el estancamiento del agua ya que no hay

---

<sup>36</sup> FEIDEL Henry Manual Mosby Pag. 85

drenaje, siendo esto molesto para la población que habita en este sector y la que va a hacer atender a sus niños en este Centro de Salud.

El Centro de Salud de Portoviejo queda ubicado en la calle 12 de Marzo de la parroquia del mismo nombre en la ciudad de Portoviejo, al lado del Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda, tiene una población total de niños menores de 5 años en el 2005 de 6735.

Aquí se atienden una gran mayoría de niños, jóvenes, mujeres embarazadas y adultos, cuenta con Servicio de Consulta Externa en Pediatría, Odontología, Medicina General, Cirugía Menor, Vacunación.

Su infraestructura es de cemento, sus instalaciones son amplias con todos los servicios básicos, buena ventilación dentro del lugar de trabajo.

Sus calles están asfaltadas, tiene servicio de alcantarillado, aunque en época de lluvias se observa la acumulación de agua en la entrada del Centro del Salud.

## 7. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
<p style="text-align: center;"><b>DERMATITIS</b></p>	<p>La dermatitis es una inflamación de las capas superficiales de la piel que se acompaña de ampollas, enrojecimiento, inflamación, supuración, costras, descamación y, frecuentemente, picores</p>	<p>Tipos de dermatitis</p> <p>Tiempo en que se presentan</p>	<p>% de casos diagnosticados de dermatitis</p> <p>% por meses</p> <p>% según estaciones</p>	<p>De contacto</p> <p>Atópica</p> <p>Del pañal</p> <p>Seborreicas</p> <p>Esteatotica</p> <p>Otras dermatitis</p> <p>Marzo</p> <p>Abril</p> <p>Mayo</p> <p>Junio</p> <p>Julio</p> <p>Agosto</p> <p>Septiembre</p> <p>Verano</p> <p>Invierno</p>



Variables	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
<b>FACTORES DE RIESGO</b>	Muchos son los factores que favorecen en la aparición de afecciones de la piel, sobre todo en la edad pediátrica donde están expuestos a diferentes agresiones.	Biológicos	Edad  Sexo  Raza	Intervalo: 0-11 meses 29dias 1-1 año 11 meses 29 dias 2-2 años 11 meses 29 dias 3-3 años 11 meses 29 dias 4- 4 años 11 meses 29 dias  Masculino Femenino  Blanca Mestiza Negra

		Ambientales	Estado nutricional	Normal leve, Moderado, grave.
			Tipo de agua utilizada	Entubada De tanquero De pozo Conexión domiciliaria
			Tipo de vivienda	De caña De madera Mixta De hormigón
			Lugar de residencia	Urbano Rural Urbano-marginal

			Hacinamiento	Si-no
			Ventilación	Si-no
			Animales dentro del domicilio	Presencia Ausencia
			Frecuencia de baño del niño	Diario Varias al día Otras
			Que utiliza para el baño	Jabón-que tipo Shampoo-cual

		Sociales	<p>Lavado de ropa</p> <p>Pañales</p> <p>Ocupación de los padres</p> <p>Tipo de trabajo</p> <p>Ingresos económicos</p>	<p>Detergente</p> <p>Jabón</p> <p>Cloro</p> <p>Tela</p> <p>Desechables</p> <p>Empleados</p> <p>Desempleados</p> <p>De oficina</p> <p>Informal</p> <p>Mecánico</p> <p>Agricultor</p> <p>Otros</p> <p>Altos</p> <p>Medios</p> <p>Bajos</p>
--	--	----------	---	--



## **7. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **7.1- TIPO DE ESTUDIO**

El presente trabajo es de tipo descriptivo retrospectivo por que se investigara las características epidemiológicas de los menores de 5 años atendidos en los centros de salud Andrés de Vera y Portoviejo durante marzo a septiembre del 2005.

### **7.2- ÁREA DE ESTUDIO**

Las áreas de estudio son los Centros de salud: ANDRÉS DE VERA Y PORTOVIEJO en los cuales se da atención a buena parte de la población de la ciudad en las distintas especialidades además de la vacunación a niños y embarazadas.

Y en los cuales la población de niños es grande y pertinente para realizar el estudio en cuestión.

### **7.3-TIEMPO DE ESTUDIO**

El tiempo de estudio es de 7 meses, de marzo a septiembre del 2005 de acuerdo a lo planteado en nuestro proyecto, escogimos estos meses para determinar e identificar la incidencia según el tiempo estacional.

### **7.4-POBLACIÓN O UNIVERSO**

La población de estudio estuvo compuesta por todos los niños menores de 5 años atendidos de Marzo- Septiembre del 2005 en los centros de salud antes mencionados que fueron diagnosticados con dermatitis y que fue de 219 niños.

### **7.5-CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Se considero a todos los niños menores de 5 años atendidos de Marzo- Septiembre del 2005 con diagnostico de dermatitis.

## **7.6-CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Se excluyeron:

- Aquellos niños con diagnóstico de dermatitis de tipo parasitarias.
  
- Historias clínicas o carpetas que no contenían datos básicos para la investigación.

## **7.7-TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se realizó la revisión de los datos de:

- Historias clínicas
- Archivos
- Para complementar la recolección de la información se utilizó un instrumento diseñado por las autoras (ver Anexo 1), el mismo que fue aplicado mediante visitas domiciliarias a las madres de los niños atendidos en el tiempo mencionado.
- Encuestas; mediante visitas domiciliarias para verificar datos de tipo ambiental.

## **7.8-PROCEDIMIENTO Y TABULACION**

Se revisaron todas las carpetas e historias clínicas de los niños atendidos en los Centros de Salud Portoviejo y Andrés de Vera que sean diagnosticados con dermatitis durante Marzo- Septiembre del 2005; y se realizaron visitas domiciliarias a algunos de los niños para recolectar datos de tipo ambientales necesarios para la investigación, todo esto utilizando un instrumento elaborado por los investigadores en la que conste las variables descritas en el estudio

El proceso de tabulación de la información se realizó en base a las variables descritas anteriormente y se utilizó el programa Excel.

## **7.9 PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS**

Para el análisis de los datos obtenidos se usaran medidas de tipo estadístico descriptivo como: Frecuencia y porcentajes, la presentación se hizo usando cuadros y representaciones gráficas.

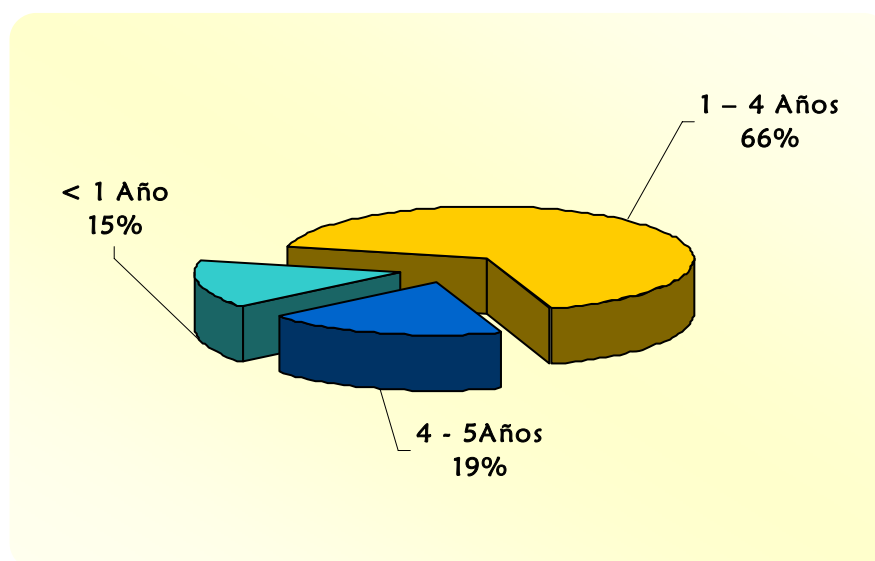


## 8. REPRESENTACIÓN GRÁFICA

### TABLA Y GRÁFICO N° 1

#### POBLACIÓN DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS POR GRUPOS DE EDAD ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD PORTOVIEJO SEGÚN EL CENSO REALIZADO EL AÑO 2005

EDAD	N	%
< 1 Año	1032	15
1 – 4 Años	4403	66
4 - 5Años	1300	19
Total	6735	100



**Fuente:** Censo de Unidades Operativas

**Elaboración:** M. Moreira.

A. Vélez.

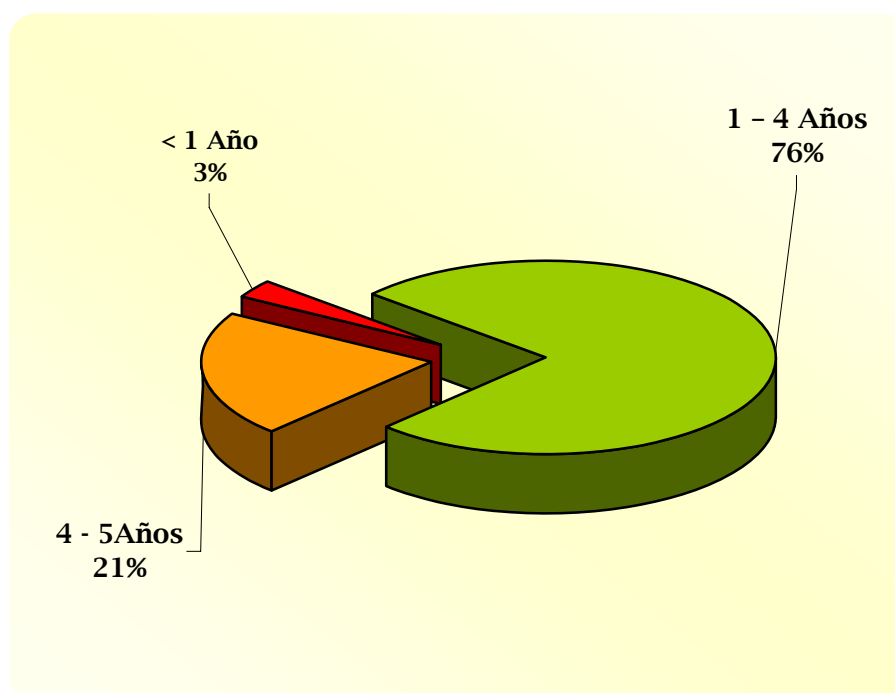
#### ANÁLISIS:

En este gráfico podemos apreciar la población total menores de cinco años con los que cuenta el centro de salud de Portoviejo en el año 2005, el 15% corresponde a la edad de un año, seguido de un 66% con una edad de 1 – 4 años, por último con un 19% entre las edades correspondientes de 4 - 5 años.

**TABLA Y GRÁFICO N° 2**

**POBLACIÓN TOTAL DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON LOS QUE CUENTA EL CENTRO DE SALUD ANDRÉS DE VERA SEGÚN EL CENSO REALIZADO EL AÑO 2005**

<b>EDAD</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
< 1 Año	443	3
1 – 4 Años	2394	76
4 - 5Años	1402	21
Total	4239	100



**Fuente:** Censo de Unidades Operativas  
**Elaboración:** M. Moreira  
A. Vélez.

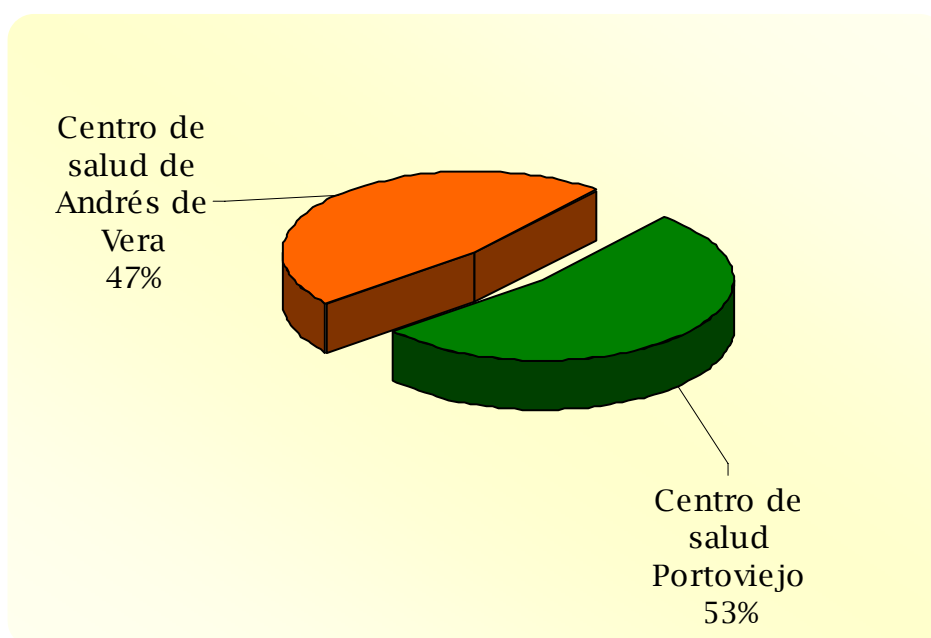
**ANÁLISIS:**

En los siguientes datos observamos que los menores de 5 años con los que cuenta el centro de salud Andrés de Vera con problemas de dermatitis en el año 2005 fueron, un 3%, menores de 1 año, seguida de un 76% con una edad de 1 – 4 años por último fueron atendidos niños en edades de 4 – 5 años que es el 21%.

### TABLA Y GRÁFICO N° 3

#### POBLACIÓN DE PACIENTES MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN LOS CENTROS DE SALUD: PORTOVIEJO Y ANDRÉS DE VERA DURANTE MARZO - SEPTIEMBRE 2005.

CENTROS DE SALUD	N	%
Centro de salud Portoviejo	2564	53
Centro de salud de Andrés de Vera	2277	47
Total	4841	100



**Fuente:** Concentrado Mensual

**Elaboración:** M. Moreira.  
A. Vélez.

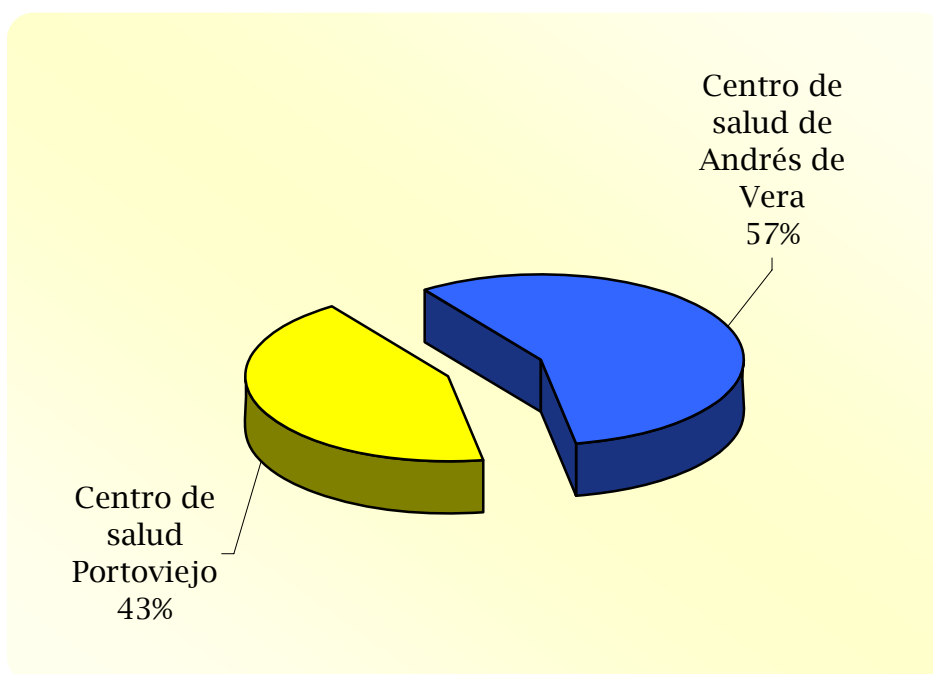
#### ANÁLISIS:

En el siguiente cuadro observamos que los casos atendidos con dermatitis a niños menores de 5 años se obtuvo; En el centro de Salud Portoviejo se atendieron 2564 casos lo que equivale a un porcentaje de 53 % de los casos atendidos en el centro de salud de Andrés de Vera fueron 2277 pacientes equivalente al 47%.

#### TABLA Y GRAFICO N° 4

### POBLACIÓN DE PACIENTES MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN LOS CENTROS DE SALUD: PORTOVIEJO Y ANDRÉS DE VERA DURANTE MARZO - SEPTIEMBRE 2005 CON DIAGNOSTICO DE DERMATITIS

CENTROS DE SALUD	N	%
Centro de salud Portoviejo	96	43
Centro de salud de Andrés de Vera	123	57
Total	219	100



**Fuente:** Estadística de centros de salud

**Elaboración:** M. Moreira  
A. Vélez.

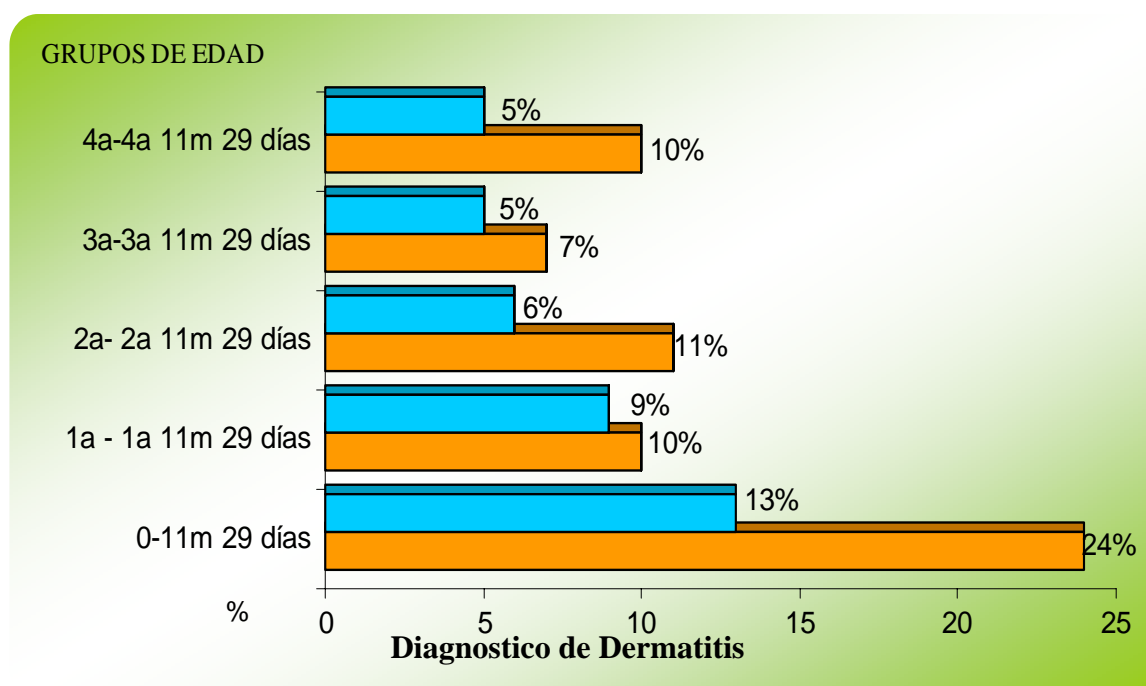
#### ANÁLISIS:

En el gráfico podemos observar que los casos atendidos con dermatitis en niños menores de 5 años fueron; En el centro de Salud Portoviejo se atendieron 96 casos lo que equivale a un porcentaje de 43 % y en el centro de salud de Andrés de Vera fueron 123 pacientes que es equivalente al 57% .

**TABLA Y GRAFICO No. 5**

**PACIENTES MENORES DE 5 AÑOS POR GRUPOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DERMATITIS ATENDIDOS EN LOS CENTROS DE SALUD: PORTOVIEJO Y ANDRES DE VERA DURANTE MARZO- SEPTIEMBRE 2005.**

Grupos de EDAD	Centro de Salud			
	Portoviejo		Andrés Vera	
	Nº	%	Nº	%
0-11m 29 días	52	24	28	13
1a - 1a 11m 29 días	21	10	20	9
2a- 2a 11m 29 días	24	11	14	6
3a-3a 11m 29 días	15	7	11	5
4a-4a 11m 29 días	22	10	12	5
TOTAL	134	61	85	39



**Fuente:** Historias Clínicas  
**Elaboración:** M. Moreira

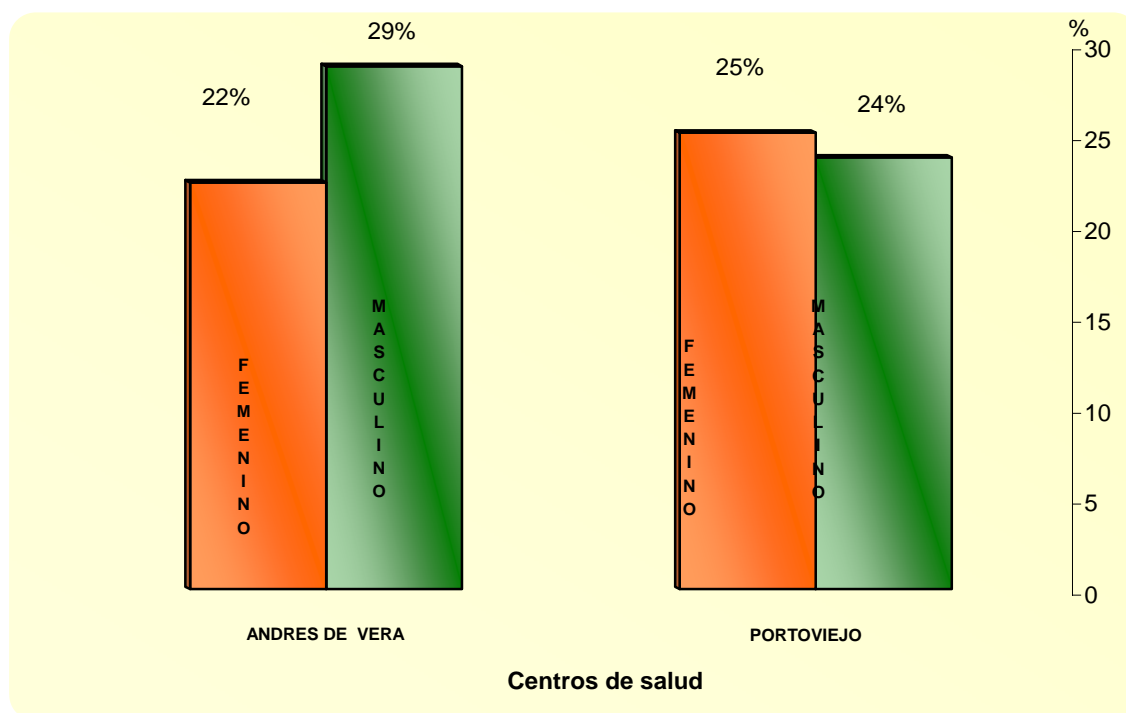
**ANÁLISIS:**

En este gráfico podemos apreciar la población infantil que fue atendida con diagnóstico de dermatitis, 24% en el CSAV y de un 13% en el CSP correspondiente a las edades de 0-11 meses 29 días, seguido de un 10% en el CSAV y de un 9% en el CSP los de 1 años -1 año 11 meses 29 días, en otros porcentajes están: CSAV 11% - CSP 6% las de 2 años a 2 a 11 meses 29 días, CSAV 7% - CSP 5% las de 3 años a 3 años 11 meses 29 días y por último con un CSAV 10% - CSP 5% las de 4 años a 4 años 11 meses 29 días.

**TABLA Y GRAFICO No. 6**

**SEXO DE LOS PACIENTES MENORES DE 5 AÑOS CON DIAGNOSTICO DERMATITIS ATENDIDOS EN LOS CENTROS DE SALUD: PORTOVIEJO Y ANDRES DE VERA DURANTE MARZO- SEPTIEMBRE 2005.**

CENTRO DE SALUD	SEXO			
	Femenino		Masculino	
	Nº	%	Nº	%
Andrés de Vera	49	22	63	29
Portoviejo	55	25	52	24
TOTAL	104	47	115	53



**Fuente:** Historias Clínicas  
**Elaboración:** M. Moreira  
 A. Vélez

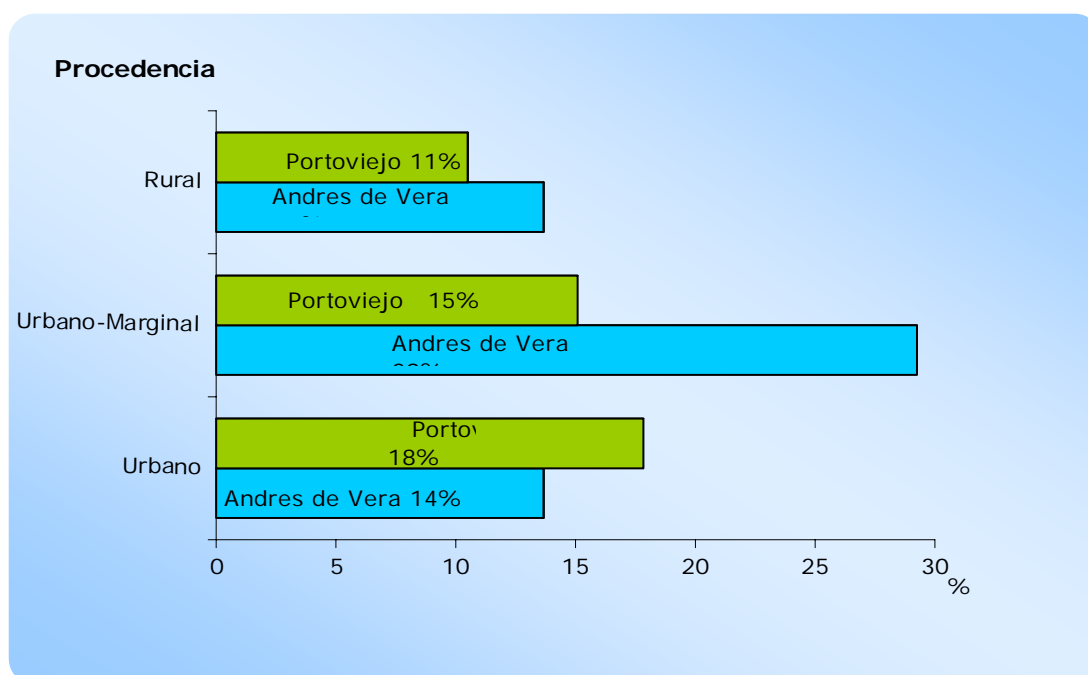
**ANÁLISIS:**

En el presente gráfico observamos que en el Centro de Salud de Andrés de Vera se atendieron, el 29% del sexo masculino, y 22% del femenino mientras que en el Centro de Salud Portoviejo se atendieron 25% del sexo femenino, y un 24% del sexo masculino.

**TABLA Y GRAFICO No. 7**

**PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES MENORES DE 5 AÑOS CON DIAGNOSTICO DERMATITIS ATENDIDOS EN LOS CENTROS DE SALUD: PORTOVIEJO Y ANDRES DE VERA DURANTE MARZO- SEPTIEMBRE 2005.**

Procedencia	Centro de Salud			
	Andrés de Vera		Portoviejo	
	Nº	%	Nº	%
Urbano	30	14	39	18
Urbano-Marginal	64	29	33	15
Rural	30	14	23	11
Total	124	57	95	43



**Fuente:** Historias Clínicas  
**Elaboración:** M. Moreira.  
 A. Vélez.

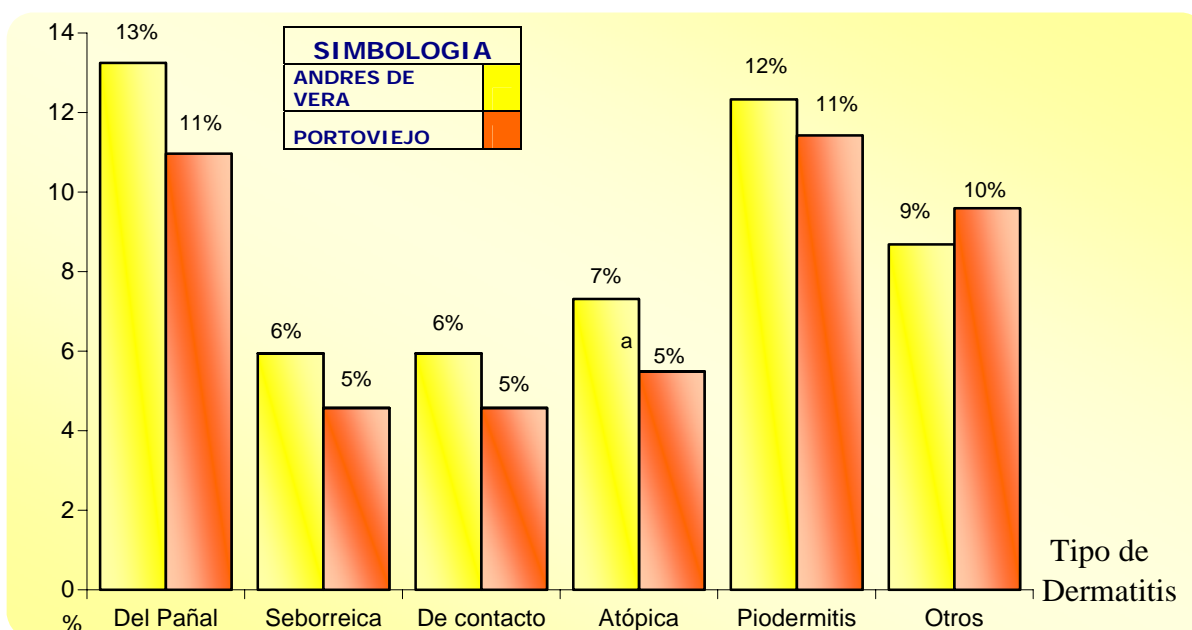
**ANÁLISIS:**

En este cuadro observamos que la mayoría de los niños diagnosticados con dermatitis de los centros de salud provienen del Área Urbana-Marginal en un 44 % seguida del 32 % del Área Urbana y el 24% de la Rural.

**TABLA Y GRAFICO No 8**

**TIPOS DE DERMATITIS DE LOS PACIENTES MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN LOS CENTROS DE SALUD: PORTOVIEJO Y ANDRES DE VERA DURANTE MARZO- SEPTIEMBRE 2005.**

TIPOS DE DERMATITIS	Centro de Salud			
	Andrés Vera		Portoviejo	
	Nº	%	Nº	%
Del Pañal	29	13	24	11
Seborreica	13	6	10	5
De contacto	13	6	10	5
Atópica	16	7	12	5
Piodermatitis	27	12	25	11
Otros	19	9	21	10
TOTAL	117	53	102	47



**Fuente:** Historias Clínicas  
**Elaboración:** M. Moreira.  
 A. Vélez.

**ANÁLISIS:**

En el presente gráfico observamos que los tipos de dermatitis que con mayor frecuencia se presentaron en ambos centros fueron, dermatitis del pañal con un 24%, y la piodermatitis con 23% ,otros tipos con 18%, la atópica con un 13% y por último la dermatitis seborreica y la de contacto con un 11%.

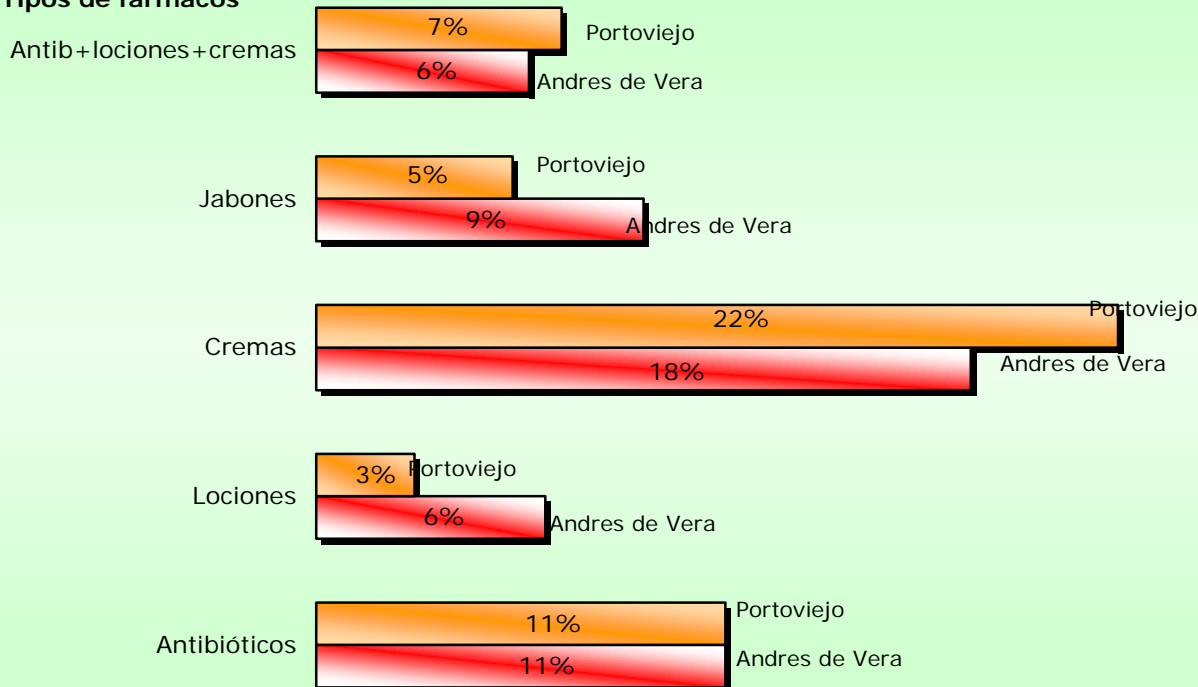


**TABLA Y GRAFICO No 9**

**TIPOS DE FARMACOS ADMINISTRADOS A LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON DIAGNOSTICO DERMATITIS ATENDIDOS EN LOS CENTROS DE SALUD: PORTOVIEJO Y ANDRES DE VERA DURANTE MARZO-SEPTIEMBRE 2005.**

Tipos de fármacos	Centro de Salud			
	Andrés de Vera		Portoviejo	
	Nº	%	Nº	%
Antibióticos	25	11	25	11
Lociones	14	6	6	3
Cremas	40	18	49	22
Jabones	20	9	12	5
Ant. + lociones + cremas	13	6	15	7
Total	112	51	107	49

**Tipos de farmacos**



**Fuente:** Historias Clínicas  
**Elaboración:** M. Moreira.  
 A. Vélez.

**ANÁLISIS:**

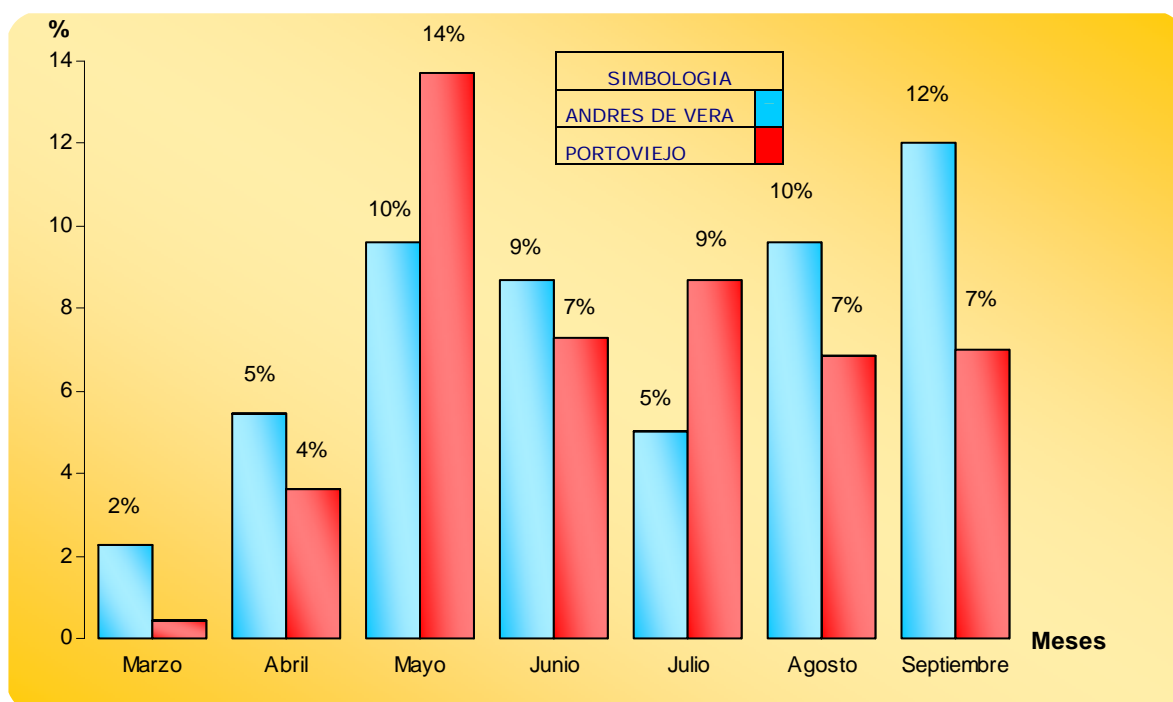
En el presente gráfico observamos que en ambos centros de salud el tratamiento basado en el uso de cremas con un 41 % fue el predominante, mientras que el 22% de estos

pacientes usaron antibióticos, otros usaron jabones en un 15%, lociones en un 9% y la combinación de antibiótico + lociones y cremas equivalentes a un 12%.

**TABLA Y GRAFICO No.10**

**CASOS REPORTADOS MENSUALMENTE DE LOS PACIENTES MENORES DE 5 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DERMATITIS ATENDIDOS EN LOS CENTROS DE SALUD: PORTOVIEJO Y ANDRES DE VERA DURANTE MARZO- SEPTIEMBRE 2005.**

MESES	Centro de Salud			
	Andrés Vera		Portoviejo	
	Nº	%	Nº	%
Marzo	5	2	1	0
Abril	12	5	8	4
Mayo	21	10	30	14
Junio	19	9	16	7
Julio	11	5	19	9
Agosto	21	10	15	7
Septiembre	26	12	15	7
Total	115	53	104	47



**Fuente:** Historias Clínicas  
**Elaboración:** M. Moreira.  
A. Vélez.

**ANÁLISIS:**

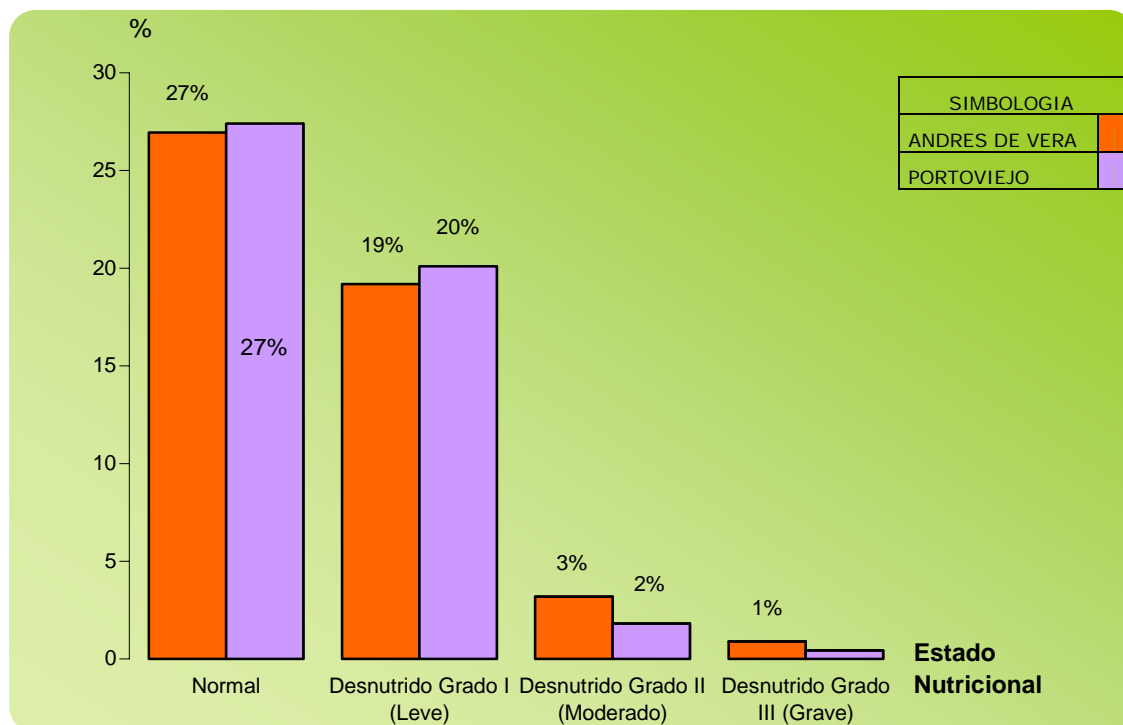
Se obtuvieron los siguientes resultados totales, el 24% de los casos presentados fueron en el mes de Mayo, seguido de unos 19 % en el mes de Septiembre, en menor

proporción están los meses de: Agosto con el 16%, Junio con un 16%, Julio tuvo un 14%, y 9% en el mes de Abril, por último con un 2% el mes de Marzo.

**TABLA Y GRAFICO No.11**

**ESTUDIO DEL ESTADO NUTRICIONAL EN LOS PACIENTES MENORES DE 5 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DERMATITIS ATENDIDOS EN LOS CENTROS DE SALUD: PORTOVIEJO Y ANDRES DE VERA DURANTE MARZO- SEPTIEMBRE 2005.**

ESTADO NUTRICIONAL	Centro de Salud			
	Andrés Vera		Portoviejo	
	Nº	%	Nº	%
Normal	59	27	60	28
Desnutrido Grado I (Leve)	42	19	44	20
Desnutrido Grado II (Moderado)	7	3	4	2
Desnutrido Grado III (Grave)	2	1	1	0
Total	110	50	109	50



**Fuente:** Historias Clínicas  
**Elaboración:** M. Moreira.  
 A. Vélez.

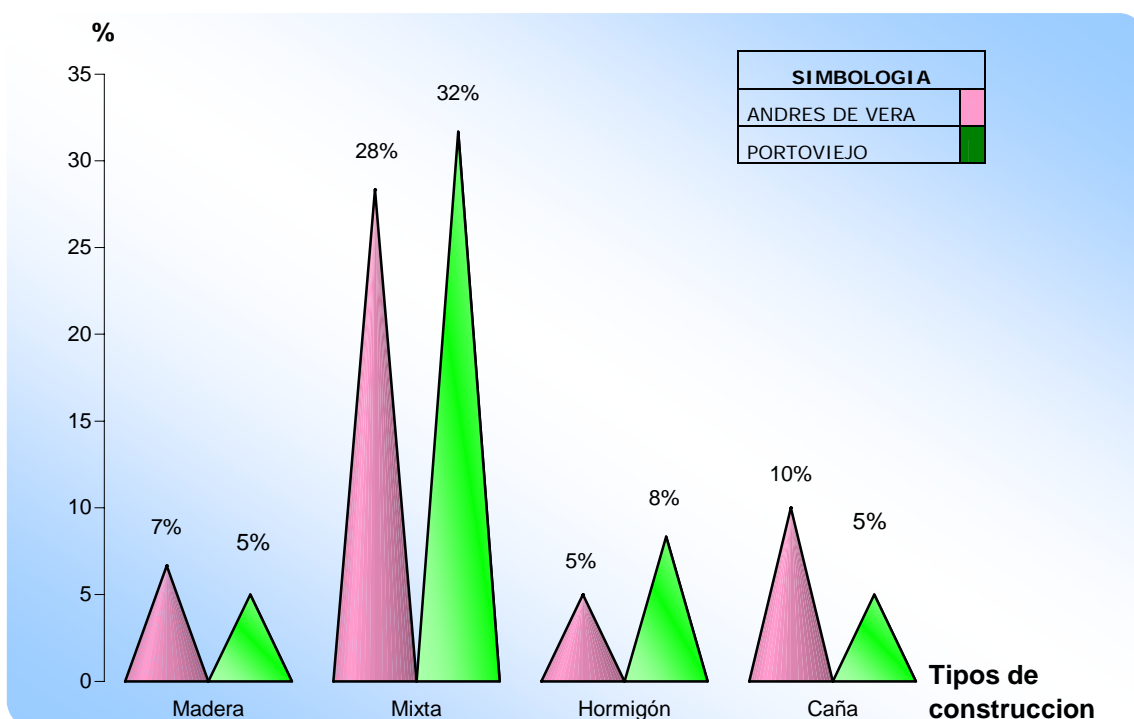
**ANÁLISIS**

En el gráfico podemos observar que el 55 % de los casos presentados, tienen un estado nutricional normal, seguido de un 39 % de los casos tienen estado nutricional grado I o

leve, y un 5 % con un grado nutricional grado II o Moderado y por último con un 1 % corresponde a un grado nutricional III o Grave.

**TABLA Y GRAFICO N° 12**  
**VIVIENDA SEGÚN MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN DE LOS NIÑOS CON**  
**DIAGNÓSTICO DE DERMATITIS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD**  
**ANDRÉS DE VERA- PORTOVIEJO DURANTE MARZO-SEPTIEMBRE DEL**  
**2005.**

Tipo de construcción	Centro de Salud			
	Andrés Vera		Portoviejo	
	Nº	%	Nº	%
Madera	4	7	3	5
Mixta	17	28	19	32
Hormigón	3	5	5	8
Caña	6	10	3	5
Total	30	50	30	50



**Fuente:** Visitas Domiciliarias  
**Elaboración:** M. Moreira  
A. Vélez.

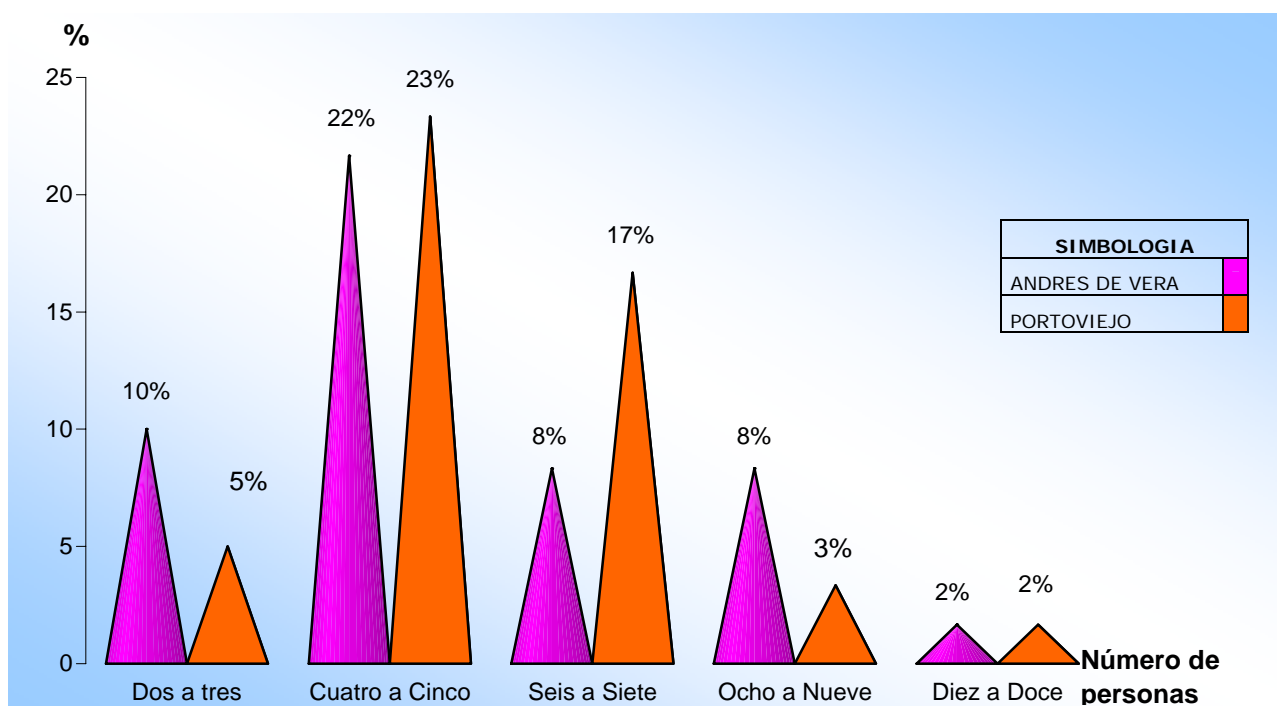
## ANÁLISIS

Representa el tipo de vivienda de los niños diagnosticados con dermatitis y se observan resultados totales de ambos centros de salud que señalan: que predomina la Mixta con un 60%, seguida de la de Caña 15%. Hormigón 13% y Madera, 12%.

**TABLA Y GRAFICO N° 13**

**NÚMERO DE PERSONAS QUE HABITAN EN LA CASA DE LOS NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE DERMATITIS DURANTE MARZO- SEPTIEMBRE DEL 2005 ENCONTRADOS EN LAS VISITAS DOMICILIARIAS.**

N° DE PERSONAS	Centro de Salud			
	Andrés Vera		Portoviejo	
	N°	%	N°	%
Dos a tres	6	10	3	5
Cuatro a Cinco	13	22	14	23
Seis a Siete	5	8	10	17
Ocho a Nueve	5	8	2	3
Diez a Doce	1	2	1	2
Total	30	50	30	50



**Fuente:** Visitas Domiciliarias  
**Elaboración:** M. Moreira  
 A. Vélez.

**ANÁLISIS**

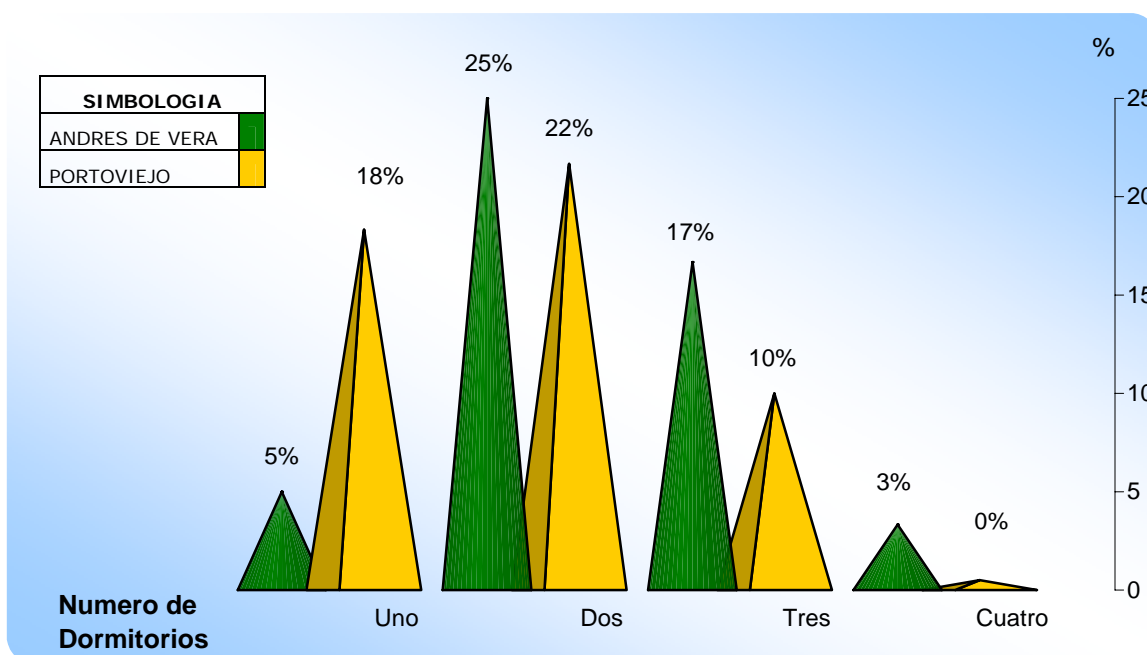
En esta tabla se obtuvo los siguientes resultados totales: En un 45% habitan cuatro a cinco seguidos del 25% habitan de ocho a nueve personas, 15% habitan de dos a tres

personas, con un 11 % entre ocho y nueve personas y solo en un 4% habitan de diez a doce personas.

**TABLA Y GRAFICO N° 14**

**NUMERO DE DORMITORIOS QUE HAY EN LA CASA DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE DERMATITIS ATENDIDOS DURANTE MARZO-SEPTIEMBRE DEL 2005 DURANTE LAS VISITAS DOMICILIARIAS.**

NUMERO DE DORMITORIOS	Centro de Salud			
	Andrés Vera		Portoviejo	
	Nº	%	Nº	%
Uno	3	5	11	18
Dos	15	25	13	22
Tres	10	17	6	10
Cuatro	2	3	0	0
Total	30	50	30	50



**Fuente:** Visitas Domiciliarias  
**Elaboración:** M. Moreira  
A. Vélez.

**ANÁLISIS:**

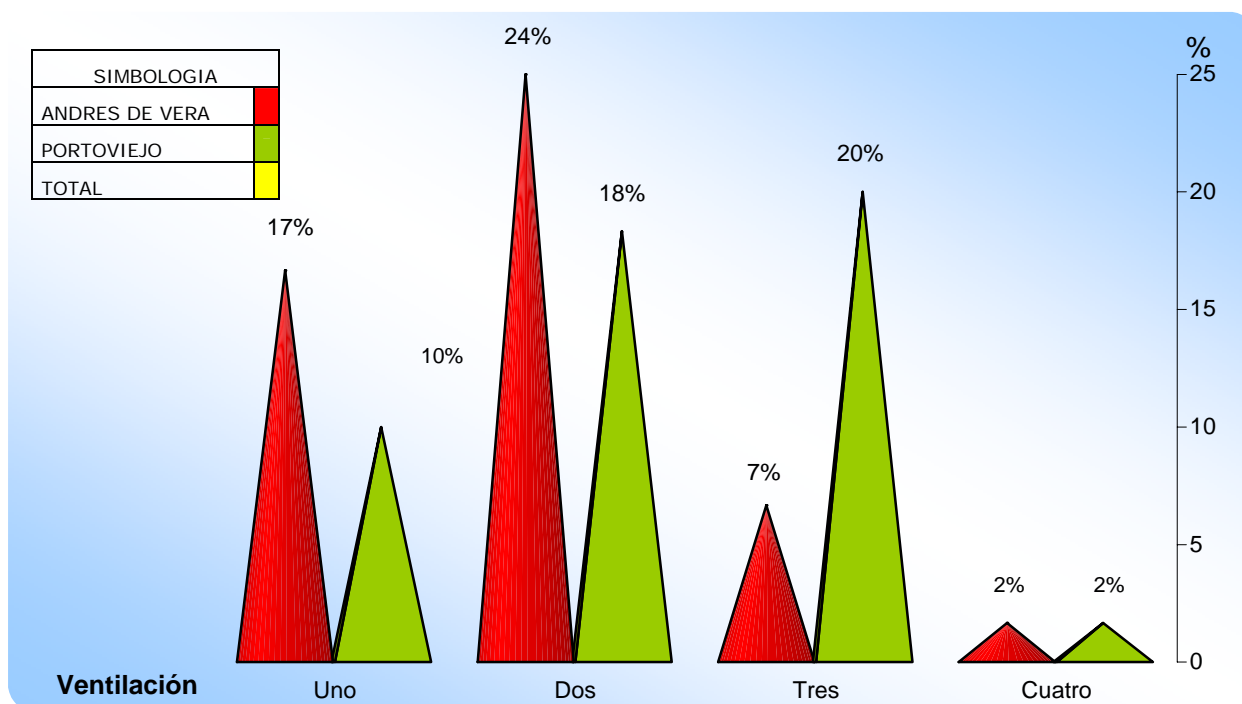
Este gráfico demuestra que un buen número de las viviendas encuestadas poseen pocos cuartos a pesar de que algunas son familias numerosas así tenemos resultados totales de

ambos centros de salud: 23% un dormitorio, 47% dos dormitorios, un 27% tres dormitorios, y el 3% tiene cuatro dormitorios.

**TABLA Y GRAFICO N° 15**

**VENTILACION QUE TIENEN LAS CASAS DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE DERMATITIS DURANTE MARZO-SEPTIEMBRE 2005 ENCONTRADOS EN LAS VISITAS DOMICILIARIAS.**

VENTILACION	Centro de Salud			
	Andrés Vera		Portoviejo	
	Nº	%	Nº	%
Uno	10	17	6	10
Dos	15	24	11	18
Tres	4	7	12	20
Cuatro	1	2	1	2
Total	30	50	30	50



**Fuente:** Visitas Domiciliarias  
**Elaboración:** M. Moreira  
 A. Vélez.

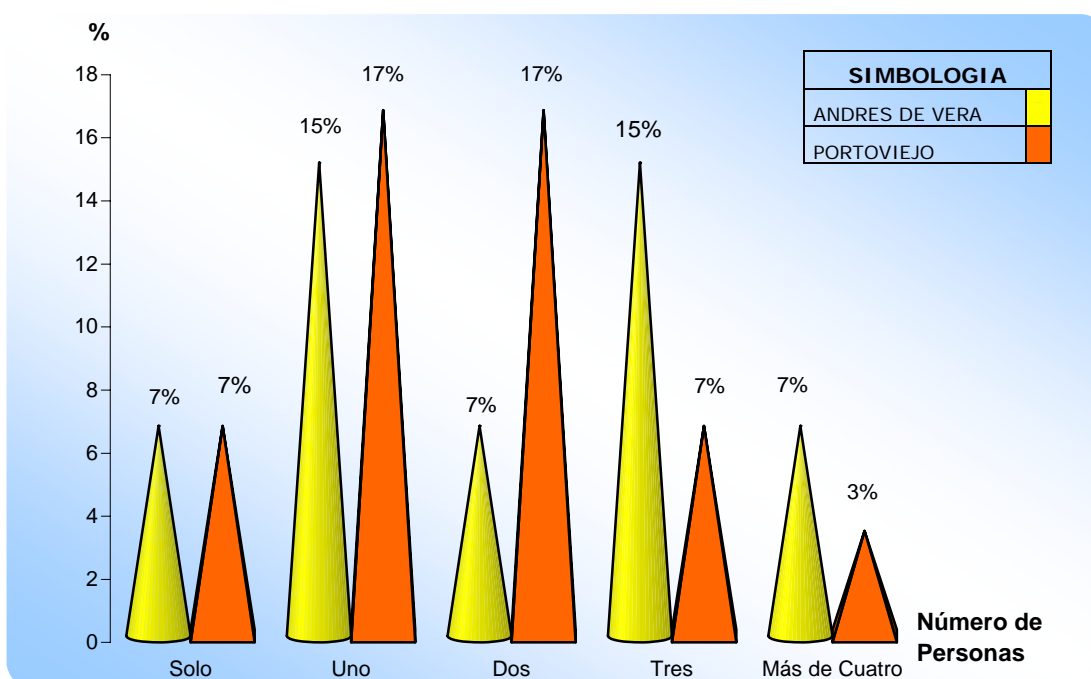
**ANÁLISIS:**

Esta tabla se refiere al número de ventanas que poseen las viviendas de los encuestados y observamos los siguientes resultados totales: El 27% una ventana, en mayor escala 42% dos ventanas, un 27% tres ventanas, y cuatro ventanas con un 4%

**TABLA Y GRAFICO N° 16**

**NÚMERO PERSONAS QUE DUERMEN CON EL NIÑO CON DIAGNOSTICO DE DERMATITIS DURANTE MARZO-SEPTIEMBRE 2005 ENCONTRADOS EN LAS VISITAS DOMICILIARIAS**

N° DE PERSONAS	Centro de Salud			
	Andrés Vera		Portoviejo	
	N°	%	N°	%
Solo	4	7	4	7
Uno	9	15	10	17
Dos	4	7	10	17
Tres	9	15	4	7
Más de Cuatro	4	7	2	3
Total	30	50	30	50



**Fuente:** Visitas Domiciliarias  
**Elaboración:** M. Moreira  
A. Vélez.

**ANÁLISIS:**

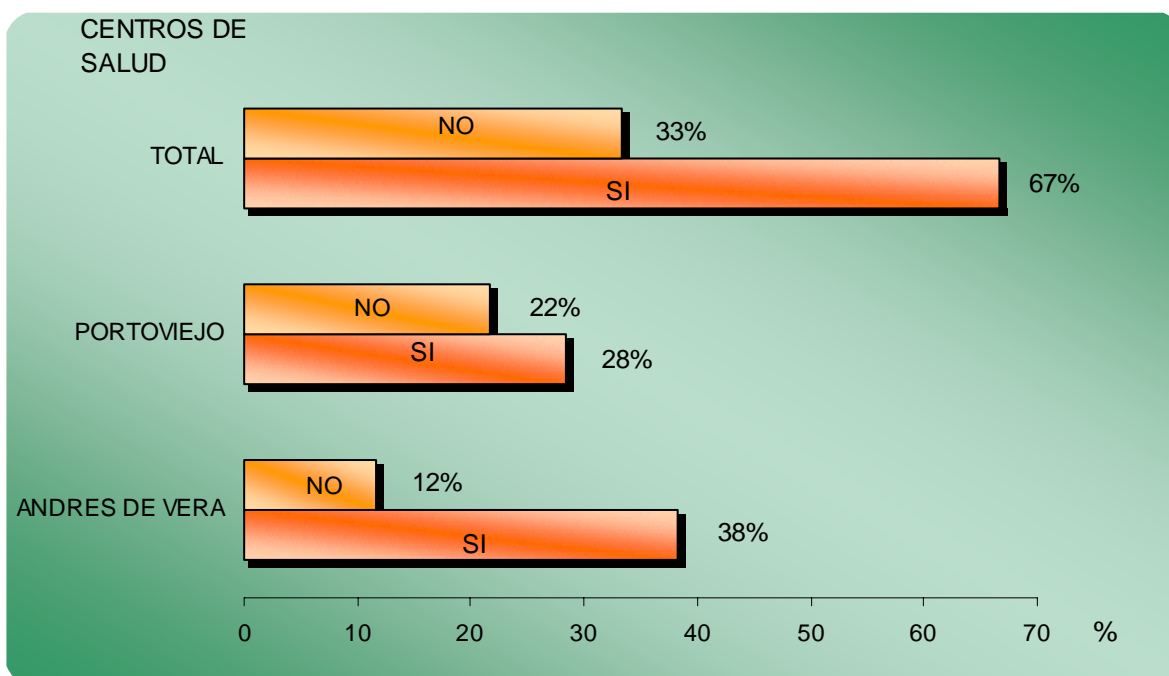


El grafico demuestra cuántas personas duermen con el niño y los resultado totales fueron : 13% solo, 32% acompañado de una persona, un 23% con dos personas, 22% tres personas; y un 10% más de cuatro personas en la misma cama.

**TABLA Y GRAFICO N° 17**

**PRESENCIA DE PATIO EN LAS VIVIENDAS DE LOS NIÑOS QUE PRESENTARON DERMATITIS DURANTE MARZO-SEPTIEMBRE DEL 2005 ENCONTRADOS EN LAS VISITAS DOMICILIARIAS.**

CENTRO DE SALUD	PRESENCIA DE PATIO			
	SI		NO	
	N°	%	N°	%
ANDRES DE VERA	23	38	7	12
PORTOVIEJO	17	28	13	22
Total	40	67	20	33



**Fuente:** Visitas Domiciliarias  
**Elaboración:** M. Moreira  
 A. Vélez.

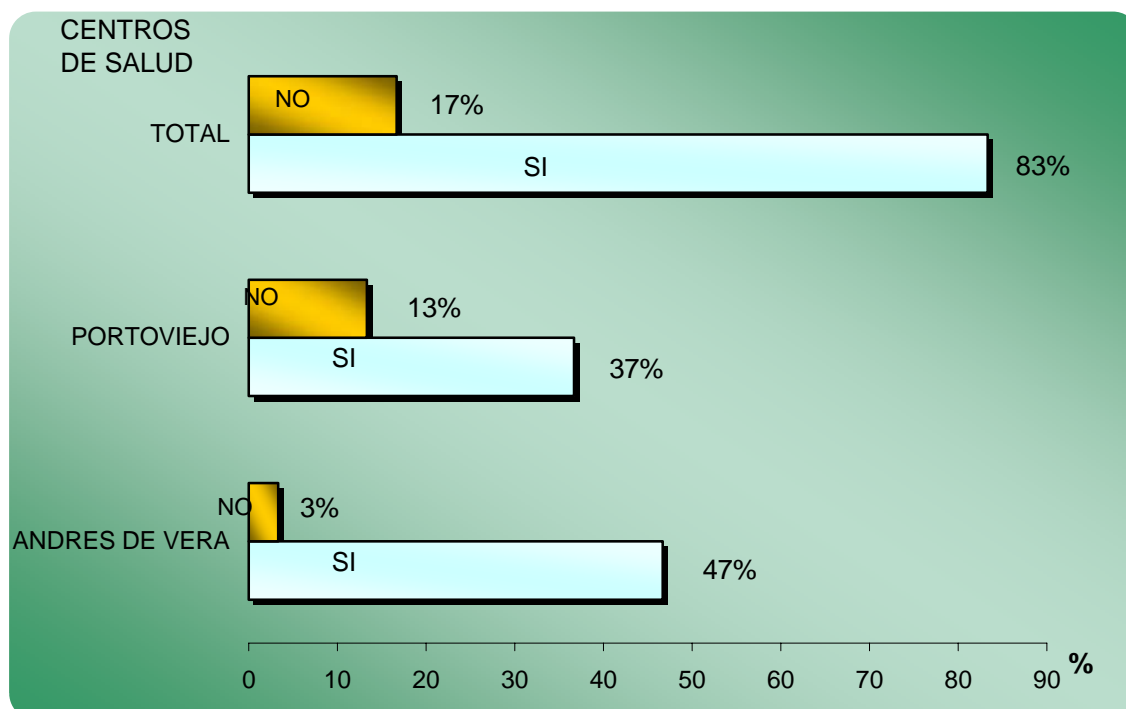
**ANÁLISIS:**

El cuadro corresponde a la presencia de patio en las viviendas encuestadas y refleja los siguientes resultados totales: 67% SI tiene, y 33%, NO.

**TABLA Y GRAFICO N° 18**

**PRESENCIA DE ANIMALES DOMÉSTICOS DENTRO DE LAS VIVIENDAS EN NIÑOS QUE PRESENTARON DERMATITIS DURANTE MARZO-SEPTIEMBRE DEL 2005 ENCONTRADOS EN LAS VISITAS DOMICILIARIAS.**

CENTRO DE SALUD	PRESENCIA DE ANIMALES			
	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
ANDRES DE VERA	28	47	2	3
PORTOVIEJO	22	37	8	13
Total	50	83	10	17



**Fuente:** Visitas Domiciliarias  
**Elaboración:** M. Moreira  
 A. Vélez.

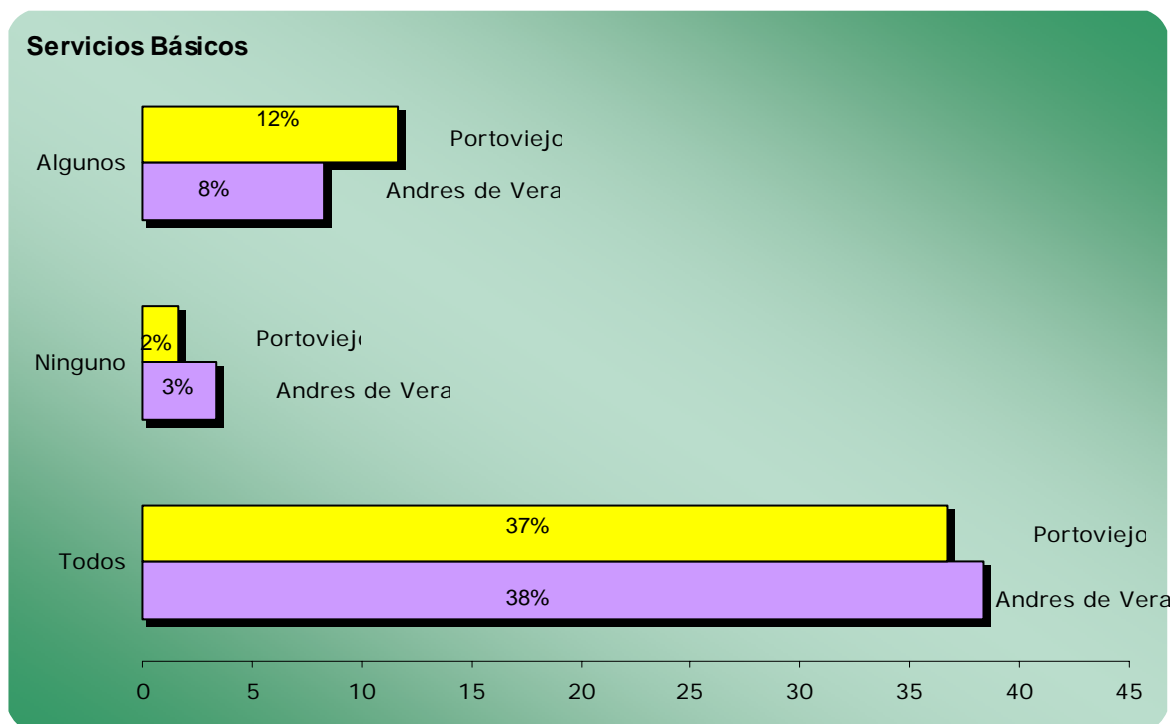
**ANÁLISIS:**

El cuadro se refiere a la presencia de animales domésticos dentro de la casa y se obtuvieron los siguientes resultados totales: un 83% SI tiene animales; y el 17% NO tiene, pregunta de gran importancia debido que los animales son grandes portadores de enfermedades.

**TABLA Y GRAFICO N° 19**

**SERVICIOS BÁSICOS CON LOS QUE CUENTAN LAS VIVIENDAS DE LOS NIÑOS QUE PRESENTARON DERMATITIS DURANTE MARZO-SEPTIEMBRE DEL 2005 ENCONTRADOS EN LAS VISITAS DOMICILIARIAS**

SERVICIOS BASICOS	Centro de Salud			
	Andrés de Vera		Portoviejo	
	Nº	%	Nº	%
Todos	23	38	22	37
Ninguno	2	3	1	2
Algunos	5	8	7	12
Total	30	50	30	50



**Fuente:** Visitas Domiciliarias  
**Elaboración:** M. Moreira  
 A. Vélez.

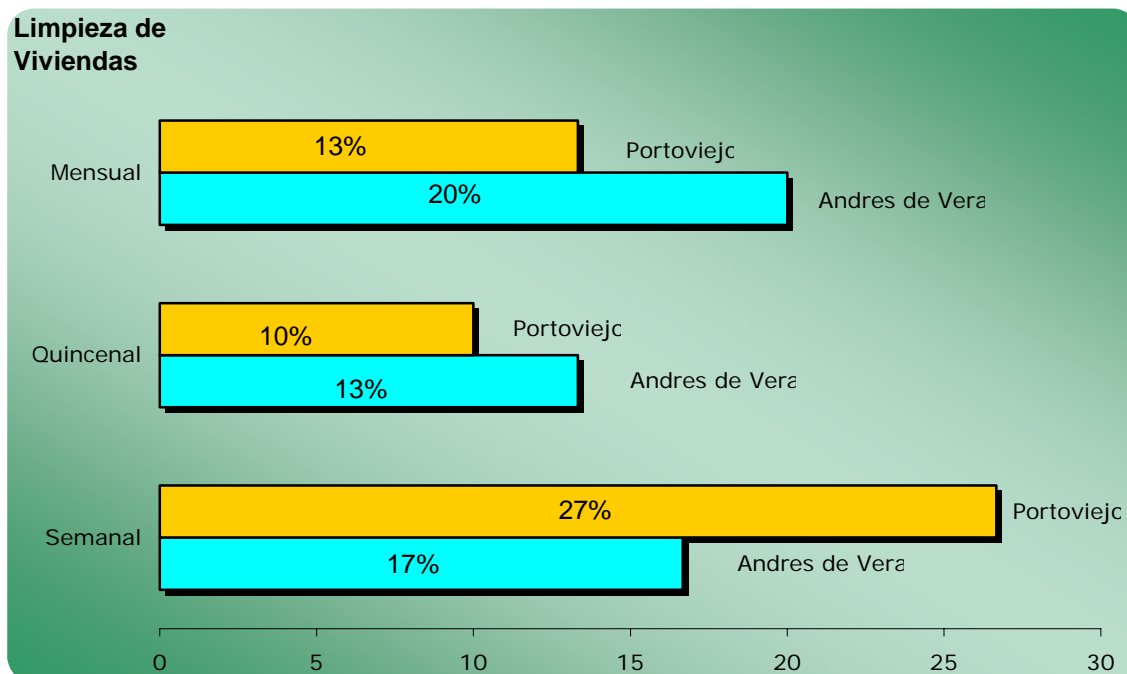
### ANÁLISIS:

Sobre los servicios básicos que poseen las viviendas encuestadas los resultados totales fueron: un 75 % cuenta con todos los servicios, un 5 % con Ninguno, y un 20 % cuenta con algunos.

**TABLA Y GRAFICO N° 20**

### FRECUENCIA CON LA QUE SE LIMPIA LAS VIVIENDAS DE LOS NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE DERMATITIS DURANTE MARZO-SEPTIEMBRE DEL 2005 ENCONTRADOS EN LAS VISITAS DOMICILIARIAS.

LIMPIEZA DE VIVIENDAS	Centro de Salud			
	Andrés de Vera		Portoviejo	
	Nº	%	Nº	%
Semanal	10	17	16	27
Quincenal	8	13	6	10
Mensual	12	20	8	13
Total	30	50	30	50



**Fuente:** Visitas Domiciliarias  
**Elaboración:** M. Moreira  
A. Vélez.

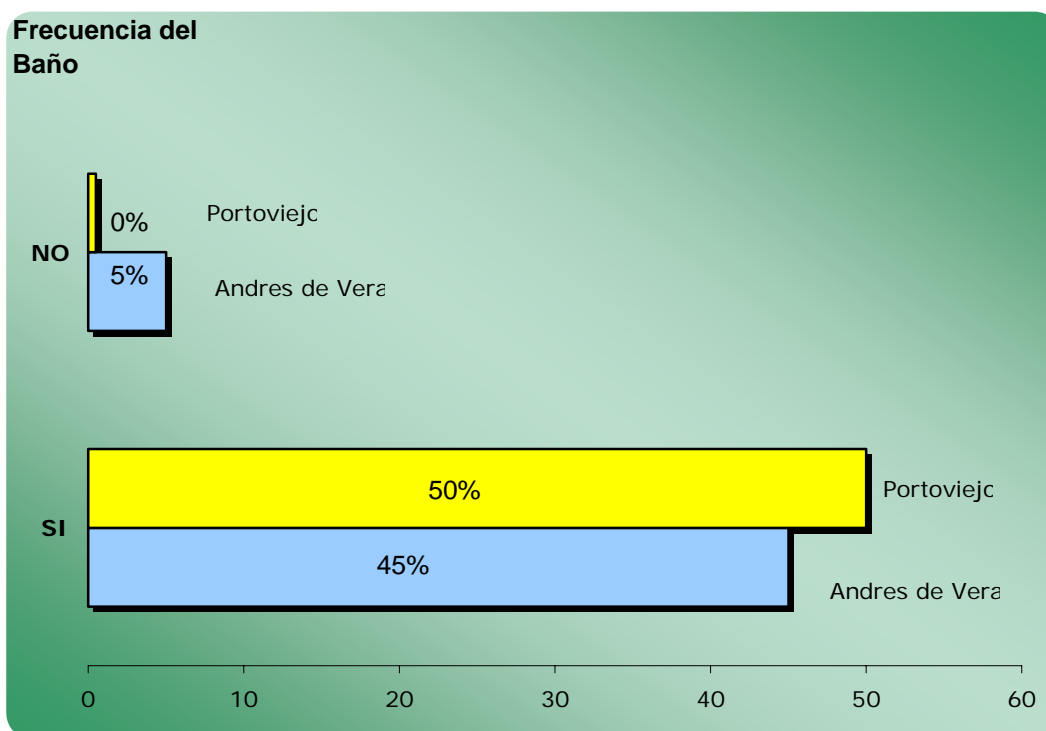
### ANÁLISIS:

En esta tabla, se obtuvieron los siguientes resultados totales: El 44% señaló que Semanal, mientras que el 23% indicó que Quincenal; y el 33% lo realiza mensualmente.

**TABLA Y GRAFICO N° 21**

**FRECUENCIA DEL BAÑO DE LOS NIÑOS CON DIAGNOSTICO DE DERMATITIS DURANTE MAR ZO-SEPTIEMBRE DEL 2005 ENCONTRADOS DURANTE LAS VISITAS DOMICILIARIAS.**

FRECUENCIA DEL BAÑO	Centro de Salud			
	Andrés de Vera		Portoviejo	
	Nº	%	Nº	%
SI	27	45	30	50
NO	3	5	0	0
Total	30	50	30	50



**Fuente:** Visitas Domiciliarias  
**Elaboración:** M. Moreira  
 A. Vélez.

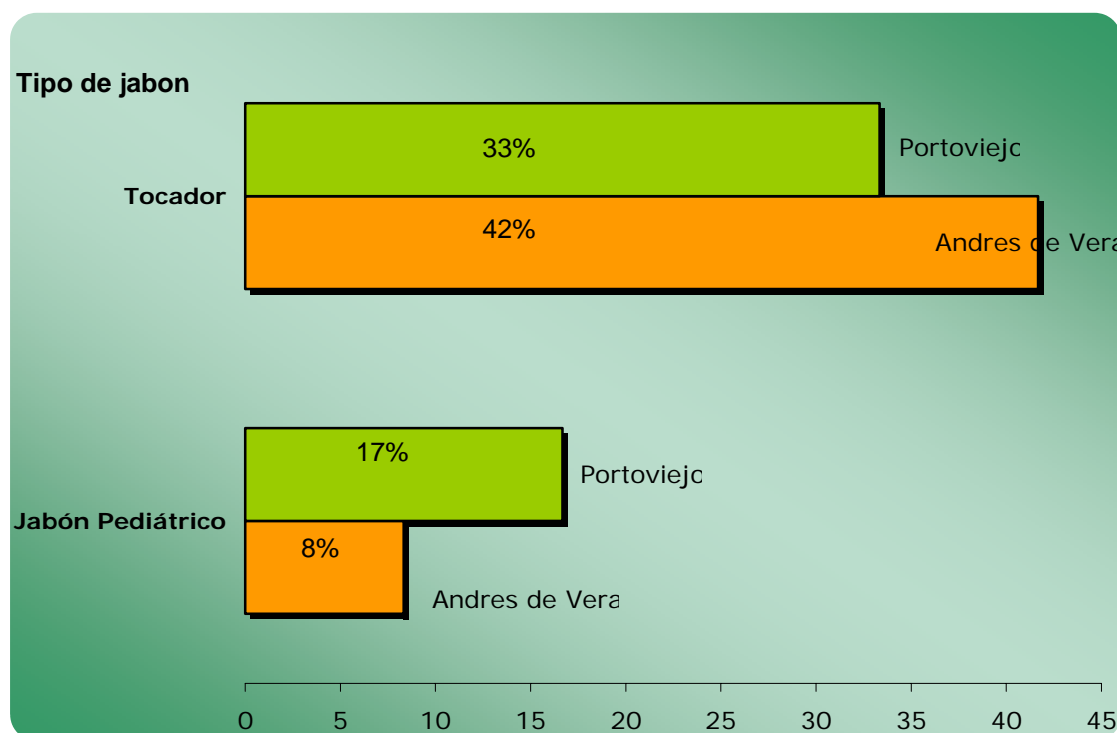
**ANÁLISIS:**

El cuadro se refiere a la frecuencia con que bañan a los niños encuestados y el 95% de las madres respondió que SI lo baña a diario y un 5% indicaron que NO.

**TABLA Y GRAFICO N° 22**

**TIPO DE JABON QUE UTILIZAN PARA BAÑAR A LOS NIÑOS CON DIAGNOSTICO DE DERMATITIS DURANTE MARZO-SEPTIEMBRE DEL 2005 ENCONTRADOS DURANTE LAS VISITAS DOMICILIARIAS.**

TIPO DE JABON	Centro de Salud			
	Andrés de Vera		Portoviejo	
	Nº	%	Nº	%
Jabón Pediátrico	5	8	10	17
Tocador	25	42	20	33
Total	30	50	30	50



**Fuente:** Visitas Domiciliarias  
**Elaboración:** M. Moreira  
 A. Vélez.

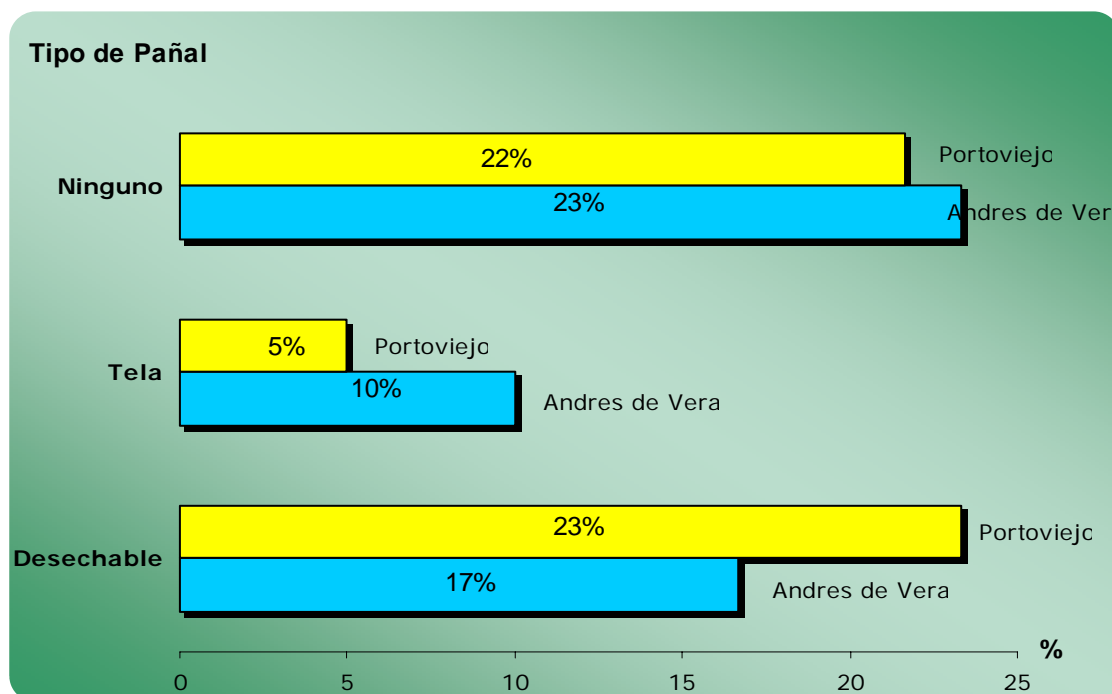
**ANÁLISIS:**

El cuadro se refiere al tipo de jabón que se usa para el baño de los niños encuestados y los resultados totales fueron 75%, utiliza jabón de tocador, y un 25%, usa jabón Pediátrico.

**TABLA Y GRAFICO N° 23**

**TIPO DE PAÑAL QUE UTILIZAN LOS NIÑOS CON DIAGNOSTICO DE DERMATITIS DURANTE MARZO-SEPTIEMBRE DEL 2005 ENCONTRADOS EN LAS VISITAS DOMICILIARIAS.**

TIPO DE PAÑAL	Centro de Salud			
	Andrés de Vera		Portoviejo	
	Nº	%	Nº	%
Desechable	10	17	14	23
Tela	6	10	3	5
Ninguno	14	23	13	22
Total	30	50	30	50



**Fuente:** Visitas Domiciliarias  
**Elaboración:** M. Moreira  
 A. Vélez.

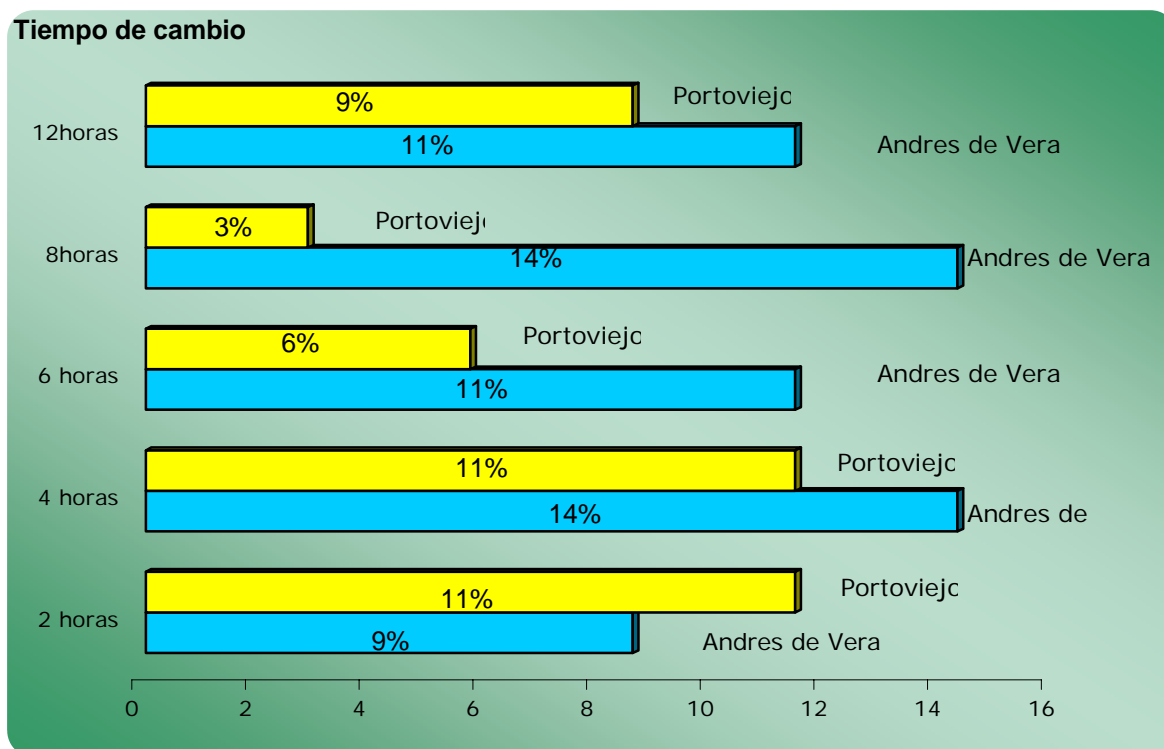
**ANÁLISIS:**

Analizando los respectivos resultados totales, se observa que el 40% de los niños utilizan pañales desechables; un 15% utiliza pañales de tela y un 45% no utilizan pañales.

**TABLA Y GRAFICO N° 24**

**TIEMPO QUE LE CAMBIAN DE PAÑAL A LOS NIÑOS CON DIAGNOSTICO DE DERMATITIS DURANTE MARZO-SEPTIEMBRE DEL 2005 ENCONTRADOS DURANTE LAS VISITAS DOMICILIARIAS.**

TIEMPO DE CAMBIO	Centro de Salud			
	Andrés de Vera		Portoviejo	
	Nº	%	Nº	%
2 horas	3	9	4	11
4 horas	5	14	4	11
6 horas	4	11	2	6
8 horas	5	14	1	3
12 horas	4	11	3	9
Total	21	60	14	40



**Fuente:** Visitas Domiciliarias  
**Elaboración:** M. Moreira  
 A. Vélez.



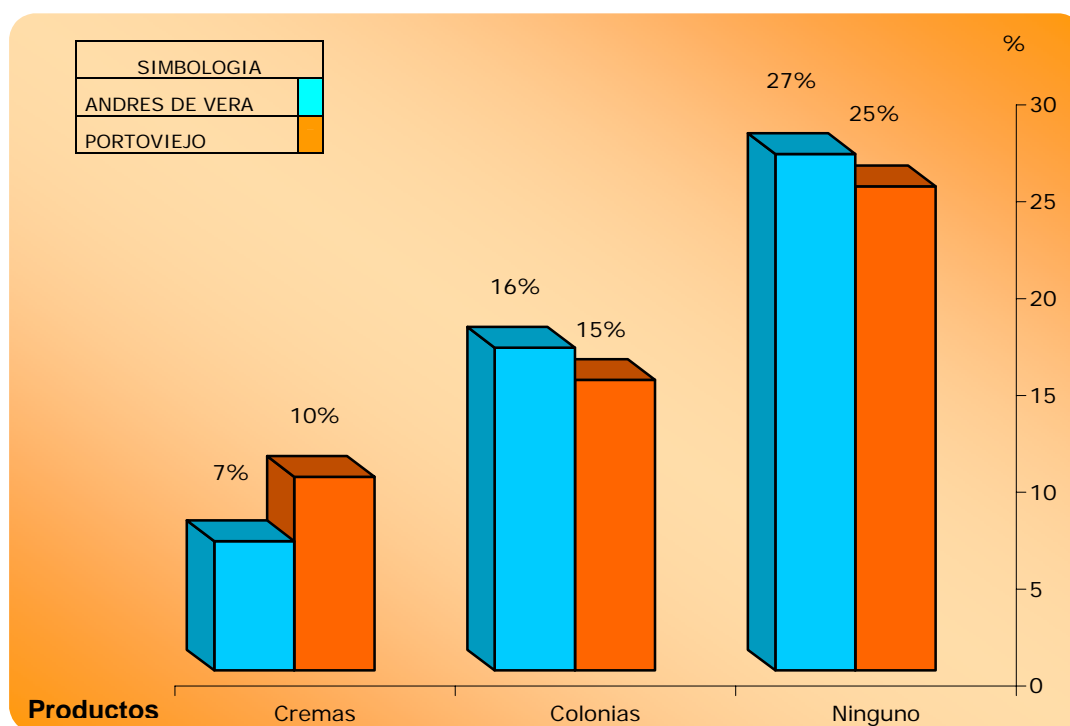
## ANÁLISIS:

Considerando de gran importancia el control del cambio de pañal de los niños, se obtuvo los siguientes resultados totales: el 19% indicaron que cada dos horas, el 26%, cada cuatro horas, un 17% cada seis y ocho y un 21% cada 12 horas.

**TABLA Y GRAFICO N° 25**

### **PRODUCTOS QUE UTILIZAN DESPUÉS DEL BAÑO LOS NIÑOS QUE PRESENTARON DERMATITIS DURANTE MARZO-SEPTIEMBRE DEL 2005 ENCONTRADOS EN LAS VISITAS DOMICILIARIAS.**

PRODUCTOS USADOS DESPUES DEL BAÑO	Centro de Salud			
	Andrés de Vera		Portoviejo	
	Nº	%	Nº	%
Cremas	4	7	6	10
Colonias	10	16	9	15
Ninguno	16	27	15	25
Total	30	50	30	50



**Fuente:** Visitas Domiciliarias  
**Elaboración:** M. Moreira  
A. Vélez.

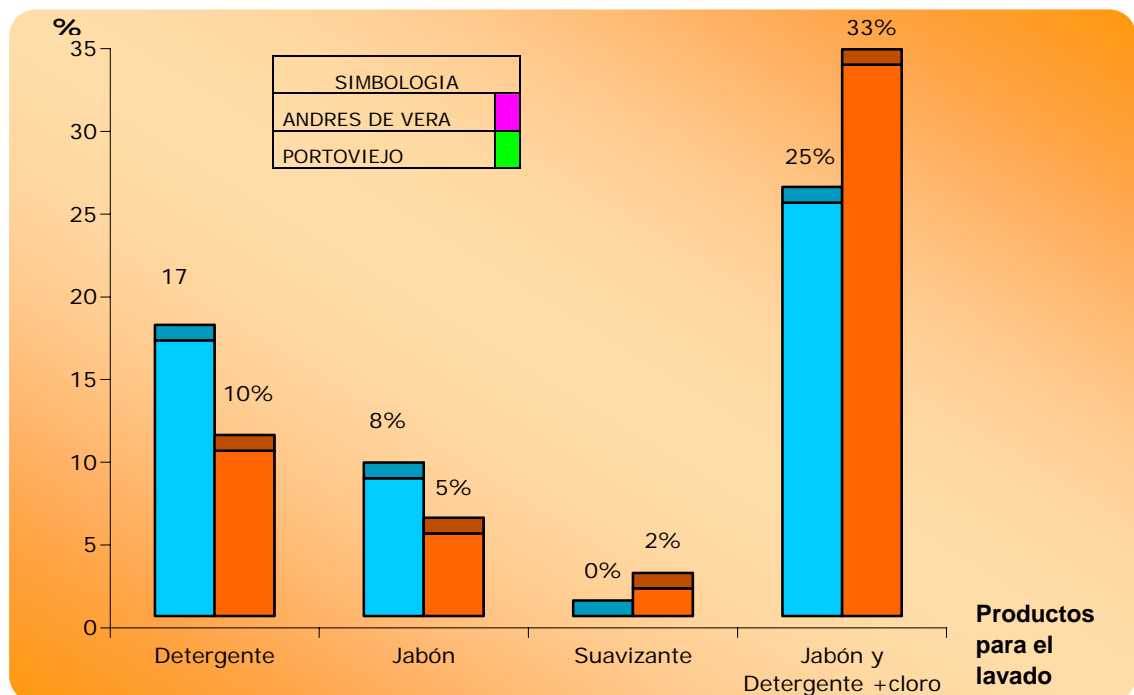
### ANÁLISIS:

El cuadro indica los siguientes resultados totales: al 17% de los niños encuestados le aplican Cremas, 32% colonia, y 52% ningún producto.

**TABLA Y GRAFICO N° 26**

**PRODUCTOS USADOS PARA EL LAVADO DIARIO DE ROPA DE LOS NIÑOS QUE PRESENTARON DE RMATITIS DURANTE MARZO-SEPTIEMBRE DEL 2005 ENCONTRADOS DURANTE LAS VISITAS DOMICILIARIAS.**

PRODUCTOS USADOS EN LAVADO DE ROPA	Centro de Salud			
	Andrés de Vera		Portoviejo	
	Nº	%	Nº	%
Detergente	10	17	6	10
Jabón	5	8	3	5
Suavizante	0	0	1	2
Jabón y Detergente + cloro	15	25	20	33
Total	30	50	30	50



**Fuente:** Visitas Domiciliarias  
**Elaboración:** M. Moreira  
A. Vélez.

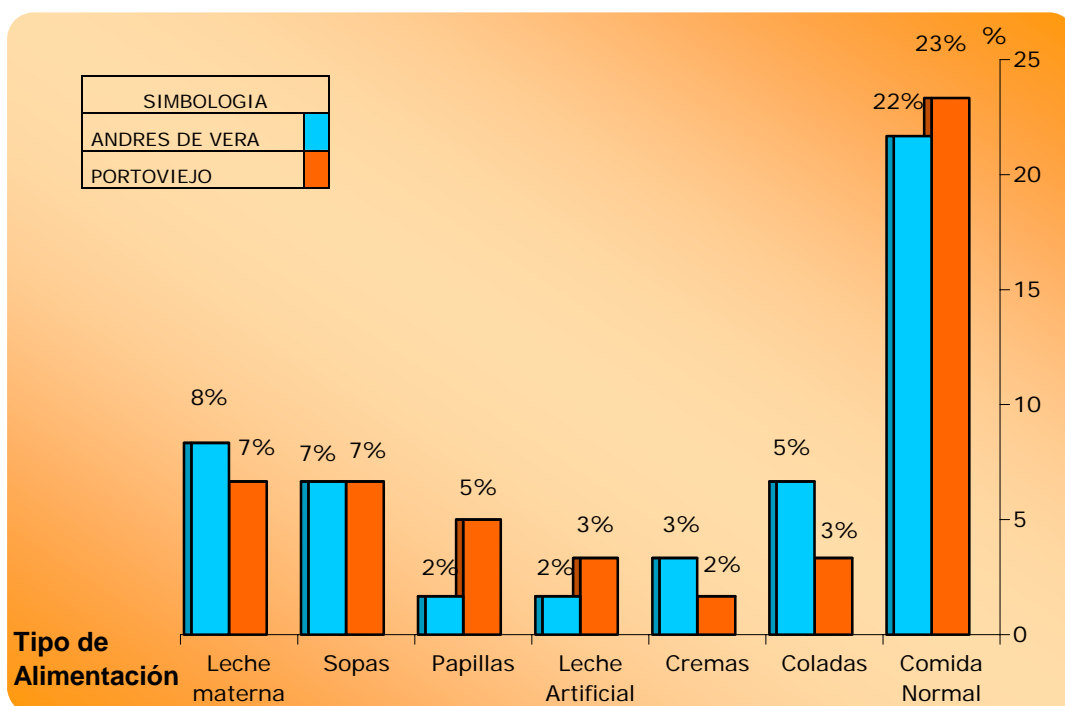
### ANÁLISIS:

De los datos totales obtenidos en esta pregunta, se puede indicar que los porcentajes mayoritarios reflejan preferencias por Jabón, detergente + cloro en un 58%, de los niños, siendo minoritario el uso puro de detergente en 27%, el jabón en un 13% y el suavizante en un 2%.

**TABLA Y GRAFICO N° 27**

### ALIMENTACIÓN DIARIA DE LOS NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE DERMATITIS DURANTE MARZO-SEPTIEMBRE DEL 2005 ENCONTRADOS DURANTE LAS VISITAS DOMICILIARIAS.

TIPO DE ALIMENTACION	Centro de Salud			
	Andrés de Vera		Portoviejo	
	Nº	%	Nº	%
Leche materna	5	8	4	7
Sopas	4	7	4	7
Papillas	1	2	3	5
Leche Artificial	1	2	2	3
Creimas	2	3	1	2
Coladas	4	7	2	3
Comida Normal	13	21	14	23
Total	30	50	30	50



**Fuente:** Visitas Domiciliarias  
**Elaboración:** M. Moreira  
 A. Vélez.

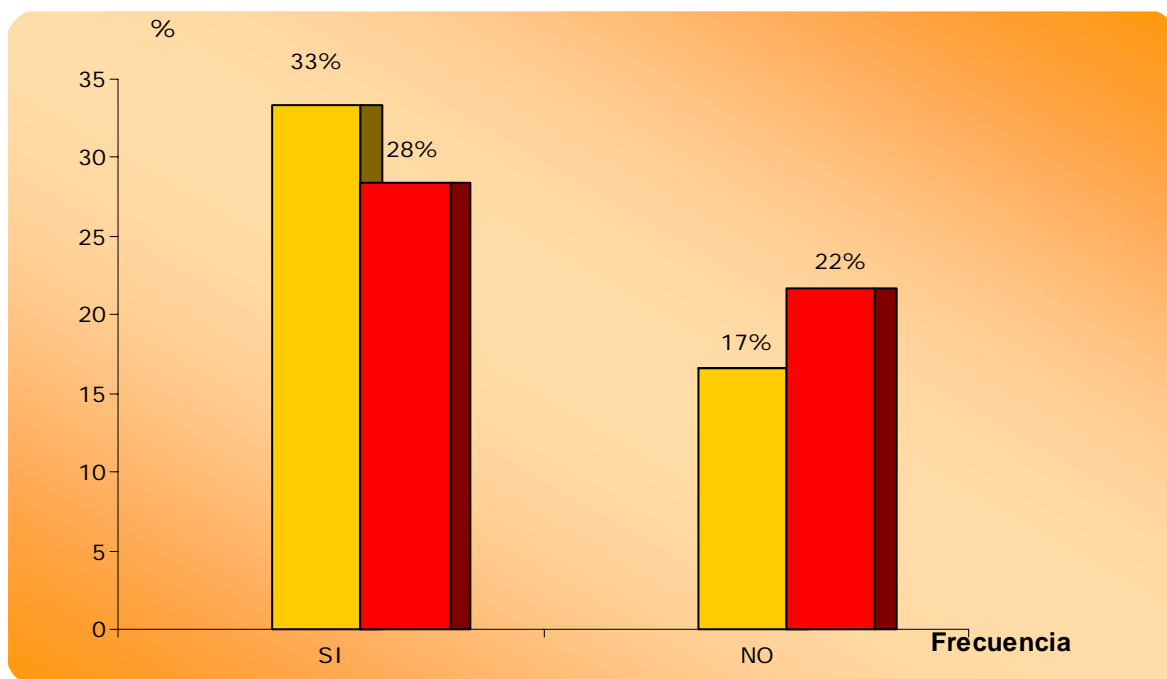
### ANÁLISIS:

Los resultados totales indicaron al respecto: que un 45% de los niños se alimenta con la misma comida que el resto de la familia, un 15% leche materna, 13% sopas, 10% toma coladas, 7% papillas, y por último con un 5% cremas y leche artificial.

**TABLA Y GRAFICO N° 28**

**FRECUENCIA EN LA QUE LOS NIÑOS DIAGNÓSTICADOS CON DERMATITIS PRESENTEN PROBLEMAS DE PIEL SEGÚN LAS ENCUESTAS REALIZADAS.**

		Centro de Salud			
				SIMBOLOGIA	
				ANDRES DE VERA	
				PORTOVIEJO	
		Andrés de Vera		Portoviejo	
		Nº	%	Nº	%
SI		20	33	17	28
NO		10	17	13	22
Total		30	50	30	50



**Fuente:** Visitas Domiciliarias  
**Elaboración:** M. Moreira  
A. Vélez.

### **ANÁLISIS:**

De acuerdo al gráfico expuesto, el 61%, los niños de ambos centros de salud presentan con mucha frecuencia problemas en la piel, y el 39%, manifestó que NO,

## **9. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS.**

Según el censo de las Unidades Operativas realizadas en el Centro de Salud de Portoviejo (CSP), la cual nos muestra que la población mayor de 1- 4 años es la que acude con mas regularidad hacerse atender en un 66%, siendo esto una realidad útil para saber que en su mayoría son estos niños los que más problemas de salud presentan, aunque también acuden a realizarse los controles necesarios par tener una buena salud. **(Ver Tabla y Gráfico 1).**

En menor proporción en el centro de Salud están los menores de 1 año en un 15%, y los que están en los 4 años 11 meses 29 días en un porcentaje del 19%, cabe recalcar que estos datos incluyen todos los padecimientos que se presentan frecuentemente en los niños menores de 5 años. **(Ver Tabla y Gráfico 1).**

En el centro de Salud de Andrés de Vera (CSAV) al analizar el censo que se realiza cada año nos indica que en un 76% se encuentran los niños en edades comprendidas entre 1-4 años, los que no solo acuden al centro de salud para hacerse atender por alguna enfermedad específica sino para realizarse controles mensuales para mantener su buen estado de salud, los niños menores de un año tienen un porcentaje mucho menor que es de un 3% y los que están en los 4 años 11 meses 29 días tienen un 21% de los que se atienden en este Centro de Salud. **(Ver Tabla y Gráfico 2).**

Siendo estos dos Centros de Salud los más importantes en cuanto a la población que acude para que les brinden atención médica en sus distintas especialidades, se observa

que en su gran mayoría están distribuidos en el Centro de Salud de Portoviejo con un porcentaje de 53%, y en el Centro de Salud Andrés de Vera es de un 47% de la atención a los niños menores de 5 años, siendo esto importante para saber que la población más acude a el Centro de Salud de Portoviejo por su mejor ubicación, su infraestructura y quizás por su atención en las distintas especialidades que brinda. **(Ver Tabla y Gráfico 3).**

De todos los pacientes que fueron a las consultas Pediátricas, Consultas Externas de ambos Centros de Salud en que se ha realizado esta investigación, se observa que aunque la población total del Centro de Salud de Andrés de Vera que se atendió durante Marzo-Septiembre del 2005 fue menor que la del Centro del Salud de Portoviejo este tiene un mayor número de casos diagnosticados con Dermatitis ya que tienen un porcentaje de 57% a diferencia del Centro de Salud de Portoviejo cuyo porcentaje es de un 43%. Estos valores tienen mucha relación con la población que acude al Centro de Salud de Andrés de Vera que más problemas de piel ha presentado. **(Ver Tabla y Gráfico 4).**

Tomando en cuenta los resultados de la tabla es clara la tendencia de la Dermatitis de comenzar su aparición en los primeros meses de vida ya que antes del año más del 60% de los niños han padecido algún tipo de Dermatitis, entonces analizando los resultados los niños que presentaban Dermatitis por grupos de edad en su mayor porcentaje están alrededor de los menores de 1 año en un 37%, correspondiendo el 24% a el Centro de Salud de Portoviejo y el 13% al Centro de Salud de Andrés de Vera, En los niños de 1 año a 1 año 11 meses 29 días se presento en un 19% siendo el 10% de los datos obtenidos en el Centro de Salud Portoviejo y el 9% en el Centro de Andrés de Vera, los niños de 4 años que presentaban un 16%, el 10% corresponde a los datos de el Centro de Salud de Portoviejo y 5% a el Centro de Salud de Andrés de Vera. En menor proporción están los de 2 años a 2 11 meses 29 días con un 17% de los cuales el 11% es de datos de el Centro de Salud de Portoviejo y el 6% del Centro de Salud de Andrés de Vera y por último con el 12% están los niños de 3 años a 3 años 11 meses 29 días cuyo resultado es de datos de el Centro de Salud Portoviejo con el 7% y el 5% de datos de el Centro de Salud de Andrés de Vera. Se sabe que esta patología presenta picos de

declinación entre los 2- 3 años para luego reaparecer a los 4 años de edad según se hay predisposición para padecerla o no, y también depende del tipo de dermatitis que sea. **(Ver Tabla y Gráfico N° 5).**

Los pacientes atendidos en ambas Unidades Operativas en su mayor proporción se encuentran distribuidos en el sexo masculino con un 29% en el Centro de Salud de Andrés de Vera, el 24% corresponden a datos de el Centro de Salud de Portoviejo y un poco más bajo el femenino con un 22% en el Centro de Salud de Andrés de Vera, y el 25% en el Centro de Salud de Portoviejo, teniendo un resultado global de un 51% de los casos fueron atendidos en el CSAV Y EL 49% en el CSP. Estos datos evidencian un claro porcentaje a favor del sexo masculino aunque según las citas bibliográficas no hay predisposición de sexo en algunos tipos de Dermatitis. **(Ver Tabla y Gráfico N° 6)**

La población que acudió a ambos Centros de Salud pertenecía al área Urbano-Marginal en un 44%, de los cuales el 29% corresponden al CSAV Y EL 15% al CSP. De donde pertenece la mayoría de nuestra población y la que por sus recursos económicos bajos acude a estos Centros de Salud por que no tienen dinero para consultas con especialistas de las distintas ramas de la medicina. En menor proporción esta el Área Urbana que en ambos Centros de Salud tuvo un 32% de los cuales el 29% son de datos del CSAV y el 15% al CSP. Por último en el Área Rural con un 24% en ambas unidades operativas, el 14% son datos del CSAV y el 11% del CSP. **(Ver Tabla y Gráfico N° 7).**

En el análisis de todas las Dermatitis encontradas como diagnóstico en ambos Centros de Salud durante los meses de estudio, la más frecuente es la Dermatitis del Pañal en un 24% de los cuales el 13% corresponde al CSAV y el 11% al CSP. Ya que el uso de estos por los niños provoca que la piel de esta zona se mezcle con orina y heces, esto hace que el Ph normal aumente y se produzca su irritación. En segundo lugar están las Piodermatitis en un 23% cuyos datos el 12% pertenecen al CSAV y el 11% al CSP, esta fue motivo de consulta en un gran número de niños ya que la piel es un órgano muy extenso y por ser la que actúa como barrera protectora contra bacterias, virus, debe ser cuidada contra cualquier agente externo que altere su función normal. La Dermatitis

Atópica tuvo un 23% en ambos Centros de Salud, el 7% de los datos se encontraron en el CSAV y el 5% en el CSP. En menor proporción están: Otros tipos de Dermatitis con un 18% , en el CSAV fue de un 9% y en el CSP, fue del 10% y por último la Dermatitis Seborreica y de Contacto con un 11% en ambas Unidades Operativas correspondiendo al 6% de los casos en el CSAV y el 5% al CSP. **(Ver Tabla y Gráfico N°8).**

Siendo importante analizar el tratamiento que fue usado en los niños con diagnóstico de Dermatitis encontramos que en su mayoría fueron tratados con cremas en un 41% en ambos Centros de Salud de estos datos el 18% corresponde al CSAV y el 22% al CSP. Sean estas a base de corticoides o mezcladas con antibióticos en cuyo caso se usaría esta asociación cuando hay sobreinfección de la piel que sería una complicación casi frecuente en estos niños, también se usó antibióticos por vía oral en un 22% en ambas Unidades Operativas, en las cuales ambos Centros de Salud tuvieron un porcentaje del 11%, tomando en cuenta que hay gérmenes que sobre-infectan la piel como es el estreptococos aureus en un 100% y el estafilococos dorados que coloniza un 90% de esta piel. En un menor porcentaje se usó jabones pediátricos y lociones más que todo para el cuidado de la piel ya que en esta enfermedad tiende a perderse el manto ácido-grasa-agua. En menor proporción están: el uso de jabones con un 15%, el 9% del CSAV y el 5% del CSP, la combinación de antibióticos +lociones con un 13%, el 6% del CSAV y el 7% del CSP. Por último el uso solo de lociones con un 9%, 6% del CSAV, y el 3% del CSP. **(Ver Tabla y Gráfico N° 9).**

Se observa que la Dermatitis se presentó con mayor frecuencia durante los meses de Mayo en un 24%, en ambos Centros de Salud, el 14% en el CSP, y el 10% en el CSAV, seguido del mes de Septiembre en un 19%, el 12% del CSAV, y el 7% del CSP, que son los meses donde hay más calor lo que empeora el prurito que es uno de los síntomas más frecuentemente encontrado en estos pacientes. **(Ver Tabla y Gráfico N° 10).**

Siendo importante recalcar que la Dermatitis se presenta con más frecuencia durante los meses de invierno; ya que las condiciones ambientales favorece la irritación de la piel, aunque en porcentaje no haya sido mayor en los meses de Marzo 2% en ambos Centros de Salud, observándose solo atención de un 2% en el CSAV y Abril con un 9% en



ambos Centros de Salud, el 5% en el CSAV, y el 4% en el CSP, debido a paro médico realizado durante estos meses en ambos Centros de Salud motivo por el cual no hubo atención médica o esta fue muy irregular. Por último en los meses de Junio y Agosto con un 16% en ambos Centros de Salud, el 9% en el CSAV y el 7% en el CSP. Y el mes Julio con el 14% en ambas Unidades Operativas, en el CSAV el 5% y en el CSP con un porcentaje del 9% de la atención médica. **(Ver Tabla y Gráfico N° 10).**

En la mayoría de las encuestas las casas son de construcción Mixta (Madera y Cemento) en un 60%, en ambos Centros de Salud cuyos porcentajes serían el 28% en el CSAV y el 32% en el CSP. Se debe a que la mayoría de los encuestados son de recursos económicos bajos y sus ingresos solo les alcanza para tratar de vivir cómodos. Siendo un factor importante en la aparición de los distintos tipos de dermatitis ya que en estas casas de madera se acumula polvo y esto hace que al realizar la limpieza y el niño este presente, todo este polvo pueda ser un factor desencadenante de alergias y otras reacciones especialmente en niños que tienen predisposición genética. En menor proporción están las casas de caña en un 15% en ambos Centros de Salud, el 10% en el CSAV y el 5% en el CSP, la de Hormigón con un 13%, el 5% del CSAV y el 8% del CSP, por último la de madera con un 12%, el 7% del CSAV y el 5% del CSP. **(Ver Tabla y Gráfico N° 12).**

Al analizar si existe hacinamiento en las viviendas de los niños diagnosticados con problemas de piel de los dos centros de salud, puede verse según los resultados que la mayoría de ellas no cuentan con la suficiente ventilación lo que es factor importante para la predisposición de la aparición de las dermatitis conjuntamente con el estrés provocado por la aglomeración de personas en las habitaciones lo que también desencadena la aparición de las afecciones antes mencionadas. **(Ver Tablas y Gráficos N° 13-14-15-16)**

La mayor cantidad de familias visitadas poseen patios y estos resultados nos recalcarían que la contaminación y la falta de higiene de estos lugares donde la mayoría de veces juegan los niños favorece a la aparición de dermatitis; además en algunos de estos

pacientes las lesiones son agravadas por la exposición al sol. **(Ver Tabla y Gráfico N° 17).**

Analizando este grafico nos damos cuenta que en la mayoría de las viviendas visitadas poseen animales, lo cual predispone a la aparición de dermatitis sobre todo en los niños debido a que ellos están en constante contacto con sus mascotas y estas al ser portadoras de virus y bacterias se las transmiten, además los animales nunca están absolutamente aseados y por esto su pelaje es causante de muchas alergias de tipo respiratoria y dérmica en los niños. **(Ver Tabla y Gráfico N° 18).**

Al realizar las encuestas pudimos observar que en la mayoría de las casas visitadas se contaba con luz eléctrica, no así con respecto al agua que se usa para el consumo y el aseo de los niños que en algunas es potable en otras contaban con agua de pozo y en otras se las adquiría por medio de tanqueros; Además no todas las casas tenían servicios higiénicos sino que en unas había letrina sobre todo las que se encuentran cercanas al centro de salud Andrés de Vera, y al haber revisado la bibliografía donde comenta lo importante del aseo de los niños, la higiene del lugar donde habitan vemos que este es un factor importante en la aparición de los problemas dérmicos sobre todo en familias de bajos recursos económicos que viven en zonas urbano marginales donde mas se ve este problema. **(Ver Tabla y Gráfico N° 19).**

Analizando este gráfico nos damos cuenta que si bien en todas las casas visitadas se realiza cada cierto tiempo el aseo, no hay ninguna en la que se lo realice a diario con lo que nos damos cuenta que hace falta dar la suficiente importancia al hábito higiénico para evitar la aparición de afecciones de la piel. **(Ver Tabla y Gráfico N° 20).**

Al analizar este gráfico nos damos cuenta que a la mayoría de los niños visitados se los baña todos los días; y se debe saber que este debe realizarse con agua a temperatura templada y adecuada ya que el agua muy caliente incrementa la xerosis de la piel de los pacientes sobre todo con dermatitis atópica. Solo debería disminuirse el número de baños cuando se exacerben los síntomas. **(Ver Tabla y Grafico N° 21).**

La mayoría de niños encuestados son bañados con jabones de tocador, sin tener en cuenta que este ocasiona reacciones adversas en los sitios de las dermatitis, ya que reseca e irrita la piel, y en cambio el aceite contribuye a lubricarla por lo que se debería utilizar antes del baño. Se recalca que en los niños se debe utilizar jabones para baño con ph ácido que favorece a la protección de la piel **(Ver Tabla y Gráfico N° 22)**.

Para analizar este gráfico primero debemos tomar en cuenta que muchos de los niños encuestados salen de la edad promedio para el uso de pañal; segundo que la incidencia de su uso en los menores de 2 años es alta se puede concluir que los pañales si aumentan la intensidad de las dermatitis debido a que prolongan el contacto con las heces, y orina con lo que el ph aumenta; recordemos que las heces normales contienen enzimas que provocan la aparición en la piel de inflamación y de aumento de la permeabilidad a sustancias que, como las sales biliares, empeoran aun más el trastorno inflamatorio. Además producen una higiene deficiente, los cuadros diarreicos y el abuso de calzones de hule o pañales de material sintético. **(Ver Tabla y Gráfico N° 23)**.

El tiempo en que se cambia el pañal a los bebés es importante, se observa que la mayoría de las madres hacen el cambio del pañal entre 2 y 12 horas en un 20%, siendo cada 4 hora en un 26% del cual el 14% es datos del CSAV y el 11% del CSP. Muchas veces esto constituye un indicativo claro de la atención que se le presta al niño que usa pañal por parte del padre de familia ya que hay factores que influyen para aumentar la predisposición de causar Dermatitis del pañal y estos son: Grado de humedad de la piel, el Ph cutáneo alto, presencia de enzimas fecales, y la presencia de microorganismos en esta área. En menor proporción están: el cambio cada 2 a 12 horas en un 20% en ambos Centros de Salud, correspondiendo el 11% al CSAV y el 9% al CSP, y cada 6 horas con el 17% en ambas Unidades Operativas del cuál el 11% es del CSAV y el 6% del CSP, por último cada 8 horas con el 17%, el 14% del CSAV y el 3% del CSP. **(Ver Tabla y Gráfico N° 24)**.

En este gráfico nos podemos fijar que la mayoría de las madres no coloca ninguno producto en un 51% en ambos Centros de Salud cuyo valor sería del 27% en el CSAV, y el 25% en el CSP, sobre la piel de los niños, aunque se debería usar una

crema emoliente después del baño para hidratarla y disminuir la aparición de las dermatitis. En menor proporción están: el uso de cremas en un 17% en ambas Unidades Operativas del cual el 7% es del CSAV y el 10% del CSP, y el uso de colonias en un 32% del total del cual el 16% es de datos del CSAV y el 15% del CSP. **(Ver Tabla y Gráfico N° 25)**

Según las encuestas realizadas el uso cotidiano de detergentes + jabón + cloro dio como resultado que el 58% de los niños de ambos Centros de Salud cuyo porcentaje de cada uno sería el 25% corresponde a datos del CSAV y el 33% al CSP, estos productos que se usan para el lavado de ropa de los niños a veces puede ser el causante de Dermatitis, los agentes ácidos que son los materiales con los que están fabricados estos productos provocan la pérdida de agua de la capa de queratina y esto a su vez hace que se curven las células, y reducen el papel de barrera y compromete su función defensiva y hace que haya penetración de agentes externos a la piel. En menor proporción está el uso de estos productos por separado como detergente cuyo porcentaje fue de un 27%, en el CSAV correspondería al 17% y en el CSP a un 10%, jabones con el 13% del total en ambos Centros de Salud, del cual el 8% sería del CSAV y el 5% del CSP, por último el uso de suavizantes para el lavado de la ropa tiene un porcentaje bajo a penas del 2% en el CSP. **(Ver Tabla y Gráfico N° 26).**

La mayoría de los niños encuestados se observa que tienen un Estado Nutricional Normal en un 55% en ambos Centros de Salud con el 27% en el CSAV y el 28% en el CSP. Estos niños tienen una alimentación igual que la de toda la familia en un 45% de los encuestados de ambos centros de salud así lo refirieron siendo más el porcentaje en el CSP con un 23% y el CSAV con un 21%, hay que saber que algunos alimentos como el café, cacao pueden aumentar el prurito, ciertos cítricos pueden irritar la piel de los pacientes Atópicos, debido que algunos son liberadores de histamina sobre todo si se consumen en grandes cantidades como las fresas y mariscos.

En los encuestados no tuvo mucho que ver el estado nutricional, las dietas han sido y siguen siendo un tema controversial pues mientras los alergistas insisten en dietas restrictivas otros han comprobado su inutilidad; por lo general los niños encuestados, tienen una alimentación balanceada tanto a base de Cremas 5% del cuál el 3% es del

CSAV y el 2 del CSP, Sopas 13% el 7% para cada Unidad Operativa, Papillas 7% el 2% del CSAV y el 5% del CSP, Coladas 10% el 7% del CSAV y el 3% del CSP, Leche materna con el 15% el 8% en el CSAV y el 7% en el CSP para los niños que están en edad de tomarla, y en general consumen los alimentos al que tienen acceso según sus ingresos económicos. Es por esto que al analizar el grado nutricional se obtuvo bajos datos de niveles de desnutrición en estos niños el 39% corresponde al Grado I en ambos Centros de Salud, del cuál el 19% son datos del CSAV, y el 20% del CSP, el Grado II con un 5% , el 3% del CSAV y el 2% del CSP. **(Ver Tabla y Gráfico N° 11 -27).**

Según este gráfico en la mayoría de los niños de las casas visitadas presentan con frecuencia problemas de piel en un 61% en ambos Centros de Salud el 33% del CSAV y el 28% del CSP. Que se debe a que no se educa a la población para prevenirlas ni siquiera se les explica a las madres luego de que su hijo padece de una dermatitis cuales son las normas de higiene que debe tener para evitar en lo posterior nuevas afecciones. Además los Factores emocionales Influyen en la presentación de los brotes; no queremos decir con ello que la Dermatitis tenga una influencia psíquica en sentido estricto, aunque es conocido el hecho de que los factores psicológicos si afectan a enfermedades como ésta a través de cambios bioquímicos e inmunológicos que por ellos originan. El 39% refirió no tener problemas de piel del cual el 17% correspondía al CSAV y el 22% al CSP.**(Ver Tabla y Gráfico N° 28)**

## 10. CONCLUSIONES

Al evaluar las características epidemiológicas de las dermatitis en los niños menores de cinco años en los centros de salud Andrés de Vera y Portoviejo se llegó a las siguientes conclusiones:

1. Según nuestra investigación la frecuencia con la que se atendió a niños menores de cinco años en los Centros de salud: Andrés de Vera y Portoviejo, y los casos que fueron diagnosticados con dermatitis fue del 4,8 % en relación con el total de atendidos y diagnosticados con otros tipos de patologías; esto puede deberse al escaso número de pediatras y dermatólogos con los que cuentan dichos centros de salud, por lo que muchas veces estos diagnósticos son pasados por alto y no constan en los registros.
2. La incidencia fue de 219 casos de dermatitis de un total de 4841 casos diagnosticados con otras patologías; de los cuales el 2,7% fue del centro de salud Andrés de Vera del 50,8 % atendidos y el 2,1 fue del centro de salud Portoviejo de un 57,2 % atendidos.
3. Los tipos de dermatitis que se encontraron con más frecuencia en los meses de estudio en ambos centros de salud fueron: La dermatitis de pañal con un 24%, las piodermitis con un 23%, la atópica con un 13%, la de contacto y la seborreica con un 11% y con 18% el grupo dermatitis que en las Historias Clínicas no se especifica su tipo.

4. El grupo de edad en el que se diagnosticó con mas frecuencia dermatitis en el tiempo de estudio fue de 0 – 11 meses 29 días con 37% en ambos centros de salud, lo que influyo a que la dermatitis de pañal fuera la de más alta incidencia con 24 %; con respecto a esto pudimos verificar que el 55 % de estos niños hasta en menores de 2 años, las madres usaban pañal ya sea desechable o de tela por periodos extensos, con la subsiguiente exposición a las heces y orina, que favorece a la aparición de este tipo de dermatitis.
5. El sexo masculino resulto el más afectado según los datos recogidos de las historias clínicas del centro de salud Andrés de Vera con un 29% , y el femenino en el Portoviejo con un 24%. a pesar que en la bibliografía no esta señalado que exista predisposición de ciertos tipos de dermatitis en determinado sexo.
6. En relación con el tiempo estacional no se estableció diferencia entre los meses de invierno y verano pero esto pudo deberse a que el año anterior hubo un paro medico que tuvo una duración larga y donde se dejo de dar atención medica en los centros de salud, quisimos analizar esto ya que sabemos por la bibliografía que el clima seco ya sea caluroso o frío empeora la enfermedad y el medio húmedo lo favorece entonces queríamos saber que repercusión tenia en nuestro medio sobre todo por que la mayoría de las madres alguna vez comentan que en temporadas de gran calor sus hijos padecen frecuentemente de afecciones en la piel.
7. La procedencia de los niños atendidos y diagnosticados con dermatitis fue el 44% de las zonas urbano marginales de nuestra ciudad lo que era de esperarse debido que esta es la población con más bajos recursos económicos y donde generalmente hay mayor hacinamiento no poseen todos los servicios básicos y existe deficiencia de aseo tanto de las viviendas como de los niños lo que pudimos constatar por medio de las visitas domiciliarias; aunque también esperábamos una gran diferencia, que no hubo, en la incidencia entre las zonas

urbanas con 32% y rurales con 24% debido a la distinta calidad de vida que al parecer existe entre las dichas zonas.

8. También se pudo concluir que el hacinamiento es factor importante como factor predisponente y desencadenante en la aparición de las dermatitis así tuvimos que en el 25 % de los casos habitaban mas de seis personas en las viviendas con un 47% de ellas que contaban tan solo con dos dormitorios y el 42% poseían dos ventanas dejándonos notar la escasa ventilación que en estas había.
9. Por último el tratamiento utilizado en ambos centros de salud no sigue un esquema definido ya que se prescribe sintomáticamente según cada caso y el criterio del medico que lo atiende siendo los antibióticos con el 23% los mas usados, con resultados buenos pero no los mejores, sin tomar en cuenta medidas y consejos que se dan en las bibliografías como por ejemplo el uso de antihistamínicos, corticoides o de los actuales inmunoreguladores; esta conclusión no es con animo de criticar a ninguno de los excelentes médicos que en estas unidades trabajan si no mas bien para recalcar la importante necesidad que tienen estos centros de salud para que se les asignen médicos especialistas en dermatología



## 11. RECOMENDACIONES

Una vez culminada la investigación y tomando en cuenta los resultados obtenidos, creemos conveniente considerar las siguientes recomendaciones

- ✘ A los Centros de Salud Andrés de Vera y Portoviejo que deberían incrementar mas servicios de atención en las áreas de pediatría y dermatología debido que los pacientes que son atendidos allí son en gran porcentaje de la edad pediátrica; y los problemas de piel van increcendo en las zonas urbano marginales y estas personas son de clase media a baja y por lo tanto no poseen recursos económicos para buscar atención privada especializada.
- ✘ Al Gobierno Nacional para que por medio del Ministerio de Salud Pública aporte mayor cantidad de recursos económicos para mejorar la atención brindada en los servicios públicos y que también sean participes enviando mas personal medico e incluso trabajadores sociales para globalizar la ayuda a estas familias.
- ✘ A la Universidad Técnica de Manabí especialmente a la escuela de Medicina y Enfermería para que consideren enviar estudiantes o internos para brindar charlas que nutran los conocimientos de los padres con respecto de las múltiples enfermedades, su manejo y primordialmente su prevención.
- ✘ A los Padres de Familia para que se concientizen a cerca del cuidado de sus niños desde que nacen así como a medida que van creciendo, recordando que

deben preocuparse por la aparición de diversas patologías, también las de tipo dermatológico son importantes y necesitan manejo adecuado ya que la piel es la carta de presentación e imagen de sus hijos.

Siempre todos hemos repetido que el futuro de toda sociedad son los niños, entonces hacia ellos es que debe dirigirse el mayor cuidado y atención sobre todo médica, para que con niños sanos tengamos una sociedad sana.

## 12. PRESUPUESTO

ITEMS	VALOR UNITARIO	CANTIDAD	VALOR TOTAL
Bibliografía	0.30	500 hojas	<b>150,00</b>
Internet	1.20	40 horas	<b>48,00</b>
Suministro	2.50	30	<b>45,00</b>
Elaboración del protocolo(borrador)	20,00	3 copias	<b>60,00</b>
Protocolo(culminado)	30.00	4 copias	<b>120,00</b>
Informe final(borrador)	60.00	4 copias	<b>240,00</b>
Informe final(culminada)	80.00	5 copias	<b>400,00</b>
Empastado	5.00	4 copias	<b>20,00</b>

Otros(transporte, electricidad)			<b>100,00</b>
Discos	1.00	7	<b>7,00</b>
<b>Total</b>			<b>1.190,00</b>

### 14- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades Mes	Meses												
	May	Junio	Julio	Agosto	Septiemb	Octubre	Novie	Diciemb	Ener	Febr	Marz.	Abril	Mayo
Presentación del tema de tesis	xx												
Aprobación del Tema de tesis	x												
Elaboración del Protocolo	xx	Xx											
Aprobación del protocolo			xx										
Elaboración del Marco Teórico				Xx	Xx	Xx							
Aplicación del Instrumento								x					
Análisis / Datos													
Reuniones de tesis								x	x				
Conclusiones y Recomendacione										X			
Entregadel infor Final.											X	X	
Sustentación de Tesis													X

## 14. BIBLIOGRAFÍA

- **ARENAS**, Roberto, Dermatología; Primera Edición, 1998 .Págs. 47-50.
- **CECIL**, Tratado de Medicina Interna, Volumen I - II, Editorial Interamericana, Edición 19, México DF. 1994, Págs. 1780-1784.
- **FARRERAS**, Rozman, Medicina Interna, Editorial Harcourt S.A., Sección 11 Edición 14, Págs. 1985-1990.
- **FEIDEL**, Henry, Manual Mosbi de exploración física, Págs. 77 – 79 - 85
- **HOEKELMAN**, Robert, Atención Primaria en Pediatría, Editorial Mosbi Cuarta Edición 2005, Págs. 1588-1590.
- **LOOKINGBILL**, de Marks, Manual de Dermatología, Editorial Médica Panamericana 2000, Pags. 1588- 1590.
- **MERCK**, Berkow, Robert Andrew, J Fletcher, Manual de Diagnóstico y Terapéutica, MD, Edición en C-D ROM, 10ma EDICION 2000 Págs. 26-32.
- **ORBANEJA G**, José, Edición española, Pág. 1
- **RUDOLPH'S**, Abraham M, colaboradores, Pediatría Fundamental. 3ra Edición .2004. Págs. 2590-2598.
- **STEIN H**, David, Dermatología Pediátrica, Editorial Mosbi, 2004, Primera Edición, Págs. 55-63.

- **<http://www.especialistasdermatologia.com/>** FONSECA Capdevila E. Dermatitis Atópica. Protocolo terapéutico. Fecha de consulta (13 de enero del 2006). Hora 17: 00 Pm. Disponible en. [www.google.com](http://www.google.com).
- **<http://www.netdoctor.es.info>**. Dr. A. Sahota, Dr. M. Rustin especialistas en dermatología Fecha de consulta (10 de Marzo del 2006) Hora: 15:00 Pm. [www.yahoo.com](http://www.yahoo.com).
- **<http://netdoctores.es.info>**. FIERRO, Luis. fecha de consulta (12 de Abril del 2006) Hora 10:00 a.m. Revista “Gestión” :// [www.google.com](http://www.google.com).
- **[www.medicina.edu.com](http://www.medicina.edu.com)**. D Sánchez-Aguilar Rojas<sup>a</sup> A León Mateos<sup>a</sup> Revisones y Actualizaciones Enfermedades de la Piel. Fecha de consulta ( 26 de Abril del 2006) Vol. 08- Número 88 Pag. 4753-4758.[www.google.com](http://www.google.com)
- **[http://infovia,gt](http://infovia.gt)** dermatología. Dr. Pedro Luis Rodríguez González Y Otros Autores Fecha de consulta (28 de enero del 2006) Hora (5 de la tarde), [www.saludaldia.com](http://www.saludaldia.com).
- **<http://netdoctores.es/info>**. Dr. Daniel Candelas Prieto, especialista en Dermatología, Fecha de consulta (22 de febrero del 2006) Hora (6 de la tarde). [www.saludaldía.com](http://www.saludaldía.com)
- **[http// infovia,gt/Dermatología](http://infovia.gt/Dermatología)**. Dra. González Gorrín Margarita. Especialista de primer grado de Dermatología. Hospital Pediátrico de San Miguel del Padrón Fecha de consulta (18 de abril del 2006) Hora 4 de la tarde [www.Yahoo.com](http://www.Yahoo.com)
- **<http://www.cdc.gov/spanish/index.html>** Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional 1998 Fecha de acceso (4 de Mayo del 2006) hora (10 am) Publicación No. 97-116 de DHHS (NIOSH) [google.com](http://google.com).

**ANEXO**

**15. ANEXO 1**

**MODELO DE FICHAS PARA APLICAR A LAS ENCUESTAS**  
**UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABI**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE MEDICINA**

**TEMA:**

CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE LAS ENFERMEDADES CUTANEAS ECCEMATOSAS EN NIÑOS MEÑORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN LOS CENTROS DE SALUD ANDRES DE VERA Y PORTOVIEJO DURANTE MAYO – OCTUBRE 2005

Numero de historia clínica:

Feminino

**Sexo:**

Masculino

**Edad:**

0-1 año

1-2 años

2-3 años

3-4 años

4-5 años

**Estado nutricional:**

Normal

Desnutrición

Leve

Moderada

Grave



**Enfermedades asociadas:**

**Tipo de dermatitis:**

Dermatitis de contacto

Dermatitis seborreica

Dermatitis del pañal

Dermatitis atópica

Otras dermatitis

## **VISITAS:**

### **1.- Tipo de vivienda:**

- Madera
- Cemento
- Mixta
- Hormigón.

### **2.- Cuántas personas habitan en la casa?**

- Dos a tres
- Cuatro a cinco
- Seis a siete
- Ocho a nueve
- Diez a doce

### **3.- Cuántos dormitorios hay en la casa?**

- Uno
- Dos
- Tres
- Cuatro

### **4.- Cuántas ventanas tiene la casa?**

- Una
- Dos
- Tres
- Ninguna

### **5.- Cuántas personas duermen con el niño?**

- Solo
- Uno
- Dos
- Tres
- Más de Cuatro

**6.- Tienen patio en la casa?**

-Si

-No

**7.- Poseen animales domésticos?:**

Si

No

**8.- Qué servicios básicos poseen?**

-Todos

-Algunos

-Ninguno

**9.- Con qué frecuencia se limpia la casa?**

-Semanal

-Quincenal

-Mensual

**10.- Bañan al niño todo los días?**

-Si

-No

**11.- Qué tipo de jabón utiliza para bañarlo?**

-Jabón pediátrico

-Tocador

**12.- Qué tipo de pañal usa?**

-Desechable

-Tela

-Ninguno

**13.- Cada que tiempo le cambian de pañal?**

- 2 horas
- 4 horas
- 6 horas
- 8 horas
- 12 horas

**14.- Utiliza cremas, colonias u otro producto después del baño:**

- Cremas
- Colonias
- Ninguno

**15.- Qué tipo de detergente o jabón utiliza para lavar la ropa?**

- Detergente
- Jabón
- Suavizante
- Detergente+jabón

**16.-Cuál es la alimentación diaria del niño?**

- Leche Materna
- Sopas
- Leche Artificial
- Cremas
- Coladas
- Comida Normal

**17.- Es frecuente que el niño presente problemas de piel?**

- Si
- No