



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

RECINTO UNIVERSITARIO RUBÉN DARÍO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Monografía para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía

“Factores asociados a la prevalencia de enfermedades dermatológicas diagnosticadas en niños 2-10 años que asistieron a la consulta externa del Hospital Luis Felipe Moncada, Rio San Juan, I semestre 2022”

Autor:

Br. Lester Alfredo Zamora Herrera

Tutora:

MSC. Yadira Medrano Moncada

Profesora Titular

UNAN-Managua

Managua, Nicaragua diciembre de 2022

ÍNDICE

CAPÍTULO I: GENERALIDADES

1.1 Resumen	
1.2 Dedicatoria	
1.3 Introducción.....	1
1.2 Antecedentes.....	3
1.3 Justificación.....	5
1.4 Problema.....	6
1.5 Objetivos.....	7
1.6 Marco teórico.....	8

CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO

2.1 Tipo de estudio	28
2.2 Área de estudio	28
2.3 Universo.....	28
2.4 Muestra.....	28
2.5 Criterios de inclusión y Criterios de exclusión	29
2.6 Método, técnica e instrumento de recolección de información.....	29
2.7 Plan de análisis.....	30

2.8 Enunciado de variables.....	31
2.9 Operacionalización de variables.....	32
2.10 Aspectos éticos.....	35

CAPITULO III: DESARROLLO

3.1 Resultados.....	37
3.2 Discusión.....	39
3.3 Conclusiones.....	40
3.4 Recomendaciones.....	41

CAPÍTULO IV: BIBLIOGRAFÍA

4.1 Bibliografía.....	42
4.2 Anexos.....	44

CAPÍTULO I: GENERALIDADES

Dedicatoria

Dedico este trabajo investigativo a Dios por guiar mis pasos en esta vida, a mis padres y abuelos quienes me han brindado todo su amor y apoyo incondicional.

A los profesores, tutores, jefes y compañeros que en diferentes universidades y hospitales me han enseñado un camino de trabajo, ciencia y humanidad en el desarrollo de la medicina.

Resumen:

Se realizó el presente trabajo investigativo de tipo descriptivo, corte transversal, retrospectivo, el cual se llevó a cabo en el hospital Luis Felipe Moncada del departamento de Río San Juan, en el periodo comprendido entre enero y junio del año 2022. Con el objetivo de conocer los factores asociados a la prevalencia de enfermedades dermatológicas diagnosticadas en niños 2-10 años que asistieron a la consulta externa, tomando en cuenta el universo de 110 expedientes y se tomó como muestra 86 expedientes. Con respecto al sexo de los pacientes estudiados predominó con un 59.3% (51) el sexo masculino y un 40.6% (35) el sexo femenino.

La edad más afectada de los pacientes participantes en nuestro estudio fue de 8 años. En cuanto a la procedencia, el 82.8% de los pacientes son del área urbana. Con respecto a los antecedentes personales no patológicos en la mayoría se observó exposición a aguas contaminadas, largos periodos de exposición al sol, en cuanto a los antecedentes patológicos personales la patología respiratoria (Rinitis) fue una de las que más se asoció.

Tomando en cuenta los datos obtenidos se les brindan las siguientes recomendaciones a las autoridades del hospital: tomar en cuenta los resultados del estudio para así realizar una planificación anticipada de insumos médicos necesarios para la atención a estas patologías y promover en los diferentes municipios la asistencia oportuna para valoración en consulta externa.

1.1 Introducción:

Las infecciones dermatológicas en niños también constituyen un importante problema de salud que afecta a todos los sistemas sanitarios a nivel mundial.

La piel constituye un órgano vital muy extenso que con sus múltiples funciones contribuye a asegurar el organismo humano, su vida y su salud, y protege del ambiente a todos los órganos y aparatos del cuerpo. Su importancia no radica sólo en su función protectora, sino en su trabajo fisiológico muy complejo como regular la temperatura corporal, recepción de sensaciones continuas del ambiente (tacto, temperatura y dolor), excreción de glándulas sudoríparas, absorción de la radiación ultravioleta del sol para la síntesis de vitamina D (Gartner, 2008). Constituye el órgano mayor de la economía al representar hasta el 10% del peso total del individuo (Arenas Guzmán, 2015)

Los niños tienen mayor área de superficie corporal en relación a su masa lo que aumenta su temperatura corporal en ambientes muy calurosos, tanto en descanso como durante el ejercicio y sudan menos debido a la inmadurez de las glándulas sebáceas y sudoríparas, además de tener una epidermis más delgada, estrato córneo más fino que facilita erosión e irritación características que incrementan la posibilidad de sufrir desórdenes termales y enfermedades dérmicas (García M. J., 2015)

La Dermatología ha ganado relevancia con el aumento de la cantidad de pacientes pediátricos y la discrepancia de las dermatosis respecto de las presentaciones en adultos. Las peculiaridades de la piel del niño, la existencia de enfermedades específicas de la edad infantil y la necesidad de ajustar

los tratamientos a la edad del paciente convierten a la dermatología pediátrica en un campo específico con entidad propia (Sotelo, 2016)

Las Dermatosis a nivel mundial representan entre el 6% y el 24% de las consultas pediátricas (Ferrufino Euceda, 2016). La OMS en el año 2005 determinó que la prevalencia de enfermedades cutáneas en niños varía desde 21% hasta 87%. (OMS, 2005) Las dermatosis más frecuentes en la población escolar en los países en vías de desarrollo, según la OMS son pioderma, infecciones virales, escabiosis, infecciones por ectoparásitos, micosis superficiales y las dermatitis (Ferrufino Euceda, 2016)

1.1 Antecedentes

A nivel internacional:

La doctora Jackeline Madeleine Sotelo Almendras realizó un trabajo investigativo en el año 2014, en Lima, Perú, denominado: “Enfermedades dermatológicas más frecuentes en niños menores de 5 años en el servicio de dermatología del hospital Hipólito Unanue durante el año 2014” con el objetivo de evidenciar las principales dermatosis que afectan a niños y niñas menores de 5 años y su prevalencia. En dicho trabajo los resultados mostraron los 5 diagnósticos principales fueron: dermatitis atópica (16%), prurigo simple agudo (5%), tiña (5%), granuloma piógeno (4%) y molluscum contagiosum (4%). Y concluye que las enfermedades dermatológicas más frecuentes en niños menores de 5 años en el servicio de dermatología del Hospital Hipólito Unanue en el año 2014 son tanto el Prurigo de Besnier como Otras Dermatitis Atópicas. (Sotelo, 2016)

El Dr. José Gamaliel Ferrufino Euceda realizó en el año 2015 en Instituto Hondureño de Seguridad Social-Hospital Regional del Norte; una investigación bajo el título: “Dermatosis más frecuentes de consulta en el área de Pediatría Dermatológica del Instituto Hondureño de Seguridad Social-Hospital Regional del Norte en el período de Mayo a Septiembre de 2015” con el objetivo de determinar la prevalencia y factores asociados a ella. Concluyendo lo siguiente: La dermatitis atópica con un 40% de prevalencia fue la causa principal de atención en la Consulta Externa Pediátrica Dermatológica del IHSS-HRN tanto como en países desarrollados que incluyen Gran Bretaña, Alemania, Canadá y Estados Unidos es la dermatitis atópica. (Euceda, 2015)

El Dr. Alberto Conde Taboada en el año 2015 en España, publicó el estudio denominado “Dermatitis Atópica Infantil: Estudio de Prevalencia y Factores Asociados” con el objetivo de Conocer la prevalencia de esta patología en una zona lo cual llevaría a una mejor planificación en cuanto a los recursos necesarios para su atención, así como al mejor diseño de estudios de investigación sobre el tema, sus causas, los diferentes factores implicados y con el objetivo de desarrollar estrategias de prevención. Al finalizar la investigación concluyó que la prevalencia de dermatitis atópica infantil en el área de Santiago de Compostela se sitúa en niveles intermedios con respecto a las tasas nacionales y mundiales de dicha enfermedad, además que el consumo de paracetamol y el contacto directo con mascotas es una de las principales causas de dermatitis atópica (Taboada, 2015)

A nivel nacional:

La doctora María José Aguirre en el año 2015 en la ciudad de managua realizo un trabajo investigativo denominado: “Dermatosis más frecuentes diagnosticadas en niños que asistieron a la consulta externa de dermatología del Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera La Mascota, en el período comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre del 2015” el cual tenía como objetivo determinar las dermatosis más frecuentes diagnosticadas, así como también la frecuencia, as características, características sociodemográficas. En este estudio se concluyó las dermatosis más frecuentes en este estudio fueron la dermatitis atópica, las micosis superficiales, y los hemangiomas. (Aguirre García, 2015)

1.3 Justificación

Originalidad

Las condiciones climáticas de rio san juan, trópico húmedo, brinda una particularidad geográfica, sin embargo, en los registros no existe un trabajo investigativo previo en esta unidad de salud.

Relevancia institucional

Los resultados podrán ser interpretados para incidir en los planes de mejoramiento de la unidad de salud

Relevancia social

Se sabe que las dermatosis a nivel mundial representan entre el 6% y el 24% de las consultas pediátricas. (Ferrufino Euceda, 2016,)

Nuestro país no escapa a dicha problemática y la cantidad de estudios son limitados, esta investigación aportara al conocimiento de dicha patología, la cual reviste gran interés por su importancia en la implementación de políticas de salud en el país.

Valor teórico

Este estudio aportará a las investigaciones que se han realizado a nivel nacional e internacional.

Relevancia metodológica

El estudio podrá ser tomado como referencia para futuras investigaciones y aportar de esta manera en el campo de la investigación científica en nuestro país.

1.4 Planteamiento del problema

La piel es el órgano más grande del cuerpo, representando el 16% del peso corporal, tiene funciones de vital importancia como ser: protección, regulación de la temperatura corporal, recepción de sensaciones, excreción y absorción; por lo que la integridad de este órgano es indispensable para mantener la homeostasis corporal. Considerando que es el área más visible, las afectaciones de esta pueden repercutir en el estado emocional y calidad de vida de los pacientes.

Las dermatosis son un problema muy frecuente a nivel mundial; en Estados Unidos se estima que uno de cada tres individuos padecerá alguna enfermedad de la piel en algún momento de su vida. (Cerrato Hernández, 2015) Estudios realizados en países en desarrollo reportan que del 6 al 24% de la consulta pediátrica a nivel mundial se debe a enfermedades cutáneas y que hasta el 60% de los sujetos atendidos en la consulta dermatológica son personas en edad pediátrica (Cerrato Hernández, 2015)

En todo el mundo, es limitada la cantidad de estudios epidemiológicos en este campo. Los factores geográficos, ambientales y socioeconómicos pueden afectar la frecuencia de enfermedades en la población pediátrica.

En el Hospital Luis Felipe Moncada, San Carlos, departamento de Rio San Juan, la infección de piel y tejidos blandos representa 9na causa de ingreso hospitalario. Las condiciones climáticas de la región prestan las condiciones para un sinnúmero de patologías dermatológicas.

Con este trabajo investigativo se busca determinar **¿cuáles son los factores asociados a la prevalencia de enfermedades dermatológicas diagnosticadas en niños de 2-10 años que asisten a la consulta externa del Hospital Luis Felipe Moncada, Rio San Juan, I semestre 2022?**

1.5 Objetivo:

General:

Identificar los factores asociados a la prevalencia de enfermedades dermatológicas diagnosticadas en niños de 2-10 años que asistieron a la consulta externa del Hospital Luis Felipe Moncada, Rio San Juan, I semestre 2022

Específicos:

- 2 Describir las principales características sociodemográficas de los pacientes en estudio.
- 3 Identificar los principales antecedentes patológicos y no patológicos de las enfermedades dermatológicas
- 4 Estimar las enfermedades dermatológicas más frecuentes diagnosticadas de los pacientes en estudio

1.6 MARCO TEÓRICO

La piel es el órgano protector por excelencia, es el tejido sólido más accesible, por cuanto los cambios patológicos que ocurren pueden ser observados a simple vista e indicarnos la presencia de una enfermedad interna. La importancia de la piel radica no sólo en su función protectora, sino en su compleja fisiología. Factores como la edad, el sexo, la raza y el clima pueden modificar su aspecto y constitución, alterando su vulnerabilidad.

La dermatología se ocupa desde las múltiples alteraciones fisiológicas de la piel del recién nacido, a los distintos tipos de “marcas de nacimiento”, lesiones vasculares o pigmentarias, los problemas de la piel infantil hacen que la consulta de dermatología adquiera relevancia desde los primeros días de vida.

En la infancia se pueden observar prácticamente todas las dermatosis de la edad adulta, sin embargo, ellas se presentan con distinta frecuencia y a veces bajo diferentes formas clínicas. Los niños, en particular los recién nacidos y lactantes, poseen una piel fina, anatómicamente más delgada (la capa córnea no se completa hasta los 4 años de edad) y menos pilosa, en cuanto al pH local, su escasa acidez y el bajo contenido de ácidos grasos disminuye la resistencia a distintas agresiones por agentes bacterianos, parasitarios y ambientales. Fisiológicamente, la secreción de las glándulas sudoríparas y sebáceas es más escasa, por otro lado, las glándulas apocrinas se encuentran total o parcialmente inactivadas, hasta cerca de la pubertad. Por todo lo expuesto y debido a que la piel de los niños está expuesta y que todavía no han adquirido una inmunidad ideal, sus reacciones suelen ser más aparatosas y en ocasiones más graves que en el adulto.

Lesiones elementales de la piel:

Las lesiones elementales de la piel se dividen en primarias y secundarias.

Las lesiones primarias son las que aparecen sobre la piel previamente sana, mientras que las lesiones secundarias se producen por una agresión externa sobre la piel o como consecuencia de la evolución de las primarias. El conjunto de lesiones elementales que aparecen en la piel de un enfermo se denomina erupción o “rash”. En este sentido, cuando decimos que un paciente presenta una erupción o un exantema cutáneo en realidad no estamos dando ninguna información sobre las características de dicha lesión, ya que las engloba a todas.

o Lesiones primarias sólidas

Mácula: Es una mancha o cambio de coloración de la piel sin relieve ni cambio de textura, por lo que no es palpable. Puede ser;

- Eritematosa cuando es debida a inflamación o dilatación vascular.
- Purpúrica cuando ocurre por extravasación hemática.
- Hiperpigmentada por aumento de melanina o por depósito de pigmentos exógenos.
- Hipopigmentada por ausencia o disminución de pigmento melánico.

Pápula: Elevación circunscrita y palpable de la piel, de menos de 1 cm de diámetro. Es debida a un aumento del componente celular o estromal de la dermis o de la epidermis.

Cuando el diámetro es mayor de 1 cm se denomina placa.

Nódulo: Es una lesión que se identifica por palpación, sólida, redondeada, que puede

originarse en epidermis, dermis o tejido celular subcutáneo y que no necesariamente produce una elevación de la piel. Cuando un nódulo se reblandece por el centro, se ulcera drenando pus y material necrótico y cura dejando una cicatriz deprimida se denomina goma.

Habón o Roncha: es una pápula o placa rosada, pruriginosa y edematosa de poco relieve cuya característica fundamental es su evanescencia, desapareciendo en menos de 24 horas.

Es debida a la presencia de edema en la dermis superficial. Es característica de la urticaria.

o Lesiones primarias de contenido líquido

Vesícula: Es una colección de líquido que puede estar localizada en epidermis o en la dermis, con un diámetro inferior a 0,5 cm. Cuando el tamaño es mayor se denomina ampolla o flictena. Suelen producir elevación de la piel y su contenido es variable, desde sangre a suero.

Pústula: Es una vesícula de contenido purulento. Cuando el pus se acumula en dermis o hipodermis se denomina absceso.

Quiste: Es una cavidad rodeada de una cápsula, generalmente en la dermis, y cuyo contenido puede ser muy variado (queratina, pelos, mucina, sudor).

o Lesiones secundarias con solución de continuidad

Erosión: pérdida de parte superficial de la epidermis que cura sin dejar cicatriz. Cuando es secundaria al rascado con las uñas se denomina excoriación.

Úlcera: pérdida de epidermis y parte de la dermis o hipodermis, deja cicatriz al curar. Al describir una úlcera se ha de especificar las características de los bordes, la base o fondo y su contenido.

Fisura: hendidura o corte lineal que llega a dermis superficial, se denomina también grieta.

o Lesiones secundarias con residuo eliminable

Escama: Láminas de queratina del estrato córneo que se acumulan sobre la piel por exceso de producción o por dificultad de desprendimiento.

Costra: Formación sólida debida a la desecación de fluidos orgánicos como suero, sangre o pus, en la superficie de la piel.

Escara: Es una membrana negruzca, seca, adherida a la base, resultado de la necrosis o gangrena de la piel.

o Lesiones secundarias a procesos reparativos

Atrofia: Disminución o ausencia de alguno de los componentes de la piel.

Cicatriz: Aparece como resultado de la reparación de una pérdida de sustancia de la piel que ha llegado a la dermis.

o Lesiones especiales

Esclerosis: Es un endurecimiento difuso o circunscrito de la piel, más palpable que visible.

Puede ser debida a edema, infiltración celular o aumento del colágeno de la dermis o hipodermis.

Liquenificación: Es un engrosamiento visible de la piel, con aumento de su grosor y acentuación de los pliegues normales. Se produce por rascado crónico sobre una zona concreta de la piel.

Intértrigo: Se denomina así a la presencia de lesiones en los pliegues.

Telangiectasia: Dilatación permanente de un pequeño vaso cutáneo.

Factores Asociados a la Prevalencia:

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad de etiología desconocida, con clara predisposición genética y una probable participación de factores ambientales.

Patologías dermatológicas más frecuentes:

Infecciones cutáneas bacterianas

Las dermatosis causadas por gérmenes virulentos, principalmente estafilococos y estreptococos, se denominan piodermitis. Son piodermitis primarias las que se originan por la infección de dichos gérmenes y piodermitis secundarias, conocidas también como impetiginización o piodermización, que son una complicación en el curso de una enfermedad cutánea preexistente y se reconoce por la presencia de un exudado y costras purulentas que aparecen sobre la lesión. La infección bacteriana puede afectar a la epidermis, a los anejos cutáneos, al tejido conectivo cutáneo o al tejido celular subcutáneo.

Impétigo: Es una infección cutánea superficial producida por gérmenes piógenos (estafilococo y estreptococo), más frecuente en la infancia y con un alto índice de auto y heterocontagio, lo que hace que habitualmente curse en forma de epidemias. Desde el punto

de vista clínico se distinguen dos formas, el impétigo contagioso vesiculoso y el impétigo ampolloso.

El impétigo contagioso vesiculoso está producido principalmente por *Streptococcus pyogenes*, aunque también en ocasiones se pueden aislar estafilococos en las lesiones. Es muy contagioso y la fuente de infección son los enfermos o portadores nasofaríngeos. Cursa con vesículas pequeñas que rápidamente se rompen y originan exudación importante que cuando se seca da lugar a costras amarillentas similares a la miel, costras melicéricas.

Las localizaciones más frecuentes son las zonas descubiertas y en general se inicia en la piel de alrededor de las coanas nasales. Las lesiones no dejan cicatriz. En un 4% de pacientes puede aparecer una glomerulonefritis postestreptocócica entre una y tres semanas tras el impétigo (cepas nefritógenas).

El impétigo ampolloso o estafilocócico está producido por *Staphylococcus aureus*. Es muy contagioso sobre todo en épocas cálidas y entre los niños. Las ampollas son flácidas sobre placas eritematosas, de contenido claro al principio y después purulento que se rompen y dejan superficies erosivas con escasas costras. La localización es similar al impétigo vesiculoso y tampoco dejan cicatriz residual.

Ectima: es una infección bacteriana que se inicia igual que el impétigo con una gran pústula, pero luego aparece una necrosis dérmica profunda y una piodermitis ulcerativa. Está producido por *Streptococcus pyogenes*. La localización más habitual es en piernas, sobre todo tras pequeños traumatismos.

Síndrome de la piel escaldada: Ésta es una enfermedad cutánea grave provocada por la exotoxina exfoliatina del *Staphylococcus aureus*. Afecta fundamentalmente a niños menores de 5 años,

aunque también se ha descrito en adultos inmunodeprimidos. Comienza bruscamente (a veces varios días después de una faringitis, rinorrea, conjuntivitis o una infección estafilocócica diferente) con un exantema escarlatiniforme que se inicia a nivel periorificial y se extiende rápidamente, con marcada sensibilidad de la piel y fiebre. A las 24-48 horas aparecen grandes ampollas que se rompen dejando grandes áreas exulceradas similares a la piel escaldada o quemada. El signo de Nikolsky es positivo (la ligera presión de la piel origina su exfoliación).

Debido a la intensa exfoliación, la regulación de la temperatura y el balance de líquidos son problemas de particular importancia en el neonato. Debe hacerse diagnóstico diferencial con la necrólisis epidérmica tóxica o síndrome de Lyell de origen medicamentoso.

Foliculitis: Puede ser superficial y profunda, siendo la infección superficial del folículo piloso la más frecuente, producida habitualmente por *Staphylococcus aureus*, de curso más o menos crónico relacionado con una serie de factores predisponentes como la depilación, la humedad y la oclusión. Se presenta como pústulas foliculares que provocan picor, de color amarillento rodeadas de un halo eritematoso localizadas principalmente en cara, cuero cabelludo, extremidades o axilas.

Forúnculo: Es un nódulo inflamatorio que se desarrolla alrededor de un folículo piloso habitualmente a partir de una foliculitis previa más superficial. El germen causal es *Staphylococcus aureus*. Pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo con pelo, especialmente en las regiones sometidas a roce y transpiración. Se acompaña de eritema, edema y dolor local. Dejan cicatriz.

Infecciones cutáneas por hongos

Suponen entre el 4% y el 10% de todas las dermatosis, cifra que es variable dependiendo de la zona geográfica y población estudiada. Dependiendo de la capacidad de la parasitación las

infecciones fúngicas las podemos dividir en:

Micosis superficiales: la infección se produce, de forma exclusiva, en la capa córnea superficial de la piel y pueden subdividirse en dermatofíticas y no dermatofíticas.

o Las micosis superficiales no dermatofíticas no están producidas por dermatofitos sino por otro tipo de hongos, saprofitos cutáneos, que apenas sí inducen respuesta inflamatoria por parte del organismo, la más característica es la pitiriasis versicolor.

o Las micosis superficiales dermatofíticas están producidas por hongos dermatofíticos y son capaces de inducir, en mayor o menor grado, reacción inflamatoria. Se les conoce con el nombre genérico de tiñas.

Micosis intermedias: cuando la parasitación se realiza tanto a nivel de piel como de mucosas. Son las candidiasis.

Micosis profundas: cuando la infección se disemina a estructuras profundas e incluso vísceras.

Pitiriasis versicolor: La pitiriasis versicolor, también conocida como tiña versicolor, es una micosis producida por un hongo saprófito habitual de la piel, *Malassezia furfur*, término que viene a sustituir el de *Pityrosporum orbiculare* y *Pityrosporum ovale*. Este hongo predomina en áreas seboreicas lo que lo hace excepcional antes de la pubertad, ya que en esta etapa no existe secreción sebácea. Es más frecuente en la etapa juvenil y adulta, y tiene su mayor incidencia en épocas de primavera y verano. Se caracteriza por la presencia de máculas unas veces acrómicas y otras de color rosado, que dan a la piel un aspecto de “mapa”, versicolor, en tórax, hombros, brazos, abdomen, región lumbar y cuello. Muy infrecuentes en cara y extremidades inferiores. Las lesiones

suelen ser asintomáticas y descaman cuando se les raspa. El diagnóstico de la enfermedad se establece por la clínica.

Dermatofitosis o Tiñas

Constituyen una serie de procesos que afectan piel, uñas y cuero cabelludo. Los dermatofitos son sus agentes etiológicos: Epidermophyton, Trichophyton, Microsporum. Tiña capitis: Es la parasitación por dermatofitos del cuero cabelludo. La tiña capitis tonsurante o no inflamatoria se caracterizan por producir una parasitación del pelo al que rompen, pero sin destruir el folículo, por lo que producen una alopecia reversible.

Propia de niños en edad escolar, es un proceso que rara vez se observa después de la pubertad. Si la etiología es tricofítica se caracteriza por presentar múltiples placas pequeñas, dispersas por todo el cuero cabelludo que tienen en su interior pelos rotos a la altura del folículo y que dan una típica imagen en “puntos negros”. Por el contrario las tiñas microspóricas producen escasas placas, redondas y perfectamente delimitadas, ya que en su interior todos los pelos están rotos. Las formas inflamatorias o Querion de Celso se caracterizan por presentar un cuadro inflamatorio agudo (foliculitis) en cuero cabelludo que lleva a la producción de elementos pseudotumorales supurativos y puede producirse destrucción de los folículos pilosos con la consiguiente alopecia irreversible.

Tiña corporis: Es la infección por dermatofitos que afecta cualquier parte del cuerpo. Es la más frecuente de las dermatofitosis, pues es la que implica una mayor superficie corporal.

Habitualmente el proceso comienza como una lesión papulosa, prácticamente inaparente,

que raras veces llama la atención del paciente, pero que tiende a crecer de forma excéntrica con un borde progresivo, papulovesiculoso, y un centro escamoso que tiende a la curación, lo que le hace tomar típicas imágenes redondeadas o arciformes.

Es contagioso por lo que es habitual encontrar varias lesiones en el mismo paciente, o en distintos miembros de la familia, y en distintos estadios evolutivos.

Tiña pedís: Es la parasitación por dermatofitos de cualquier área del pie. Clásicamente este proceso es conocido como “pie de atleta”.

Infecciones cutáneas por virus

La patología dermatológica producida por virus es sumamente extensa y muy variada en sus manifestaciones clínicas. En la práctica, más del 95% de las virasis cutáneas son por virus ADN.

Virus del herpes simple: La infección por VHS afecta a más del 80% de la población mundial con una prevalencia del 30%- 60% en pacientes menores de 10 años aumentando con la edad hasta afectar al 90% de la población mayor de 50 años. Clínica: la primoinfección herpética es asintomática en la mayoría de los casos. No obstante, puede manifestarse como una gingivoestomatitis herpética que es la forma más frecuente de la primoinfección por VHS-1. Suele aparecer en los primeros cinco años de vida. Tras un periodo de incubación menor de siete días, aparece un brote agudo de múltiples vesículas localizadas en labios, vestíbulo oral y encías, que se acompaña de fiebre y linfadenopatías

regionales. Se resuelve en 15-20 días. Cuando la primoinfección ocurre en dedos se denomina panadizo herpético.

Las verrugas planas son más frecuentes en edades infantiles y juveniles. Son pápulas de mínimo relieve, de pocos milímetros, de coloración igual a la piel o hiperpigmentadas, que localizan en la cara y manos. El condiloma acuminado es una verruga de localización genital. Son pápulas rosadas o blanquecinas, de aspecto papilomatoso (coliflor), que pueden aparecer tanto en los genitales como en la zona perianal. Es más frecuente en el adulto y se considera enfermedad de transmisión sexual.

Molusco contagioso: Es una patología frecuente, que afecta a tres poblaciones diferentes:

a) La infantil, donde los niños lo adquieren sobre todo en piscinas.

b) La adulta, adquirida por contacto sexual y localizada en la zona genital.

c) En el sida, donde la inmunosupresión produce lesiones de gran tamaño, muy rebeldes a tratamientos habituales. El agente causal es un poxvirus. El molusco contagioso se presenta como lesiones papulosas, hemisféricas, de 1 a 5 mm, con un punto central discretamente umbilicado. Pueden aparecer en cualquier zona corporal, sobre todo en pliegues, cara y genitales.

Infecciones cutáneas por parásitos

Pediculosis: Infección por piojos, ectoparásitos humanos hematófagos de los que hay dos especies: *Pediculus humanus* y *Phtirus pubis*. La pediculosis capitis es la pediculosis más frecuente, dando lugar a epidemias escolares. Está producida por *Pediculus humanus* variedad capitis. Se transmite por contacto directo, peines, cepillos y sombreros. La clínica se caracteriza por prurito intenso y constante que determina el rascado por parte del paciente, con impetiginización secundaria. El diagnóstico se efectúa por el hallazgo de las liendres o de los piojos adultos.

La pediculosis pubis está producida por *Phthirus pubis* (ladilla). La transmisión es principalmente por contacto sexual y suele coexistir con otras enfermedades de transmisión sexual, puede transmitirse también por la ropa. Aunque parasitan el vello pubiano también pueden localizarse en cejas, pestañas, axilas y cuero cabelludo. La clínica se caracteriza por prurito intenso, que suele dar lugar a excoriaciones por el rascado e impetiginización secundaria. El diagnóstico se realiza por la visualización del piojo adulto (ladilla) o de las liendres.

Escabiasis: Es una dermatosis muy contagiosa debida a *Sarcoptes scabiei*. El ácaro de la escabiasis parasita la piel e induce una respuesta inmunológica en el individuo que produce gran prurito y signos inflamatorios. El principal síntoma es el prurito intenso, predominantemente nocturno y que tiende a respetar la cara y cuero cabelludo. Las lesiones que produce el ácaro son túneles o surcos en la epidermis, que se suelen localizar entre los dedos de manos y pies, genitales, muñecas, nalgas, pezones, ombligo y axilas. Suele afectar a toda la familia. El diagnóstico se realiza por la visualización del parásito adulto, los huevos, las larvas o sus heces (escíbalos) por microscopía.

Patologías eritematoescamosas:

Eccema: Los términos eccema y dermatitis se consideran sinónimos y describen un patrón de respuesta inflamatoria de la piel caracterizado por prurito y lesiones polimorfas: eritema,

edema, lesiones papulovesiculosas, descamación y liquenificación.

Estas características son comunes a todos los eccemas diferenciándose entre ellos por la etiología. El eccema puede ser agudo, subagudo o crónico. En la práctica hablaremos de dermatitis cuando el eccema es de causa exógena, mientras que el término eccema implica un origen endógeno.

Eccema atópico: El término hace referencia a una dermatitis crónica o recidivante que se observa en el contexto familiar de una atopia. El término atopia hace referencia a una condición hereditaria que predispone a padecer una respuesta exagerada a ciertos estímulos ambientales. Afectan al 10-20% de los niños. (Larrañaga, Capafons, & Vilá, 2014)

La etiología es desconocida. El síntoma fundamental en la dermatitis atópica es el prurito o picor que aparece de forma paroxística e induce el rascado. La piel en el eccema atópico es seca, muy sensible y fácilmente irritable. En general aparece en el lactante y se mantiene durante la infancia y edad adulta, hasta los 40-50 años en que tiende a desaparecer.

Eccema seborreico: El eccema seborreico es una reacción inflamatoria muy frecuente de la piel de etiología desconocida que afecta principalmente a cara y cuero cabelludo. Es probable que en su desarrollo intervengan factores infecciosos (*Pytirosporium ovale*), climáticos (frío, sequedad) y emocionales, que actúan sobre la piel grasa o seborreica. El

eccema seborreico infantil aparece en los primeros meses de vida y se localiza en cuero cabelludo (costra láctea), cara y pliegues del cuello, axila, ombligo y área del pañal.

Este cuadro se suele resolver en tres o cuatro semanas sin complicaciones. El eccema seborreico del adulto se suele localizar en el borde frontal de la implantación del cabello (corona seborreica), cejas, región interiliar, surco nasogeniano, región retroauricular, barba y bigote. Se suele acompañar de descamación del cuero cabelludo (pitiriasis seca o caspa) y blefaritis seborreica.

El proceso es banal pero puede ser muy recidivante. El cansancio y estrés suelen ser responsables de la aparición de nuevos brotes. (Mena Cedillos & Valeria Herrera , 2015)

Dermatitis de contacto: La dermatitis de contacto es una reacción inflamatoria de la piel secundaria a un efecto irritante, o bien a una respuesta del sistema inmunitario frente a una sustancia externa que actúa de sensibilizante.

Urticaria-angioedema: La urticaria se caracteriza por la presencia de habones o ronchas, lesiones eritemato-edematosas transitorias, localizadas en piel y/o mucosas. En la urticaria el edema se localiza en la dermis, mientras que en el angioedema se afecta la dermis profunda y la hipodermis. La urticaria puede aparecer sola (40%), asociada a angioedema (50%) o bien sólo en forma de angioedema (10%). La lesión elemental de la urticaria es el habón, elemento de comienzo brusco, palpable, bien delimitado, que puede medir desde milímetros

a varios centímetros, de color rosado o eritematoso, consistencia elástica, que desaparece en menos de 24 horas. El prurito es el síntoma acompañante de los habones.

Se pueden localizar en cualquier parte de la superficie corporal incluyendo palmas, plantas y cuero cabelludo. Si bien la lesión individual presenta poca duración, el brote suele permanecer más tiempo: en las urticarias agudas hasta seis semanas, en las crónicas más de seis semanas con brotes diarios o casi diarios.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico y sencillo de realizar por la cronología y las peculiaridades de la erupción. Tratamiento: debe encaminarse a eliminar, si es posible, el agente causal, aliviar la sintomatología y controlar la enfermedad de base si existe. Muchos casos responden a placebo y en otros la enfermedad tiende a remitir de forma espontánea.

Alteraciones de la pigmentación

El color de la piel normal depende de la cantidad y tipo de melanina presente en los melanocitos y en los queratinocitos. Las enfermedades que cursan con cambios del color natural de la piel se denominan discromías. Hay distintas clasificaciones de las discromías, pero la más sencilla y útil es dividir las en hipercromías e hipocromías, siendo estas últimas las más comunes en edad pediátrica. La mayoría de las discromías se deben a alteraciones de la pigmentación melánica. Un pequeño grupo de hipercromías son debidas al depósito en piel de pigmentos endógenos o exógenos.

Hipocromías: Son disminuciones del tono de color de la piel, que habitualmente son debidas a una disminución de la pigmentación melánica. Ocasionalmente pueden verse disminuciones circunscritas del color de la piel, debidas exclusivamente a alteraciones localizadas de la vascularización cutánea conocidas como “nevus anémico”.

Las hipocromías melánicas son debidas a la disminución del número de melanocitos, melanina o de la dispersión de ésta en los queratinocitos.

Vitíligo: Anomalía pigmentaria de la piel caracterizada por lesiones acrómicas de diversos tamaños, de carácter adquirido, estimándose que afecta a un 1% de la población general.

Hasta un 30% de los pacientes tiene antecedentes familiares. La patogénesis no es bien conocida y además de factores genéticos se han implicado también factores autoinmunes. En un intento de aunar todas las teorías se ha propuesto que el vitíligo surge como resultado de una sucesión de fenómenos, a partir de una circunstancia precipitante, sobre un individuo predispuesto genéticamente. (Mena Cedillos & Valeria Herrera , 2015)

Clínicamente se caracteriza por la aparición de lesiones maculares acrómicas asintomáticas de diverso tamaño, con tendencia a aparecer sobre prominencias osteoarticulares (rodillas, codos, etc.) debido al fenómeno isomórfico de Koebner, siendo también frecuente un patrón de afectación acral, periorificial y en pliegues (genitales y axilares); la extensión puede ser muy variable.

La repigmentación total o parcial de algunas y ocasionalmente de todas las lesiones puede ocurrir de forma espontánea, aunque es más común después del verano tras exposiciones solares. Es frecuente que las zonas acrómicas vayan haciéndose gradualmente más extensas a lo largo de la vida, pudiendo en ocasiones afectar virtualmente a toda la piel. Puede asociarse a distintos procesos autoinmunes, sobre todo tiroideos, diabetes mellitus, enfermedad de Addison y anemia perniciosa;

también puede asociarse a dermatitis atópica y a alopecia areata.

Diagnóstico y clínica: El diagnóstico de la dermatitis se basa en las características clínicas de la enfermedad. El prurito y las lesiones eczematosas crónicas o recurrentes, con la morfología y distribución típica, en pacientes con historia de atopia son esenciales para el diagnóstico.

Los hallazgos del examen físico incluyen: Lesiones cutáneas agudas y subagudas que se observan con mayor frecuencia en lactantes y niños de corta edad y se caracterizan por ser placas eritemato-pápulo-vesiculosas, intensamente pruriginosas, asociadas a excoriación y exudado seroso. En lesiones de mayor tiempo de evolución puede observarse liquenificación. Manifestaciones clásicas y mínimas:

La dermatitis comienza generalmente en la infancia, específicamente durante la lactancia, siendo rara su aparición antes de los tres meses de vida.

Sus características principales son la marcada sequedad de la piel (xerosis) y el prurito. Los signos clínicos clásicos son el eritema y la formación de pápulo-vesículas con cambios secundarios como erosiones, alteraciones pigmentarias y aumento del grosor y cuadrículado normal de la piel (liquenificación) producto del rascado continuo. El prurito constituye un síntoma principal en el paciente atópico e impacta sustancialmente en la calidad de vida del niño y su familia. Los malos hábitos respecto del sueño que se adquieren durante los primeros años de vida repercuten en las conductas futuras de los niños.

Las lesiones de las dermatiti se clasifican en: • Agudas: pápulas y pápulo-vesículas pruriginosas, exudativas, sobre base eritematosa. • Subagudas: pápulas y/o placas con discreto eritema,

descamación y leve engrosamiento. • Crónicas: pápulas excoriadas, erosionadas o placas liquenificadas, lesiones residuales hipo o hiperpigmentadas.

En algunos pacientes pueden coexistir lesiones en diferentes estadios de evolución. Existen variantes de presentación según la edad del niño:

- La fase del lactante (3 meses a 3 años de edad): Las lesiones se localizan en mejillas, cuello, superficies de extensión de los miembros y tronco. Suelen ser más exudativas que en los niños mayores.

- La fase infantil (3 a 10 años de edad): Tienen su localización característica en las zonas de flexión y pliegues (principalmente cuello, pliegues antecubitales, huecos poplíteos). Debido a la capacidad de rascado del paciente y al tiempo de evolución de las lesiones pueden evidenciarse excoriaciones y signos de liquenificación. -La fase del adolescente: afecta particularmente el dorso de manos, párpados y zonas de flexión.

Complicaciones: Las complicaciones más frecuentes de la dermatitis surgen como consecuencias de las alteraciones de la función de barrera cutánea y de las alteraciones inmunológicas humorales y celulares que favorecen las infecciones bacterianas y virales. Las infecciones bacterianas son las más comunes y se pueden producir por *Staphylococcus aureus* o *Streptococcus* β hemolítico del grupo A (GAS), ya sea en forma aislada o combinada. Se manifiestan como formas de impétigo, foliculitis, dermatitis por toxinas y en casos más infrecuentes como infecciones generalizadas y de tejidos blandos y generalizadas.

Las infecciones virales se manifiestan con herpes simple diseminado, este último conocido como erupción variceliforme de Kaposi o eczema herpético que es una diseminación cutánea del virus herpes simple 1 (VHS1) en el 80% de los casos. Es una afección grave que se manifiesta con

vesículas o vesículo pústulas umbilicadas, diseminadas, confluentes, que dejan zonas de piel denudada, costras y zonas hemorrágicas, acompañadas de fiebre y adenopatías.

Los pacientes con dermatitis atópica presentan mayor riesgo de contagio y diseminación de la infección por el virus del molusco contagioso. El aumento de la presentación de verrugas vulgares e infecciones por dermatofitos y también *Cándida albicans* se observa frecuentemente. Dentro de las ectoparasitosis en los pacientes con Dermatitis Atópica se observan escabiosis y pediculosis.

CAPITULO II: DISEÑO METODOLOGICO

2.1. Tipo de estudio

Esta investigación es un estudio descriptivo y según la secuencia en el tiempo es un estudio transversal.

2.2. Área de estudio

Se realizó en el Hospital Luis Felipe Moncada, departamento de Rio San Juan, ubicado en la Ciudad de San Carlos, es Clasificado como un Centro de II nivel de resolución a nivel departamental.

2.3. Población de Estudio

Estará constituido por todos los niños de 2 a 10 años de edad que acudieron a consulta externa por problemas dermatológicos por primera vez o subsecuentemente en el periodo de estudio.

2.4. Universo

El Universo corresponde a 110 niños de 2 a 10 años atendidos en el periodo de estudio

2.5. Muestra

Para determinar el número de niños a incluir como se conocía el universo fue utilizada la fórmula para población finita la cual es la siguiente:

n= 86 niños.

2.6. Criterios de inclusión y exclusión:

2.6.1. Criterios de inclusión:

Niños y niñas atendidos en Consulta Externa del Hospital Luis Felipe Moncada.

Niños y niñas cuyos expedientes se encuentren completos

2.6.2. Criterios de exclusión:

Expedientes de niños y niñas con manchones, enmendaduras, daños a las hojas o la lectura no se puede leer, dificultando la toma de información.

Expedientes de niños y niñas con información incompleta

2.7. Método, técnica e instrumento de recolección de información

2.7.1. Método e Instrumento

El método que utilizamos fue la observación, mediante la técnica de análisis documental, para lo cual se utilizaron los expedientes clínicos. Siendo nuestra fuente de información secundaria.

Para cumplir con los objetivos del estudio se elaboró un instrumento de recolección de la información con indicadores de acuerdo a los objetivos específicos que se desean alcanzar, este contiene preguntas en su mayoría cerradas sobre datos generales, antecedentes no patológicos y patológicos, las manifestaciones clínicas y las técnicas de laboratorio utilizados para su diagnóstico. Las preguntas cerradas en su mayoría permitirán recolectar la información de forma más rápida.

2.7.2. Validación del instrumento

Para validar el instrumento se requirió de 15 expedientes de la muestra considerada, para

demostrar si permitía tomar la información de manera satisfactoria, observando que todos los ítems fueron llenados de manera satisfactoria sin inconvenientes.

2.8. Procesamiento de la información

Una vez que se obtenida la información, mediante la ficha de recolección de la misma, se elaboro base de datos en el programa SPSS 22.0 para Windows, donde posteriormente se establecieron análisis de frecuencias y porcentaje mediante tablas y gráficos elaborados en el paquete Microsoft Excel.

2.8.1 Plan de análisis

Se realizaron tablas simples de frecuencia y porcentaje de las siguientes variables

1. Edad
2. Sexo
3. Procedencia
4. Antecedentes personales
5. Antecedentes Familiares
6. Diagnóstico clínico
8. clasificación de la severidad

2.6. Enunciado de las variables

Objetivo No 1: Caracterizar socio - demográficamente a los niños y niñas con problemas

dermatológicos.

- Edad
- Sexo
- Procedencia

Objetivo No 2: Identificar antecedentes patológicos y no patológicos

- Antecedentes personales patológicos
- Antecedentes personales no patológicos
- Antecedentes familiares patológicos

Objetivo No 3: Estimar las enfermedades dermatológicas más frecuentes diagnosticadas de los pacientes en estudio

- Diagnóstico clínico
- Principal lesión elemental
- Grado de severidad

2.9. Operacionalización de las variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicadores	Escala O valor
Edad	Tiempo de vida desde el nacimiento del individuo hasta la edad cumplida en años actualmente		Años	2-4 años 5-9 años 10 años
Sexo	Expresión fenotípica que caracteriza al individuo y lo diferencia entre hombre y mujer		Fenotipo	Masculino Mujer
Procedencia	Es el área geográfica donde vive el niño según el departamento y localización específica.	origen	Departamento	Rio san juan
			Zona	Urbano Rural

Antecedentes personales	Se señalan los datos no patológicos y patológicos que tienen el niño/a desde su nacimiento	Patológicos		Lactancia
		Uso de fármacos		
		Exposición al sol		
		Asma. Rinitis, eccema		
		Exposición a aguas		
		Animales domesticas		
Antecedentes familiares	Patologías que padecen familiares en primer grado	Patologías	tipo	Dermatosis
Manifestaciones clínicas	Signos y síntomas que manifiesta una enfermedad especifica en estos casos	síntomas	Tipo	Lesión en piel
			Tiempo de evolución	< 6 días 7-14 días >15 días
			Lugar de la lesión	Solamente piel

	relacionada con piel	Signo	Tipo de lesión	Pápula Pústula Vesícula Ampolla Hipocromía Escamas Alopecia
Principales diagnóstico clínico	Identificación de la patología basada en signos y síntomas de los niños y niñas atendidos	Infecciosa	diagnóstico	Virales Parasitarias Bacteriana Hongos
		Eritematosas	diagnóstico	Vitíligo
		Escamosas	diagnóstico	Dermatitis seborreica Dermatitis de contacto Eccema atópico

2.10. Aspectos éticos:

La información recolectada mediante expedientes fue utilizada con fines investigativos, los datos obtenidos se mantuvieron intactos, tal cual como están en los expedientes clínicos revisados, así mismo la información se utilizó exclusivamente para fines académicos. La información fue manejada con anonimidad y los resultados de esta investigación se entregaron a las autoridades académicas correspondientes.

CAPITULO III: DESARROLLO

3.1 RESULTADOS

El siguiente trabajo de investigación pretende determinar los factores asociados a la prevalencia de enfermedades dermatológicas diagnosticadas en niños 2-10 años que asistieron a la consulta externa del Hospital Luis Felipe Moncada, Rio San Juan, I semestre 2022, para ello se analizaron 86 expedientes clínicos de pacientes que fueron atendidos en esta unidad de salud, dichos resultados son abordados según los objetivos de la presente investigación.

En relación a edad de los pacientes se encontró que el grupo etario de 8 años obtuvo 29.06% (25), el grupo de 4 años con 12.7%(11), el grupo de 7 años 12.7%(11), el grupo de 6 años 10.4 % (9), el grupo de 9 años 9.3%(8), el grupo etario de 10 años 8.1 % (7), el grupo etario de 5 años 6.9 % (6), el grupo etario de 2 años 5.8 % (5), y por último se encuentran los pacientes de 3 años 4.6%(4).

Con respecto al sexo de los pacientes estudiados predominó con un 59.3% (51) el sexo masculino y un 40.6% (35) el sexo femenino

En cuanto a la procedencia un 82.5% (71) fueron pacientes originarios de la zona Urbana y un 17.4% (15) de la zona rural.

Con respecto a la procedencia municipal tuvo un predominio en el municipio de con San Carlos con un 86.04 % (74) , seguido del municipio de morrito con 6.9%(6) , luego el municipio de el almendro con 4.6% (4), Castillo 2.3%(2), san Miguel 1.16%(1) y por último los Chiles con 1.16%(1) .

En cuanto los pacientes en estudio que tuvieron contacto con animales domésticos se registraron 43.02%(37)

Con respecto Exposición a aguas contaminadas al contacto con la piel se encontró un 4.6% (4)

De acuerdo a los pacientes que tuvieron exposición al sol se registró un 5.8%(5)

Un 6.32% (6) de los pacientes estuvieron en contacto con fármacos

En cuanto de los pacientes que tuvieron exposición a sustancias químicas irritantes se encontró 2.3%(2)

De los expedientes revisados de la muestra en estudio no se logró evidenciar la lactancia materna, por lo tanto mi resultado fue del 0%.

De acuerdo a los antecedentes patológicos personales se encontró que 11.6%(10) padecen de rinitis alérgica En relación de alergia a algún tipo de alimento se registraron 0% (0). Un 4.46% (4) de los pacientes padecen de asma. Con respecto a los pacientes que padecen de atopia se encontró 3.4% (3).

En relación a los antecedentes familiares patológicos de los pacientes atendidos se encontró que 6.9%(6) padecen de dermatosis.

En relación al diagnóstico clínico predominó en enfermedades infecciosas las de origen viral con un 46.5% (35), seguido de Micóticas con un 32.5% (28), bacterianas con un 19,7% (17) y parasitarias con un 4.6 % (4)

3.2 DISCUSIÓN

La presente investigación se realizó en, en el cual se analizaron 110 expedientes clínicos de niños y niñas de 2 a 10 años que fueron atendidos en consulta externa del Hospital Luis Felipe Moncada, Rio San Juan, I semestre 2022. La edad más afectada de los pacientes participantes en nuestro estudio fue de 8 años, No obtuvimos diferencias significativas en cuanto al sexo, predominando el masculino. En cuanto a la procedencia, el 82.8% de los pacientes son del área urbana de san Carlos del departamento de rio san Juan. Con respecto a los antecedentes personales no patológicos en la mayoría se observó exposición aguas contaminadas, largos periodos de exposición al sol, en cuanto a los antecedentes patológicos personales la patología respiratoria(Rinitis) fue una de las que más se asoció.

3.3 CONCLUSIONES

Dentro de las características sociodemográfica de los niños y niñas predominó en el grupo etario de 8 años, la mayoría de masculino y procedente de la zona urbana del municipio de San Carlos. La mayor parte no tenían antecedentes patológicos personales de enfermedad respiratoria. La enfermedad dermatológica que predominó fue de origen viral, en cuanto a la severidad de la enfermedad predominó enfermedad leve, de todos los pacientes valorados únicamente el 3% necesitó su ingreso a hospitalizados, más del 80 % obtuvo seguimiento posterior.

3.4 RECOMENDACIONES

Tomando en cuenta los datos obtenidos se les brindan las siguientes recomendaciones a las autoridades del Hospital Luis Felipe Moncada y a la población:

Tomar en cuenta los resultados del estudio para así realizar una planificación anticipada de insumos médicos necesarios para la atención a estas patologías.

Promover las buenas prácticas de salud desde el primer contacto con el paciente y su familia, para disminuir complicaciones y consultas recurrentes.

A la población Mantener las uñas de los niños cortas, limpias y limadas para evitar heridas e infecciones por rascado.

Usar ropa de tela de algodón de colores claros y no ajustados. No usar ropa de tela sintética como nylon, polyester o licra.

No uso de lana. La ropa del niño o la niña lavarla con jabón de ropa transparente y enjuagarla bien con abundante agua. Prohibido el uso de detergentes, cloro y suavitel. Limpieza constante del cuarto del niño o niña para evitar la acumulación de polvo.

CAPÍTULO IV: BIBLIOGRAFÍA

4.1 Bibliografía

1. Aguirre García, M. J. (2015). *Dermatosis más frecuentes diagnosticadas en niños que asistieron a la consulta externa de dermatología del Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera La Mascota, en el período comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre del 2015.*
2. Arenas Guzmán, R. (2015). *Dermatología Atlas Diagnóstico y Tratamiento.* McGraw-Hill Interamericana de España S.L.
3. Conde Taboada, A. (2016, 02 04). *Dermatitis Atópica Infantil: Estudio de Prevalencia y Factores Asociados.* Universidad de Santiago de Compostela.
<http://hdl.handle.net/10347/1383>
4. Ferrufino Euceda, J. G. (2016, enero 12). *Caracterización epidemiológica y clínica de las cinco dermatosis más frecuentes en consulta externa pediátrica dermatológica.* *Acta Pediátrica Hondureña*, 6(2), 473-478.
<http://www.bvs.hn/APH/pdf/APHVol6/pdf/APHVol6-2-2015-2016-5.pdf>
5. Gartner, L. (2008). *Texto atlas de Histología (tercera ed.).* McGraw-Hill Interamericana de España S.L.
6. Wagemann, R. (2018). *Epidemiología de dermatosis pediátricas: experiencia de 30 años en Antofagasta, Chile.* *Revista Chilena de Dermatología*, 33(4).
<https://rcderm.org/index.php/rcderm/article/view/185>
7. H., B. (1997). *Anatomía y fisiología de la piel.* Londres: MaslyCompany
8. Hernández Valadez, N. A., & Ramírez Bustos, M. E. (2011). *Comportamiento de afecciones dermatológicas.* Colon Matazan .

9. *Larrañaga, A., Capafons, S., & Vilá, M. (2014). Dermatología Pediátrica . Madrid España : Academia Española de Dermatología y Venereología*
10. *Moraga Llop, F., & Martínez Roig, A. (2012). Enfermedades bacteriana de la piel. Barcelona: Hospital Universitari Vall d'Hebron.*
11. *Ariadna Baltodano Loría. Hemangiomas Cutáneos En Niños. Médico General, Clínica Dr. Marcial Fallas Díaz. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXIX (602) 179-181, 2012*
12. *. Dra. Vivian Kaune Criales. Exántemas frecuentes en Pediatría. Médico de Planta. Hospital del Materno Infantil. Caja Nacional de Salud. La Paz. Profesor de Pediatría. Facultad de Medicina. U.M.S.A. Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría. Rev. bol. ped. La PazBolivia. 2013. v.52 n.2*
13. *. Piura López J. (2006). Metodología de la Investigación científica. Managua, Nicaragua*
14. *Sampieri R., Collado C., Lucio P. (2010). Metodología de la Investigación. México, DF.*

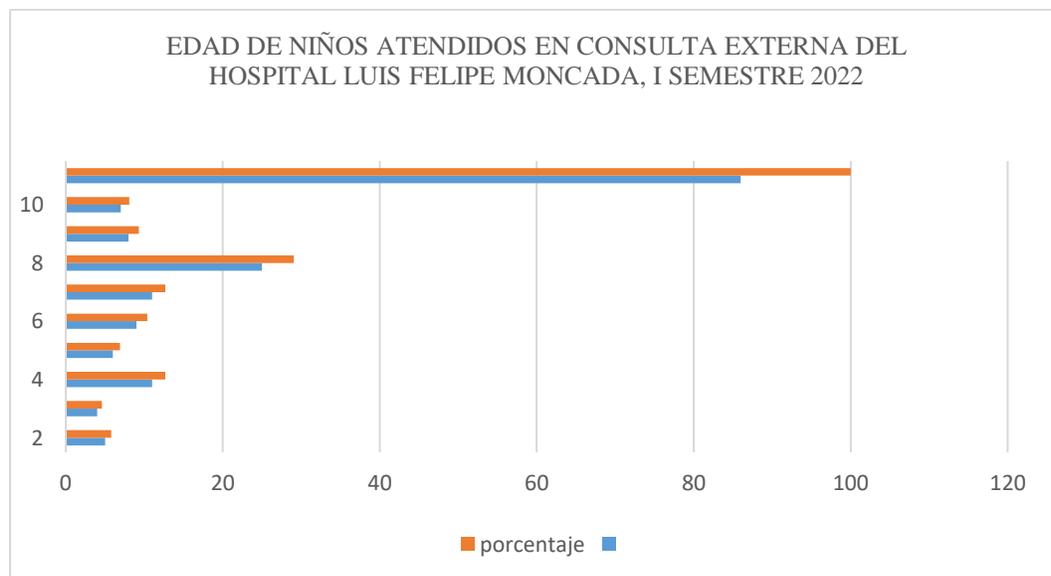
ANEXO

EDAD DE NIÑOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL LUIS FELIPE
MONCADA, I SEMESTRE 2022

N=86

Edad	Frecuencia	Porcentaje
2	5	5.8
3	4	4.6
4	11	12.7
5	6	6.9
6	9	10.4
7	11	12.7
8	25	29.06
9	8	9.3
10	7	8.1
Total	86	100%

Fuente: Instrumento de recolección de información.



Fuente: Instrumento de recolección de información.

SEXO DE NIÑOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL LUIS FELIPE
MONCADA, I SEMESTRE 2022

n=86

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	51	59.3
Femenino	35	40.6
Total	86	100

Fuente: Instrumento de recolección de información



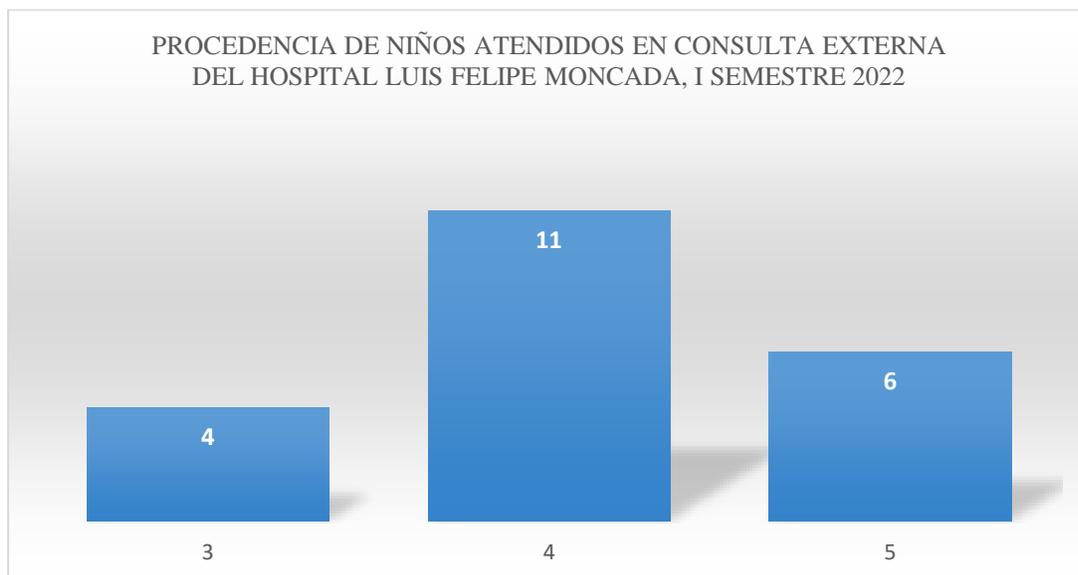
Fuente: Instrumento de recolección de información

PROCEDENCIA DE NIÑOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL
LUIS FELIPE MONCADA, I SEMESTRE 2022

n=86

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Zona		
Rural	15	17.4
Urbana	71	82.5
Municipio		
San Carlos	70	80.1
Morrito	7	8.01
Almendro	5	5.7
Castillo	4	4.03
Los Chiles	1	1.06
San Miguel	1	1.06

Fuente: Instrumento de recolección de información



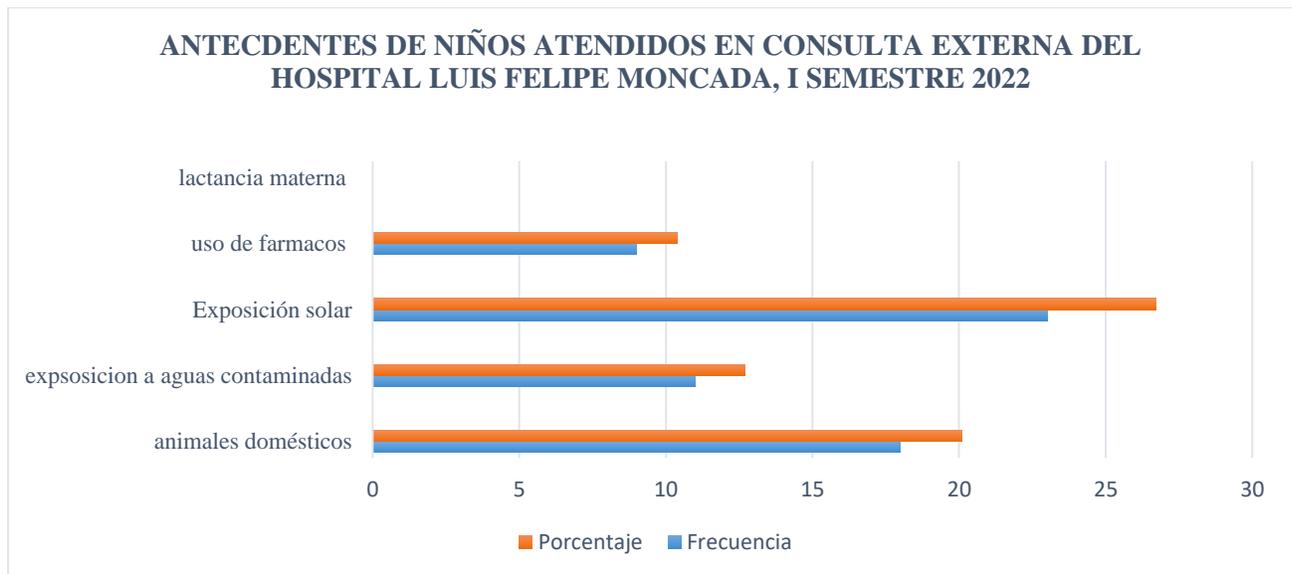
Fuente: Instrumento de recolección de información

ANTECEDENTES DE NIÑOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL
LUIS FELIPE MONCADA, I SEMESTRE

n=86

Antecedentes personales	Frecuencia	Porcentaje
Antecedentes no patológicos		
animales domésticos	18	20.09
exposición a aguas contaminadas	11	12.7
Exposición solar	23	26.7
uso de fármacos	9	10.4
lactancia materna	0	0

Fuente: Instrumento de recolección de información



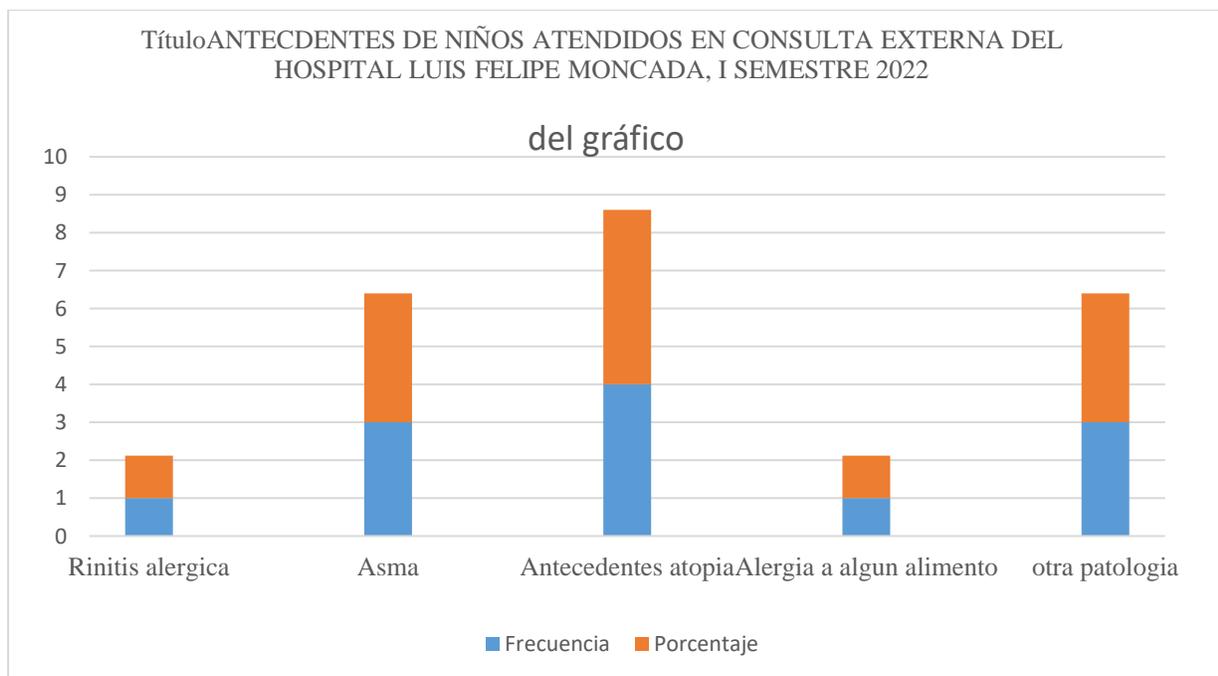
Fuente: Instrumento de recolección de información

ANTECEDENTES DE NIÑOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL
LUIS FELIPE MONCADA, I SEMESTRE 2022

n=86

Antecedentes personales	Frecuencia	Porcentaje
Antecedentes patológicos		
Rinitis alérgica	1	1.12
Asma	3	3.4
Antecedentes atopia		
Alergia a algún alimento	1	1.12
otra patología	3	3.4

Fuente: Instrumento de recolección de información.



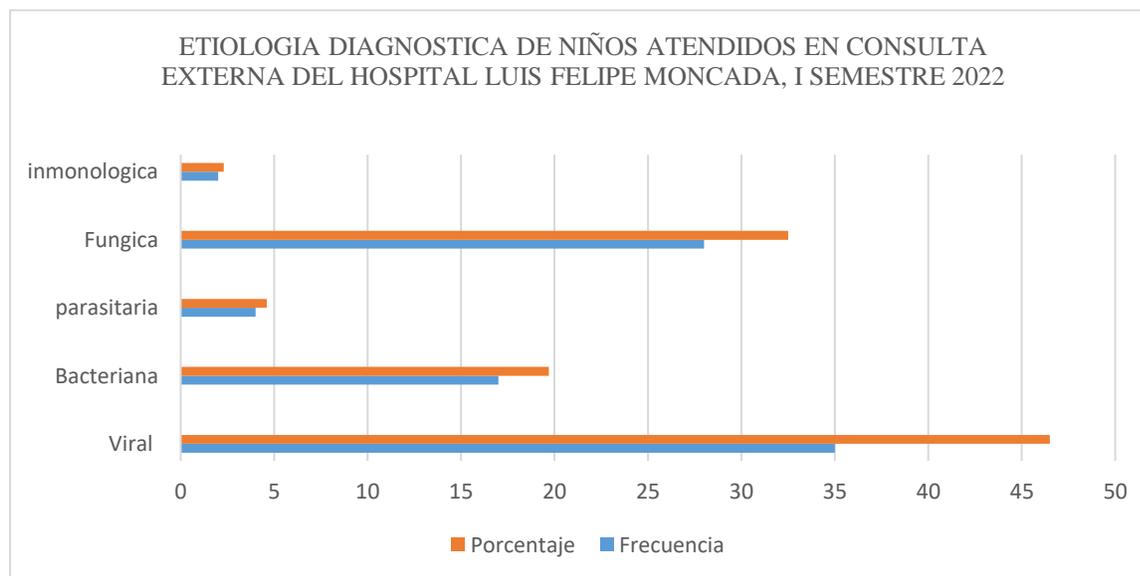
Fuente: Instrumento de recolección de información.

ETIOLOGIA DIAGNOSTICA DE NIÑOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL LUIS FELIPE MONCADA, I SEMESTRE 2022

n=86

Diagnostico	Frecuencia	Porcentaje
Etiologia		
Viral	35	46.5
Bacteriana	17	19.7
parasitaria	4	4.6
Fungica	28	32.5
inmonologica	2	2.3

Fuente: Instrumento de recolección de información



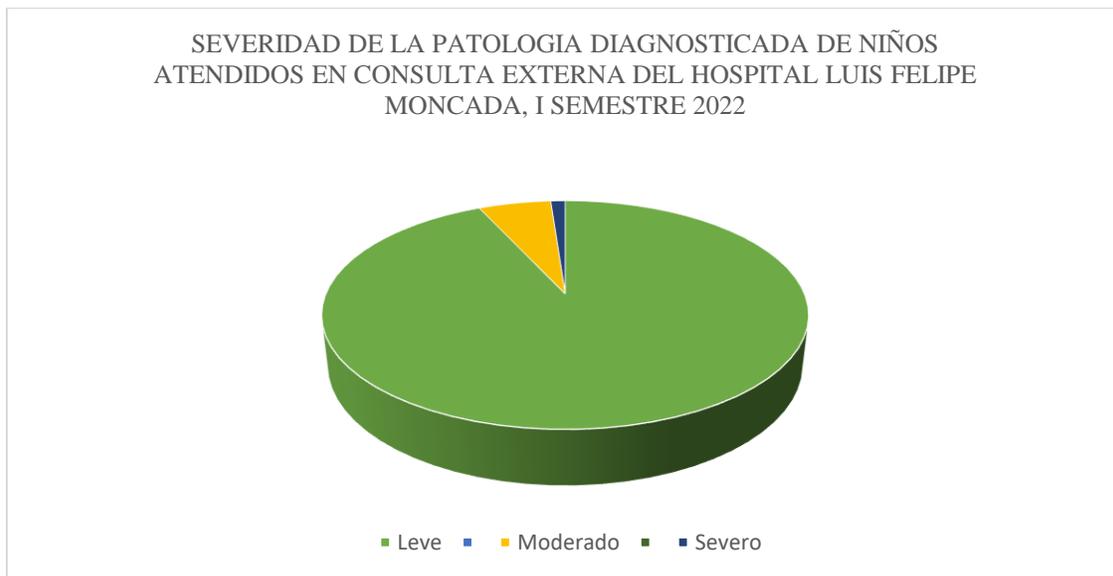
Fuente: Instrumento de recolección de información

SEVERIDAD DE LA PATOLOGIA DIAGNOSTICADA DE NIÑOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL LUIS FELIPE MONCADA, I SEMESTRE 2022

n=86

Diagnostico	Frecuencia	Porcentaje
Severidad		
Leve	81	94.1
Moderado	5	5.8
Severo	1	1.16

Fuente: Instrumento de recolección de información



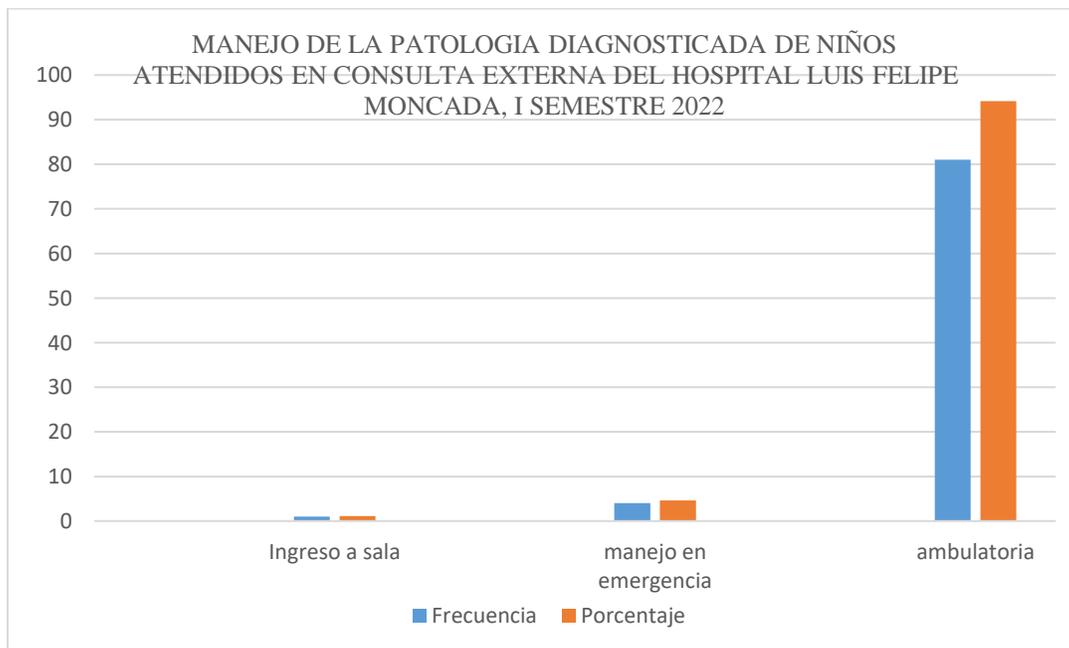
Instrumento de recolección de información

MANEJO DE LA PATOLOGIA DIAGNOSTICADA DE NIÑOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL LUIS FELIPE MONCADA, I SEMESTRE 2022

n=86

manejo de la patologia diagnosticada	Frecuencia	Porcentaje
Ingreso a sala	1	1.1
manejo en emergencia	4	4.65
ambulatoria	81	94.18

Fuente: Instrumento de recolección de información



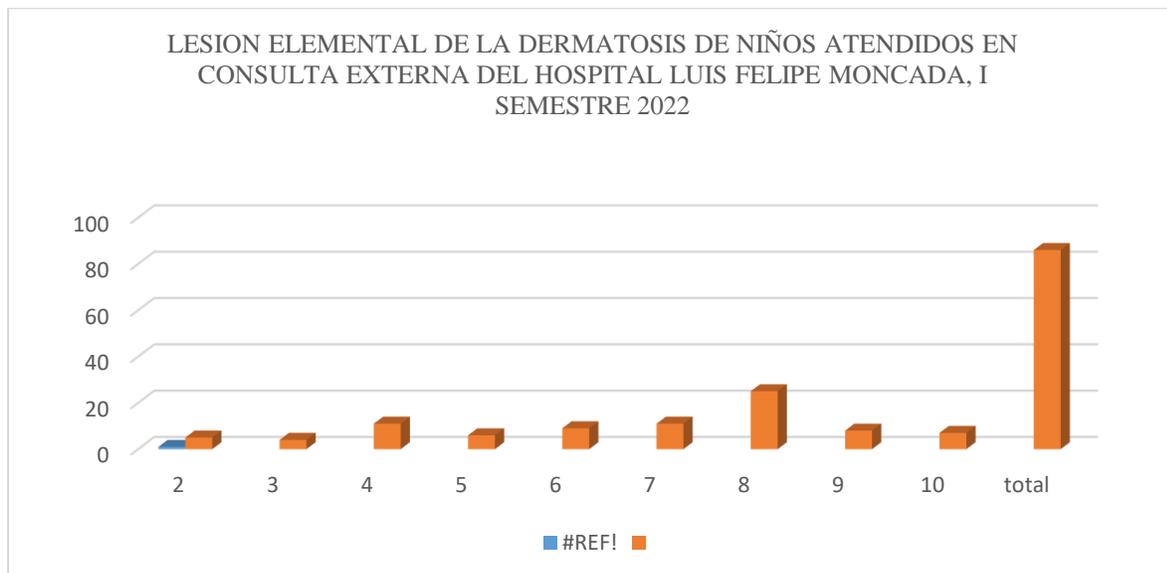
Fuente: Instrumento de recolección de información

LESION ELEMENTAL DE LA DERMATOSIS DE NIÑOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL LUIS FELIPE MONCADA, I SEMESTRE 2022

n=86

Diagnostico	Frecuencia	Porcentaje
principal lesion elemental descrita		
Papula	66	76.4
Ampolla	3	3.4
vesicula	5	5.8
mácula hipocromica	5	5.8
verruga	6	6.9

Fuente: Instrumento de recolección de información



Fuente: Instrumento de recolección de información

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA

UNAN – MANAGUA

Tema: Factores asociados a la prevalencia de enfermedades dermatológicas diagnosticadas en niños que asisten a la consulta externa del Hospital Luis Felipe Moncada, Rio San Juan, I semestre 2022

Nota: La información será recolectada por los mismos investigadores a través de los expedientes

I. Datos Socio-demográficos.

a. Edad. ____ años

b. Sexo. M ____ F ____

c. Procedencia:

Departamento _____ Urbano ____ Rural ____

II. Antecedentes personales del niño. Marque con X. o lo sugerido.

1. Recibió lactancia materna. si__ no __ Duración de amamantamiento <6m ____ 6 a

12m____ >12m____

2. Hay animales domésticos. si__ no __

3. Exposición en las últimas 2 semana a agua de Ríos ____ Lagos ____ Mares ____

4. Frecuenta exponerse al sol por mucho tiempo. si ____ no ____

5. Uso de fármaco por periodo prolongado. si ____ no ____Cuál? _____

6. Exposición a productos químicos incluyendo colonias, crema, si ____ no ____

7. Padece de rinitis. si ____ no ____

9 Alergia a algún tipo de alimento. _____

9. Padece asma. si ____ no ____

10. Padece de atopia si ____ no ____

11. Otra patología. _____

III. Principales diagnóstico: Señale con una X

a. La patología establecida como diagnóstico asocia microbiológicamente como:

Bacteriana _____

Fúngica _____

Viral _____

Parasitaria _____

Inmunológica _____

b. Dentro de la severidad de la enfermedad esta esta designada como:

Leve _____

Moderada _____

Severa _____

c. Amerito su ingreso a Hospitalizados en esta unidad.

Si _____ No _____

d. La patología diagnosticada requiere seguimiento:

Si _____ No _____

e. Referida a emergencia

Si _____ NO _____

f. La lesión elemental dermatológica fue descrita como: _____