

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO

**ESTÁNDARES DE MANEJO EN ENFERMEDADES
DERMATOLÓGICAS**

Estudio sobre la elaboración de estándares de manejo de las cinco principales enfermedades dermatológicas para personal médico y paramédico del primer nivel de atención en el departamento de Chiquimula, durante los meses de febrero a octubre de 2012.

MARSHA YAJAIRA MARITZA PINEDA ALDANA

CHIQUIMULA, GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 2012

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO

**ESTÁNDARES DE MANEJO EN ENFERMEDADES
DERMATOLÓGICAS**

Estudio sobre la elaboración de estándares de manejo de las cinco principales enfermedades dermatológicas para personal médico y paramédico del primer nivel de atención en el departamento de Chiquimula, durante los meses de febrero a octubre de 2012.

TRABAJO DE GRADUACIÓN

Sometido a consideración del Honorable Consejo Directivo

Por

MARSHA YAJAIRA MARITZA PINEDA ALDANA

Al conferírsele el título de

MÉDICA Y CIRUJANA

En el grado académico de

LICENCIADA

CHIQUIMULA, GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 2012

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO**



**RECTOR
LIC. CARLOS ESTUARDO GALVEZ BARRIOS**

CONSEJO DIRECTIVO

Presidente:	M.Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Representante de Profesores:	M.Sc. Edgar Arnoldo Casasola Chinchilla
Representante de Profesores:	Ph.D. Felipe Nery Agustín Hernández
Representante de Graduados:	Lic. Zoot. Alberto Genesio Orellana Roldán
Representante de Estudiantes:	Br. EibiEstephania Lemus Cruz
Representante de Estudiantes:	MEPU. Leonel Oswaldo Guerra Flores
Secretario:	Lic. Tobías Rafael Masters Cerritos

AUTORIDADES ACADÉMICAS

Coordinador Académico:	Ing. Agr. Edwin Filiberto Coy Cordon
Coordinador de Carrera:	Dr. Edwin Danilo Mazariegos Albanés

ORGANISMO COORDINADOR DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN

Presidente y Revisor:	Dr. Edwin Danilo Mazariegos Albanés
Secretario y Revisor:	Dr. Carlos Iván Arriola Monasterio
Revisor:	Dr. Rory René Vides Alonzo

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

A MIS PADRES

A MIS CATEDRATICOS

AL COORDINADOR DE CARRERA Y CATEDRATICO

Dr. Edvin Danilo Mazariegos Albanés

A MI REVISOR Y CATEDRÁTICO

Dr. Carlos Iván Arriola Monasterio

A MIS ASESORES DE TESIS Y TRABAJO DE CAMPO

Dr. Marco Alberto Salazar

Dra. Nancy Ofelia Che

Dr. Raúl Espina

Dra. Karla Santacruz

Dra. Gloria Enríquez

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

AL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE CUNORI

Por brindarme el conocimiento que hoy poseo

AL HOSPITAL MODULAR DE CHIQUIMULA “CARLOS MANUEL ARANA OSORIO” Y HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA

Por permitirme aprender la hermosa ciencia de la medicina, la relación médico paciente y darme las mejores experiencias de mi vida siendo una segunda y hermosa casa para mí. En sus pacientes, pasillos y servicios queda parte de mi historia.

ACTO QUE DEDICO

A DIOS

Por darme día con día el regalo de la vida, ser mi luz en medio de la oscuridad, mi fortaleza en los momentos de debilidad y dificultad, por darme la oportunidad de alcanzar una meta más.

A MIS PADRES

Maritza Lisett Aldana Castillo por ser la persona que es y ayudarme a mí a ser gran parte de la persona que soy, especialmente por su ejemplo de perseverancia y positivismo tan grande que siempre me ha dado, por enseñarme que si se sueña en grande se logra en grande.

Gracias por ser la fuerza y el empuje para seguir siempre en el camino a pesar de las dificultades del mismo, sabiendo que al final se llega al destino previsto y gracias principalmente por ser mi mayor ejemplo de ello.

Por haberme motivado con sus actitudes a superarme no solo como profesional sino como persona.

Gracias mamita por preocuparte por mi en todo momento y también por mis compañeros en las noches infinitas de estudio en las cuales nos llenabas de comida siempre para tener la energía que necesitábamos.

Gracias por los sacrificios hechos a fin de que el momento en el que estoy ahorita se llevara a cabo.

Henry Arnoldo Pineda López, por ser pilar fundamental para que pudiera alcanzar esta meta, quien siempre creyó en mí y me dio todo su apoyo y amor, gracias por su gran ejemplo de humildad y servicio tan necesario en esta carrera. Por sus palabras de aliento que siempre me ayudaron a seguir adelante y no abandonar este sueño.

Manuel Antonio López Arellano, por su cariño y apoyo en todo momento, por contar siempre con su ayuda incondicional, por llevarme al hospital cuando ya iba

tarde y evitarme así los tan indeseables turnos de castigo. Por ser quien me ha quitado muchas piedras del camino para que yo pudiera seguir adelante.

Gracias a ustedes por el apoyo, no solo material sino también moral, y sobre todo gracias por el amor que me brindan siempre, todo ello me tiene en el lugar que estoy y me hacen ser lo que soy. Los amo.

A MIS HERMANOS

María Alejandra y Manuel Antonio por su amor, por sus abrazos en todo momento, por enseñarme el arte de la paciencia y alentarme a ser siempre un buen ejemplo para ellos. Gracias por darme felicidad con su existencia.

A MIS ABUELOS

Berta Alicia y Efraín por estar siempre tan pendientes de mí, por darme su amor, su apoyo, por alentarme en los días difíciles y darme siempre los ánimos necesarios para seguir adelante. Los amo.

Gracias por creer en mí y porque sé que siempre he estado en sus oraciones.

A MI FAMILIA

Que es lo suficientemente numerosa para poder dar las gracias a cada uno por nombre, pero todos han estado siempre para apoyarme en una u otra circunstancia y quienes no han estado cerca me han protegido y ayudado a través de sus oraciones constantes. Gracias especialmente a mi tía Susi, por ser como es, la mejor de las tías y más que eso de las amigas, porque siempre fue mi apoyo, moral y espiritual. Por tomarme como su médico de cabecera y confiar siempre en mí. Gracias por estar pendiente de todo en mi vida y especialmente por cada detalle en esta tesis. A mis sobrinas Ivana, Ariana y Gaby que me hacen tan feliz por ser tan lindas. A mi tío Kita, mi tío Wilfredo mi madrina Norma y mi prima Chinita porque siempre han estado pendientes de todo y nunca han dudado en brindarme su ayuda cuando la he necesitado, muchas gracias.

Gracias a mi madrina Adelita, a mis tías y tíos a mis primas y primos, a todos, por estar siempre pendientes, por sus porras para seguir en la carrera y llegar hasta éste momento.

A MI NOVIO

Luis Francisco, a quién conocí una tarde mientras estudiaba anatomía y quien, desde ese momento, me ha acompañado en éste largo viaje, siendo mi mejor amigo, mi compañero y mi fuerza.

Gracias por motivarme siempre, por creer en mí, por todas las veces que me decías lo orgulloso que te sentías de mí y la fuerza que me dabas para seguir adelante con esas palabras.

Gracias por ser muchas veces mi alarma para seguir estudiando, para no llegar tarde al hospital o al turno.

Por todo lo que has compartido conmigo, por ayudarme a ser mejor persona, por levantarme en cada caída, por ser mi hombro y mi abrazo en mis momentos malos y multiplicar mi alegría en mis momentos buenos. Gracias por tus constantes “Vos podés”. Te amo.

A MIS PADRINOS Y ASESORES

Licenciado Hugo Castillo, gracias porque siempre me enseñaste a que uno debe trazarse metas grandes y cumplirlas, a que uno debe llegar a la cima y estando allí seguir subiendo, a que uno debe sobresalir, no solo como profesional, sino como persona y por ser un ejemplo de ello. Gracias porque, tal vez nuestras charlas eran cortas, pero siempre fueron lo suficientemente profundas para hacer un cambio importante en mi vida.

Doctor Luis Marroquín gracias por su amistad, por su ayuda incondicional especialmente en la recta final de este gran camino.

Doctora Nancy Ché, porque no solo ha sido una maestra sino una amiga, gracias por querer compartir sus conocimientos conmigo y darme siempre un gran ejemplo

de perseverancia. Gracias por la confianza que me ha dado y que también me ha hecho sentir. Verdaderamente es usted una gran maestra y un gran ejemplo a seguir.

Doctor Marco Alberto Salazar, por ser siempre un gran amigo y un excelente asesor, gracias Maquito por ayudarme en éste proyecto y por ser un gran compañero en la rotación de pediatría, no pude haber tenido en ese entonces mejor compañero de turno y servicio ni en este entonces mejor asesor de tesis, sos un ejemplo como médico y sobre todo como persona.

Doctora Gloria Enriquez, doctora Karla Santacruz y doctor Raúl Espina, gracias por su tiempo y apoyo en mis estándares de manejo, su experiencia, guía y corrección en cada uno de ellos fue mi mejor bibliografía.

A MIS CATEDRÁTICOS

Por compartir su sabiduría conmigo, por sus exigencias y regaños que siempre fueron para bien. Gracias a aquellos que no solo me enseñaron el arte de la medicina sino el arte de la humanidad y la perseverancia.

Gracias porque me impulsaron a ser un médico de excelencia en todo momento, por ser jefes y muchas veces amigos.

Gracias a aquellos que me dieron una palabra de aliento y fuerza para seguir adelante cuando el camino se tornaba más difícil, especialmente a los doctores Carlos Arriola, Marco Aurelio Somoza, Luis Daniel Barrios, y a las doctoras Nancy Ché, Odeth Chinchilla, Hilda de León, Alma Molina y Lilian Durán.

Gracias al Licenciado y director de CUNORI Nery Galdámez porque siempre demostró que más que la autoridad máxima, es un buen amigo, por desvelarse leyendo cada una de las tesis y haciendo más correcciones de las que uno quisiera tener, para poder vernos llegar a todos a éste gran momento.

A APROFAM Y PAZ Y BIEN

Por brindarme la oportunidad y sobre todo la confianza de ejercer como médico.

Especialmente a mi Jefe, el doctor Julio Espinoza, porque no solo es el mejor jefe del mundo sino una gran persona, gracias por su confianza, por su cariño, por sus palabras y por sus abrazos.

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS

Todos aquellos quienes convivieron conmigo durante este tiempo, y que con esa convivencia hicieron que la carrera fuera aún mejor y más bonita de lo que ya es por si sola, en especial a María Mercedes, Karlita, Walter, Kathy, Sofía, Mary, Mónica, Dulce, Maquito, Donald y Yohaira, los momentos extra e intrahospitalarios sin ustedes no hubieran sido los mismos. Gracias por compartir horas de estudio, alegrías, tristezas, desvelos y turnos. Momentos que sin duda alguna serán inolvidables.

Gracias al personal de la universidad, a Susan y Martita a quienes puse a correr o a esperarme en más de una ocasión y que siempre fueron amables y cariñosas en cada una de las cosas en las que me ayudaban. Al personal de enfermería de los hospitales en los que estuve, porque sin ellas me hubiera enredado mucho más de lo que me enredé, gracias por compartir sus conocimientos.

Gracias infinitas a todos quienes hacen posible el que yo llegue a éste momento, a quienes hicieron el camino más placentero, a quienes fueron quitando obstáculos, a quienes me dieron una mano y muchas veces un abrazo completo.

RESUMEN

Los estándares de atención en salud son un conjunto de lineamientos que contiene actividades y procesos en el ejercicio profesional médico y deontológico basadas en evidencia científica. Pueden ser conceptualizados como la definición clara de un modelo, criterio, regla de medida o de los requisitos mínimos aceptables para la operación de procesos específicos, con el fin de asegurar la calidad en la prestación de los servicios de salud.

En el departamento de Chiquimula en los últimos 5 años, del 2006 al 2011, se han contabilizado un total de 114,202 casos de enfermedades dermatológicas, según estadísticas sobre la morbilidad general de la Jefatura de Área de dicho departamento, quedando dentro de las primeras cinco causas: micosis superficiales (30,269 casos), impétigo vulgar (28,987 casos), escabiasis (15,601 casos), dermatitis atópica (5,316 casos) y urticaria (2,571 casos).

Los estándares se hacen con el fin de asegurar una mejor calidad en la prestación de los servicios de salud, aumentando los conocimientos de dichas dermatopatías, utilizando el cuadro clínico, la epidemiología y la evaluación adecuada del paciente.

Se hace una descripción de estándares en dichas dermatopatías para el personal médico y paramédico del primer nivel de atención de salud del departamento de Chiquimula, tomando en cuenta las recomendaciones y experiencias de algunos dermatólogos especialistas y del jefe del Centro de Salud del municipio de Chiquimula.

Los estándares tienen una serie de algoritmos de manejo, información detallada, concisa y básica, diferentes alternativas de tratamiento y un álbum fotográfico para facilitar el diagnóstico, manejo y tratamiento.

Los estándares son sencillos, accesibles y flexibles para ser utilizados por todo el personal médico y paramédico que labora en el primer nivel de atención de salud.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades dermatológicas están presentes entre las primeras causas de morbilidad de Guatemala, ocupando los primeros lugares de las mismas, así para el 2010 se ubican en el puesto número 13 de morbilidad general y para morbilidad infantil en el puesto número 6 (SIGSA 2010).

En el departamento de Chiquimula en los últimos 5 años, del 2006 al 2011, se han contabilizado un total de 114,202 casos de enfermedades dermatológicas, según estadísticas sobre la morbilidad general de la Jefatura de Área de dicho departamento. Llama la atención que de este número de casos 30,287 (26%), corresponde a dermatitis no específica, perdiendo totalmente el diagnóstico adecuado de la dermatopatía consultada, las cinco enfermedades dermatológicas que le siguen en número de casos son: Micosis Superficiales con 30,269 casos, Impétigo Vulgar con 28,987 casos, Escabiasis con 15,601 casos, Dermatitis Atópica con 5,316 casos y Urticaria con 2,571 casos; por lo que éstas se consideran como las cinco principales enfermedades dermatológicas y sobre las cuales se necesita, de forma urgente, un estándar de manejo que pueda ayudar a mejorar el diagnóstico y por ende el tratamiento y manejo de las mismas en los Centros de Atención de primer nivel (CNE 2006-2011).

Se realizaron 5 estándares de manejo para personal médico y paramédico del primer nivel de atención en salud, uno por cada dermatopatía, contando cada uno de ellos con algoritmos y álbum fotográfico que hace más fácil no solo el diagnóstico, sino el manejo y tratamiento.

INDICE

Contenido	Página
RESUMEN	i
INTRODUCCIÓN	ii
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
I.1 Antecedentes	1
I.2 Estudios y hallazgos	4
I.3 Definición del problema	7
II. DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO	8
II.1 Delimitación teórica	8
II.2 Delimitación geográfica	8
II.3 Delimitación institucional	9
II.4 Delimitación temporal	9
III. OBJETIVO	10
IV. JUSTIFICACIÓN	11
V. MARCO TEÓRICO	12
V.1CAPÍTULO I: Tecnologías sanitarias	12
V.2 CAPÍTULO II: Enfermedades dermatológicas	16
VI. DISEÑO METODOLÓGICO	30
VI.1 Área de estudio	30
VI.2 Sujeto de estudio	30
VI.3 Criterios de inclusión	30
VI.4 Criterios de exclusión	30
VI.5 Metodología para la elaboración de estándares	30

VI.6 Cronograma	33
VI.7 Recursos	34
VII. Descripción de estándares de manejo de Micosis Superficial, Impétigo Vulgar, Escabiasis, Dermatitis Atópica y Urticaria,	35
VII.1 Guía básica del estándar de fundamento y manejo del paciente con micosis superficial.	37
VII.2 Guía básica del estándar de fundamento y manejo del paciente con impétigo vulgar.	72
VII.3 Guía básica del estándar de fundamento y manejo del paciente con escabiasis.	78
VII.4 Guía básica del estándar de fundamento y manejo del paciente con dermatitis atópica.	85
VII.5 Guía básica del estándar de fundamento y manejo del paciente con urticaria.	97
VII.6 Guía rápida de manejo del paciente con micosis superficial, impétigo vulgar, escabiasis, dermatitis atópica y urticaria.	106
VIII. CONCLUSIONES	138
IX. RECOMENDACIONES	139
X. PROPUESTA	140
XI. ANEXOS	141
XII.BIBLIOGRAFÍA	149

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

I.1. ANTECEDENTES

Desde tiempos remotos se ha hecho importante el transmitir los conocimientos médicos de generación en generación para un mejor manejo de las enfermedades, así los Mayas dejaron plasmado en la historia sus conocimientos de la medicina en sus tiempos con rico material artístico en el cual destacan las enfermedades más importantes, los códices mayas, escritos indígenas y especialmente el Popol Vuh, así también cuentan con datos importantes, especialmente sobre epidemias y como tratarlas.

Las enfermedades dermatológicas han estado presentes en Guatemala, incluso desarrollando epidemias como se describe en el Popol Vuh, la epidemia “Chaac” constituida por cualquier tipo de lesión erosiva a nivel cutáneo (Abreu 2003).

En el año de 1778 se crea el Hospital General San Juan de Dios, y dentro de éste el departamento de enfermedades urogenitales y sífilis en el cual se recluyeron a los pacientes con lepra y enfermedades de la piel durante los años de 1778 a 1875. A partir de 1810 se comienzan a llevar informes y memorias de las diferentes enfermedades de dicho hospital, para el año de 1863 el Dr. Francis Abella había recolectado un informe con múltiples diagnósticos de enfermedades de la piel, enfermedades de las uñas y escrófulas y en 1964 el Dr. Eligio Baca presentó un informe en donde numerosos diagnósticos hacían referencia a ectima, impétigo, eczema, sarna y elefantiasis de los griegos. Haciendo ver con dichos informes que el número de enfermedades dermatológicas iba en aumento y para el mejor manejo de las mismas se necesitaba tener un mejor y mayor conocimiento y un servicio específico (Galimberti 2007).

En 1940 se inicia la especialidad de Dermatología en el Hospital General San Juan de Dios, como servicio y consulta externa, en 1945 el Dr. Fernando Cordero es nombrado jefe de servicio interno de Dermatología y durante los siguientes años se van integrando nuevos especialistas al servicio, incluso en 1988 se integra el Dr. Edgar

Pérez, dermatólogo pediatra, de modo que la dermatología y el manejo de las enfermedades de la misma comienza a tomar auge en el ámbito médico (Galimberti 2007).

En 1913, se crea, en el Hospital Militar dos pabellones para los pacientes con enfermedades dermatológicas y venéreas a cargo del Dr. Antonio Macal, continuando así con dicho servicio, haciendo mejoras en estructura, personal y manejo hasta que en 1970 se nombró médico asistente al Dr. Neftalí Villanueva, reorganizando el servicio de enfermedades de la piel contando con un jefe, un subjefe, servicios de internación y consulta externa. En Junio de 1975 el Hospital Militar se convierte en hospital escuela y en Julio de ese mismo año forman el módulo de dermatología, formando en 1978 la unidad de Dermatología Pediátrica. Las consultas al inicio se enfocan en pacientes militares y sus familiares, luego se extiende a civiles al evidenciar el alto número de población con enfermedades dermatológicas (Galimberti 2007).

En 1962 se inicia el Servicio de Dermatología en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, el cual estaba dentro del servicio de medicina interna pero con su propia consulta externa (Galimberti 2007).

En 1965 se forma la unidad de Dermatología y Alergia en el Hospital Roosevelt por el Dermatólogo Eduardo Tschen, la cual lleva actualmente su nombre y ésta unidad cuenta con consulta externa; hospitalización, cirugía e histopatología (Galimberti 2007).

En 1960 el Asilo de Piedad es nombrado Hospital Nacional Ramiro Gálvez, trece años más tarde se lleva a cabo la supresión del leprocomio como centro asistencial específico y la creación del instituto de dermatología y cirugía de la piel INDERMA bajo la dirección del Dr. Fernando A. Cordero C. El 9 de marzo de 1973 nace el Patronato de Acción contra la lepra, una asociación no lucrativa ni religiosa, apolítica y de beneficencia, cuyo objetivo principal es la lucha contra la lepra y enfermedades dermatológicas afines en Guatemala (INDERMA 2011).

A nivel departamental las unidades de dermatología en Hospitales Nacionales no se extienden sino hasta 1977 en Quetzaltenango, luego en Huehuetenango en 1978, Escuintla en 1983, Antigua Guatemala y Jutiapa en 1990, todos éstos con colaboración dermatológica en el Hospital Nacional de cada departamento sin tener en sí una unidad dermatológica fija (Galimberti 2007).

En Río Hondo, Zacapa se cuenta con una sede de INDERMA con Jefes dermatólogos y Residentes de segundo y tercer año del postgrado de dermatología en el cual se da servicio de Consulta Externa, histopatología y farmacia con medicamentos fabricados en INDERMA desde el año 2002 (INDERMA 2011).

Durante los últimos 5 años según datos de la Jefatura de área de Chiquimula las enfermedades dermatológicas se han ubicado entre los puesto 6 y 8 en morbilidad como enfermedades dermatológicas per sé, sin especificar diagnósticos exactos de las mismas, ya que para el 2011 el 25% de las ellas no estaban debidamente clasificadas (SIGSA 2006-2011).

I.2. ESTUDIOS Y HALLAZGOS

Hay múltiples estudios a nivel mundial que realzan la importancia de estándares de manejo para cada una de las enfermedades, ya que éstos proporcionan un documento sencillo, válido y confiable, con evidencia científica, como base y experiencia clínica utilizable a nivel de instituciones públicas de salud, por personal médico y paramédico.

Los estándares son acuerdos (normas) documentados que contienen especificaciones técnicas u otros criterios precisos para ser usados consistentemente como reglas, guías, o definiciones de características, para asegurar que los materiales productos, procesos y servicios se ajusten a su propósito, entre ellos, la salud (Martinez 2007).

Hay diferentes metodologías de enseñanza sanitaria, algunas complejas como tecnologías sanitarias y guías de la práctica clínica; otras rígidas como los protocolos, y unas más fáciles y flexibles como los estándares, que es un método que ha trascendido a través de los años hasta la actualidad.

En España el Ministerio de Sanidad Política y Social, y Plan de Calidad para el Sistema de Salud, se encarga constantemente de elaborar y actualizar estándares y recomendaciones con el objetivo de estar a disposición de: administraciones públicas sanitarias, sector privado y profesionales, contribuyendo a mejorar la calidad de atención en salud, la práctica médica y de la organización y gestión de los servicios y unidades Hospitalarias (Michelena *et al* 2009).

El Grupo de Trabajo de Educación de WONCA (Organización Mundial de Médicos de Familia – por sus siglas en inglés) está desarrollando, desde el 2010, un conjunto de estándares globales para la educación en medicina de familiar y comunitaria con el objetivo de elaborar patrones internacionales de enseñanza de medicina general para todos los niveles de educación en medicina en relación a las principales enfermedades que trata dicho rubro; el objetivo principal de ese relato es presentar los modelos validados para el manejo de las enfermedades más comunes a nivel de medicina general en el área iberoamericana (Pivaet *al* 2011).

Existen estudios sobre guías, protocolos y estándares de manejo en diferentes enfermedades dermatológicas, pero la mayoría son sobre una enfermedad específica y no sobre las más prevalentes, ni específicas para cada país.

Siendo la dermatitis atópica una de las principales consultas médicas en España a nivel de atención primaria, afectando hasta el 15% de la población, se elaboró una guía para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la misma durante el año 2003 denominada “Manejo de la Dermatitis atópica en atención primaria” en el Centro de Salud Francia I, Fuenlabrada, Madrid. Dicha guía hace énfasis en el diagnóstico temprano, el tratamiento adecuado, farmacológico y no farmacológico y el indispensable plan educacional para lograr un tratamiento integral y adecuado (Méndez *et al* 2003).

En el Instituto Nacional de Dermatología: “Centro dermatológico Federico Lleras Acosta”, Colombia, se realizó una guía de Manejo específica para enfermedades dermatológicas luego de desastres invernales, tomando como principales patologías: enfermedades micóticas, forúnculos y abscesos; enfermedades de la piel producidas por hacinamiento como pediculosis y escabiasis. La guía de manejo cuenta con puntos específicos de definición de la enfermedad, confirmación clínica, medidas de higiene, tratamiento, cada una acompañada de fotografías y flujogramas para hacer más fácil el diagnóstico y manejo de las mismas (Ortúa 2005).

En 1994 se creó la Sociedad de Dermatología Primaria en el Reino Unido con el fin de dar información sobre diagnóstico, manejo y tratamiento de las 20 enfermedades epidemiológicamente más comunes a nivel mundial, las cuales son: Acné, queratosis actínica, carcinoma basocelular, enfermedad de Bowen, Dermatitis Atópica, eczema, úlceras por insuficiencia venosa, melanoma, pitiriasis rosada, pitiriasis versicolor, prurito, psoriasis, rosácea, dermatitis seborréica, sarna, queratosis seborréica, carcinoma de células escamosas, tiñas, urticaria y verrugas. Si bien las guías de dichas enfermedades están disponibles para todo el personal médico y paramédico vía web, no son específicas para cada país ya que la epidemiología cambia y la última revisión de las mismas fue en 2008 (Cumlife2008).

En Guatemala el Instituto de dermatología y cirugía de piel INDERMA no cuenta con un protocolo de guía de manejo específico, únicamente con el protocolo de manejo de enfermedad de Hansen que proporciona la organización mundial de la salud y es específico únicamente para dicha enfermedad.

El Ministerio de Salud y Seguridad Social de Guatemala ha creado múltiples guías y protocolos con el fin de mejorar el sistema de salud primaria, sin embargo aún no se ha creado uno de enfermedades dermatológicas, aun cuando el número de consultas de las mismas es alto, por lo que no existe en Guatemala un protocolo o estándar de manejo para enfermedades dermatológicas.

I.3 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Dentro de las funciones de la salud pública está establecer investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras, con alianzas de centros de investigación e instituciones académicas, con desempeños de estándares óptimos definidos como niveles aceptables que deben relativizarse a la realidad global de la región.

En el Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala para el año 2006 estaban registradas 35 especialidades integradas por 1,861 profesionales, de los cuales 51 corresponden a dermatólogos, equivalente al 2.74% de los especialistas; de esos 51 dermatólogos, 1 radica en el municipio de Chiquimula con atención privada al paciente, ninguno a nivel de servicios públicos, menos en el nivel primario (Galimberti 2007).

Por otro lado, en el año 2011, según datos de la Jefatura de Área de Salud, en el departamento de Chiquimula se atendió un total de 633,849 casos, de éstos 17,422 eran dermatológicos (2.75%). De éste número de casos los tres primeros diagnósticos corresponden a impétigo primario, micosis cutánea y dermatitis no específica con 4,499 casos de esta última. Lo cual indica que un 25% del total de las dermatosis vistas no son adecuadamente diagnosticadas y por consiguiente no se da el manejo y tratamiento correspondiente (SIGSA 2011).

Chiquimula cuenta con un Hospital Nacional, 4 Centros de Atención Permanente, 7 Centros de Salud y 30 Puestos de Salud, manejados como centros de atención de primer nivel por médicos y personal paramédico y a estos puestos acude el gran porcentaje de patologías dermatológicas, ocupando el séptimo lugar en morbilidad a nivel de todo el departamento para el año 2011, pero es de igual manera donde las deficiencias en el diagnóstico y tratamiento se hacen más evidentes y por lo tanto se hace necesario la elaboración de un material didáctico y específico (estándar de manejo) de acuerdo al perfil epidemiológico de la zona, que garantice una adecuada calidad de atención sobre todo a la población de escasos recursos que no puede acceder a los servicios privados de un especialista (SIGSA 2011).

II. DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

II.1 DELIMITACIÓN TEÓRICA

Este trabajo pretende obtener estándares de manejo de las cinco principales enfermedades dermatológicas para los once Centros de Atención de primer nivel del departamento de Chiquimula, fundamentada en un carácter epidemiológico basado en la evidencia, en la experiencia y recomendación de tres dermatólogos especialistas.

II.2 DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA

El Departamento de Chiquimula, conocido en el ámbito guatemalteco como “La Perla de Oriente”, Se encuentra situado en la región Nor-Oriental de Guatemala, cuenta con una extensión territorial de 2,376 kilómetros (Km) cuadrados la cual está dividida en los siguientes municipios: Chiquimula, Camotán, Concepción Las Minas, Esquipulas, Ipala, Jocotán, Olopa, Quezaltepeque, San José La Arada, San Juan Ermita, San Jacinto (Waldheim 2009).

El departamento de Chiquimula, tiene una población actual de 370,881 habitantes según el censo 2011 realizado por el Instituto Nacional de Estadística (INE). Su clima es tropical variando de cálido a húmedo, cuenta con dos estaciones, verano e invierno, en la primera tiene a aumentar la incidencia de impétigo y en la segunda de micosis cutánea, que asociadas a higiene, ropa y calzado inadecuado tienden a presentar un mayor número de casos. El hacinamiento que se maneja, especialmente en el área Chortí también favorece el aumento de casos dermatológicos principalmente para escabiasis. En el área rural la principal fuente de trabajo es la agricultura, exponiendo a la mayoría de dicha población al contacto con diferentes alérgenos en las condiciones de protección menos adecuadas, aumentando así el riesgo de activar o reincidir en una dermatitis atópica o urticaria. La alimentación está dada principalmente por granos básicos (maíz y frijol), legumbres, ocasionalmente frutas y verduras y muy raras veces carnes. Esto lleva a una alimentación baja en proteínas y nutrientes esenciales para un estado nutricional adecuado. Un estado nutricional deficiente lleva a un sistema inmunológico igualmente deficiente aumentando el riesgo de contraer no solo una dermatopatía, sino cualquier tipo de enfermedad.

II.3 DELIMITACIÓN INSTITUCIONAL

El departamento de Chiquimula cuenta con 11 Centros de Salud que se dividen de la siguiente forma: 7 Centros de Salud que están conformados por los municipios del área Perla de la misma y son: Chiquimula, San José la Arada, Ipala, Concepción las Minas; Quetzaltepeque, San José la Arada y Esquipulas, y 4 Centros de Atención Permanente (CAP), los cuales están al servicio de la comunidad las 24 horas durante todos los días del año, ubicados en el área Ch'ortí conformada por los municipios de Camotán, Jocotán, San Juan Ermita y Olopa (SIGSA 2011).

Cada Centro de Salud y de Atención Permanente tiene la capacidad para atender 10,000 habitantes, brindando los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Para el 2010, según los datos estadísticos de la memoria de labores de Vigilancia Epidemiológica de la República de Guatemala, se contaba con una población rural de 275,613 habitantes en el departamento de Chiquimula y 19 médicos ambulatorios para las necesidades de los mismos; dentro de las 20 primeras causas de morbilidad general, el puesto 13 lo ocupan las enfermedades de la piel y dentro de las 10 primeras causas de morbilidad infantil, se encuentran en el puesto 6 (SIGSA 2011).

II.4 DELIMITACIÓN TEMPORAL

La presente investigación se desarrolló durante los meses de febrero a octubre del 2012.

III. OBJETIVOS

General:

1. Elaborar estándares de manejo para las cinco principales enfermedades dermatológicas a nivel de centros de atención primaria en el departamento de Chiquimula.

IV. JUSTIFICACIÓN

La Constitución Política de la República de Guatemala dice en su Artículo 94.- “Obligación del Estado, sobre salud y asistencia social. “El Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social.”

Sin embargo el artículo no llega a cumplirse en su cabalidad. Si bien el Estado crea protocolos y guías de manejo, éstos no cubren la totalidad de enfermedades vistas en centros de primer nivel, como en el caso de las dermatopatías que no cuentan con uno, aun cuando estas patologías se encuentran dentro de las primeras 10 causas de morbilidad, tal como lo registró la Jefatura de Área de salud de Chiquimula y donde en el 2011 se reportaron más de 17,000 casos y estos atendidos por personal del primer nivel de atención (SIGSA 2011).

Actualmente no se cuenta con una unidad o colaboración para atención de enfermedades dermatológicas en el Hospital Modular de Chiquimula, como tampoco en los Centros asistenciales a nivel de dicho departamento. De igual forma no se manejan guías, estándares y/o protocolos de dermatopatías en ninguno de los Hospitales que cuentan con servicios dermatológicos a nivel nacional.

Por esta razón se hace necesario la realización de estándares de manejo adecuado, actual, basada en la evidencia y adaptada a la epidemiología local, que permita un mejor diagnóstico, manejo y tratamiento de las principales enfermedades dermatológicas y que al mismo tiempo de la pauta para saber cuándo referir a un dermatólogo especialista de ser necesario, o luego de un tratamiento fallido, lo cual puede reducir el número de enfermedades dermatológicas mal diagnosticadas, y la morbimortalidad de las mismas.

V. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I: TECNOLOGÍAS SANITARIAS

La “Directiva de la Unión Europea de Dispositivos Médicos” define a las tecnologías sanitarias como cualquier instrumento, dispositivo, equipo, software, material o cualquier tipo de artículo, solo o combinado, utilizado específicamente para propósitos diagnósticos y/o terapéuticos que son necesarios para un mejor funcionamiento y la aplicación de los mismos sobre el ser humano. La principal utilidad de las mismas es la prevención, diagnóstico, control y tratamiento de una enfermedad, lesión o discapacidad (EuropeanCommission 2010).

V.I.1 Diferencias entre Estándares, Protocolos, Norma de Atención y Guía Práctica Clínica.

La creación de estos instrumentos se da para la utilización como herramientas contra la variabilidad en la práctica clínica y para la mejora de la calidad asistencial, además sirven para homologar el proceso de atención a las personas, mejorando la eficiencia y la toma oportuna de decisiones basado en evidencia científica (Otero 2005).

Las Guías de Práctica Clínica son documentos esencialmente orientadores, que resumen la mejor evidencia disponible, sobre la efectividad de las intervenciones utilizadas en el manejo de un problema o situación de salud. El método principal de estas son las “Revisiones Sistemáticas de la Literatura”. Con frecuencia incluyen una calificación de la calidad de la evidencia que apoya cada recomendación (López 2007).

La norma de atención contiene información semejante a una guía de atención o una guía de práctica clínica, pero esta tiene carácter impositivo a nivel del país y debe ser cumplida por todo centro de salud, público o privado (López 2007).

Los protocolos son instrucciones sobre manejo operativo de problemas de salud determinados, los que serán de carácter referencial. Dichos protocolos solo serán

obligatorios mediante resolución en caso que exista una causa sanitaria que lo amerite.

Preferentemente su extensión debe ser breve, debe reducir al mínimo indispensable la información sin valor práctico, las directrices deben ser claramente interpretables, precisas y sin ambigüedades (Rojas 2007).

Los estándares pueden ser conceptualizados como la definición clara de un modelo, criterio, regla de medida o de los requisitos mínimos aceptables para la operación de procesos específicos, con el fin de asegurar la calidad en la prestación de los servicios de salud (OPS 2007).

Se empleó el concepto de estándares de la Federación Mundial de Educación Médica (WFME), que define un estándar como un concepto, actividad o programa de estudios que conduce al desarrollo, mantenimiento y mejora de los conocimientos, habilidades y actitudes de un estudiante de medicina o de un médico de familia. También se definió que los modelos deberían tener un mensaje global, sencillo, directo, fácil de comprender, medible y aplicable en la gran mayoría de los países (Pivaet *al* 2011).

V.I.2 Estándares

Los estándares son requerimientos indispensables que debe cumplir un establecimiento de salud para garantizar una adecuada calidad en la prestación de salud, y serán sometidos a revisiones periódicas para su actualización en base a los logros obtenidos y a los avances científicos y tecnológicos en salud (Hidalgoet *al* 2002).

Un estándar representa un nivel de desempeño adecuado que es deseado y factible de alcanzar. Adicionalmente, la comprobación de ese logro debe ser demostrada por la organización que dice haber obtenido el nivel deseado de desempeño, ante lo cual es necesario que se cree un sistema explícito para verificar y calificar el grado del logro alcanzado. Es importante resaltar que cada uno de los estándares cuenta con

una particularidad en común: el Proceso de Mejoramiento Continuo. Este proceso, que parte desde la planeación, pasando por las labores de monitorización, identificación de prioridades, propuesta de evaluación de resultados y comunicación de los mismos, hace parte integral del núcleo a donde quiere apuntar el sistema de gestión de la calidad, y se desarrollen mecanismos de evidencia y soporte que permitan a todos los actores sociales constatar su compromiso con la gestión de calidad en Salud (Hidalgo *et al* 2002).

V.II.2.1. Beneficio de los estándares a la sociedad (ISO 2005).

Para los gobiernos, los estándares internacionales proporcionan las bases tecnológicas y científicas que sostienen salud, seguridad y la legislación ambiental.

Para quienes utilicen los estándares, la conformidad de los servicios a los estándares internacionales y nacionales proporcionan seguro sobre su calidad, seguridad y confiabilidad, contribuyendo a la calidad de la vida en general asegurándose de que el transporte, la maquinaria y las herramientas que utilizan sean seguros.

Los estándares tienden a beneficiar a la sociedad en el punto en el cual están calificados para su utilización y manejo seguros tanto para quien los utilice como para quien se aplique.

V.I.2.2 Principios para el desarrollo de estándares (Hidalgo *et al* 2002).

Sencillez: debe guiar la definición de los estándares, y los procedimientos de medición y verificación, de forma que sean entendibles y aplicables por todo el personal de salud.

Validez: Los estándares y sus indicadores de medición deben ser realmente esenciales, por ello su definición debe estar soportada en evidencia de una relación directa entre su presencia y la prevención de un riesgo prioritario para la vida y la salud en la prestación del servicio.

Confiabilidad: La forma de aplicación y verificación del estándar debe estar explícita y ser tan clara que permita una aplicación homogénea por los verificadores.

V.I.2.3. Tipos de estándares según su función: entre ellos se encuentran de especificación de técnica completa, código de prácticas recomendadas, tratamiento específico de información, Mínimo, Fundamentales (ISO 2005).

Para fines de este estudio se utilizará ISO 2005.

Los estándares de ISO son voluntarios, el hecho de que están desarrollados en respuesta a demanda del mercado, y basados en consenso entre los partidos interesados, aseguran la aplicabilidad extensa de los estándares. El consenso, como tecnología de desarrollo y de intereses de desarrollo requiere una revisión de sus estándares por lo menos cada cinco años para decidir si deban ser mantenidos, ser puestos al día o ser retirados.

V.I.3.Estructura de un estándar

Son normas de evolución constantes, que son introducidas de forma reglada mediante un proceso de varias fases (ISO 2005):

Identificación de necesidades, para que se pueda trabajar específicamente sobre las mismas y no sobre algo que no sea útil para lo cual se vaya a aplicar un estándar.

Programa de trabajo, el cual varía según el tipo de estándar que se realice. Aquí se deberá contar con un grupo de trabajo específico para el estándar que se desea realizar para la recopilación de información del mismo, de modo que dicha información sea válida y certera para poder trabajar en ella.

Elaboración de borradores, los cuales se irán formando con el grupo de trabajo teniendo ya un programa de trabajo establecido, aquí se va depurando la información que no es necesaria o confiable para tener un estándar aplicable y satisfactorio, que en cierto tiempo pueda irse actualizando en vez de eliminarse.

Consenso del borrador, en ésta parte ya se logró obtener toda la información del estándar para poder hacer el texto final del mismo.

Aprobación del texto final, el cual se hace por todo el grupo de trabajo luego de haber seguido cada uno de los pasos anteriores para tener de esa manera una formulación de estándar verdadera.

Revisiones, se realizan revisiones finales de contenido, sintaxis y ortografía para ver asegurar el estándar y hacerlo real.

CAPÍTULO II: ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS

V.II.1 GENERALIDADES

V.II.1.1 LA PIEL

La piel es el mayor órgano del cuerpo humano, embriológicamente deriva del ectodermo que da origen a epidermis, folículos pilosos, glándulas sebáceas y sudoríparas, uñas y melanocitos, y del mesodermo que origina el tejido conectivo, músculo piloerector, vasos y células de Langerhans y de la dermis (Arenas 2006).

Anatómicamente ocupa aproximadamente 1.85 m^2 , pesa alrededor de 4 kg, tiene un volumen de $4,000 \text{ cm}^3$ y mide 2.2 mm de espesor; los anexos de la misma son pelo corporal, piel cabelluda y uñas. Químicamente está compuesta por agua (70%), sodio, potasio, calcio, magnesio, cloro, glucosa, lípidos, colágeno y elastina. Histológicamente se distinguen la epidermis, dermis e hipodermis; la primera caracterizada por un epitelio plano estratificado, queratinizado formado por 5 estratos: basal o germinativo, espinoso o de Malpighi, granuloso, lúcido y córneo, la segunda, dermis, se clasifica en superficial o papilar, media o reticular y profunda (Arenas 2006).

Las funciones de la piel y de cuya armonía resulta la piel sana son: queratínica (que produce queratina), melánica (que sintetiza melanina), sudoral (que produce sudor y otras sustancias), sebácea (formadora del sebo) y sensorial (que es perceptiva) (Arenas 2006).

V.II.1.2. DEFINICIÓN Y PREVALENCIA DE DERMATITIS

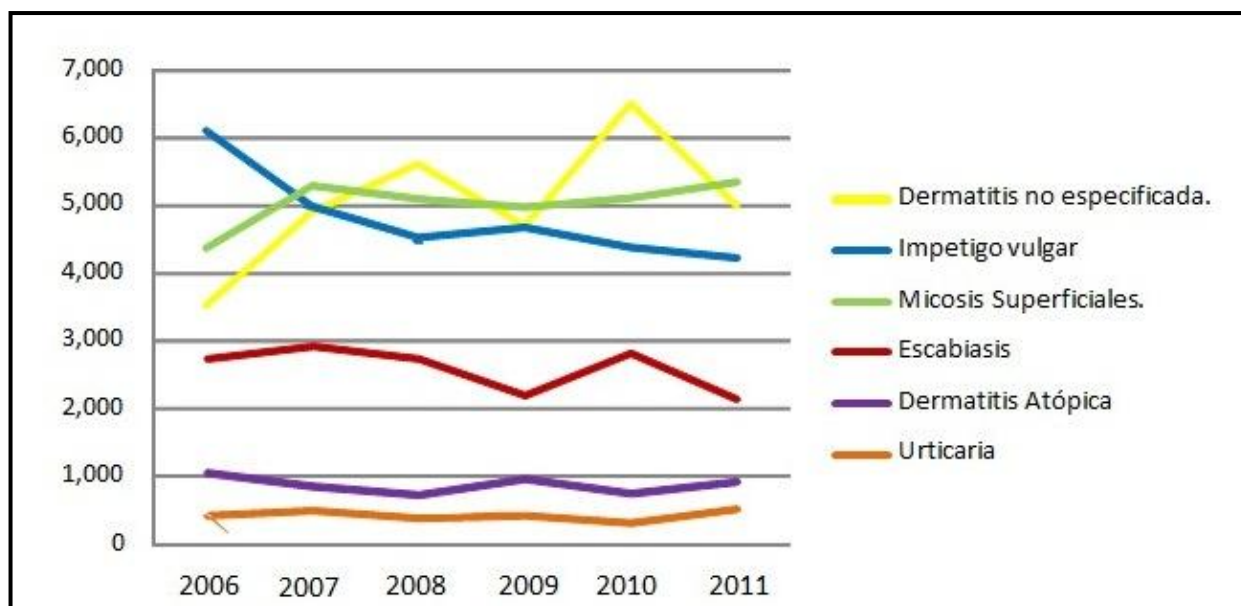
El término dermatitis se refiere a la inflamación de la piel que a menudo se presenta como respuesta alérgica o inflamatoria a diversos agentes químicos, proteínas, bacterias u hongos. Estos agentes pueden ser tanto endógenos como exógenos. No obstante en muchas dermatitis la causa se desconoce y no es fácil de identificar (Odomet *al* 2004).

Las enfermedades dermatológicas ocupan los primeros lugares en las causas de morbilidad general a nivel nacional, según las estadísticas de la Memoria de Vigilancia Epidemiológica de Guatemala, así para el año 2010 se ubicaba en el puesto número 13 de morbilidad general y en el número 6 de morbilidad infantil (SIGSA 2010).

En el departamento de Chiquimula, durante el año 2011 se atendió un total de 17,422 casos dermatológicos en Centros de Primer Nivel de Atención, de éste total, el 25% no tenía un diagnóstico definido (4,999 casos), y las principales cinco enfermedades dermatológicas fueron: micosis superficial, impétigo vulgar, escabiasis, dermatitis atópica y urticaria, según estadísticas de morbilidad total de la Jefatura de Área de Chiquimula (SIGSA 2011).

Cada año la incidencia de casos por dermatopatías aumenta, lo cual expone la necesidad de un plan de acción con el diagnóstico, manejo y tratamiento adecuado para las mismas, de modo que dichos casos puedan reducirse.

GRÁFICA 1. Enfermedades dermatológicas más frecuentes en el departamento de Chiquimula del 2006 al 2011.



Fuente: Morbilidad General de la Jefatura de Área de Chiquimula 2006 a 2011.

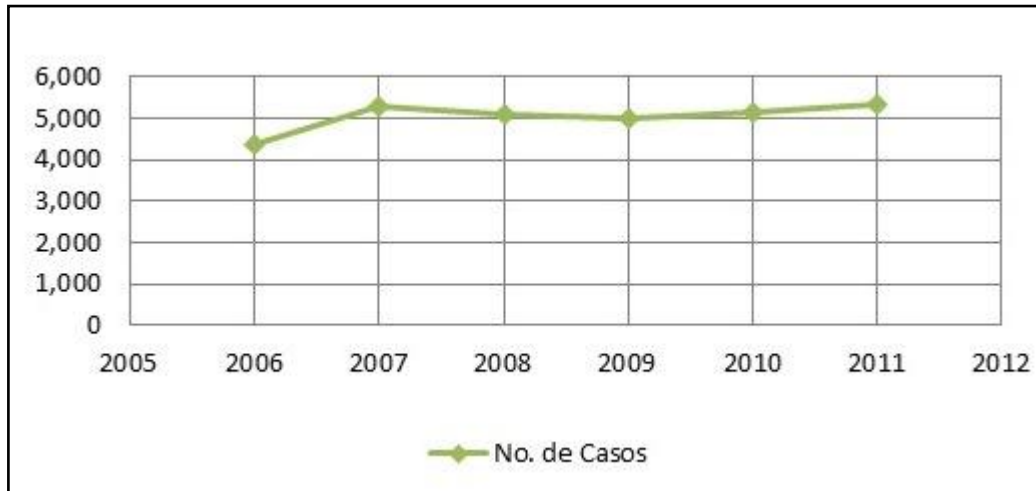
V.II.2 MICOSIS SUPERFICIALES

V.II.2.1 EPIDEMIOLOGÍA

Las miosis superficiales son las más comunes de todas las infecciones mucocutáneas, en el departamento de Chiquimula ocupa la segunda causa de infecciones dermatológicas produciendo un aproximado de 5,000 casos por año según las estadísticas de la Jefatura de Área de dicho departamento, casos que han ido en aumento de 4,371 en el año 2005 a 5,364 en el 2011.

Dichos casos son causadas por numerosos hongos que son capaces de invadir superficialmente la piel (epidermis, vello, folículo piloso, aparato ungueal) y mucosas (orofaringea y anogenital), y que tienden a aumentar en incidencia, especialmente en el área rural, por diferentes factores como el clima húmedo y cálido, el calzado, la higiene que manejan y su estado nutricional deficiente que los expone a contraer más fácil cualquier tipo de enfermedad al disminuir su sistema inmunológico.

GRÁFICA 2. Micosis superficial en el departamento de Chiquimula del 2006 al 2011



Fuente: Morbilidad General de la Jefatura de Área de Chiquimula 2006 a 2011.

Los principales hongos en las micosis superficiales son comensales del organismo que frecuentemente colonizan epitelio normal, como los dermatofitos, diferentes tipos de cándida y de *Malassezia*. Dichas infecciones pueden introducirse más profundamente en la piel en hospederos inmunocomprometidos (Wolff y Allen 2009).

V.II.2.2 CLASIFICACIÓN

Una forma habitual de clasificar las micosis ha sido dependiendo de su localización anatomoclínica, tanto sea en el huésped inmunocompetente como en el inmunodeprimido, y agrupando, en algunas ocasiones, diversos agentes etiológicos. De acuerdo a ese criterio podemos clasificar las micosis en: Superficiales, Cutáneas, Subcutáneas, Profundas o Sistémicas. (Rubio et al 2001)

Dentro de las micosis superficiales encontramos: (Wolff 2009)

- Dermatofitosis
 - Dermatofitosis de la Epidermis
 - Tiña de los pies
 - Tiña de las manos
 - Tiña inguinal
 - Tiña del cuerpo

- Tiña facial
 - Tiña imbricada
- Dermatomycosis del cabello
 - Tiña de la cabeza
 - Tiña de la barba
 - Folliculitis dermatofítica
 - Granuloma Majocchi
- Candidiasis
 - Candidiasis cutánea
 - Candidiasis orofaríngea
 - Candidiasis genital
 - Candidiasis en el aparato ungueal
 - Candidiasis mucocutánea crónica
- Infecciones por Malassezia
 - Pityriasis versicolor
 - Folliculitis por Malassezia
- Infecciones por Trichosporum
 - Tiña Nigra

V.II.2.2.1 DERMATOMYCOSIS (Rubio *et al* 2001)

Infección de los tejidos queratinizados (piel, pelos y uñas) ocasionada por un grupo de hongos queratinofílicos, taxonómicamente relacionados, a los que se ha denominado dermatofitos. La infección puede estar limitada a la capa córnea o llegar a estratos más profundos, sin invasión linfática.

Estas micosis cutáneas se encuentran entre las infecciones de mayor prevalencia en el mundo y, dado que producen lesiones fácilmente observables, su presencia en el ser humano está documentada a lo largo de la historia.

Los agentes etiológicos se clasifican en tres géneros diferentes: *Microsporum* (Gruby, 1843), *Trichophyton* (Malmsten, 1845) y *Epidermophyton* (Sabouraud, 1907). La descripción de los géneros se basa en la morfología de las conidias y organelos accesorios.

V.II.2.2.2 CANDIDIASIS

También conocida como Candidosis o Moniliasis, es un grupo de manifestaciones clínicas causadas por levaduras oportunistas del género *Candida*, en particular *Candida albicans*; pueden ser superficiales o profundas, con afección de piel, mucosas u órganos internos, y tener evolución aguda, subaguda y crónica (Arenas 2006).

La candidiasis afecta normalmente las zonas húmedas y cálidas de la piel y las mucosas, como axilas, boca, uñas, glande y vagina; las erupciones cutáneas asociadas con el uso de pañales suelen ser de este tipo. Representa un 25% de las micosis cutáneas (Arenas 2006).

Las levaduras *Candida* están comúnmente presentes en los seres humanos, y su crecimiento es normalmente limitado por el sistema inmune humano y por otros microorganismos, tales como bacterias ocupando el mismo lugar (nichos) en el cuerpo humano (Arenas 2006)

V.II.2.2.3. INFECCIONES POR MALASSEZIA

Las levaduras de género *Malassezia* forman parte de la microbiota de la piel en los animales de sangre caliente, particularmente de las áreas ricas en glándulas sebáceas (Crespo *et al* 2008).

Las levaduras del género *Malassezia* han sido implicadas en enfermedades dermatológicas como pitiriasis versicolor (principalmente), dermatitis seborreica, foliculitis, pitiriasis capitis, dermatitis atópica y blefaritis seborreica (Córdova *et al* 2012).

La ***pitiriasis versicolor*** es una infección micótica del estrato córneo de la piel, caracterizada por manchas hipercrómicas o hipocrómicas de forma irregular y que presentan una descamación fina. Las lesiones generalmente son asintomáticas y pueden confluir formando manchas extensas. Se localiza con mayor frecuencia en el tronco, cuello y los brazos, aunque se pueden observar en otras regiones corporales de acuerdo a los factores predisponentes de cada paciente. La infección se presenta a partir de la adolescencia y es raro encontrarla en personas de edad avanzada. Esta patología la describió Willan en 1801 y en 1846 Eichstedt, reportó por primera vez sus observaciones de levaduras y filamentos en escamas de pacientes con esta micosis (Crespoet *al* 2008).

La ***Foliculitis por Malassezia*** es la inflamación del folículo piloso y se presenta generalmente en donde abundan las glándulas sebáceas del tórax, una o ambas partes; en ocasiones hombros y cuello. Es más frecuente en jóvenes y adultos. Como síntomas pueden presentarse prurito, eritema, pápulas foliculares eritematosas o pústulas de 2-4 mm (Córdova *et al* 2012)

V.II.3 IMPÉTIGO VULGAR

También llamado impétigo contagioso, impétigo ampolloso, impétigo de Tilbury-Fox.

Es una dermatosis contagiosa y autoinoculable muy frecuente, particularmente en niños.

Se caracteriza por ampollas casi siempre efímeras, que son reemplazadas por pústulas las cuales se desecan con rapidez para formar costras meliséricas que recubre una erosión puramente epidérmica. Es originada por estafilococos, estreptococos o combinaciones de ambos. Las más frecuentes suelen ser estafilocócicas (Arenas 2006).

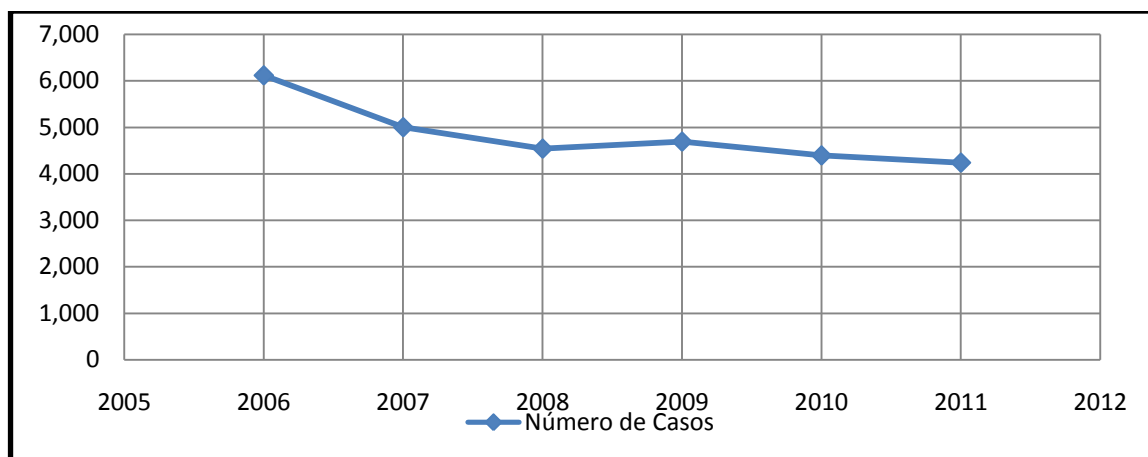
V.II.3.1. EPIDEMIOLOGÍA

Ocupa uno de los primeros lugares en la consulta dermatológica en niños; no hay predilección por sexo ni clase social; parece predominar en verano, climas tropicales y

en desnutridos; influyen en su frecuencia traumatismos, picaduras de insectos, infecciones piógenas extracutáneas y mala higiene personal (Wolff y Allen 2009).

Todas las causas anteriores son las que hacen que sea la tercera causa de morbilidad en el departamento de Chiquimula con una media de 2,900 casos anuales ya que en el área rural de dicho departamento se encuentran todos los factores de riesgo para impétigo vulgar. Si bien los casos han disminuido, la media se muestra relativamente igual en los últimos tres años.

GRÁFICA 3. Impétigo vulgar en el departamento de Chiquimula del 2006 al 2011



Fuente: Morbilidad General de la Jefatura de Área de Chiquimula 2006 a 2011.

Puede ser primario (aparecer sobre una piel sin dermatosis previa) o secundario (Sobre una dermatosis preexistente). La forma primaria se localiza a menudo alrededor de los orificios naturales: boca, fosas nasales, pabellones auriculares y ojos. La forma secundaria o impetiginización puede aparecer en cualquier parte del cuerpo (Arenas 2006)

El alto número de pacientes desnutridos y faltos de una higiene adecuada en el departamento de Chiquimula, expuestos generalmente a más de una patología, y con lesiones dermatológicas por el área en la cual se encuentran geográficamente y los trabajos de campo que realizan hacen más vulnerable a padecer cualquiera de los dos tipos de impétigo vulgar.

V.II.4 ESCABIASIS

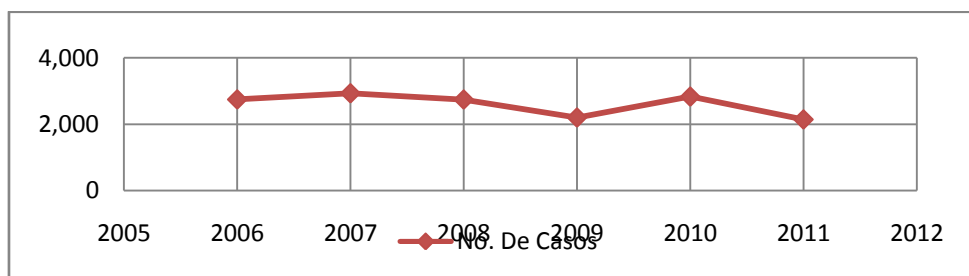
La escabiasis o sarna corresponde a una ectoparasitosis cutánea producida por el ácaro *Sarcoptes scabiei* variedad *hominis* que afecta a la piel y se caracteriza por la presencia de lesiones eritematosas, pápulo-vesiculosas altamente pruriginosas, cubiertas de costras melicéricas, y presencia de surcos lineales o túneles cutáneos que excavan las hembras. Afecta a varios miembros de un grupo familiar o de grupos cerrados. La escabiasis se favorece por el hacinamiento, la promiscuidad y la falta de higiene (Johnston y Sladden 2005).

V.II.4.1. EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia real se desconoce, pero se sabe que está aumentando desde 1977. En recientes publicaciones se estima una prevalencia global de 300 millones de afectados en todo el mundo. Se trata de un auténtico problema de salud pública. En Chiquimula conforma la cuarta causa de morbilidad dermatológica produciéndose una media de 3,000 casos por año (Pérez *et al* 2004).

Las familias numerosas viviendo en hacinamiento y compartiendo los mismos artículos hacen más fácil el contagio de escabiasis y el aumento del número de casos de la misma. Un plan de acción completo con promoción y prevención además de curación en sí, se hace más que necesario para manejar los casos de escabiasis, con el propósito de disminuir el número de los mismos, ya que en los últimos cinco años su morbilidad se ha presentado muy variable.

**GRÁFICA 4. Escabiasis en el departamento de Chiquimula
del 2006 al 2011.**



Fuente: Morbilidad General de la Jefatura de Área de Chiquimula 2006 a 2011.

V.II.5 DERMATITIS ATÓPICA

La dermatitis atópica es un proceso inflamatorio que se distingue por alteraciones cutáneas de morfología y distribución típicas, con prurito intenso de predominio nocturno, evolución crónica recidivante, de carácter estacional, con antecedentes familiares y personales de atopía. En la piel genéticamente predispuesta, seca e hipersensible, actúan factores inmunitarios y de otros tipos que generan reacciones anormales a múltiples estímulos endógenos y ambientales. El diagnóstico es clínico y generalmente se logra por un grupo de signos y síntomas conocidos como criterios de Hanifin y Rajka.

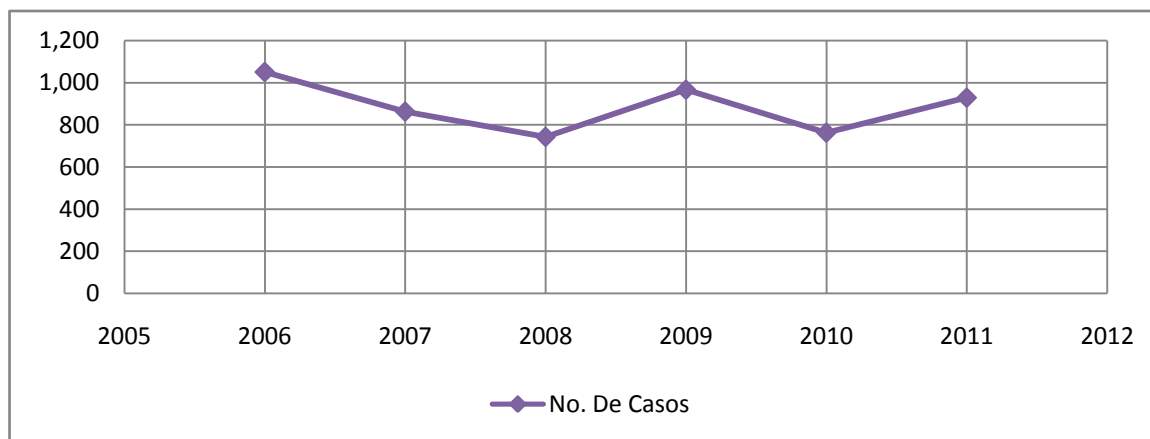
Los pacientes con dermatitis atópica pueden tener signos clínicos típicos, o bien, variedades mínimas y localizadas, consideradas estigmas de constitución atópica. En algunos pacientes pueden verse variantes clínicas y morfológicas con sitios especiales de localización, denominadas variedades atípicas de la dermatitis atópica. La identificación de éstas permite hacer el diagnóstico diferencial y establecer el diagnóstico de la enfermedad para iniciar el tratamiento (Rivera *et al* 2007).

V.II.5.1. EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia de la dermatitis atópica se ha triplicado en los últimos 30 años, especialmente en países industrializados. Actualmente se estima que el 10% de la población en general la padece.

En las consultas de atención primaria, pediatría y dermatología los casos aumentan suponiendo hasta la mitad de las consultas en ésta última, y es la cuarta causa de consulta dermatológica en centros de atención primaria del departamento de Chiquimula con una media de 1,000 casos anuales en los últimos 5 años.

**GRÁFICA 5. Dermatitis atópica en el departamento de Chiquimula
del 2006 al 2011.**



Fuente: Morbilidad General de la Jefatura de Área de Chiquimula 2006 a 2011.

La dermatitis atópica es una enfermedad que podría ser difícil de diagnosticar si no se cuenta con el conocimiento adecuado de la misma, se necesita cumplir con ciertos criterios y ser muy meticuloso en historia clínica y examen físico que es con lo que principalmente se cuentan en los Centros de Atención Primaria. De esa forma se podrá, no solo hacer un diagnóstico y tratamiento adecuado, sino disminuir recidivas y de esa forma el número de casos de la misma.

V.II.5.2. CLASIFICACIÓN

Se clasifica en formas clínicas en función de la edad del paciente, siendo la morfología y la distribución de las lesiones característica en cada etapa:

a) Etapa infantil precoz. Desde las 6-8 semanas de vida hasta los 2 años. Inicialmente aparece una erupción pruriginosa simétrica en ambas mejillas, frente y cuello respetando las regiones periorcarias, perioral y raíz nasal (zonas seboreicas), y posteriormente tiende a diseminarse.

b) Etapa infantil tardía. Desde los 2 años a la pubertad. Los niños se muestran inquietos por el prurito. Es característico observar lesiones tipo prurigo y placas

eccematosas en pliegues y flexuras que tienden a liquenificarse por el rascado. Se asocia a xerosis, pitiriasis alba, queratosis pilar, dermatosis friccional, queilitis descamativa, dermatitis palmo-plantar juvenil, pliegue de DennieMorgan o intertrigo infraauricular.

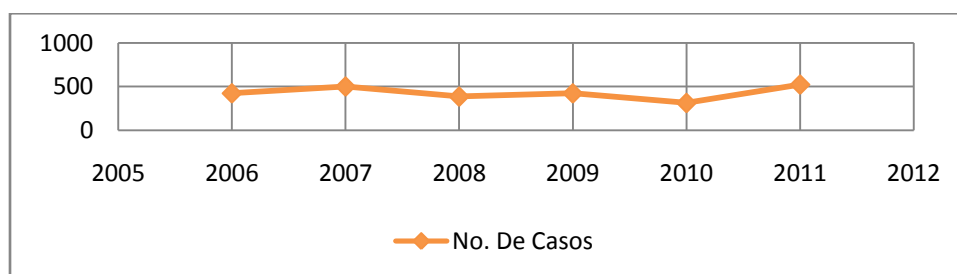
c) Etapa del adulto. Desde la pubertad hasta la edad adulta. Se caracteriza por placas engrosadas y liquenificadas preferentemente en la cara, pliegues, dorso de manos y pies. Se asocia a eccema numular y dishidrosis palmoplantar. El estrés propio de esta edad puede exacerbar o desencadenar brotes de Dermatitis atópica (Guerrero 2008).

V.II.6. URTICARIA

La urticaria es un trastorno dermatológico que desde hace mucho tiempo se considera un problema de salud pública importante, no por su gravedad, sino por su frecuencia y la dificultad para identificar el factor desencadenante, lo cual la tiende a convertir en una enfermedad crónica.

Se estima que del 15 al 23% de la población general ha tenido al menos un cuadro de urticaria en su vida. En el departamento de Chiquimula ocupa, en consulta en Centros de Salud de atención primaria, el puesto número 5 de la morbilidad en dermatopatías con una media de 450 casos anuales, los cuales han ido en aumento en los últimos 5 años.

**GRÁFICA 6. Urticaria en el departamento de Chiquimula
del 2006 al 2011.**



Fuente: Morbilidad General de la Jefatura de Área de Chiquimula 2006 a 2011.

Su diagnóstico es fundamentalmente clínico. La roncha o habón presenta tres características típicas: 1) Edema central de tamaño variable, casi que invariablemente circundado por un eritema reflejo; 2) Prurito asociado y a veces sensación de quemazón; 3) Naturaleza evanescente, con la piel retornando a su aspecto normal generalmente dentro de una a veinticuatro horas. El angioedema es definido por: 1) edema súbito y pronunciado de la dermis profunda y subcutánea; 2) mayor frecuencia del síntoma, dolor en relación al prurito; 3) acometimiento frecuente de membranas mucosas; 4) resolución del cuadro alrededor de setenta y dos horas (Zuberbier 2009).

V.II.6.1. CLASIFICACIÓN

Antes clasificada como una enfermedad única, la urticaria es hoy entendida como un grupo de enfermedades agrupadas sobre el mismo nombre en virtud de la presencia de la lesión común que se denomina roncha o habón y que representa el edema y el eritema de la dermis superficial. Puede o no ser acompañada de angioedema, que representa el edema de la dermis profunda, del tejido celular subcutáneo y del tracto gastrointestinal. (Zuberbier 2009)

La Urticaria ha sido clasificada de acuerdo con diversos parámetros. De acuerdo con su duración se la divide en: Aguda, la que dura menos de 6 semanas y Crónica, la que dura más de 6 semanas. Por los mecanismos implicados se la ha dividido en 2 grandes grupos, Urticaria Inmunológica y Urticaria no Inmunológica, cada uno de los cuales presenta subgrupos.

Una de las clasificaciones más usadas en la actualidad la de Zuberbier y col. la misma mencionada a continuación.

Clasificación de la Urticaria

CLASIFICACIÓN	TIPO
Urticaria común	Aguda Crónica
Urticarias Físicas	Dermografismo Urticaria por presión Urticaria por frío Urticaria por calor Urticaria solar Urticaria vibratoria
Tipos especiales De Urticaria	Urticaria colinérgica Urticaria adrenérgica Urticaria por contacto (alérgica opseudoalérgica) Urticaria Acuagénica
Patologías asociadas a Urticaria	Urticaria pigmentosa (Mastocitosis) Vasculitis Urticariana Angioedema Hereditario

(Zuberbier 2009)

VI. DISEÑO METODOLÓGICO

VI.1. Área de estudio

Cinco principales enfermedades dermatológicas según datos de Jefatura de Área en los Centros de Salud de cada uno de los municipios del departamento de Chiquimula.

VI.2. Sujeto de estudio

Cinco principales causas de morbilidad de enfermedades dermatológicas en el departamento de Chiquimula según reporte de morbilidad general de la Jefatura de Área de dicho departamento del 2006 al 2011.

VI.3. Criterios de inclusión

Las cinco principales causas de morbilidad de enfermedades dermatológicas según reporte de Jefatura de Área de Chiquimula, en adultos y niños de todas las edades y en ambos sexos.

VI.4. Criterios de exclusión

A partir de la sexta causa de morbilidad en adelante de enfermedades dermatológicas. Causas de morbilidad general diferentes a enfermedades dermatológicas.

VI.5. Metodología para la elaboración de estándares

VI.5.1. Identificar y concretar el problema

Pertinencia: determinada por las necesidades de salud prioritarias.

Magnitud: relacionada con la frecuencia y gravedad con que se presenta el problema.

Trascendencia: se refiere a la repercusión del problema en la comunidad.

Vulnerabilidad: qué tan eficaces son las intervenciones ante el problema.

Factibilidad: capacidad de solucionar el problema en el contexto.

VI.5.2. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

Se buscará, recolectará y seleccionará la información actualizada, basada en la evidencia, publicada en documentos de una fuente confiable y con base epidemiológica de acuerdo a la región. Siempre y cuando se aplique a la mayoría de casos incluidos en el estudio y a los recursos con que cuenta esta institución.

VI.5.3. Elaboración de borradores

Se procesa y organiza toda la información recolectada, para dar resultado estándares borradores, y de ésta información se obtendrá una boleta de validación de estándares.

VI.5.4. Crear un grupo de trabajo institucional

Conformado por tres especialistas en dermatología y un médico representante de Centros de Salud, que permite interpretar con mayor objetividad, profundidad y perspectiva el manejo de las diferentes enfermedades dermatológicas a estudio.

Existen varios métodos grupales de consenso para llevar a cabo la toma de decisiones, entre ellos que se encuentran: técnica Delphi, técnica Delphi Modificada, de Grupo Nominal, Conferencia - Consenso, y Método Rand.

Para la mejor realización de los estándares de dicha investigación se decidió utilizar la Técnica Delphi Modificado el cual se divide en dos rondas, la primera ronda consiste en enviar información y cuestionarios por correo a un grupo de expertos para que califiquen una serie de recomendaciones. Estas calificaciones se resumen y reenvían a los expertos de manera interactiva, para evaluar la posibilidad de que haya cambios en la calificación que permita llegar a un mayor grado de acuerdo. Los participantes no se relacionan entre sí. Las opiniones de los participantes se agregan por métodos estadísticos. La segunda ronda consiste en la interacción cara a cara o vía telefónica, en ésta investigación se realizará cara a cara, para la discusión conjunta de lo determinado en la primera ronda y las recomendaciones finales de la misma. Dicho método tiene como ventaja que se logra un buen intercambio de información entre una cantidad

importante de personas sin gran coste en la primera ronda y con su modificación de la segunda ronda se logra unificar el criterio de las mismas, entrando a debate y discusión para hacer los estándares más sólidos.

VI.5.5. Elaboración de borradores

Se procesa y organiza toda la información recolectada, para dar como resultado estándares borradores.

A estos estándares se agregará un álbum fotográfico de cada una de las dermatopatías para que sea más fácil identificarlas, diagnosticarlas y tratarlas.

VI.5.6. Consenso de borradores

Se envía el documento borrador a cada dermatólogo especialista y médico representante de Centros de Salud del departamento de Chiquimula, los cuales clasificarán dichos estándares en:

No confiable: El estándar no es recomendado.

Código de práctica recomendada

Conjunto de recomendaciones metodológicas y organizativas a un área concreta de actividad (Si dicha práctica es Recomendada).

Mínimo

Especificación de un núcleo de implementación obligatoria en estructuras de datos con el fin de garantizar criterios de interoperabilidad entre sistemas, fija la calidad mínima exigida (Si dicha Práctica es de carácter Obligatorio).

Fundamentales

Se ocupa de aspectos como terminología, convenciones, signos, medidas, simbología. Si dicho estándar solo aporta información pero queda a criterio clínico utilizarla o no.

VI.5.7. Presentación de resultados

Se hace un texto final del estándar luego de haber recopilado y validado la información con el grupo de dermatólogos especialistas utilizando la técnica Delphy Modificado, para poder ser presentado.

El estándar se realizará en el programa Microsoft Publisher, por apartados en capítulos para cada enfermedad llevando cada una definición, epidemiología, manejo y tratamiento. Elaborando flujogramas para hacer la información más resumida y mejor utilizable. Además se agregará un álbum fotográfico para poder identificar mejor las dermatosis que se presenten.

VI.6. Cronograma

Actividad	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sept	Oct.
Surge la idea de investigación									
Revisión de literatura									
Planteamiento del problema									
Justificación									
Elaboración de los objetivos									
Aprobación del punto de trabajo de graduación									
Elaboración de protocolo.									
Trabajo de Campo.									

VI.7. Recursos

VI.7.1. Humanos

- 1 Investigador.
- 2 Asesores.
- 1 Revisor.
- 3 Dermatólogos especialistas.
- 2 Médicos Representantes de Centros de Salud.

VI.7.2. Físicos

VI.6.2.1. Materiales y suministros

- Biblioteca del Centro Universitario de Oriente
- Libros, Revistas, Tesis.
- 1 Modem de Internet.
- Útiles de oficina

VI.7.2.1. Mobiliario y equipo

- Una computadora portátil.
- Impresiones de guías borrador.

VI.7.3. Económicos

Para los recursos financieros se realizó el siguiente presupuesto: transporte Q500.00, útiles de oficina Q100, energía eléctrica Q200.00, internet Q300.00, impresiones y fotocopias Q500.00, haciendo un total aproximado de Q1,600.00

DESCRIPCIÓN DE ESTÁNDARES EN
MANEJO DE

MICOSIS SUPERFICIALES

IMPÉTIGO VULGAR

ESCABIASIS

DERMATITIS ATÓPICA

URTICARIA

PARA PERSONAL

MÉDICO Y PARAMÉDICO DEL
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE
SALUD DEL DEPARTAMENTO DE
CHIQUEMULA.

En el departamento de Chiquimula en los últimos 5 años, del 2006 al 2011, se han contabilizado un total de 114,202 casos de enfermedades dermatológicas, según estadísticas sobre la morbilidad general de la Jefatura de Área de dicho departamento:

CUADRO 1. Principales dermatopatías en el departamento de Chiquimula durante el 2006 al 2011.

DERMATOPATÍA	No. DE CASOS 2006 a 2011
Dermatitis no específica	30,287
Micosis superficiales	30,269
Impétigo vulgar	28,987
Escabiasis	15,601
Dermatitis atópica	5,316
Urticaria	2,571

Fuente: SIGSA 2006 – 2011

Dado que la población de mayor riesgo en salud y menor atención al mismo es el área rural, con un total de 275,613 habitantes (76% de la población total del departamento de Chiquimula) según CENSO 2010, se realizan los estándares en las principales 5 dermatopatías para uso del personal médico y paramédico del primer nivel de atención en salud, el cual está conformado por 7 Centros de Salud (Municipios del área Perla), 4 centros de atención permanente (CAP) (Municipios del área Chortí) y 30 Puestos de Salud que son atendidos por médicos generales, estudiantes de medicina en ejercicio profesional supervisado (EPS), Técnicos en enfermería y auxiliares de enfermería.

Se cuenta con equipo de medicina general básico y medicamento limitado en variedad y cantidad, para cubrir las principales causas de morbimortalidad. Sin embargo, éste no tiende a ser el adecuado o suficiente; aumentado el riesgo de que el paciente se complique o tenga múltiples recidivas de una patología específica.

Los siguientes estándares se hacen con el fin de asegurar una mejor calidad en la prestación de los servicios de salud, aumentando los conocimientos de las 5 dermatopatías con mayor morbilidad en el departamento de Chiquimula, utilizando la historia clínica como recurso para obtener la mejor y mayor información que, aunado con el cuadro clínico de la enfermedad, la epidemiología y la evaluación adecuada del paciente lleve al clínico a un diagnóstico acertado para brindar un tratamiento y manejo específico y adecuado, no solo para tratar al paciente, sino para prevenir nuevos casos y reconsultas por recidivas para disminuir el número de casos al mínimo posible.

***Guía básica de estándares
de fundamento y manejo
del paciente con
Micosis superficiales.***

GENERALIDADES DE MICOSIS SUPERFICIALES

Las micosis superficiales son un grupo de enfermedades producidas por hongos que afectan la capa córnea de la piel, mucosas y anexos (pelos y uñas).

EPIDEMIOLOGÍA (Arenas 2006) / (Wolff *et al* 2009)

- Son las más comunes de todas las infecciones mucocutáneas, ocupando en el departamento de Chiquimula una media de 5,000 casos anuales (CNE 2006-2011) y a nivel centroamericano, las tiñas se encuentran en las primeras 10 causas de consulta externa en primer y segundo nivel de atención de salud.
- La aparición de estas micosis depende de factores tales como calor, humedad, maceración, microtraumatismos cutáneos, y otros de orden general como la genética, edad, raza, sexo, profesión e inmunidad mediada por células.
- La distribución es mundial, la tiña de la cabeza se observa en niños (98%) y ocasionalmente en mujeres adultas; predomina el estrato socioeconómico bajo con una frecuencia del 3 al 28%, así como los climas tropicales y subtropicales.
- La tiña del cuerpo aparece a cualquier edad y en ambos sexos, con frecuencia del 15 al 25%.
- Las tiñas de la ingle y de los pies predominan en varones adultos, y la frecuencia es de 15 y 20 a 51% respectivamente.
- Las onicomycosis se observan en 18 a 60% de las onicopatías y en 30% de las dermatofitosis, predominan en varones adultos, 54 a 70% dependen de dermatofitos, alrededor del 8% de éstas se observan en niños.
- Del 15 a 40% de pacientes con SIDA tienden a presentar dermatofitosis.

Cuadro 1. Clasificación de Micosis Superficiales (Wolff 2009)

Dermatofitos	Dermatofitosis de la Epidermis	Tiña Facial Tiña de las uñas Tiña de los pies Tiña de las manos Tiña inguinal Tiña del Cuerpo
	Dermatofitosis del cabello	Tiña de la cabeza Tiña de la barba
Candidiasis	Candidiasis del aparato ungueal Candidiasis cutánea Candidiasis oral Candidiasis genital	
Infecciones por Malassezia Furfur	Pitiriasis versicolor Foliculitis Pitiriasiforme	

(Elaboración propia 2012)

1. DERMATOFITOSIS

GENERALIDADES

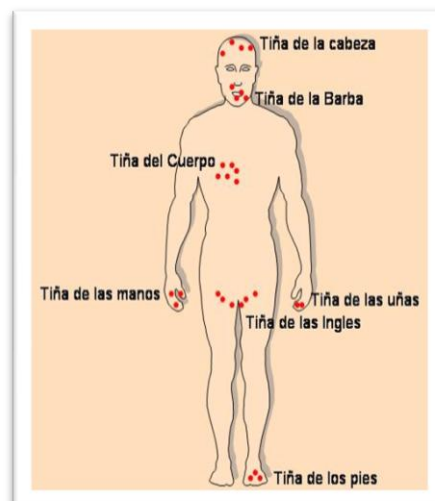
Se conoce con este nombre a un grupo de padecimientos de la piel y sus anexos, ocasionados por hongos queratinofílicos denominados dermatofitos que pertenecen a tres géneros:

1. *Microsporum* (afecta piel y pelos),
2. *Trichophyton* (afecta piel, pelos y uñas) y
3. *Epidermophyton* (afecta piel y uñas).

Estos hongos pueden ser, de acuerdo a su hábitat: antropofílicos, zoofílicos y geofílicos.

En el caso de los antropofílicos, tienen únicamente al hombre como huésped y reservorio (*T. tonsurans*, *T. rubrum*, *E. floccosum* y *T. mentagrophytes* variedad *interdigitalis*, *T. violaceum*, *T. schoenleini*, *T. concentricum*).

Los zoofílicos, parasitan determinados animales, infectando al hombre por contacto directo o por fómites (*M. canis*, *T. verrucosum* y *T. mentagrophytes* variedad *granular*). Las especies geofílicas tienen su hábitat natural en el suelo (*M. gypseum*, *M. fluvium* y *T. terrestre*), desde donde tienen la capacidad de parasitar al ser humano. (Padilla 2003)



1.1. DERMATOFITOSIS DEL CABELLO

1.1.1. TIÑA DE LA CABEZA O TINEA CAPITIS

Es la dermatofitosis mundial más común en los niños, es causada por especies del género *Microsporum* (*M. canis* 80%) y *Trichophyton* (*T. tonsurans* 15%), pueden presentarse casos raros en adultos de sexo femenino.

EPIDEMIOLOGÍA (Wolff *et al* 2008)

- Se presenta en un 98% en niños especialmente entre los 3 a 14 años.
- En adultos es raro y se presenta, por lo general, en sexo femenino.
- La transmisión aumenta con la disminución de higiene personal.
- El riesgo de transmisión aumenta al compartir gorras, sombreros, juguetes, almohadas o cobertores de almohadas.
- Es más común en países tropicales y subtropicales.
- La transmisión se incrementa en niveles socioeconómicos bajos.

Cuadro 2. Clasificación de Tiña de la cabeza.

TIPO	CUADRO CLÍNICO
Tiñas Secas	Tiña Microspórica: Generalmente está constituida por una placa pseudoalopécica circular, con escama, de tamaño variable bien limitada; los pelos son regularmente afectados, rotos a un mismo nivel, más o menos 5-10mm de la superficie cutánea y están envueltos por una vaina blanquecina. Hay diferentes grados de prurito.
	Tiña Tricofítica: Se caracteriza por la presencia de pequeñas y numerosas placas pseudoalopécicas con escama en su superficie en forma de W o Z en donde los pelos parasitados se encuentran mezclados con los pelos sanos, dichos pelos se ven como puntos negros engastados en el orificio folicular, estas placas pueden confluir afectando gran parte de la piel cabelluda. Esta dermatosis es pruriginosa.

Tiña inflamatoria o Querión de Celso	En la tiña inflamatoria la sintomatología no depende exclusivamente de la acción del hongo, sino de la respuesta inmunitaria del huésped que trae como consecuencia un estado inflamatorio defensivo. Se caracteriza por presentar una placa pseudoalopécica dolorosa con eritema, inflamación, aparición de numerosas pústulas y abscesos, con desarrollo en ocasiones de una prominencia cubierta por costras seropurulentas o serohemáticas, encontrándose además adenopatía regional dolorosa. A diferencia de las tiñas secas donde las lesiones curan sin secuelas, en el área afectada puede quedar alopecia permanente.
Tiña Fávica	Agente causal es <i>Trichophytonschonlëi</i>. Puede invadir toda la piel cabelluda y extenderse a la piel lamiña y las uñas. Los pelos están decolorados, sin brillo, no se rompen a corta distancia de la piel, son más largos que los de otras tiñas; existe además el rodete fávico, pequeñas costras amarillentas, cóncavas y centradas por un pelo constituidas por el micelio del hongo, que despide un olor característico, inicia como una foliculitis que progresa, al desaparecer, como una zona alopécica por destrucción de la matriz.

(Elaboración propia 2012)

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico será clínico-epidemiológico al no contar con pruebas de gabinete y laboratorio en el Primer Nivel de Atención de salud.



PRUEBAS DIAGNÓSTICAS: LABORATORIO Y GABINETE

*No identificadas para el primer nivel.**

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

No inflamatorias	Inflamatorias
Alopecia areata	Ántrax cutáneo
Tricotilomanía	Foliculitis
Dermatitis seborreica	Psoriasis
Falsa tiña amiantácea	Impétigo
Alopecia traumática	Abscesos
Lupus eritematoso sistémico	Forúnculos

(Arenas, 2006)

Se puede hacer diagnóstico dependiendo de la respuesta al tratamiento por ser un diagnóstico puramente clínico para primer nivel de atención.

Si las lesiones están modificadas por tratamiento anterior con esteroides u otro medicamento y es difícil diagnosticar se sugiere referir a segundo nivel de atención.

Si el paciente no mejora pese al tratamiento en dosis y tiempo correcto, se sugiere iniciar tratamiento alternativo o referir a segundo nivel de atención según criterio médico.

Si el paciente está inmunocomprometido y la dermatosis superficial podría complicarse se sugiere referir a segundo nivel de atención.

* No se cuenta con los métodos necesarios en éste nivel de atención para la elaboración de pruebas de laboratorio o gabinete.

1.1.2. TIÑA DE LA BARBA O TINEA BARBAE

Es la parasitación de los pelos de la barba y el bigote por dermatofitos, casi siempre zoófilos (*T. verrucosum*, *T. mentagrophytes* y rara vez *M. canis*). Y con menor frecuencia especies antropófilas como el *T. rubrum* y *T. violaceum*. (Odomet *et al* 2000)

EPIDEMIOLOGÍA (Wolff *et al* 2009)

- Por definición, se da únicamente en el sexo masculino.
- Los pacientes tienden a ser adultos jóvenes.
- Se da mayormente en áreas rurales.
- Pacientes cuidadores o criadores de animales domésticos como bovinos, perros, conejos y animales de laboratorio.
- Altamente transmitida por rasuradoras usadas múltiples veces.

CUADRO CLÍNICO

- Habitualmente afecta a un solo lado del área pilosa de la cara o cuello.
- Es menos común encontrar lesiones sobre bigote o región de labio superior.
- La forma profunda o inflamatoria se caracteriza por nódulos confluentes que forman abscesos, aquí es fácil encontrar áreas con secreción de material purulento o presencia del mismo sobre los folículos al arrancar el vello.
- La expresión digital produce salida de material purulento por los orificios foliculares.
- La mayoría de los pelos terminales se hallan sueltos y se desprenden fácilmente.
- En la forma superficial es más frecuente la presencia de costras y áreas de alopecia con pústulas foliculares o leve eritema del área afectada.
- Se trata de una foliculitis pustulosa con pelo terminal roto (*T. violaceum*) o sin pelo roto (*T. rubrum*).
- El pelo terminal se desprende fácilmente y en él puede apreciarse el bulbo intacto.
- Las lesiones son semejantes a las tiñas supurativas de cuero cabelludo o Querión de Celso.

- Destacan las lesiones pustulosas en la zona pilosa del mentón.
- Usualmente es asintomático, aunque puede presentar dolor en caso de la forma profunda o inflamatoria.

DIAGNÓSTICO PARA PRIMER NIVEL: Clínico – epidemiológico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Abscesos	Acné vulgar	Actinomicosis
Forúnculos	Rosácea	Candidiasis
Infección Herpética	Dermatitis de contacto	Foliculitis
Dermatitis Seborreica	Tuberculosis	

TRATAMIENTO

El tratamiento para tiñas de la cabeza y barba se especifica en el **Cuadro 3**. Para Querión de Celso o sobreinfección bacteriana en cabeza o barba, se especifica el tratamiento antibacteriano a agregar al paciente, en combinación con el tratamiento antifúngico, en el **Cuadro 4**.

- En tiña de la cabeza agregar tratamiento con Shampoo de Ketoconazol 2%: Aplicar el shampoo sobre cuero cabelludo, masajear suavemente por un mínimo de 5 minutos (idealmente de 5 a 10 minutos) y luego enjuagar. Uso diario por 4 semanas, luego evaluar.
- *Se puede utilizar* solución de ácido salicílico 3% como queratolítico. Aplicar unas gotas en el área afectada y friccionar suavemente para que penetre en cuero cabelludo. Dos veces al día (Cada 12 horas) hasta la remoción de escamas o evaluación del paciente para disminuir concentración del ácido salicílico.

CUADRO 3. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: TIÑA DE LA CABEZA Y TIÑA DE LA BARBA

DROGA / PRESENTACIÓN	DOSIS ADULTO	DOSIS PEDIATRICA	NIVEL/ GRADO MBE	RIESGO EN EMBARAZO	OBSERVACIONES
GRISEOFULVINA Tab. 500mg Susp.: 125mg/5ml	500 – 1000mg día. Vía Oral. Por 6 a 12 semanas.	15 -25 mg/kg/día en una o dos dosis. Vía Oral. 6 a 12 semanas.	I – B	C	Tomar junto con comidas grasosas y/o leche para mejorar su absorción. Puede producir cefalea, intolerancia gástrica y fotosensibilidad. Contraindicado en pacientes con porfiria o enfermedades hepáticas graves, hacer pruebas hepáticas. <i>La Griseofulvina es el tratamiento de elección para la tiña de la cabeza por ser el único que penetra dentro del folículo piloso.</i>
TERBINAFINA Tab. 250mg	250 mg día. Vía Oral. Por 4 a 12 semanas.	> 2 años 10mg/kg/día QD. Vía Oral 4 a 12 semanas.	I – A	B	Puede producir intolerancia gástrica pero por lo general es muy bien tolerado. Contraindicado en insuficiencia renal y hepática grave. No se recomienda en lactancia materna.
ITRACONAZOL* Cap. 100mg Susp.: 10mg/ml	100mg/día Vía Oral. Por 4 a 6 semanas.	5mg/kg/día Vía Oral Por 4 semanas.	I - B	C	Puede producir intolerancia gástrica, cefalea y toxicidad hepática. Contraindicada en enfermedades hepáticas. Se debe realizar perfil hepático (TGO y TGP) al iniciar tratamiento. Consumir junto con comidas.

(Elaboración propia 2012) (Wolverton2007)

* El Itraconazol puede usarse también en terapia de pulsos 1 semana si, 3 semanas no, de 1 a 3 pulsos, la dosis en adultos se mantiene a 100mg/día y en niños se reduce a 3mg/kg/dosis.

Siglas: mg: miligramos. Kg: kilogramos. Cáp, cápsula. Tab, tableta. Susp, suspensión. TGO, transaminasa glutámico oxalacética. TGP, transaminasa glutámico pirúvica.

MBE: Medicina basada en la evidencia. (Anexo 1). Riesgo en embarazo (Anexo 2).

NOTA: Ver dosis de medicamentos según depuración de creatinina en adultos y adecuar la misma. (Anexo 3).

CUADRO 4. TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EN SOBREINFECCIÓN BACTERIANA

DROGA	PRESENTACIÓN	DOSIS ADULTO	DOSIS PEDIATRICA	NIVEL DE EVIDENCIA	RIESGO EN EMBARAZO	OBSERVACIONES
Amoxicilina *	Tab.: 500mg Susp.: 250mg/ 5ml	500 mg. PO, Cada 8 horas (TID) por 7 a 10 días.	50 – 80mg/kg/día PO, dividido en tres dosis (cada 8 horas) por 7 a 10 días.	I – A	B	Contraindicado en pacientes alérgicos a aminopenicilinas. Efectos adversos de intolerancia gástrica.
Penicilina Benzatínica	Frasco: 1,200,000UI	600,000 a 1,200,00 UI, Intramuscular, dosis única.	300,000 a 600,000 UI, intramuscular, dosis única.	I – A	B	Realizar prueba de alergia a penicilina. NO administrar si el paciente es alérgico a las penicilinas o cefalosporinas.
Dicloxacilina	Tab.: 500mg Susp.: 250mg/5ml	500 mg. PO, cuatro veces al día, por 7 a 10 días.	25 a 50 mg/kg/día. PO. Cuatro veces al día, por 7 a 10 días.	I – A	B	Idealmente, tomar con el estómago vacío. No administrar en pacientes alérgicos a las penicilinas. Puede provocar, como efectos adversos, intolerancia gástrica.
Eritromicina	Tab.: 500mg Susp.: 125 y 250mg/5ml	500 mg. PO. Cuatro veces al día, por 7 a 10 días.	40mg/kg/día PO. Cuatro veces al día, por 7 a 10 días.	I - B	B	Contraindicado en pacientes con enfermedad hepática. Puede provocar intolerancia gástrica.
Cefadroxilo	Cáp.: 500mg. Susp.: 250 y 500mg/5ml	500mg PO, dos veces al día, por 7 a 10 días.	30mg/kg/día PO. Dos veces al día, por 7 a 10 días.	I – B	B	Contraindicado en hipersensibilidad a las cefalosporinas o penicilinas. Efectos adversos de intolerancia gástrica.

(Elaboración propia 2012) (Gonzales *et al* 2010) (Wolverton 2007)

* Se puede agregar Ácido clavulánico dependiendo del paciente o si éste ha recibido tratamiento anterior con Amoxicilina y puede tener resistencia a la misma por si sola. La presentación pediátrica es la misma y se calcula en base a la amoxicilina. La presentación en tabletas varía de 500mg/125mg (Amoxicilina y Ácido Clavulánico respectivamente) con dosis de 1 tableta cada 8 horas y 875mg/125mg con dosis de 1 tableta cada 12 horas.

Siglas: PO: Vía Oral. Cáp., cápsula. Tab, tableta, Susp, suspensión. UI, unidades internacionales.

1.2. DERMATOFITOSIS DE LA EPIDERMIS

NOTA: Al final del inciso que incluye a todas las dermatofitosis de la epidermis se especificará el tratamiento farmacológico aplicable para cada una de las mismas.

1.2.1. TIÑA FACIAL O DE LA CARA

Es una infección por dermatofitos en la piel de la cara.

T. mentagrophytes, *T. rubrum*, *M. Audouinii* y *M. canis* son agentes etiológicos frecuentes.

La infección es el resultado de un contacto directo con una fuente externa, por lo general, un animal doméstico.

Es frecuentemente subdiagnosticada pues el cuadro clínico puede imitar otras dermatosis más comunes como la dermatitis seborreica y la dermatitis de contacto.

EPIDEMIOLOGÍA

- Afecta a cualquier grupo de edad, pero se observa más frecuentemente en niños y adultos jóvenes.
- Presenta un leve predominio de mujeres.
- La infección a partir de mascotas infectadas es habitual, pero la autoinoculación a partir de otro foco –tineacapitis, tineacorporis– también es posible.

CUADRO CLÍNICO

- Se caracteriza por una o varias placas eritematosas, anulares o serpiginosas, discretamente escamosas de borde definido papular o vesicopustuloso.
- En ocasiones, puede apreciarse una lesión francamente inflamatoria que recuerda el Querión de Celso del cuero cabelludo.

- El uso de corticoides tópicos puede enmascarar el cuadro –tinea incógnito– y retrasar el tratamiento.

DIANÓSTICO PARA PRIMER NIVEL: Clínico – epidemiológico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Erupción polimorfa lumínica	Dermatitis perioral
Lupus eritematoso	Fotodermatosis
Dermatitis seborreica	Granuloma anular
Dermatitis de contacto	Pitiriasis alba
Pitiriasis rosada de Gibert	Rosácea

1.2.2. TINEA CORPORIS O TIÑA CORPORAL

Se incluye en esta denominación a las dermatofitosis cutáneas de la piel lampiña, excepto las palmas, plantas e ingles. (Wolff 2009).

Se divide en tricofítica y microspórica, y tiña incógnito que es una forma que previamente ha sido tratada con corticosteroides tópicos o inmunomoduladores tópicos, alterando la presentación clínica de la misma.

Los niños presentan habitualmente lesiones producidas por *M. canis*, debido al contacto con perros o gatos. En los adultos son habitualmente producidas por *T. rubrum* con menor frecuencia por *E. floccosum* y *T. tonsurans*. También pueden observarse dermatofitias por especies zoófilas como *T. verrucosum* y *T. mentagrophytes*. (Pérez et al 2004).

EPIDEMIOLOGÍA

- Se transmite directamente por humanos o animales infectados, por fomites o por autoinoculación.
- Las prendas oclusivas y sintéticas en un ambiente cálido y húmedo se asocian a una mayor frecuencia de casos y erupciones más severas.
- Es más común en el área geográfica de Sur y Centro América.

CUADRO CLÍNICO

- Los conidios del hongo caen en la piel y producen una o múltiples pápulas de coloración rojiza y pruriginosa que en pocos días crece en forma excéntrica y origina una lesión circular, escamosa y de borde activo: su máxima actividad se sitúa en los bordes de la lesión con mayor eritema, presencia de pápulas, microvesículas, escamas y con menor frecuencia pústulas y costras. La zona central de la placa es ligeramente escamosa, de color pardo y aspecto involutivo.
- La confluencia de las lesiones puede originar una placa mayor y de bordes policíclicos. En muchos casos, las microsporas cutáneas presentan los caracteres de un herpes circinado, con dos arcos concéntricos formados por vesículas y eritema.
- En la piel de las piernas de mujeres que se depilan el vello, puede observarse un granuloma tricofítico caracterizado por una foliculitis con perifoliculitis producida por *T. rubrum*. Se inicia con la presencia de pústulas foliculares, luego se observan nódulos rojizos, fríos e indolores en las piernas, Granuloma de Majocchi.
- Es de evolución crónica. Suelen coexistir con dermatofitosis de los pies.
- La tiña incógnita se presenta con propiedades poco definidas, irregularidad en su contorno o en la parte central con posibles elementos microvesiculosos aislados. Son de diagnóstico difícil por la modificación o ausencia de las manifestaciones clínicas habituales. Empeora la lesión al suprimir la aplicación de corticoide tópico, con aparición de una lesión más característica.

DIAGNÓSTICO PARA PRIMER NIVEL: Clínico – Epidemiológico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Pitiriasis rosada de Gibert	Ictiosis	Ecceciatides
Psoriasis	Dermatitis numular	Eritema anular centrífugo
Granuloma anular	Liquen simple	

1.2.3. TIÑA INGUINAL O ECCEMA MARGINADO DE HEBRA

Es el tipo de dermatofitosis que afecta la piel de la ingle, área genital, púlica, perineal y perianal. Proviene del latín “*cruris*” que significa pierna y es la segunda dermatofitosis más común en el mundo.

Se adquiere por contacto de piel a piel, por autoinoculación a partir de una tiña de los pies o por fomites. Usualmente hay historia anterior o actual de tiña de los pies.

El agente causal más frecuente es *T. rubrum* 85%, seguido por *T. mentagrophytes* 10% y *E. floccosum* 5%. (Wolff 2009)

En esta variedad de tiña se encuentra el mayor índice de complicaciones, sobre todo las derivadas de la aplicación de medicamentos inadecuados, como corticoesteroides, en cuyo caso la tiña puede extenderse al periné, pliegue interglúteo, nalgas y subir hasta abdomen, dificultando el diagnóstico clínico y haciendo más difícil el tratamiento. En estos casos se la conoce como Eccema Marginado de Hebra. (Pérez 2004)

EPIDEMIOLOGÍA (Wolff 2009) / (Arenas 2006)

- Dermatofitosis cosmopolita que comienza a manifestarse a partir de la adolescencia, pero predomina entre la tercera y cuarta décadas de la vida.
- Es más común en varones con una relación de 3:1
- La humedad y maceración por el uso de ropa ajustada y de material sintético favorece su desarrollo.

- Son factores predisponentes la obesidad, mala higiene, clima tropical y húmedo, el uso de medicamentos como corticoides e inmunosupresores y diabetes mellitus.
- El contagio a través de fomites contaminados suele ser común en colegios, gimnasios y piscinas.

CUADRO CLÍNICO (Wolff 2009) / (Arenas 2006)

- El prurito e incluso dolor del área afectada, es bastante común.
- Es bilateral.
- Normalmente se localiza en la cara interna de la raíz de los muslos, región suprapúbica y zona perianal.
- Se caracteriza por la presencia de una placa de bordes continuos, policíclicos, pápuloeritematovesiculosos y centro escamoso parduzco.
- Produce prurito y puede sobreinfectarse secundariamente por rascado y también liquenificarse.
- Cuando son tratados en forma incompleta se presentan como placas eritematoescamosas de bordes nítidos.

DIAGNÓSTICO PARA PRIMER NIVEL: Clínico – epidemiológico

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Eritrasma	Pénfigo benigno familiar
Candidiasis	Dermatitis por contacto
Psoriasis invertida	Dermatitis seborreica

1.2.4. TINEA MANUUM O TIÑA DE LAS MANOS

Es, junto con la tiña de los pies, la dermatofitosis más común a nivel mundial y usualmente es secundaria a una dermatofitosis previa, especialmente de los pies, inoculando a la mano dominante o con la cual se tiene a excoriar o rascar la una lesión ya existente. En los casos más graves, puede ser bilateral. Es frecuentemente sintomática con presencia de prurito y dolor si hay presencia de fisuras.

En ésta tiña, suele darse en fenómeno “pie-mano-pie” como presentación de elementos afectados por dermatofitos. (Wolff, 2009)

Los agentes causales son dermatofitos antropófilos *T. rubrum*, *T. mentagrophytes* var *interdigitales* y *E. floccosum*.

Por excepción se observan formas agudas supurativas ocasionadas por especies zoófilas o geófilas.

Está asociada a tineapedi y cruris, cuando tiene una evolución crónica también se asocia con onicomycosis de manos y pies.

EPIDEMIOLOGÍA

- Es una de las tiñas más comunes a nivel mundial.
- Se presenta por igual en ambos sexos.
- Es más común en adultos que en niños.
- Se da principalmente por contacto con animales y suelo infectados o por autoinoculación.

CUADRO CLÍNICO

- Unilateral en la mayoría de los casos.
- Se caracteriza clínicamente por formas descamativas hiperqueratósicas de localización palmar habitualmente

- Formas dishidróticas con la presencia de vesículas de distribución anular o segmentaria y lesiones intertriginosasdescamativas.
- Asociada usualmente con tiña de los pies.
- Tiende a presentar el signo “dos pies una mano” muy característico.

DIAGNÓSTICO: Clínico – epidemiológico

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Dermatitis por contacto, dishidrosis, psoriasis.

TRATAMIENTO:

Para que el tratamiento sea favorable, se debe erradicar la tiña de los pies, tiña de las uñas de las manos y de los pies y/o tiña de la ingle (cualquier tipo de dermatofitosis preexistente en un área corporal distinta a las manos), de otra forma ésta siempre volverá a aparecer.

Por el grosor del estrato córneo de la palma, y especialmente por la asociación con tiña de las uñas de las manos, es imposible curar la tiña de la mano con agentes tópicos.

El tratamiento sistémico, vía oral, erradica dermatofitosis de manos, pies y uñas.

1.2.5. TINEA PEDIS O TIÑA DE LOS PIES

Es la dermatofitosis más frecuente y cosmopolita. Afecta pliegues interdigitales, planta y bordes de los pies, a menudo causa lesiones a distancia (ides).

El contagio se establece casi siempre de forma indirecta a partir de lugares contaminados, sobre todo en suelo de baños, toallas, medias y zapatos. Esto explica la facilidad con que se presentan las reinfecciones después de tratamientos bien realizados. (Arenas, 2006)

Los agentes causales más frecuentes son: *T. rubrum* 85%, *T. mentagrophytes* 10% y *E. floccosum* 5%.(Pérez et al 2004)

Usualmente hay historia anterior de tineapedis y/u onicomicosis.

EPIDEMIOLOGÍA(Arenas, 2006) / (Wolff, 2009)

- Es más frecuente en varones en una proporción de 6:4.
- Predomina entre la tercera y sexta décadas de la vida y en escolares se presenta de un 4 a 8%.
- Se presenta en lugares tropicales y húmedos en cualquier época del año.
- Es más común en personas que usan baños o piscinas comunitarias.
- El uso de zapato oclusivo o que aumente el calor interno y las caminatas largas, aumentan significativamente el riesgo de tiña de los pies.

PRESENTACIÓN CLÍNICA:

La tiña de los pies se puede presentar en cuatro formas diferentes o en la unión de dos o más de las mismas. (Wolff, 2009)

CUADRO 5. CUADRO CLÍNICO PARA TIÑA DE LOS PIES SEGÚN SU FORMA.

TIPO	CUADRO CLÍNICO
Tipo crónica intertriginosa (Interdigital)	Es la presentación más común. Hay presencia de eritema y erosión de los espacios inter y subdigitales de los pies, especialmente en medio y a los laterales de los tres primeros dedos. En condiciones comunes la lesión se extiende al área continua y muy raramente llega al dorso del pie. Por la oclusión y sobreinfección bacteriana, rápidamente se produce maceración, prurito y mal olor, formando el complejo dermatofítico o “Pie de atleta”.

Tipo agudo Ulcerativo	Presencia de una sobreinfección bacteriana, especialmente por agentes gram negativos. Hay presencia de vesículas y pústulas que van formando un área grande ulcerativa con o sin presencia de líquido purulento. Usualmente se presenta celulitis, linfadenitis y fiebre.
Tipo crónica Hiperqueratósica	Compromete a ambos pies con cierta simetría y con prurito. Se evidencia un eritema bien marcado con presencia de pápulas y piel engrosada al margen del mismo, puede cubrir todo el pie en su parte dorsal y lateral, dando un aspecto “tipo mocacina” Pueden presentarse pequeñas vesículas que se rompen dejando erosiones de más o menos 2mm de diámetro. Aquí se da el “Síndrome dos pies una manos” asociando tiña de la mano unilateral.
Tipo vesículo - Buloso	Suele presentarse con vesículas mayores de 3mm de diámetro, pústulas y ampollas en la piel de la planta y área periplantar de los pies. Es muy rara en niños.

(Elaboración propia 2012)

DIAGNÓSTICO: Clínico – epidemiológico

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Intertrigo candidiásico	Queratodermias
Intertrigo microbiano	Dermatitis por contacto
Dishidrosis	Psoriasis

1.2.6. TIÑA DE LAS UÑAS U ONICOMICOSIS DERMATOFÍTICA

Infección crónica cosmopolita de la lámina ungueal por dermatofitos que se puede adquirir a partir de una tiña de los pies.

Los agentes causales más frecuentes son: *T. rubrum* 87%, *T. mentagrophytes* 9% y otros dermatofitos 4%. (Arenas 2006)

Es un padecimiento propio de los adultos pero puede presentarse en un pequeño porcentaje en niños, esto debido quizá al uso exagerado de zapatillas y por el antecedente de que los padres la presentan y comparten los elementos para cortar las uñas. (Pérez, 2004)

EPIDEMIOLOGÍA (Arenas 2006)/ (Rubio *et al* 2001)

- Predomina en uñas de los pies en un 90%.
- Los traumatismos son un factor predisponente.
- La evolución es crónica con invasión lenta y progresiva.
- Las uñas son opacas, engrosadas, con estrías longitudinales o transversales de color blanco, amarillento, café, grisáceas, o negro, son friables y están erosionadas. Puede haber despegamiento del borde libre.

**CLASIFICACIÓN CLÍNICA EN BASE AL SITIO Y MECANISMO
DE INVASIÓN DEL HONGO A LA UÑA.**

TIPO	CUADRO CLÍNICO
Onicomycosis subungueal distal y lateral. (OSDL)	Es el tipo clínico más frecuente, ocasionado por dermatofitos. El hongo penetra por el borde libre anterolateral de la uña y se extiende al lecho y la lámina ungueal.
Onicomycosis blanca Superficial. (OBS)	Invasión de la parte superficial de la lámina ungueal, caracterizada por manchas blancas considerado como marcador menor en inmunodeficiencia.
Onicomycosis subungueal blanca proximal (OSBP)	Afecta al eponiquio y la parte proximal de la lámina ungueal y se extiende hacia el borde libre. Es la forma clásica de parasitación por <i>Candida</i> . Cuando es <i>T. rubrum</i> el agente causal se considera como un marcador cutáneo de inmunodeficiencia
Onicomycosis distrófica total. (ODT)	Estadío final al que pueden llegar todas las formas clínicas con afección del 100% de la uña. Se muestra opaca, gruesa, estriada, amarillenta o grisácea, se rompen con facilidad.

(Elaboración Propia 2012)

DIAGNÓSTICO: Clínico – epidemiológico

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Psoriasis	Liquen plano
Distrofias ungueales traumáticas	Distrofias ungueales medicamentosas

TRATAMIENTO:

En la tiña de las uñas el tratamiento tópico es insuficiente, se puede usar urea al 40% para desgastar la uña y ayudar de esa forma al tratamiento sistémico y para que haya un mejor desgaste de la uña, aplicando una cantidad considerada sobre la lámina ungueal dañada 1 a 2 veces al día.

Por la duración del tratamiento sistémico es necesario realizar pruebas de perfil hepático (Transaminasa glutámico – oxalacética TGO y Transaminasa glutámico – pirúvico TGP) para control de función hepática al iniciar el tratamiento y al menos cada mes de continuidad con el mismo.

La evolución favorable del tratamiento se ve en base al crecimiento ungueal sano, y el mismo nos sirve de base para saber que el tratamiento es satisfactorio.

CUADRO 6. TRATAMIENTO TÓPICO PARA DERMATOFITOSIS DE LA EPIDERMIS.

TIÑAS	DROGA	PRESENTACIÓN	POSOLOGÍA	OBSERVACIONES
• TIÑA FACIAL • TIÑA DE LOS PIES (tipo intertriginoso y vesiculobuloso), • TIÑA INGUINAL (evaluar según extensión del área afectada), • TIÑA CORPORAL.	TERBINAFINA al 1%	Crema, 10mg/g. Tubo de 15 a 30 gramos.	Capa fina sobre área afectada, BID por 2 a 6 semanas.	Evitar contacto con ojos, lavar con agua abundante si éste llegara a pasar. Contraindicado en hipersensibilidad a los compuestos.
	KETOCONAZOL al 2%	Crema, 20mg/g. Tubo de 15 a 30 gramos.	Capa fina sobre área afectada, BID por 2 a 6 semanas.	Evitar contacto con ojos. Se utiliza como mejor elección en tiña inguinal. Contraindicado en hipersensibilidad a los compuestos.
	CLOTRIMAZOL al 2%	Crema, 10mg/g. Tubo de 40 a 50 gramos.	Capa fina sobre área afectada, BID por 2 a 6 semanas.	Se utilizará como última alternativa, si no se cuenta con el tratamiento de elección. Contraindicado en hipersensibilidad a los compuestos.

(Elaboración propia 2012) (Wolverton 2007)

Siglas: mg, miligramo. g, gramo. BID, dos veces al día.

- Se utilizará tratamiento tópico en tiña inguinal y corporal que abarque una pequeña área y en donde las lesiones no se encuentren diseminadas ni sean múltiples. En formas extensas, inflamatorias, recidivantes o que no resuelven con tratamiento tópico se utilizará tratamiento sistémico.
- El tiempo de duración que va de 2 a 6 semanas se indicará según el área afectada, se llevará control del paciente con reconsultas o menos cada 2 a 4 semanas para saber cuando omitir el tratamiento o referir a segundo nivel de ser necesario.
- Es recomendable continuar con la aplicación del medicamento tópico unos días después de la curación clínica.

No se utiliza tratamiento tópico para tipos hiperqueratósicos y ulcerativos de tiña pedis por el hecho de estar ligadas a tiña de la mano o de las uñas o por el grado amplio de afección que producen las mismas. No se utiliza en tiña de la mano por estar usualmente acompañada de tiña de los pies y de las uñas, por el grosor del estrato córneo de la misma y por el constante contacto con el agua. (Wolff, 2009).

CUADRO 7. TRATAMIENTO SISTÉMICO PARA DERMATOFITOSIS DE LA EPIDERMIS Y DE LAS UÑAS

TIÑA	DROGA/ PRESENTACIÓN	DOSIS ADULTO	DOSIS PEDIÁTRICA	OBSERVACIONES
• TIÑAS DE LAS UÑAS	ITRACONAZOL Susp.: 10mg/ml Tab.: 100mg	• 200mg/día vía oral, por 12 semanas o 200mg dos veces al día por 1 semana sí, 3 semanas no, por 3 meses para onicomicosis de manos y pies.	• 5mg/kg/día vía oral por 1 semana si, 3 semanas no, por 3 meses para onicomicosis de las manos y pies	ITRACONAZOL: Puede producir intolerancia gástrica, cefalea y toxicidad hepática. Contraindicada en enfermedades hepáticas. Consumir junto con las comidas.
	TERBINAFINA Tab.: 250mg	• 250mg/día vía oral, por 12 semanas para onicomicosis de las manos y pies.	>2 años/ <40kgs. • 3 – 6 mg/kg/día vía oral, por 12 semanas para onicomicosis de manos y pies.	
• TIÑA DEL CUERPO • TIÑA DE LAS MANOS • TIÑAS DE LOS PIES • TIÑA INGUINAL • TIÑA FACIAL	ITRACONAZOL Susp.: 10mg/ml Tab.: 100mg	• 200 a 400mg/día vía oral, por 1 semana.	• 3 – 5mg/kg/día vía oral, por 1 a 4 semanas, según cuadro clínico y evolución.	TERBINAFINA: Puede producir intolerancia gástrica pero por lo general es muy bien tolerado. Contraindicado en insuficiencia renal y hepática grave.
	TERBINAFINA Tab.: 250mg	• 250mg/día. Vía oral por 1 - 2 semanas en tiña facial, corporal e inguinal. • 250mg/día por 2 semanas para tiña de manos y pies.	>2 años/ <40kgs. • 3 a 6 mg/kg/día vía oral por 1 – 2 semanas en tiña facial, corporal e inguinal. • No hay suficientes estudios para dosis en tiña de las manos y de los pies.	

(Elaboración propia 2012) (Wolvertone 2007)/(Wolff 2009)

Siglas: mg: miligramos. Kg: kilogramos. ml, mililitro. Tab, tableta. Susp, suspensión

Para tratamiento de tiña de las uñas se debe realizar pruebas de perfil hepático por su toxicidad y el tiempo prolongado del mismo.

2. CANDIDIASIS

Sinónimos: Candidosis, Moniliasis.

Es un grupo de manifestaciones clínicas causadas por levaduras oportunistas del género *Cándida*, en particular *Cándida Albicans* (70 a 80%) afecta piel, mucosas y/u órganos internos. Su evolución puede ser aguda, subaguda y crónica. (Arenas 2006)

EPIDEMIOLOGÍA (Arenas 2006)/ (Wolff 2009)

- Es cosmopolita y constituye el 25% de las micosis superficiales.
- En 35% afecta las uñas, un 30% la piel y un 20% mucosas.
- Afecta cualquier raza, sexo o edad; se presenta en 4 a 18% de los recién nacidos.
- La vulvovaginitis predomina entre los 20 y 30 años de edad, constituye del 20 al 30% de las enfermedades ginecológicas.
- La balanitis se observa en adultos y ancianos.
- La forma bucal en inmunocompetentes, predomina en menores de 10 años o mayores de 60 años.
- Los intertrigos y las onicomycosis son más frecuentes en mujeres.
- Las micosis de espacios digitales es más común en ancianos obesos, amas de casa o personas que se mojan las manos constantemente.
- La candidiasis en área de pañal casi siempre es secundaria a una dermatitis previa.

FACTORES DE RIESGO

La *Cándida* se convierte en patógeno en condiciones propicias por oportunismo.

La candidiasis se favorece por modificaciones de terreno en el huésped y por diferentes tipos de factores o enfermedades especificados en el Cuadro 8.

CUADRO 8. FACTORES PREDISPONENTES A INFECCIONES POR CÁNDIDA

• Factores mecánicos: ○ Traumas. (abrasiones, erosiones, quemaduras) ○ Oclusión local, humedad y/o maceración. ○ Dentadura postiza. ○ Vestidura oclusiva. ○ Obesidad.
• Factores nutricionales: ○ Avitaminosis. ○ Deficiencia de hierro ○ Malnutrición generalizada.
• Alteraciones fisiológicas: ○ Edades extremas. ○ Embarazo. ○ Menstruación.
• Enfermedades sistémicas: ○ Síndrome de Down. ○ Acrodermatitis enteropática. ○ Endocrinopatías ▪ Diabetes mellitus. ▪ Síndrome de Cushing. ▪ Hipoadrenalismo. ▪ Hipotiroidismo. ▪ Hipoparatiroidismo ○ Uremia. ○ Malignidad (especialmente hematológica, timoma). ○ Inmunodeficiencias
• Medicamentos: ○ Glucocorticoides. ○ Agentes inmunosupresores. ○ Antibióticos (especialmente de amplio espectro, metronidazol). ○ Tranquilizantes. ○ Anticonceptivos orales. ○ Colchicina.
• Factores iatrogénicos ○ Alta irradiación a rayos X. ○ Catéteres, vías intravenosas o inyecciones mal colocadas.

(Wolff 2009).

CLASIFICACION DE CANDIDIASIS SUPERFICIAL (Arenas 2006)

A. Formas circunscritas: boca, grandes pliegues, pequeños pliegues, zona del pañal, genitales, uñas y región periungueal.

B. Formas diseminadas: candidiasis mucocutánea.

DIAGNÓSTICO: Clínico – epidemiológico para primer nivel de atención.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- CANDIDIASIS CUTÁNEA:
 - ÁREA DE PAÑAL: dermatitis atópica, psoriasis, dermatitis irritativa, dermatitis de pañal, dermatitis seborreica.
 - PLIEGUES CUTÁNEOS: intertrigo inespecífico, psoriasis, dermatofitosis, pitiriasis versicolor, tiña inguinal, inframamaria o de pies.
- APARATO UNGUEAL: onicomycosis por otros hongos o bacterias u onicopatías. Fenómeno de Raynaud, melanoma subungueal.
- CANDIDIASIS GENITAL: tricomoniasis, vaginosis bacteriana, liquen plano, liquen esclerótico y atrófico. Psoriasis, eczema.
- CANDIDIASIS ORAL: leucoplaquia oral, lengua geográfica, liquen plano, irritación por mordedura.

TRATAMIENTO: Cuadro 9.

NOTA: Si el paciente presenta múltiples cuadros de infección por candidiasis a pesar de tratamiento adecuado y medidas preventivas, se sugiere referir a segundo nivel de atención ya que podría tener una enfermedad de base que comprometa su sistema inmune u hormonal.

CUADRO 9. CUADRO CLÍNICO Y DE MANEJO PARA CANDIDIASIS

TIPO	SITIO	PRESENTACIÓN CLÍNICA	TRATAMIENTO
CANDIDIASIS CUTÁNEA O SITIOS OCLUIDOS (En donde la oclusión y maceración crean calor y humedad)	PLIEGUES CUTÁNEOS	Se da en: axilas, ingles, región submamaria, región infraumbilical, región infrapúbica, región interglútea. Se caracterizan por eritema, descamación, piel macerada, bordes marcados por un collarate de escamas, y lesiones satélite papulares, vesiculares o pustulares. Puede haber enrojecimiento, prurito y dolor.	Tratamiento tópico: (Elección) Nistatina crema (100.000UI/g): Aplicar capa fina en área afectada, BID por 7 a 14 días. Ketoconazol crema 2% (20mg/g): Aplicar capa fina en área afectada, BID por 7 a 14 días. Clotrimazol crema 1%: Aplicar capa fina en área afectada, BID por 7 a 14 días.
	ESPACIOS INTERDIGITALES DE MANOS Y PIES	La pústula inicial se vuelve una erosionada para luego formarse una capa superficial de erosiones y fisuras rodeada por una capa gruesa de piel blanca. En las manos suele encontrarse entre el tercer y cuarto dedo y en los pies suele haber maceración inter e infradigital.	Tratamiento oral: Fluconazol (Tab.: 150MG Susp.:50 y 200mg/5ml): 150 a 300mg PO dosis única o 150mg PO una vez a la semana por 2 a 4 semanas. Niños: 1-2mg/kg/día PO como dosis única o una vez a la semana por 2 - 4 semanas.
	ÁREA DEL PAÑAL	Es sobre el área cubierta por pañal, usualmente sintético, con eritema, edema con lesiones papulares y pustulares dentro de la lesión y satélites, erosión, en algunos casos supuración y presencia de collarate de escamas en el margen de la lesión. Puede cubrir área genital, perianal, muslos y glúteos.	Itraconazol (Tab.: 100mg – Susp.: 10mg/1ml): 100 a 200mg PO en dosis única o una vez a la semana por 2 a 4 semanas. Niños: 5mg/kg/día PO en dosis única o una vez a la semana en una o dos dosis de 2 a 4 semanas.
APARATO UNGUEAL	LÁMINA UNGUEAL, PARONQUIA.	La lámina ungueal se observa engrosada, más afectada en la base y con estrías transversales. Puede mostrar despigmentación o adquirir coloración amarillenta, verde o negra. Usualmente hay perionixis: dolor e inflamación periungueal, que suele ser la causa de la lesión.	Tratamiento oral: Itraconazol (Tab.: 100mg – Susp.: 10mg/1ml): 200 a 400mg/día por 1 semanas sí, 3 semanas no, por 3 meses en uñas de manos y pies. Niños: 5mg/kg/día PO por 1 semana sí, 3 semanas no, por 3 meses.

GENITAL	VAGINA VULVA	Suele presentarse de forma abrupta, usualmente la semana anterior a la menstruación. Hay presencia de prurito, dispareunia y/o disuria. Presencia de descarga vaginal blanquecina grumosa (leucorrea), eritema y edema vulvovaginal, placas blancas que pueden ser fácilmente removidas en mucosa vaginal o cervical Puede extenderse hasta muslos y región perianal.	Tratamiento intravaginal: Clotrimazol (500mg) o Nistatina (100.000UI) Óvulos: Aplicar 1 óvulo intravaginal por 5 a 7 días. Tratamiento oral: Fluconazol (Tab.: 150-300mg): 150mg PO como dosis única o una vez a la semana por 4 semanas. Itraconazol (Tab.: 100mg): 400 a 600mg PO en dosis única o 200mg/día PO por 3 días. Tratamiento tópico (Área externa afectada): Ketoconazol crema 2% (20mg/g): Aplicar capa fina en área afectada, BID por 7 a 14 días. Clotrimazol crema 1%: Aplicar capa fina en área afectada, BID por 7 a 14 días.
	GLANDE PREPUCIO	Síntomas de prurito y quemazón, puede haber disuria y poliaquiuria. Presencia de lesiones maculopapulares con eritema difuso. Hay edema, ulceración en algunos casos y fisuración de prepucio, especialmente en hombres diabéticos. Presencia de placas blanquecinas	
MUCOSA SUPERFICIAL	CAVIDAD ORAL	Usualmente asintomática aunque suele haber presencia de dolor o ardor al contacto con comidas picantes o ácidas y tiende a disminuir el sabor de las comidas. Hay enrojecimiento y placas mucosas blanquecinas (muguet). Las lesiones pueden ser difusas o afectar una sola región como paladar, carrillos, encías o lengua.	Nistatina (Gel.:100.000UI – Susp.: 100.000UI/ml): Tomar 15ml cada 6 u 8 horas, reteniendo la suspensión en la boca por 3 a 5 minutos por 7 a 14 días. Para niños: 4 a 6ml y para lactantes 1 a 2ml cada 6 u 8 horas por 3 a 5 minutos por 7 a 14 días. Gel, aplicar en área afectada de cavidad bucal 4 veces al día (cada 6 horas) de 1 a 2ml por 7 a 14 días. En pacientes pediátricos se puede aplicar con una gasa estéril puesta sobre el dedo de algún adulto para llegar a todos los puntos afectados.

(Elaboración propia 2012) (Wolverton 2007)/(Wolff 2009)

Siglas: PO, vía oral. UI, unidades internacionales. BID, dos veces al día. mg, miligramos. ml, mililitros. G, gramos. Tab, tableta. Susp, suspensión.

En Candidiasis genital es necesario dar tratamiento a la pareja para evitar reinfección. Para vaginosis recurrentes dar tratamiento oral una semana antes de la menstruación por 5 meses.

Para tratamiento oral (Itraconazol) en candidiasis del aparato ungueal, realizar pruebas hepáticas por la larga duración del tratamiento y toxicidad hepática del mismo.

Si el paciente presenta infección bacteriana dar tratamiento antibiótico según Cuadro 4.

3. PITIRIASIS VERSICOLOR

También llamada *Tinea versicolor* y *tinea flava*, es una micosis superficial y oportunista de la piel producida por el complejo lipofílico *Malassezia furfur*, se caracteriza por manchas hipocrómicas o hiperocrómicas, cubiertas de descamación fina, que predominan en el tronco, cuello y parte superior de los brazos; presenta respuesta adecuada al tratamiento, pero las recidivas son frecuentes. (Arenas 2006)

EPIDEMIOLOGÍA

- Micosis cosmopolita endémica en zonas tropicales.
- Prevalencia varía de 0.8 a 30 o 50%.
- Puede aparecer a cualquier edad, aunque es más frecuente entre los 20 y 45 años. Se ha observado en lactantes, pero en general es rara durante la niñez.
- Afecta ambos sexos, predominando en varones a razón de 2:1.
- Hay antecedentes familiares en 19% de los casos.

FACTORES PREDISPONETES

- Estaciones o climas húmedos y calurosos
- Zonas tropicales
- Hiperhidrosis
- Ejercicio aeróbico
- Piel grasosa
- Aplicación de grasas tópicas
- Uso de ropa oclusiva de material sintético
- Tratamiento con glucocorticoides tópico o sistémico
- Inmunodeficiencia
- Síndrome de Cushing
- Defecto de la producción de linfocinas
- Diabetes

CUADRO CLÍNICO

- Usualmente no presenta ninguna sintomatología, aunque puede presentar leve o mediano prurigo.
- La dermatosis está constituida por abundantes máculas lenticulares, redondas u ovaladas que, aproximadamente, miden de 2 a 4mm hasta 1 o 2 cms de diámetro, casi todas son aisladas pero pueden confluir y formar grandes placas, con el tiempo, hasta formar extensas áreas geográficas.
- Están cubiertas por descamación furfurácea que se aprecia mejor al hacer una abrasión gentil sobre las lesiones con una paleta o con la uña.
- El color de las lesiones depende según sea el color de la piel del paciente, en piel blanca o sin broncear, las lesiones tienden a ser café claro o rosadas; en pieles bronceadas las lesiones tienden a ser hipocrómicas, en pacientes con piel café o negra, tienden a ser café oscuro y en pacientes con tonalidades variadas de café pueden ser blancas.
- Las lesiones muestran distribución centrípeta en tórax, espalda y parte proximal de las extremidades (rara vez se extienden a cuello, antebrazos o porción distal de extremidades).
- Se han observado principalmente en zonas del cuerpo con temperaturas y humedad altas.
- En niños puede afectar cara, frente y regiones preauriculares y en lactantes la zona del pañal.
- En personas con alteraciones inmunitarias, afecta regiones poco frecuentes como cabeza y genitales.

DIAGNÓSTICO: Clínico – epidemiológico para primer nivel de salud.

Se puede realizar el signo de Besnier o del uñazo: Se raspa la lesión con una cucharilla o con la uña y queda una marca en la piel por desprendimiento de las escamas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Pitiriasis alba	Vitiligo	Pitiriasis rosada de Gibert
Dermatitis solar hipocromiante	Tiña del cuerpo	Nevosacrómicos
Casos indeterminados de lepra	Eccemátides	Psoriasis gutata
Hipopigmentaciónpostinflamatoria		Dermatitis seborreica

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

Cuadros 10 y 11.

Casi todos los tratamientos locales dan buenos resultados, pero la cronicidad se explica por la dificultad para erradicar los factores predisponentes; en zonas tropicales casi la totalidad de los pacientes presentan recaída (60% en 1 año – 80% en 2 años), por lo que la profilaxis se hace necesaria.

Después de la curación pueden persistir por varias semanas más, manchas hipocrómicas residuales.

CUADRO 10. TRATAMIENTO TÓPICO PARA PITIRIASIS VERSICOLOR

DROGA	PRESENTACIÓN	POSOLOGÍA	PROFILAXIS
KETOCONAZOL 2% Shampoo	Shampoo 20mg/ml. Bote de 60 o 120ml	Aplicar sobre áreas afectadas por 10 a 15 minutos, todos los días junto con baño diario, por 1 semana	Aplicar sobre áreas afectadas por 10 a 15 minutos al menos una vez a la semana.
Crema	Crema, 20mg/g. Tubo de 15 a 30 gramos.	Aplicar capa fina sobre área afectada dos veces al día por 2 semanas.	
TERBINAFINA 1%	Crema, 10mg/g. Tubo de 15 a 30 gramos.	Aplicar capa fina sobre área afectada, dos veces al día por 7 días.	
CLOTRIMAZOL	Crema, 10mg/g. Tubo de 40 a 50 gramos.	Aplicar capa fina sobre área afectada, dos veces al día por dos semanas.	

(Elaboración propia 2012) / (Wolvertone 2007)

CUADRO 11. TRATAMIENTO SISTÉMICO PARA PITIRIASIS VERSICOLOR

DROGA/ PRESENTACIÓN	DOSIS ADULTO	DOSIS PEDIÁTRICA	PROFILAXIS
<u>FLUCONAZOL</u> Tab.: 150 -300mg Susp: 50 y 200mg/5ml	300mg vía oral, dosis única.	2 mg/kg/día dosis única.	Misma dosis vía oral, cada 1 o 2 meses o en épocas de más calor y humedad.
<u>ITRACONAZOL</u> Tab.: 100mg Susp.: 10mg/ml	400mg vía oral, dosis única.	5mg/kg/día dosis única.	Misma dosis vía oral, cada 1 o 2 meses o en épocas de más calor y humedad.
<u>KETOCONAZOL</u> Tab.: 200mg Susp.: 20mg/ml	400mg vía oral, dosis única.	6mg/kg/día dosis única.	Misma dosis vía oral, cada 1 o 2 meses o en épocas de más calor y humedad.

(Elaboración propia 2012) / (Wolvertone 2007)

NOTA: El plan educacional es indispensable, especialmente para evitar las constantes recidivas.

RECOMENDACIONES PREVENTIVAS Y DURANTE EL TRATAMIENTO QUE EL PERSONAL MÉDICO Y PARAMEDICO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD DEBE DAR EN CASOS DE MICOSIS SUPERFICIALES:

PLAN EDUCACIONAL

1. Evitar intercambio de objetos de uso personal: peine, toalla, corta uñas, zapatos y otros.
2. No rascar ni desprender costras ni pústulas ya que pueden condicionar sobreinfección bacteriana.
3. La limpieza cuidadosa de ropa y calzado acelera la curación y evita la reinfección.
4. Evitar contacto con el lugar, persona o animal de contagio hasta que haya recibido tratamiento.
5. Mantener pliegues cutáneos secos.
6. Tener interconsultas cada 2 a 4 semanas dependiendo dermatofitosis que presente para un mejor seguimiento de la enfermedad.
7. Evitar comidas altas en azúcares.
8. Evitar la humedad constante de la piel, especialmente las áreas de la misma más propensas a micosis superficiales.
9. Evitar el uso de ropa y calzado de material oclusivo. Se pueden usar calcetas y calcetines con el calzado de hule para evitar humedad y maceración que facilite la proliferación del agente micótico.

CRITERIOS DE REFERENCIA DE MICOSIS SUPERFICIALES A SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN:

1. En los casos de tiña, candidiasis y pitiriasis versicolor de cualquier localización que sea refractaria al tratamiento y/o lesiones difusas y diseminadas después de 3 meses de tratamiento, amerita revaloración por médico de segundo nivel.
2. Existe evidencia de que en los casos de onicomycosis en donde se presentan más de 5 uñas afectadas o más del 50% de afección ungueal o que sea refractaria al tratamiento, amerita revaloración por el segundo nivel.
3. Casos en que se presente anormalidad en exámenes de laboratorio que sugiera daño hepático y/o renal posterior a tratamiento antimicótico tomar en cuenta que podría existir una enfermedad concomitante relacionada que podría agravar el cuadro micótico.
4. Pacientes con insuficiencia hepática o renal grave.
5. Pacientes con diagnóstico dudoso para lo cual sea necesario confirmar con pruebas de laboratorio y/o gabinete.
6. Paciente con tipo ulcerativo de tiña de los pies que presente una úlcera demasiado grande, celulitis que no resuelve con tratamiento antibiótico o que a pesar de tratamiento adecuado no presenta evolución favorable.
7. Pacientes con candidiasis recidivantes que puedan hacernos pensar en una enfermedad de base inmunológica u hormonal.
8. Pacientes con desnutrición moderada o grave ya que no van a responder adecuadamente al tratamiento.

***Guía básica de estándares
de fundamento y manejo
del paciente con
Impétigo vulgar.***

IMPETIGO VULGAR

También llamado impétigo contagioso, impétigo ampollar e impétigo de Tilbury-Fox.

Es una dermatosis superficial, contagiosa y autoinoculable, muy frecuente, particularmente en niños, tiene una etiología normalmente mixta originada por cocos gram positivos, estafilococos (80%) principalmente *Staphylococcus aureus*, estreptococo (15%) principalmente *Streptococcus pyogenes* o ambos (15-20%). Se caracteriza por ampollas casi siempre efímeras, que son reemplazadas por pústulas las cuales se desecan con rapidez para formar costras mielicéricas que recubren una erosión puramente epidérmica. (Arenas 2006)

EPIDEMIOLOGÍA (Wolff 2008)

- Ocupa uno de los primeros cinco lugares en la consulta dermatológica en niños a nivel mundial.
- Ocupa el segundo lugar de las dermatosis más frecuentes en Chiquimula con una media de 4,600 casos anuales.
- Se da principalmente en la primera década de la vida.
- No hay predilección por sexo o clase social.
- Predomina en climas tropicales y en estación de verano.
- Es más frecuente en pacientes desnutridos.
- Se da con mayor frecuencia en estratos económicos bajos.
- Influye en su aparición: traumatismos, picaduras de insectos, infecciones piógenas extracutáneas y mala higiene personal.

CLASIFICACIÓN: (Arenas 2006)

- Impétigo primario.
- Impétigo secundario.

CUADRO CLÍNICO (Arenas 2006)

IMPÉTIGO PRIMARIO

- Aparece sobre una piel sin dermatosis previa.
- Se localiza a menudo alrededor de los orificios naturales: boca, fosas nasales, pabellones auriculares y ojos.
- En lactantes predomina en el perineo y en la región periumbilical.
- La lesión inicial es una ampolla de contenido claro, rodeada de una halo eritematoso que en pocas horas se transforma en pústula, el techo se rompe y aparece un exudado seroso o seropurulento que se deseca y origina las costras mielicéricas (estafilococo).
- Las lesiones son de evolución aguda, tienden a la curación espontánea en dos a tres semanas, dejan una piel erosionada y después una mancha de color rosado, al curar, la epidermis se regenera sin dejar cicatriz.
- Puede haber lesiones vesiculopustulares (estreptococo) que predominan en extremidades inferiores y cara. A veces las lesiones se extienden con rapidez por autoinoculación y sobrevienen lesiones adyacentes o a distancia, la extensión periférica forma lesiones circinadas o anulares.
- Puede o no presentar fiebre.

IMPÉTIGO SECUNDARIO

- Aparece sobre una dermatosis preexistente.
- Esta impetiginización puede aparecer en cualquier parte del cuerpo, las lesiones son las mismas que en la presentación de impétigo primario: eritema, ampolla, pústulas y costras mielicéricas.
- Esta forma casi siempre se asienta sobre una dermatosis pruriginosa previa.
- Puede ir acompañada o no por fiebre y por sintomatología aunada a dermatitis o lesión de base.

DIAGNÓSTICO: clínico – epidemiológico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Herpes simple	Tiñas inflamatorias
Dermatitis por contacto aguda	Dermatitis herpetiforme
Sífilides papulocostrosas	Pénfigo
Eczema agudo	Epidermólisis ampollosa

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El tratamiento farmacológico se divide en tópico y sistémico, se elegirá como primera elección el tratamiento tópico sobre el sistémico al menos que las lesiones del paciente estén muy diseminadas o no hayan respondido al tratamiento tópico luego del tiempo establecido del mismo.

Cuadros 1 y 2.

RECOMENDACIONES POR PARTE DEL PERSONAL MÉDICO Y PARAMÉDICO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD DURANTE EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

- Lavado con agua y jabón suave.
- Mejorar higiene general y específica del área afectada.
- Evitar rascado para evitar de la misma forma autoinoculación y lesiones periféricas.

CUADRO 1. TRATAMIENTO TÓPICO PARA IMPÉTIGO VULGAR

MEDICAMENTO	PRESENTACIÓN	DOSIS
MUPIROCINA 2% Ünguento	1gramo/20miligramos. Tubo de 15 gramos. (Presiderm ®)	Aplicar capa fina en área afectada 2 veces al día por 7 a 10 días.
ÁCIDO FUSÍDICO Crema	100gramos/2gramos Tubo de 15 gramos. (Fucidin®)	Aplicar capa fina en área afectada 2 veces al día por 7 a 10 días.
ERITROMICINA Crema	100gramos/2gramos. Tubo de 10 gramos.	Aplicar capa fina en área afectada 2 veces al día por 7 a 10 días.
RETAPAMULINA 1% Ünguento	100gramos/1gramo Tubo de 5 gramos (Altargo ®)	Aplicar capa fina en área afectada 2 veces al día por 7 a 10 días.

(Elaboración propia 2012) / (Wolvortone 2007)

CUADRO 2. TRATAMIENTO SISTÉMICO PARA IMPÉTIGO VULGAR

DROGA/ PRESENTACIÓN	DOSIS ADULTO	DOSIS PEDIATRICA	OBSERVACIONES
Penicilina Benzatínica Frasco: 1,200,000UI	600,000 a 1,200,00 UI, Intramuscular, dosis única.	300,000 a 600,000 UI, intramuscular, dosis única.	Realizar prueba de alergia a penicilina. NO administrar si el paciente es alérgico a las penicilinas.
Amoxicilina Tab.: 500mg Susp.: 250mg/ 5ml	500 mg. PO, Cada 8 horas (TID) por 7 a 10 días.	50 – 80mg/kg/día PO, dividido en tres dosis (cada 8 horas) por 7 a 10 días.	Contraindicado en paciente alérgicos a aminopenicilinas. Efectos adversos de intolerancia gástrica.
Dicloxacilina Tab.: 500mg Susp.: 250mg/5ml	500 mg. PO QID por 7 a 10 días.	25 a 50 mg/kg/día. PO. QID por 7 a 10 días.	Tomar con en estómago vacío. No administrar en pacientes alérgicos a las penicilinas. Puede provocar, como efectos adversos, intolerancia gástrica.
Eritromicina Tab.: 500mg Susp.: 125 y 250mg/5ml	500 mg. PO. QID por 7 a 10 días.	40mg/kg/día PO. QID por 7 a 10 días.	Contraindicado en pacientes con enfermedad hepática. Puede provocar intolerancia gástrica. No consumir junto con lácteos.
Cefadroxilo Cáp.: 500mg. Susp.: 250 y 500mg/5ml	500mg PO BID por 7 a 10 días.	30mg/kg/día PO. BID por 7 a 10 días.	Contraindicado en hipersensibilidad a las cefalosporinas o penicilinas. Efectos adversos de intolerancia gástrica.

(Elaboración propia 2012) / (Wolvortone2007)

Siglas: UI, unidades internacionales. Tab, tableta. Susp, suspensión. Cáp, cápsula. Mg, miligramos. ml, mililitros. PO, vía oral. BID, dos veces al día. QID, cuatro veces al día.

CRITERIOS QUE DEBE SEGUIR EL PERSONAL MÉDICO Y PARAMÉDICO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD

(Meléndez *et al*2009)

1. DE SEGUIMIENTO.

- Se debe controlar a las 48 o 72 horas para evaluar signos de infección sistémica y respuesta al tratamiento.

2. DE RIESGO:

- Inmunosupresión.
- La diseminación de la infección a otras partes del cuerpo.
- Sospecha de infección sistémica (sepsis, meningitis, linfangitis)
- Insuficiencia renal (Glomerulonefritis postestreptocócica).
- Puede ocurrir daño permanente en la piel y cicatrización.

3. DE REFERENCIA.

- Signos de infección sistémica, aspecto tóxico.
- Celulitis facial, peri orbitaria u orbitaria
- Presencia de factores de riesgo, complicaciones o enfermedades coexistentes.
- Evidencia de lesiones necrozantes, crepitantes o abscesos que necesiten terapia intravenosa.
- Afectación ósea o articular (Artritis séptica u osteomielitis).
- Intolerancia a la vía oral.
- Neonatos o niños menores de un año de edad.

NOTA: *Identificar los signos de riesgo ayuda a tener al paciente más controlado y evaluar continuamente por reconsultas o visitas domiciliarias hasta que este salga del riesgo o necesite referirse a segundo nivel de atención.*

***Guía básica de estándares
de fundamento y manejo
del paciente con
Escabiasis.***

ESCABIASIS

La escabiasis o sarna corresponde a una ectoparasitosis cutánea producida por el ácaro *Sarcoptes scabiei* variedad *hominis* que afecta a la piel, con predominio en pliegues y genitales, se caracteriza por la presencia de lesiones eritematosas, pápulo-vesiculosas altamente pruriginosas, cubiertas de costras mieliséricas, y presencia de surcos lineales o túneles cutáneos que excavan las hembras. Afecta a varios miembros de un grupo familiar o de grupos cerrados. La escabiasis se favorece por el hacinamiento, la promiscuidad y la falta de higiene (Vázquez 2006).

EPIDEMIOLOGÍA

- Distribución mundial.
- En Chiquimula se registran aproximadamente 3,000 casos anuales.
- Afecta a todas las razas.
- Afecta clases sociales, pero predomina en los estratos socioeconómicos bajos.
- Es endémica en muchos de los países no industrializados.
- Afecta a ambos sexos y ocurre a cualquier edad.

FACTORES DE RIESGO

- Falta de higiene.
- Hacinamiento.
- Promiscuidad.

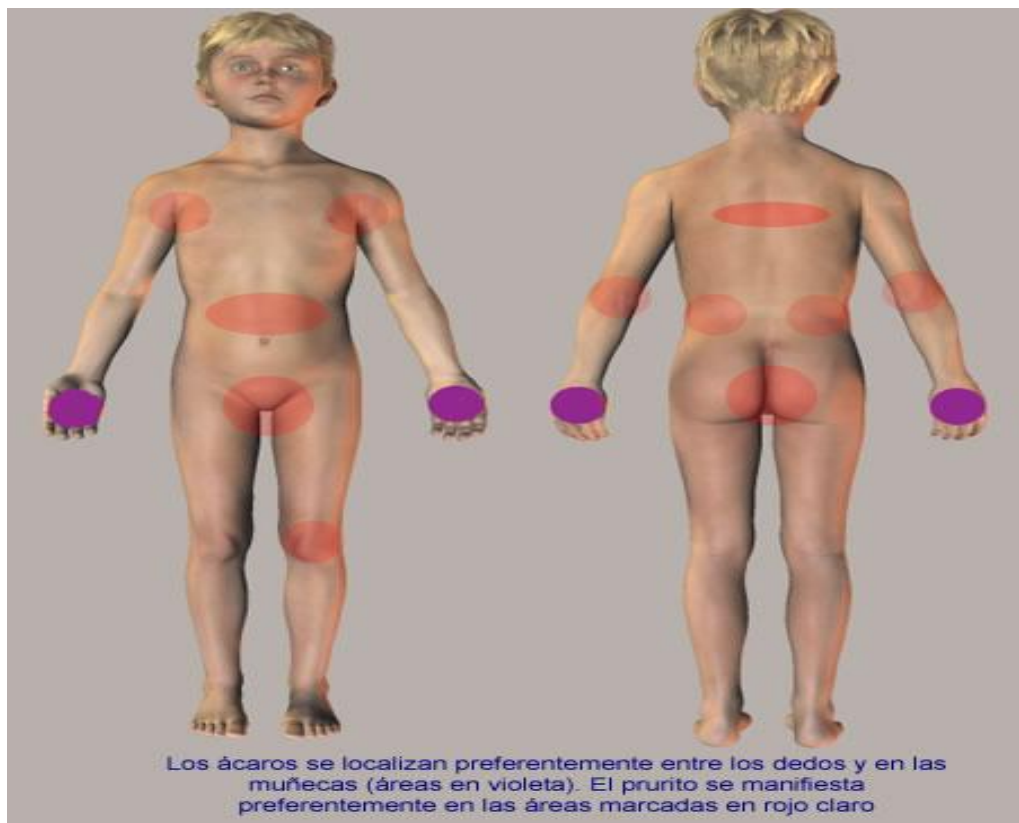
TRANSMISIÓN

- La fuente principal de infección es el hombre.
- Usualmente se transmite por contacto directo con personas infestadas, incluido el contacto sexual; indirecto, debido al contacto con fómites infestados como ropa de vestir, ropa de cama, sillones principalmente.
- Los principales factores predisponentes que facilitan su transmisión son los malos hábitos higiénicos del huésped, por lo que su frecuencia es mayor en grupos de convivencia establecida como familias, escuelas, cárceles, cuarteles, guarderías, hospicios, entre otros.

- Mediante el rascado se transfieren los ácaros de un lugar a otro del organismo y éste es el mecanismo para su diseminación a diferentes zonas del cuerpo.

CUADRO CLÍNICO

- En lactantes y niños la dermatosis es generalizada, las lesiones predominan en piel cabelluda, palmas, plantas y pliegues.
- En adultos casi nunca afecta a la cabeza, palmas ni pies.
- Las dermatosis está limitada por líneas imaginarias que pasan por hombros y rodillas (líneas de Hebra).
- Afecta la cara anterior de muñecas, pliegues interdigitales de manos, axilas, caras internas de brazos, antebrazos y muslos, ombligo, pliegue interglúteo, escroto y pene.
- En mujeres puede observarse también en pliegues submamarios y pezones.
- Hay abundantes pápulas y costras hemáticas, pocas veces se observan las lesiones elementales características: un túnel de 2 a 3 mm, sinuoso, ligeramente pigmentado, con una pequeña vesícula en la parte terminal, son más visibles en palmas, plantas y pene en las personas de raza blanca.
- El prurito es muy intenso, principalmente nocturno.
- En ancianos el prurito se hace más intenso y hay poca reacción inflamatoria.
- En personas limpias las lesiones son muy escasas, predominan en axilas, pliegues interdigitales y genitales.
- A veces solo hay prurito, pueden aparecer ronchas o dermatografismo.
- En niños suele haber pústulas y costras mieliséricas en dedos, lo que impide cerrar las manos (Signo del cirujano).
- En lactantes se puede acompañar de eccema, en el abdomen las pápulas y costras son tan abundantes que dan el aspecto de “Cielo estrellado”.
- En la escabiasis transmitidas por animales, la fuente son mascotas como perros y gatos, afecta tronco, brazos y abdomen, rara vez pliegues y genitales. Hay pápulas y vesículas, no se observan túneles y la evolución es muy corta porque en seres humanos esta variedad de ácaros no completa el ciclo.



DIAGNÓSTICO: Clínico – Epidemiológico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Cimiciasis	Pediculosis	Histiocitosis X
Pitiriasis rosada	Secundarismo sifilítico	Enfermedad de Darier
Urticaria	Dermatitis herpetiforme	Prurigo gestacional
Dermatitis medicamentosa	Liquen plano	Dermatosis lineal por IgA
Delirio de parasitosis	psoriasis	Pitiriasis rosada de Gibert
Eccema de manos	Paquioniquia congénita	Acropustulosis (niños)

MANEJO, MEDIDAS Y TRATAMIENTO A SEGUIR

- Deberán atenderse primeramente las complicaciones, si las hay.
- La terapéutica debe ser familiar, se debe introducir toda la ropa personal y de cama en un recipiente con agua hasta que ésta quede completamente cubierta, por en 24 a 48 horas.
- La aplicación de un insecticida en el cuarto y la cama por 2 a 3 días es recomendable pero no indispensable.
- Se deberá administrar tratamiento antihistamínico. (Cuadro 2)
- El prurito durará aproximadamente 4 semanas después del tratamiento, pero se hará menos intenso, por esta misma razón se repite el tratamiento a los 7 días (Vida media del ácaro) pero no se debe repetir tratamiento para escabiasis antes de un mes del último tratamiento.
- La escabiasis transmitida por animales cura sola al evitar el contacto con los mismos.

CUADRO 1. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PARA ESCABIASIS

TÓPICO	SISTÉMICO
<i>Benzoato de bencilo al 20% (Loción)</i> <i>(100mg/20% - Frasco de 60 y 120ml)</i> 	<i>Ivermectina</i> <i>(Gotero: 6mg/ml – Frasco gotero de 5ml)</i> <i>Tabletas: 6mg)</i> 
Aplicar en todo el cuerpo, desde el cuello, especialmente en manos y regiones intertriginosas y bajo las uñas, frotar durante 10 minutos, dejar toda la noche y retirar al día siguiente mediante baño, se repite por 3 a 5 días. REPETIR EN 5 A 7 DÍAS.	200microgramo/kg dosis única. <i>(1 gota = 200 microgramos / 1 tableta = 6mg)</i> Tableta: 15 – 20 kg = 3mg (½ tableta). 21 – 40 kg = 6 mg (1 tableta). 41 – 60 kg = 9 mg (1 ½ tableta). >60 kgs.= 12 mg (2 tabletas). REPETIR EN 5 A 7 DÍAS.

(Elaboración propia 2012) / (Wolvertone 2007)

El tratamiento con Ivermectina está contraindicado en niños menores de 5 años o con peso menor de 15 kg, en pacientes embarazadas y dando lactancia materna.

JABÓN ESCABICIDA: Se puede usar como tratamiento alternativo jabón de azufre por 7 a 14 días con el baño diario, debe durar un mínimo de tiempo para hacer suficiente espuma especialmente en las áreas en donde hay mayor presentación de lesiones.

CUADRO 2. TRATAMIENTO ANTIHISTAMÍNICO PARA ESCABIASIS

DROGA/ PRESENTACIÓN	DOSIS ADULTO	DOSIS PEDIATRICA	OBSERVACIONES
MALEATO DE CLORFENIRAMINA Jarabe: 2mg/5ml Tabletas: 4mg Ampolla: 10mg/1ml	4mg PO cada 8 a 12 horas por 5 a 10 días. 1 ampolla (10mg)/día IM o IV por 1 a 3 días.	0.1mg/kg/dosis cada 6 a 8 horas PO. Inyectable, misma dosis IM o IV (preferiblemente IM)	Contraindicado en recién nacidos, prematuras y lactancia materna. Puede haber sedación y resequedad de mucosas.
HIDROXICINA Jarabe: 10mh/5ml Tabletas: 25mg	25-100mg cada 6 a 8 horas o en una sola dosis al acostarse. PO por 7 a 14 días.	12.5 a 25mg cada 6 a 8 horas. PO por 7 a 14 días.	Contraindicado en el primer trimestre de embarazo y lactancia materna.
CETIRIZINA Gotas: 10mg/1ml Jarabe: 1mg/1ml Tabletas: 10mg	10 a 20 mg PO día por 7 a 30 días.	0.25 a 0.5mg/kg/dosis (1 gota = 0.5mg) cada 12 horas por 7 a 14 días. PO	Son agentes que atraviesan mínimamente la barrera hematoencefálica y por ello carecen de efectos sedantes y anticolinérgicos. Pueden producir leve sedación, resequedad bucal y mialgia en caso de cetirizina.
LORATADINA Jarabe: 5mg/5ml Tabletas: 10 mg	10 mg PO día por 5 a 10 días.	0.2mg/kg/día PO en dosis única o <30kg = 5mg/día >30kg = 10mg/día.	
DESLORATADINA Jarabe: 2.5mg/5ml Tabletas: 5mg	5md/día PO, por 5 a 30 días.	1.25 a 2.5 mg/día PO por 5 a 15 días.	No utilizar en insuficiencia renal severa, embarazo (C), lactancia materna y niños menores de 2 años.
RUPATADINA Tabletas: 10mg	1mg/ día PO por 7 a 30 días.	No se ha establecido su uso seguro en menores de 12 años.	Causa somnolencia. No contraindicado en embarazo, lactancia materna y/o insuficiencia renal o hepática

(Elaboración propia 2012) / (González 2010)

Siglas: mg, miligramos. ml, mililitros. Kg, kilogramos. PO, vía oral. IM, intramuscular. IV, intravenoso.

COMPLICACIONES

- Impétigo secundario.
- Abscesos,
- Linfangitis,
- Adenitis,
- Eritema tóxico
- Glomerulonefritis en casos muy extensos con infección agregada.

Para impétigo secundario, dar tratamiento combinado correspondiente (Ver cuadros 1 y 2 en la sección de Impétigo Vulgar).

Para el resto de complicaciones, ***REFERIR A SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN.***

***Guía básica de estándares
de fundamento y manejo
del paciente con
Dermatitis atópica.***

DERMATITIS ATÓPICA

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad de la piel crónica o recidivante, de tipo inflamatorio y muy pruriginosa, con una expresión morfológica que varía con la edad del paciente, pero con un predominio de formas eczematosas. Aparece con más frecuencia en individuos con historia personal o familiar de enfermedades atópicas. (Méndez *et al* 2003)

EPIDEMIOLOGÍA (Arenas 2006)

- Afecta del 3 al 20% de la población en general.
- Figura dentro de las 10 primeras enfermedades de consulta dermatológica.
- Es la cuarta causa de morbilidad dermatológica en el departamento de Chiquimula con una media de 1,000 casos anuales.
- Predomina en niños y adolescentes.
- Afecta a cualquier raza de igual forma.
- 60% de los enfermos inicia en el transcurso del primer año de edad y el 85% en los primeros 5 años.
- Es más frecuente en mujeres con una relación 2:1
- En el 60-70% de los pacientes se encuentra familiares de primer grado afectados.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS AL EXAMEN FÍSICO

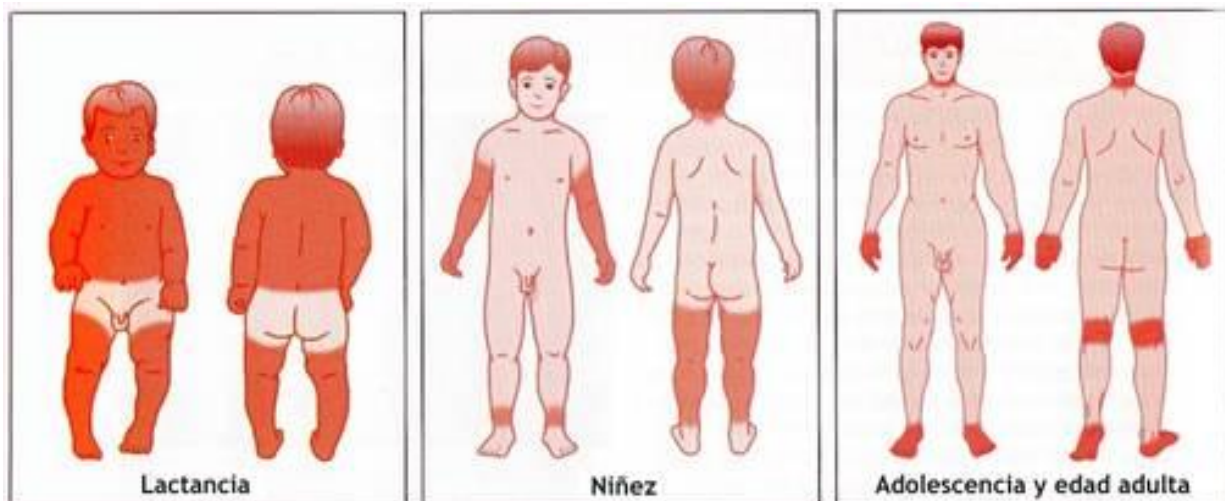
Cursa, principalmente, en brotes de lesiones eczematosas, papulovesiculosas, exudativo-costrosas y papulosas muy pruriginosas que se entremezclan con signos de rascado y fenómenos de liquenificación. Se clasifica en tres fases y son las siguientes: (Salvador *et al* 2007).

CUADRO 1. MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE DERMATITIS ATÓPICA

FASE	PRESENTACIÓN CLÍNICA AL EXAMEN FÍSICO
FASE DEL LACTANTE	Puede iniciar alrededor de las primeras semanas a los dos meses de edad. Se distingue por lesiones eritematosas, pruriginosas, papulares, exudativas, y costras hemáticas que predominan en las mejillas, pero respetan el triángulo central de la cara (lesión en servilleta). Las lesiones pueden extenderse a la piel cabelluda, los pliegues retroauriculares y de flexión, el tronco y las nalgas, o pueden ser generalizadas; aparecen por brotes. En general, las lesiones desaparecen a los dos años de edad sin dejar huella.
FASE INFANTIL (PRE Y ESCOLAR)	Puede ser el progreso de la fase del lactante o comenzar de nuevo. Aparece entre los 2 y 10 años. Existe una sequedad cutánea marcada. Se produce prurito intenso con un gran componente de inquietud e hiperactividad. Las lesiones se producen con más frecuencia en las grandes flexuras (fosa antecubital, hueco poplíteo, pliegue de muñecas), la nuca y el dorso de las manos y los pies. Las lesiones de la cara suelen curar o hacerse menos intensas salvo alrededor de la boca.
FASE DE ADULTO	Es menos frecuente. Se caracteriza por zonas de liquenificación o eccema, con una base de xerosis moderada o extrema. Se manifiesta en superficies de flexión de las extremidades, el dorso de las manos, de los pies o los genitales. En la cara aparece en la frente y áreas periorbitarias. Puede surgir entre la pubertad y la edad adulta.

(Elaboración propia 2012)

TOPOGRAFÍA DE LESIONES DE DERMATITIS ATÓPICA



Los pacientes con dermatitis atópica pueden tener signos clínicos típicos, o bien, variedades mínimas y localizadas, consideradas estigmas de constitución atópica.

En algunos pacientes pueden darse variantes clínicas y morfológicas en sitios especiales, que se denominan variedades atípicas de la dermatitis atópica.

Las formas atípicas o poco frecuentes pueden ocurrir de forma aislada, o alternar y coexistir con formas clásicas.

Cuando existen de forma aislada, su clasificación como variedades de dermatitis atópica puede ser discutible y para un diagnóstico adecuado será necesaria la ayuda de los antecedentes personales o familiares de atopía, la presencia de estigmas de constitución atópica, la histopatología (referencia a segundo nivel de ser necesaria) y el seguimiento evolutivo. (Salvador *et al*, 2007)

Las formas atípicas pueden clasificarse como:

CUADRO 2. MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE FORMAS ATÍPICAS DE DERMATITIS ATÓPICA

VARIEDAD MORFOLÓGICA	PRESENTACIÓN CLÍNICA AL EXAMEN FÍSICO
FORMA NUMULAR	Son placas “en forma de moneda” o discoides; aparecen principalmente en invierno. Su causa se desconoce y pueden afectar el tronco, las superficies extensoras de las extremidades, el dorso de las manos, los antebrazos y las extremidades inferiores. El prurito es variable, pero no intenso. <i>Debe hacerse diagnóstico diferencial con la dermatitis por contacto y con las infecciones superficiales por hongos.</i>
FORMA FOLICULAR	Se caracteriza por pápulas foliculares cubiertas con escama o costra serosa, con aspecto de “piel de gallina”, sin hiperqueratosis y con prurito intenso. Aparecen en invierno con curso cíclico. Afecta principalmente el tronco, el cuello y las superficies extensoras de las rodillas. Responden efectivamente al tratamiento con esteroides tópicos.

FORMA PAPULAR LIQUENOIDE	Se distingue por pápulas liquenoides aplanadas que aparecen en primavera y verano. Afecta principalmente los pliegues extensores de los codos, las rodillas, el dorso de las manos y en ocasiones las mejillas o las superficies extensoras de los antebrazos. Además, puede haber prurito leve asociado con fricción. El grupo afectado es de niños entre 4 y 13 años.
FORMA TIPO PRÚRIGO	Son pápulas eritematosas, escoriadas con vesículas, que poseen liquenificación localizada o perilesional. Afecta las superficies extensoras de las extremidades aunque respeta las palmas y las plantas. Puede haber prurito y rascado continuo. La infancia temprana es el grupo más afectado
DERMATITIS ATÓPICA INVERTIDA	Es una forma atípica clásica de la edad escolar, que se manifiesta por lesiones eritematopapuloescamosas escoriadas. Respeto las zonas antecubital y el hueco poplíteo, pero afecta los codos y las rodillas.
DERMATITIS PLANTAR JUVENIL	Forma atípica que inicia en los primeros años de vida con mayor incidencia en la edad escolar, y se agrava principalmente en el invierno. Los calcetines sintéticos, la sudoración y el uso de calzado plástico son factores de riesgo. Se manifiesta con xerosis, eritema brillante, escamas blancas y fisuras con dolor profundo. El prurito es intenso aunque puede no estar presente. El dorso de los dedos (primer dedo) se ve afectado con mayor frecuencia.

(Elaboración propia 2012).

En la dermatitis atópica pueden manifestarse tres diferentes estadios cutáneos, así:

CUADRO 3. PATRÓN DE REACCIONES CUTÁNEAS (Salvador *et al*, 2007)

FASE	PRESENTACIÓN CLÍNICA
AGUDA O LEVE	Xerosis (resequedad), microvesículas con costras, placas erosionadas, eritema papular, eccema (piel llorosa y exudativa), prurito, afecta algún segmento del cuerpo.
SUBAGUDA O MODERADA	Xerosis, descamación, placas eritematosas escoriadas, huellas de rascado, prurito moderado, lesiones diseminadas que afectan varios segmentos del cuerpo.
CRÓNICA O SEVERA	Xerosis, eritema, piel seca con escamas, liquenificación con o sin pápulas fibróticas y costras hemáticas, prurito intenso (impide dormir), es generalizada afectando a casi todo el cuerpo.

DIAGNÓSTICO (Mateos, 2006).

El diagnóstico debe basarse en la propia definición de la enfermedad caracterizada por la presencia de prurito, manifestaciones características de inflamación cutánea de evolución crónica, con fases de mejoría y exacerbaciones, simétricas y con distinta expresividad según la edad y la intensidad, y que suelen asociarse a antecedentes familiares de dermatitis atópica o de enfermedades alérgicas. Además, deben emplearse los criterios de Hanifin y Rajka y ciertos estigmas alérgicos asociados.

CUADRO 4. CRITERIOS DE HANIFIN Y RAJKA 1980

Criterios mayores	
- Prurito. - Morfología y distribución característica: • Liquenificación en flexuras en adultos. • Afectación de cara, flexuras y superficies de extensión en niños y jóvenes. • Combinación de estos patrones en niños y adultos. - Carácter crónico y recidivante. - Historia personal o familiar de atopia.	- Eczema de pezón. - Queilitis. - Conjuntivitis recidivante. - Pliegue infraorbitario de Dennie-Morgan. - Queratocono. - Catarata subcapsular anterior. - Ojeras u oscurecimiento periocular. - Palidez facial o eritema en cara. - Pitiriasis alba. - Pliegues en parte anterior de cuello. - Prurito provocado por la sudoración. - Intolerancia a la lana y los solventes de las grasas. - Acentuación perifolicular. - Intolerancia a algunos alimentos. - Evolución influenciada por factores ambientales y emocionales. - Dermografismo blanco.
Criterios menores	
- Xerosis. - Ictiosis/exageración pliegues palmares/queratosis pilar. - Reactividad cutánea inmediata (tipo I) a los test cutáneos. - Elevación de valores séricos de IgE. - Edad precoz de comienzo. - Tendencia a infecciones cutáneas y déficit de la inmunidad celular. - Tendencia a dermatitis inespecíficas de pies y manos.	
Han de cumplirse tres o más criterios mayores y tres o más criterios menores.	

(Mateos 2006)

ESTIGMAS ALÉRGICOS ASOCIADOS

Son signos clínicos, algunos más típicos que frecuentes.

Muchos se manifiestan en la cara dando un aspecto característico. (Salvador *et al* 2007)

- *El signo de Dennie-Morgan*, o doble o triple pliegue del párpado inferior.
- *El signo de Hertoghees* la desaparición o adelgazamiento de la cola de las cejas.
- *La palidez y eritema facial* originan un contraste de las zonas eritematosas afectadas y no afectadas, sobre todo en el triángulo nasogeniano y los párpados.
- *Las escleróticas azules* pueden estar presentes.
- *La lengua geográfica* parece ser más frecuente en la dermatitis atópica.
- *La xerosis cutánea* que se manifiesta con fina descamación, sobre todo en superficies de extensión de las extremidades.
- *Las líneas de las palmas de las manos, muy acentuadas y de aspecto simiesco* son un estigma asociado.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Dermatitis seborreica.
- Dermatitis irritativa (dermatitis del área del pañal).
- Dermatitis de contacto, poco frecuente, por contacto de la piel con productos químicos (cremas, jabones y otros).
- Escabiasis.
- Ictiosis.
- Histiocitosis de células de Langerhans (CL).
- Síndrome de Netherton.
- Inmunodeficiencias primarias.
- Acromermatitis enteropática.
- Queratosis pilar.
- Prurigo por insecto.

RECOMENDACIONES PREVENTIVAS Y DURANTE EL TRATAMIENTO

- **AMBIENTALES-GENERALES**

Se recomienda tomar las medidas profilácticas oportunas relacionadas con el medio que rodea al niño atópico y que puedan suponer una fuente de irritación. Incluye una buena limpieza de la casa, evitar el polvo y los irritantes inespecíficos. Es importante mantener limpia la habitación, no aspirar el polvo en presencia del paciente y mantener la humedad ambiental mediante un humidificador casero.

Para evitar la aparición de enfermedades alérgicas se recomienda eliminar todos los muñecos de peluche, puesto que acumulan mucho polvo. En cuanto a las mascotas, es mejor no tener.

- **MEDIDAS HIGIÉNICAS**

El baño diario debe ser corto, de 5 a 10 minutos y con agua templada. Se debe utilizar un jabón bastante suave (jabón Johnson® de bebé original, Jabón Dove® color blanco, como las alternativas más económicas), al momento del secado de la piel, éste debe ser presionando sutilmente la toalla y no frotándola para no irritar más la piel.

Se deben recortar las uñas, especialmente por el rascado constante, para evitar mayor excoriación e infecciones. Su higiene general deberá ser la mejor posible para evitar complicaciones con las lesiones.

- **CONSEJOS SOBRE LA VESTIMENTA**

La ropa puede constituir por sí misma un irritante o bien favorecer situaciones predisponentes de brotes (frío, calor, humedad).

Hay que procurar vestir con ropa suelta y transpirable, y utilizar preferentemente prendas de hilo o con un contenido de algodón. Los tejidos sintéticos como nylon o poliéster, la seda y los tejidos ásperos como lana son potencialmente irritantes.

Una alternativa para evitar el contacto estrecho de la piel con tejidos irritantes es el uso de camisetas de algodón.

El calor y la sudoración son posibles desencadenantes de brotes de dermatitis, por lo que es aconsejable no vestir con excesiva ropa o botas de material de hule.

También hay que evitar la ropa muy ajustada y el uso de suavizantes.

- **ALIMENTACIÓN**

Sí se ha comprobado que ciertos alimentos, como las fresas, los cítricos, el marisco, y en lactantes las manías, la leche de vaca cruda, la miel y el huevo, pueden desencadenar prurito y exacerbar la dermatitis atópica. Otros (tomate crudo, melocotón, limón, naranja), pueden causar irritaciones peribucales.

Determinadas bebidas excitantes como el café, el cacao y el alcohol deberían ser consumidas con precaución, porque pueden incrementar el prurito.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO TÓPICO

El tratamiento tópico es básicamente glucocorticoides. Existen diversas formulaciones de glucocorticoides tópicos y distintos corticoides con potencia antiinflamatoria, desde baja hasta muy alta. Los corticoides de baja potencia se pueden utilizar en cualquier zona de la superficie corporal, incluido pliegues, cara, comisuras bucales y a cualquier edad. Los corticoides tópicos de potencia intensa tienen limitaciones en cuanto a su aplicación y sobre todo en la zona de piel en la que se aplica.

NOTA: *Por la gran cantidad de efectos adversos y el empeoramiento posterior, los glucocorticoides constituyen hoy, no solo el tratamiento, sino en muchas circunstancias la contraindicación del mismo en la dermatitis atópica, por lo tanto para primer nivel de atención, especialmente en personal paramédico, se utilizarán glucocorticoides de baja y media potencia. Si el paciente, luego de las medidas preventivas, tratamiento no farmacológico y tratamiento farmacológico con glucocorticoides de baja o media potencia no presenta mejoría, se referirá a segundo nivel de atención en salud.*

CUADRO 5. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO TÓPICO

GLUCOCORTICOIDES	
MEDICAMENTO	DOSIS
HIDROCORTISONA 0.5, 1 o 2% Crema (Potencia Baja)	Aplicar capa fina en área afectada 2 veces al día 2 semanas, luego 1 vez a día por 1 semana más
CLOBETASONA BUTIRATO 0.5% Crema (Potencia Media)	Aplicar capa fina en área afectada 2 veces al día 2 semanas, luego 1 vez a día por 1 semana más
BETAMETASONA VALERATO 0.5% Crema (Potencia Media)	Aplicar capa fina en área afectada 2 veces al día 2 semanas, luego 1 vez a día por 1 semana más
INHIBIDOR SELECTIVO DE LA LIBERACIÓN INFLAMATORIA DE LAS CITOCINAS	
PIMECROLIMUS 1% Crema	Aplicar capa fina en área afectada, excepto mucosas, 2 veces al día por 2 a 6 semanas.

(Elaboración propia 2012)

Los glucocorticoides se aplicarán después del baño diario, con la piel semihúmeda (para mejor absorción sobre una piel limpia) se aplica una capa fina sobre las áreas afectadas 2 veces al principio y luego reducir a una vez al día, se intentará prolongar el tratamiento lo menos posible por lo que al tener mejoría clínica se debe suspender, se usará por un máximo de 4 semanas de ser necesario, siempre reduciendo la dosis antes de suspenderlo para evitar efecto rebote. No se debe aplicar en cara.

El tiempo de utilización del Pimecrolimus deberá protegerse adecuadamente del sol o de cualquier fuente de rayos ultravioletas con ropa adecuada, gorras, sombreros y protector solar, especialmente con un factor de protector solar. No se debe usar en pacientes menores de 2 años de edad.

Ambos medicamentos, glucocorticoides e inhibidores de la liberación inflamatoria de citosinas, están contraindicados en el embarazo.

CUADRO 6. TRATAMIENTO ANTIHISTAMÍNICO PARA DERMATITIS ATÓPICA

DROGA/ PRESENTACIÓN	DOSIS ADULTO	DOSIS PEDIÁTRICA	OBSERVACIONES
MALEATO DE CLORFENIRAMINA Jarabe: 2mg/5ml Tabletas: 4mg Ampolla: 10mg/1ml	4mg PO cada 8 a 12 horas por 5 a 10 días. 1 ampolla (10mg)/día IM o IV por 1 a 3 días.	0.1mg/kg/dosis cada 6 a 8 horas PO. Inyectable, misma dosis IM o IV (preferiblemente IM)	Contraindicado en recién nacidos, prematuras y lactancia materna. Puede haber sedación y resequedad de mucosas.
HIDROXICINA Jarabe: 10mg/5ml Tabletas: 25mg	25-100mg cada 6 a 8 horas o en una sola dosis al acostarse. PO por 7 a 14 días.	12.5 a 25mg cada 6 a 8 horas. PO por 7 a 14 días.	Contraindicado en el primer trimestre de embarazo y lactancia materna.
CETIRIZINA Gotas: 10mg/1ml Jarabe: 1mg/1ml Tabletas: 10mg	10 a 20 mg PO día por 7 a 30 días.	0.25 a 0.5mg/kg/dosis (1 gota = 0.5mg) cada 12 horas por 7 a 14 días. PO	Son agentes que atraviesan mínimamente la barrera hematoencefálica y por ello carecen de efectos sedantes y anticolinérgicos. Pueden producir leve sedación, resequedad bucal y mialgia en caso de cetirizina.
LORATADINA Jarabe: 5mg/5ml Tabletas: 10 mg	10 mg PO día por 5 a 10 días.	0.2mg/kg/día PO en dosis única o <30kg = 5mg/día >30kg = 10mg/día.	
DESLORATADINA Jarabe: 2.5mg/5ml Tabletas: 5mg	5mg/día PO, por 5 a 30 días.	1.25 a 2.5 mg/día PO por 5 a 15 días.	No utilizar en insuficiencia renal severa, embarazo (C), lactancia materna y niños menores de 2 años.
RUPATADINA Tabletas: 10mg	1mg/ día PO por 7 a 30 días.	No se ha establecido su uso seguro en menores de 12 años.	Causa somnolencia. No contraindicado en embarazo, lactancia materna y/o insuficiencia renal o hepática

(Elaboración propia 2012) / (González 2010)

Siglas: mg, miligramos. ml, mililitros. Kg, kilogramos. PO, vía oral. IM, intramuscular. IV, intravenoso.

CUADRO 7. TRATAMIENTO TÓPICO PARA INFECCIÓN AGREGADA A DERMATITIS ATÓPICA

MEDICAMENTO	PRESENTACIÓN	DOSIS
MUPIROCINA al 2% Ungüento	1gramo/20miligramos. Tubo de 15 gramos. (Presiderm ®)	Aplicar capa fina en área afectada 2 veces al día por 7 a 10 días.
ÁCIDO FUSÍDICO Crema	100gramos/2gramos. Tubo de 15 gramos. (Fucidin®)	Aplicar capa fina en área afectada 2 veces al día por 7 a 10 días.
ERITROMICINA Crema	100gramos/2gramos. Tubo de 10 gramos.	Aplicar capa fina en área afectada 2 veces al día por 7 a 10 días.
RETAPAMULINA al 1% Ungüento	100gramos/1gramo. Tubo de 5 gramos. (Altargo ®)	Aplicar capa fina en área afectada 2 veces al día por 7 a 10 días.

Existen combinaciones de glucocorticoides con antibiótico, especialmente ácido fusídico e hidrocortisona 0.5% la cual es efectiva como tratamiento 2 en 1.

El éxito del tratamiento y manejo de la dermatitis atópica consiste en un plan educacional adecuado junto con el tratamiento específico y reconsultas cada 2 a 4 semanas para llevar un buen seguimiento.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Paciente que no mejora a pesar de tratamiento adecuado.
- Paciente atópico con múltiples, constantes y seguidas recidivas.
- Paciente con enfermedad de base o agregada que amerite tratamiento de segundo nivel.
- Diagnóstico dudoso.

***Guía básica de estándares
de fundamento y manejo
del paciente con
Urticaria***

URTICARIA

Síndrome reaccional de la piel y mucosas, que se caracteriza por edema y ronchas pruriginosas, ocasionadas por edema vasomotor y circunscrito de la dermis que dura algunas horas; puede ser recidivante y de origen inmunológico, no inmunológico o desconocido. (Arenas 2006)

Desde hace mucho tiempo se considera un problema de salud pública importante, no por su gravedad, sino por su frecuencia y la dificultad para identificar el factor desencadenante, lo cual la tiende a convertir en una enfermedad crónica.

EPIDEMIOLOGÍA (Arenas 2006) / (Wolff 2009)

- La frecuencia en la población general va del 1 al 15%.
- Es la quinta dermatopatía más común en el departamento de Chiquimula con una media de 450 casos anuales.
- Predomina en mujeres de 40 a 50 años de edad.
- La frecuencia del dermografismo blanco o rojo es del 5%.
- Solo en el 30% de los pacientes se encuentra una causa identificable.
- La urticaria colinérgica predomina luego de los 20 años de edad.
- Coincide con angioedema en un 50% y éste se presenta solo en 11%.

ETIOPATOGENIA (Arenas 2006) / (Wolff 2009)

Puede originarse por: fármacos, alimentos, alérgenos inhalados, infecciones, factores psicológicos, enfermedades generalizadas, sustancias penetrantes y por contacto; picaduras y mordeduras de insectos y artrópodos, procesos que activan el complemento y el depósito de complejos inmunitarios, anormalidades genéticas y agentes físicos.

Entre las causas más frecuentes están la ingestión e inyección de productos farmacológicos y químicos, en especial antibióticos, como la penicilina, analgésicos no

esteroideos, laxantes, sedantes, tranquilizantes, conservadores o colorantes de alimentos, e infecciones bacterianas focales crónicas.

Las urticarias colinérgicas se desencadenan por el ejercicio, por sobrecalentamiento pasivo o por tensión emocional.

CLASIFICACIÓN

Según el cuadro clínico la urticaria se clasifica en urticaria propiamente dicha, dermatografismo y edema angioneurótico, según el origen en inmunológica y no inmunológica y según la evolución en aguda o crónica.

CUADRO 1. CLASIFICACIÓN DE LA URTICARIA

Clasificación	Tipo
Urticaria común	Aguda Crónica Físicas Idiopáticas
Urticarias Físicas	Dermografismo Urticaria por presión Urticaria por frío Urticaria por calor Urticaria solar
Tipos especiales De Urticaria	Urticaria colinérgica Urticaria adrenérgica Urticaria por contacto (alérgica opseudoalérgica) Urticaria Acuagénica
Patologías asociadas a Urticaria	Vasculitis Urticariana Urticaria familiar por frío Angioedema Hereditario

(Elaboración propia 2012) / (Zuberbier 2009)

URTICARIA COMÚN

Urticaria recurrente (aguda y crónica): Esta es la forma más frecuente de presentación de la urticaria en la consulta del médico del primer contacto y del especialista. El diagnóstico viene sugerido por una historia de ronchas diarias, o casi diarias, en cualquier parte del cuerpo, que duran hasta 24 horas y que pueden asociarse a angioedema, sobre todo en los casos graves. Se suele subdividir en aguda y crónica de acuerdo con la duración, fijando las 6 semanas como umbral, aunque la urticaria aguda puede progresar hacia la cronicidad. La urticaria común puede remitir y a continuación, recidivar meses o años después.

Urticaria episódica: Existe también un pequeño subgrupo de pacientes con ataques episódicos de urticaria grave que duran días, y a veces recurren de forma intermitente a lo largo de los años, y para los que no puede encontrarse una causa.

URTICARIAS FÍSICAS

Definidas en función del estímulo físico inicial. De forma típica, los habones aparecen en los minutos siguientes al estímulo y desaparecen en una hora, excepto en la urticaria por presión, en la que inicio y final están diferidos. La morfología de los habones puede ser útil a la hora de distinguir los diferentes tipos.

Dermografismo: Con el rascado o el golpeo de la piel aparecen habones, en disposición lineal y con tendencia a confluir. El uso de un instrumento calibrado dotado de un resorte denominado dermatógrafo es útil en estudios clínicos, pero en la práctica clínica, normalmente es suficiente con rosar suavemente la parte alta de la espalda con una espátula de madera para demostrar la inadecuada respuesta en forma de habones y eritema, o un estímulo con un objeto romo.

Urticaria por presión: Desencadenada por presión local sostenida, la urticaria por presión es completamente diferente del dermatismo inmediato. La urticaria no aparece sino después de muchas horas tras el estímulo de presión y puede durar hasta 24 horas antes de desaparecer. Morfológicamente, los habones recuerdan a los

de la urticaria común, pero pueden ser más bien dolorosos en vez de pruriginosos, sobre todo en manos y pies. Los pacientes pueden sentir malestar general y sufrir ataques graves.

Urticaria por frío: El enfriamiento generalizado o el frío local a nivel cutáneo producido por la exposición al viento o agua fríos, puede provocar urticaria en individuos susceptibles. A menudo, esta respuesta puede demostrarse aplicando un cubito de hielo sobre la piel del antebrazo durante 5 minutos.

Urticaria solar: Desencadenada por la radiación ultravioleta (UV) de la luz solar, es infrecuente. Una clínica de ronchas inmediatas a la exposición solar la diferenciaría del trastorno, mucho más frecuente, conocido como erupción lumínica polimorfa o «sarpullido por calor», que aparece horas después y persiste durante días. La urticaria solar puede ser confirmada tras una prueba de fotoestimulación.

TIPOS ESPECIALES DE URTICARIA

Urticaria por contacto: Los habones tienden a durar poco, pero pueden tener una fase tardía en los casos graves. La urticaria por contacto inmunológica mediada por inmunoglobulina E (IgE) contra alérgenos como el cacahuete, el epitelio animal o el látex, es especialmente habitual en los individuos atópicos. La urticaria por contacto no inmunológica puede suceder con un amplio espectro de productos químicos como el aldehído cinámico y el ácido benzoico.

Urticaria colinérgica: Se desencadena por el sudor, las glándulas sudoríparas se activan por la liberación de acetilcolina desde las terminaciones de fibras nerviosas simpáticas. El aumento de la temperatura interna tras el ejercicio, baños muy calientes o estrés emocional, pueden provocar la aparición de numerosas pequeñas pápulas o habones en el tronco rodeadas de halo eritematoso.

Urticaria acuagénica: Se desencadena con el contacto con agua a cualquier temperatura. La presentación más típica consiste en la aparición en el tronco de unos pocos habones y pápulas rodeados de un eritema irregular.

PATOLOGÍAS ASOCIADAS A URTICARIA

Vasculitis urticariana: Afecta a vasos de pequeño calibre con lesiones urticarianas, la vasculitis urticariana a menudo se clasifica entre las urticarias porque puede presentarse con habones y angioedema morfológicamente indistinguibles de la urticaria común. Las lesiones de urticaria duran más de 3 días o se transforman en hematoma. Pueden ser urentes más que pruriginosas y a menudo se acompañan de otros síntomas de esta enfermedad sistémica, como malestar general y artralgias.

Angioedema (sin habones): El angioedema congénito se transmite de forma hereditaria. Se produce como consecuencia de la activación no inhibida de los componentes iniciales del complemento que conducen a la producción de péptidos vasoactivos similares a la cinina y a la formación de bradisinina.

El angioderma recurrente con niveles normales de complemento inhabitualmente es idiopático. No obstante, es importante no pasar por alto la posibilidad de una causa de origen medicamentoso. El angioedema es un efecto secundario bien conocido de los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA), y en raras ocasiones lo produce la aspirina o los antiinflamatorios no esteroideos.

CUADRO CLÍNICO

La urticaria puede ser circunscrita, diseminada o generalizada, las lesiones son rochas o habones, es decir, elevaciones mal definidas, de tamaño, forma y números variables, tienen aspecto de piel de naranja, duran minutos u horas y conllevan prurito intenso.

- **Historia clínica:**

- Se presenta como un habón eritematoso asociado a un grado variable de prurito, que va de un prurito leve a uno intenso, que interfiere con el trabajo diario y con el sueño nocturno.
- Las lesiones muestran una tendencia variable a ser transitorias y habitualmente aparecen y desaparecen en horas, sino en minutos.
- En algunos pacientes con vasculitis urticariana las lesiones tienden a persistir más de 24 horas y requieren una atención especial.

- Si la urticaria afecta principalmente a la dermis, aparecen placas eritematosas pruriginosas circunscritas por un edema cutáneo.
 - Habitualmente estas lesiones son fugaces, durando desde pocos minutos a algunas horas. En el 50% de los pacientes, la afectación del tejido subcutáneo más profundo termina produciendo angioedema.
- **Exploración física:**
 - Se debe realizar una exploración cutánea para evaluar la actividad de la urticaria, la morfología y distribución de los habones y el angioedema, indicios de hematomas, edema cutáneo generalizado (que algunas veces se observa en urticarias muy graves) y enfermedades del tejido conjuntivo. Hay que prestar atención a las posibles alteraciones sistémicas asociadas, como disfunción tiroidea, artritis e ictericia.

DIAGNÓSTICO PARA PRIMER NIVEL (Zuberbier 2009).

El diagnóstico es fundamentalmente clínico.

La roncha o habón presenta tres características típicas:

- 1) Edema central de tamaño variable, casi que invariablemente circundado por un eritema reflejo;
- 2) Prurito asociado y a veces sensación de quemazón;
- 3) Naturaleza evanescente, con la piel retornando a su aspecto normal generalmente dentro de una a veinticuatro horas.

El angioedema es definido por:

- 1) edema súbito y pronunciado de la dermis profunda y subcutánea;
- 2) mayor frecuencia del síntoma, dolor en relación al prurito;
- 3) acometimiento frecuente de membranas mucosas;
- 4) resolución del cuadro alrededor de setenta y dos horas

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Prúrigo por insectos.	Eritema polimorfo.
Eritema anular centrífugo.	Urticaria pigmentaria.

TRATAMIENTO

La base del tratamiento es excluir la causa que esté provocando la urticaria.

El tratamiento farmacológico consta de antihistamínicos de primera y segunda línea, como se ve en el Cuadro 2.

CUADRO 2. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PARA URTICARIA

DROGA/ PRESENTACIÓN	DOSIS ADULTO	DOSIS PEDIÁTRICA	OBSERVACIONES
MALEATO DE CLORFENIRAMINA Jarabe: 2mg/5ml Tabletas: 4mg Ampolla: 10mg/1ml	4mg PO cada 8 a 12 horas por 5 a 10 días. 1 ampolla (10mg)/día IM o IV por 1 a 3 días.	0.1mg/kg/dosis cada 6 a 8 horas PO. Inyectable, misma dosis IM o IV (preferiblemente IM)	Contraindicado en recién nacidos, prematuras y lactancia materna. Puede haber sedación y resequead de mucosas.
HIDROXICINA Jarabe: 10mh/5ml Tabletas: 25mg	25-100mg cada 6 a 8 horas o en una sola dosis al acostarse. PO por 7 a 14 días.	12.5 a 25mg cada 6 a 8 horas. PO por 7 a 14 días.	Contraindicado en el primer trimestre de embarazo y lactancia materna.
CETIRIZINA Gotas: 10mg/1ml Jarabe: 1mg/1ml Tabletas: 10mg	10 a 20 mg PO día por 7 a 30 días.	0.25 a 0.5mg/kg/dosis (1 gota = 0.5mg) cada 12 horas por 7 a 14 días. PO	Son agentes que atraviesan mínimamente la barrera hematoencefálica y por ello carecen de efectos sedantes y anticolinérgicos.
LORATADINA Jarabe: 5mg/5ml Tabletas: 10 mg	10 mg PO día por 5 a 10 días.	0.2mg/kg/día PO en dosis única o <30kg = 5mg/día >30kg = 10mg/día.	Pueden producir leve sedación, resequead bucal y mialgia en caso de cetirizina.
DESLORATADINA Jarabe: 2.5mg/5ml Tabletas: 5mg	5md/día PO, por 5 a 30 días.	1.25 a 2.5 mg/día PO por 5 a 15 días.	No utilizar en insuficiencia renal severa, embarazo (C), lactancia materna y niños menores de 2 años.
RUPATADINA Tabletas: 10mg	1mg/ día PO por 7 a 30 días.	No se ha establecido su uso seguro en menores de 12 años.	Causa somnolencia. No contraindicado en embarazo, lactancia materna y/o insuficiencia renal o hepática

(Elaboración propia 2012) / (González 2010)

Siglas: mg, miligramos. ml, mililitros. Kg, kilogramos. PO, vía oral. IM, intramuscular. IV, intravenoso.

NOTA: *Por la gran cantidad de efectos adversos, si el paciente llegara a necesitar de tratamiento con glucocorticoides será criterio de referencia a segundo nivel de atención. Esto con el fin de evitar un mal manejo y complicaciones posteriores del mismo.*

MEDIDAS GENERALES

Evitar los alérgenos: La principal prioridad en el tratamiento de la urticaria es la eliminación del agente causal, estímulo o antígeno, aunque esto es a menudo fácil de decir y difícil de hacer. Evitar aquellos alérgenos que se identifiquen como causa de una urticaria de contacto o de una anafilaxia solucionaría el problema. En los pacientes con urticaria crónica con escasa respuesta a antihistamínicos.

Hay que considerar la existencia de una posible intolerancia alimentaria o a fármacos que no se deba a una alergia mediada por IgE.

Educación y cuidados específicos: Proporcionar información acerca del tipo de urticaria, causa (si se conoce), medidas sencillas para aliviar los síntomas, tratamientos farmacológicos disponibles y perspectivas de futuro para los pacientes que tengan que convivir con su enfermedad durante meses o años.

Un buen plan educacional evitará recidivas.

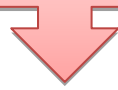
CRITERIOS DE REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL

- Paciente que no responde adecuadamente al tratamiento.
- Diagnóstico dudoso que necesite pruebas de laboratorios o evaluación por especialista.
- Enfermedad de base que necesite atención de segundo nivel.
- Tratamiento necesario de glucocorticoides.

*Guía rápida
de manejo
del paciente con*

***Micosis superficiales
Impétigo vulgar
Escabiasis
Dermatitis atópica y
Urticaria.***

LESIONES ELEMENTALES DE LA PIEL



MÁCULA

Es un área circunscrita de cambio en la coloración de la piel, *sin elevación o depresión de la piel circundante*

(no son palpables), tampoco hay cambios en el espesor ni consistencia del área afectada. Las máculas pueden ser de cualquier tamaño y de cualquier color.

PÁPULA

Es una lesión sólida, superficial, menor a 0,5 cm de diámetro, son palpables, curan sin dejar cicatriz. La elevación se produce por depósitos metabólicos, infiltrados celulares localizados o por hiperplasia de elementos celulares.

PLACA

Son lesiones similares a las pápulas pero de tamaño superior a 1 cm, tienen bordes bien definidos, predomina la extensión en la superficie y no la profundidad.



NÓDULOS

Son palpables, sólidos y pueden comprometer la epidermis, dermis o tejido celular subcutáneo (tienen conexión con la hipodermis), predomina la profundidad y no la extensión, son más palpables que visibles



VESÍCULAS

Son lesiones bien delimitadas, elevadas, superficiales, con paredes delgadas y contienen líquido claro en su interior. Las vesículas que contienen suero son amarillentas mientras que la que contienen sangre pueden ser rojas u oscuras. La vesícula mide menos de 0.5 cms



PÚSTULA

Elevación pequeña circunscrita de la epidermis que contiene pus. Pueden ser superficiales o profundas. De aspecto amarillento ó hemorrágico. Están relacionadas con procesos bacterianos.



ESCAMA

Son conglomerados de células córneas mas o menos secas formadas por las capas epidérmicas superficiales.



COSTRA

Exudado seco en la superficie de la piel, se forma con pus sangre, células, escamas y sustancias externas.



ÚLCERA

Interrupción de la continuidad de la epidermis con exposición de la dermis subyacente. Se pueden observar en infecciones severas. Concomitantes a neoplasias.



EXCORIACIÓN

Pérdida de la continuidad de la piel superficial que no penetra la membrana basal. Generalmente ocasionada por rascado, morde dura o frotado.



LIQUENIFICACIÓN

Engrosamiento y endurecimiento de la piel que provoca arrugas y apariencia de piel de elefante. Se asocia a inflamación crónica y traumatismos.



FISURA

Separación linear de la epidermis involucrando hasta la dermis. Generalmente son consecuencia de pérdida de la elasticidad de la piel.

MICOSIS SUPERFICIALES



TIÑA DE LA CABEZA O TINEA CAPITIS



Imagen M1



Imagen M2



Imagen M3



Imagen M4

Las imágenes muestran una tiña no inflamatoria de la cabeza en las distintas y más comunes formas en las que puede presentarse.

Usualmente se presentará como una o múltiples placas pseudoalóplicas, con presencia de escama, puede ser en forma circular (Figura M1), de w o z, (Figura M2) en donde los pelos parasitados pueden estar mezclados con pelos sanos, los primeros se ven en forma de puntos negros (Figura M3).

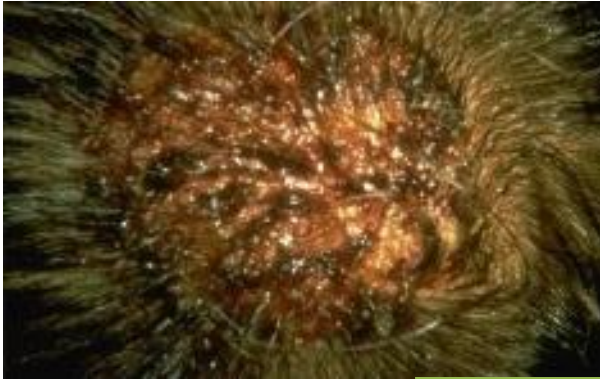


Imagen M5



Imagen M6



Imagen M7



Imagen M8

Las imágenes M5, M6 y M7, muestran una tiña inflamatoria de la cabeza, conocida como **Querión de Celso** consecuencia de la respuesta inmunitaria del huésped como un estado inflamatorio defensivo.

Se presenta como una placa pseudoalopécica eritematosa, dolorosa a la palpación, con numerosas pústulas y/o abscesos, que pueden llegar a formar costras seropurulentas o serohemáticas.

Puede o no presentar adenopatía regional dolorosa.

En este tipo inflamatorio de tiña de la cabeza se hace necesario agregar tratamiento antibiótico (Cuadro 4), además del tratamiento antifúngico específico (Cuadro 3).

En la imagen M8 se muestra una Tiña Fávica producida por el agente *TrichophytonSchonlëi*.

Se caracteriza por presentar un rodete fávico: pequeñas costras amarillentas cóncavas y centradas por un pelo, constituidas por el micelio del hongo.

TIÑA DE LA BARBA O TINEA BARBAE



Imagen M9



Imagen M10



Imagen M11



Imagen M12

En la forma superficial de la Tiña de la barba es frecuente la presencia de leve escama o costras (imágenes M9 y M11) y áreas de alopecia con pústulas foliculares o leve eritema del área afectada (imagen M10).

En la tiña de la barba puede presentarse, igual que en tiña de la cabeza, el característico Querión de Celso, por respuesta inflamatoria, en donde puede haber presencia de n6dulos y absceso. Usualmente el área en donde se encuentra el Querión de Celso se vuelve alopécica. Para este tipo inflamatorio se debe agregar tratamiento antibiótico (Cuadro 4).

TIÑA FACIAL O DE LA CARA



Imagen M13



Imagen M14



Imagen M15



Imagen M16

La tiña de la cara se caracteriza por una o varias placas eritematosas, anulares o serpiginosas, discretamente escamosas de borde definido papular o vesiculopustuloso, imágenes M13, M14 y M15.

El uso de corticoides tópicos puede enmascarar el cuadro con una tiña incógnito, alterando la forma normal en que se presenta dicha micosis, como se ve en la Imagen 16.

TIÑA CORPORAL O TINEA CORPORIS



Imagen M17



Imagen M18



Imagen M19

La tiña del cuerpo, se presenta en la piel lampiña a excepción de palmas, plantas e ingle; se caracteriza por una o múltiples pápulas de coloración rojiza y pruriginosa que crecen en forma excéntrica y origina una lesión circular, escamosa y de borde activo; su máxima actividad se sitúa en los bordes de la lesión con mayor eritema, presencia de pápulas, microvesículas, escamas y con menor frecuencia pústulas y costras. La zona central de la placa es ligeramente escamosa, de color pardo y aspecto involutivo, como se observa en las imágenes M17 y M18.

En la imagen 19 se observa una forma inflamatoria de la tiña del cuerpo o Granuloma de Majocchi, en donde se observa la sobreelevación con elementos pustulosos en la parte central.

TIÑA INGUINAL O ECCEMA MARGINADO DE HEBRA



Imagen M20



Imagen M21



Imagen M22



Imagen M23

La tiña inguinal normalmente se localiza en la cara interna de la raíz de los muslos, región suprapúbica y zona perianal, suele ser bilateral, como se presenta en las imágenes M20, M22 y M23.

Se caracteriza por la presencia de una placa de bordes continuos, policíclicos, pápuloeritematovesiculosos y centro escamoso parduzco, imagen M21.

Produce prurito y puede sobreinfectarse secundariamente por rascado y también liquenificarse.

TIÑA DE LOS PIES O TINEA PEDIS



Imagen M24



Imagen M25



Imagen M26



Imagen M27

La tiña de los pies puede presentarse en 4 tipos diferentes:

Tipo intertriginosa (interdigital) imagen M24, es la presentación más común. Hay presencia de eritema y erosión de los espacios inter y subdigitales de los pies, especialmente en medio y a los laterales de los tres primeros dedos.

Tipo crónica hiperqueratótica, imagen M25, se evidencia un eritema bien marcado con presencia de pápulas y piel engrosada al margen del mismo, puede cubrir todo el pie en su parte dorsal y lateral, dando un aspecto “tipo mocacina”

Tipo vesículo – buloso, imagen M26, Suele presentarse con vesículas mayores de 3mm de diámetro, pústulas y ampollas en la piel de la planta y área periplantar de los pies.

Tipo agudo ulcerativo, imagen M27 Hay presencia de vesículas y pústulas que van formando un área grande ulcerativa con o sin presencia de líquido purulento. Usualmente se presenta celulitis, linfadenitis y fiebre. Hay una sobreinfección agregada.

TIÑA DE LAS MANOS O TINEA MANNUM



Imagen M28



Imagen M29



Imagen M30



Imagen M31

La tiña de las manos se presenta, en la mayoría de casos, de manera unilateral. Se caracteriza clínicamente por formas descamativas e hiperqueratósicas de localización palmar habitualmente, formas dishidróticas con la presencia de vesículas de distribución anular o segmentaria y lesiones intertriginosas descamativas, como se muestra en las imágenes M28, M29 y M30. En la mayoría de casos está asociada a otra dermatofitosis, especialmente a tiña de los pies, onicomycosis o tiña inguinal. El signo “dos pies - una mano” es muy característico, imagen M31.

TIÑA DE LAS UÑAS U ONICOMICOSIS DERMATOFÍTICA



Imagen M32



Imagen M33



Imagen M34



Imagen M35

Existen 4 tipos de presentación en las tiñas de las uñas:

Onicomycosis subungueal distal y lateral, imagen M32, que es la presentación clínica más común; ***onicomicosis subungueal blanca proximal***, imagen M34 y ***onicomicosis blanca superficial***, imagen M35 que podrían hacernos pensar en algún tipo de inmunocompromiso y ***onicomicosis distrófica total***, imagen M33 estadio final al que pueden llegar todas las formas clínicas con afección del 100% de la uña.

CANDIDIASIS CUTÁNEA



Imagen M36



Imagen M37



Imagen M38



Imagen M39

La candidiasis cutánea se presenta en sitios ocluidos en donde esa misma oclusión y maceración crean calor y humedad, puede presentarse en pliegues cutáneos como axilas, ingle, región submamaria, región infraumbilical, región infrapúbica, región interglútea, imágenes M37 y M38; espacios interdigitales de manos y pies, imagen M39 y área del pañal, imagen M36.

CANDIDIASIS DEL APARATO UNGUEAL



Imagen M40



Imagen M41

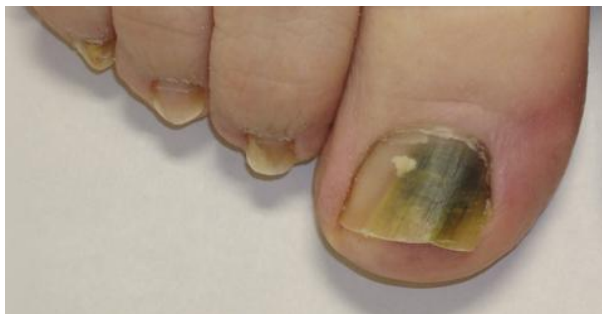


Imagen M42



Imagen M43

En la onicomycosis por *Candida*, la lámina ungueal se observa engrosada, más afectada en la base y con estrías transversales, imagen M40, puede mostrar despigmentación o adquirir coloración amarillenta, verde o negra, imágenes M42 y M43.

Usualmente hay perionixis: dolor e inflamación periungueal, que suele ser la causa de la lesión, imagen M41.

CANDIDIASIS GENITAL - VULVOVAGINAL



Imagen M44



Imagen M45



Imagen M46

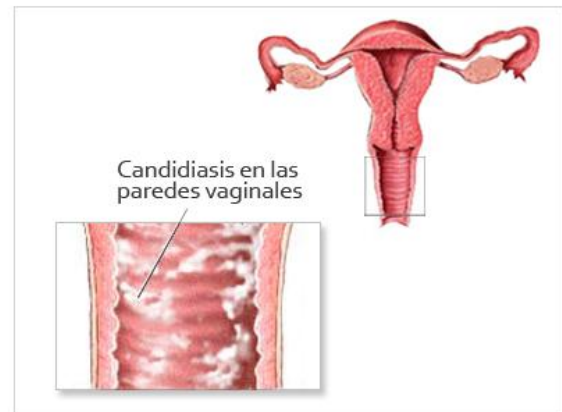


Imagen M47

La candidiasis vulvo vaginal se presenta con una descarga vaginal blanquecina grumosa (leucorrea), eritema y edema vulvovaginal, placas blancas que pueden ser fácilmente removidas en mucosa vaginal o cervical como se muestra en las imágenes M44, M45 y M47.

Puede extenderse hasta muslos y región perianal, imagen M46.

CANDIDIASIS GENITAL – GLANDE PREPUCIO



Imagen M48



Imagen M49



Imagen M50

Hay presencia de lesiones maculopapulares con eritema difuso, imágenes M48 y M50.

Hay edema, ulceración en algunos casos y fisuración de prepucio, especialmente en hombres diabéticos con presencia de placas blanquecinas, imagen M89.

CANDIDIASIS BUCAL



Imagen M51



Imagen M52



Imagen M53



Imagen M54

La candidiasis bucal se presenta con enrojecimiento y placas mucosas blanquecinas (muguet), imágenes M51 y M52.

Las lesiones pueden ser difusas o afectar una sola región como paladar, carrillos, encías o lengua, imágenes M52 y M54.

PITIRIASIS VERSICOLOR



Imagen M55



Imagen M56



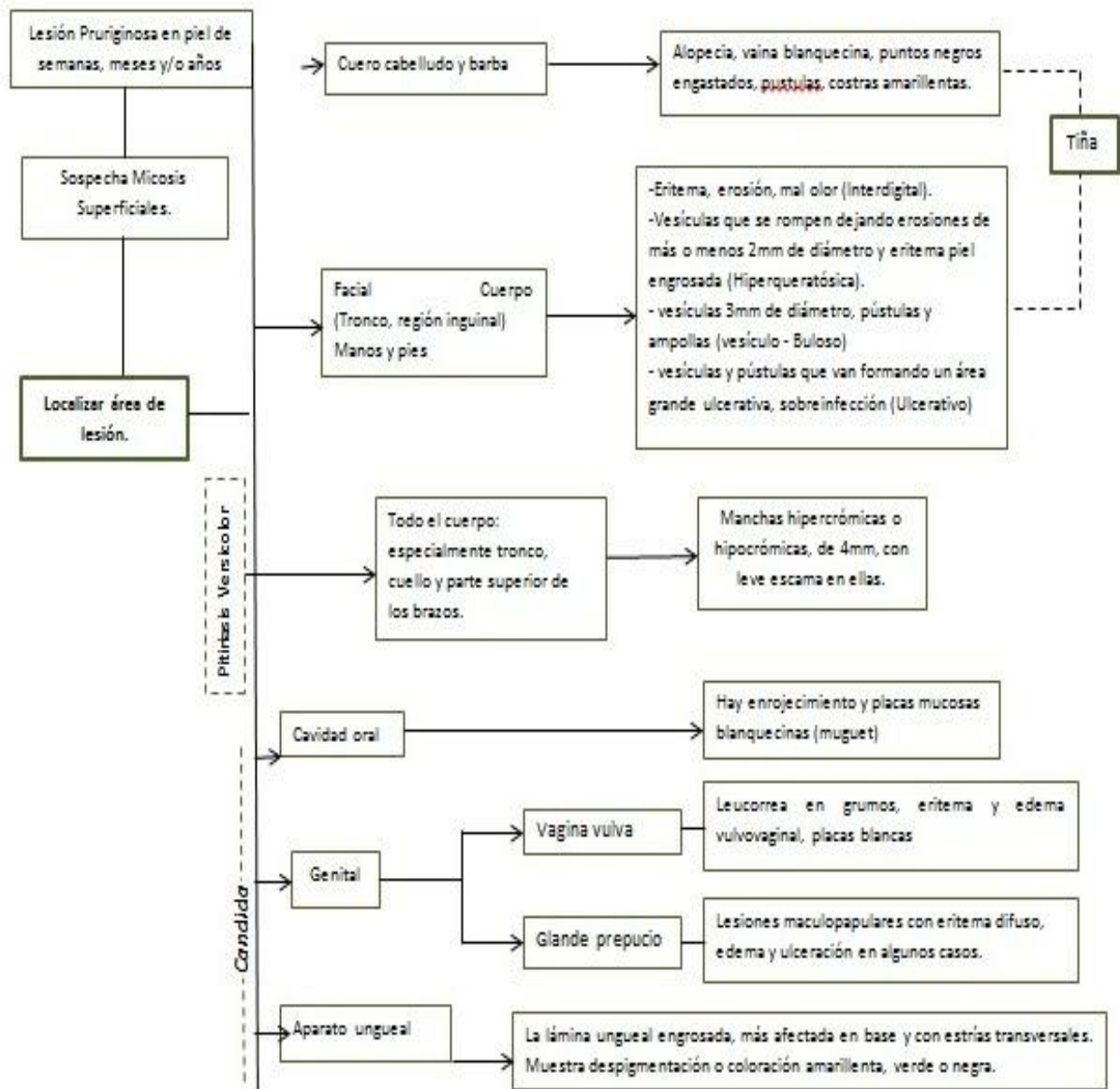
Imagen M57



Imagen M58

La dermatosis está constituida por abundantes máculas lenticulares, redondas u ovaladas que, aproximadamente, miden de 2 a 4 mm hasta 1 o 2 cms de diámetro, casi todas son aisladas pero pueden confluir y formar grandes placas, con el tiempo, hasta formar extensas áreas geográficas, imágenes M55, M57 y M58.

Están cubiertas por descamación furfurácea que se aprecia mejor al hacer una abrasión gentil sobre las lesiones con una paleta o con la uña, imagen M56.



IMPÉTIGO VULGAR



Imagen IV 1



Imagen IV 2



Imagen IV 3



Imagen IV 4



Imagen IV 5



Imagen IV 6



ESCABIASIS



Imagen E1



Imagen E2



Imagen E3



Imagen E4



Imagen E5



Imagen E6



Imagen E7



Imagen E8



Imagen E9

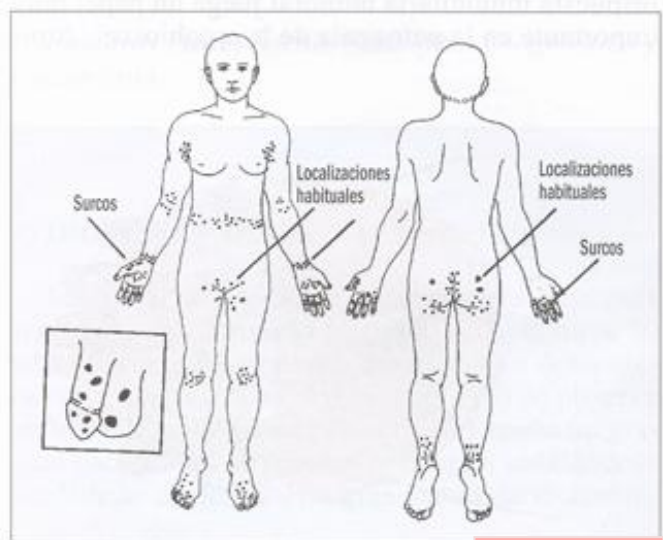
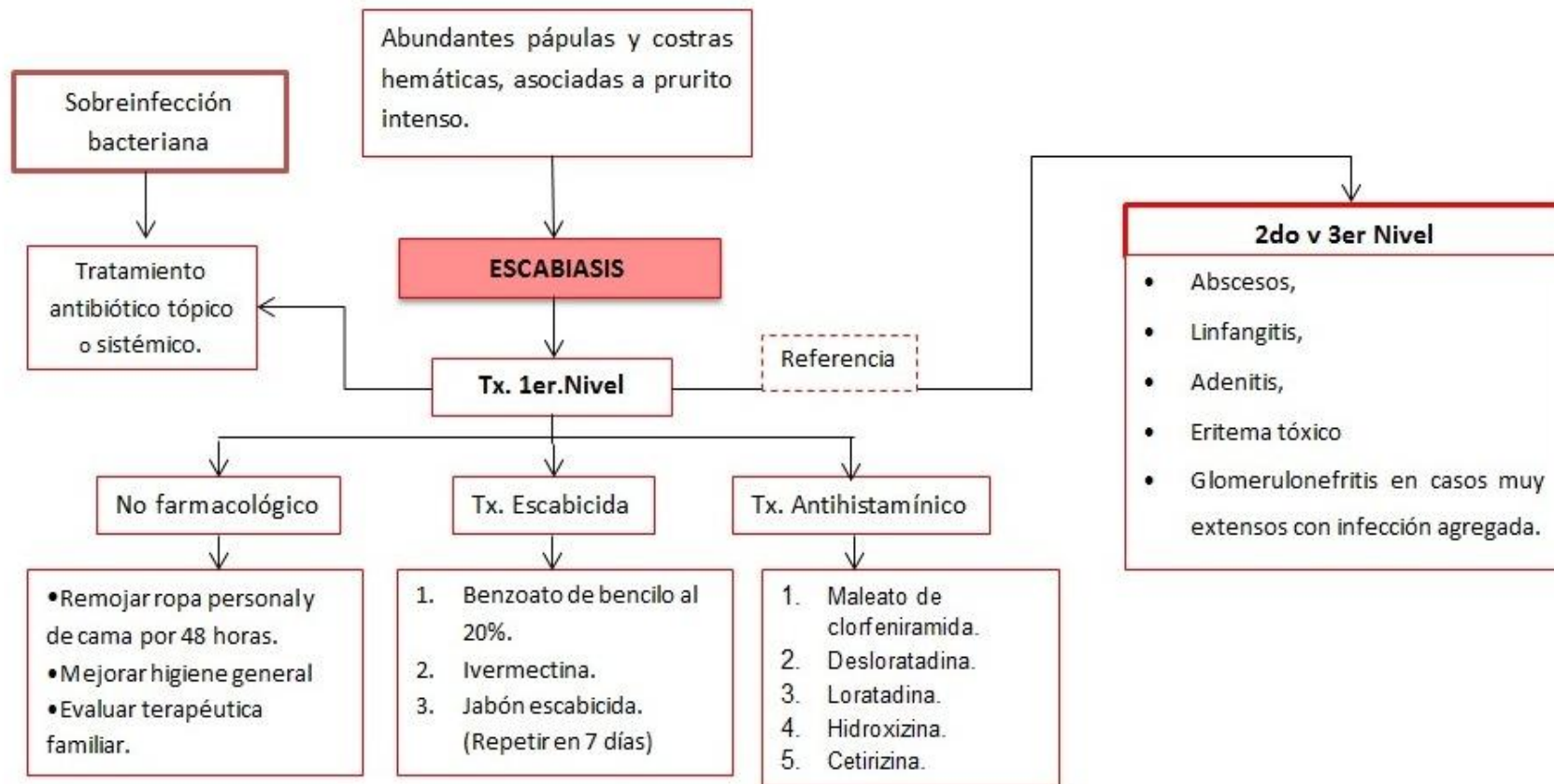


Imagen E10

La escabiasis se presenta con abundantes pápulas y costras hemáticas, pocas veces se observan las lesiones elementales características: un túnel de 2 a 3 mm, sinuoso, ligeramente pigmentado, con una pequeña vesícula en la parte terminal, son más visibles en palmas, plantas y pene en las personas de raza blanca, pero se encuentran en las áreas topográficas que muestra la imagen 10.

Las lesiones, muchas veces tienden a impetiginizarse, especialmente en niños y lactantes por el constante rascado para lo cual se necesitará agregar tratamiento para impétigo vulgar, además del tratamiento escabicida.



DERMATITIS ATÓPICA



Imagen DA 1



Imagen DA 2



Imagen DA 3



Imagen DA 4



Imagen DA 5



Imagen DA 6



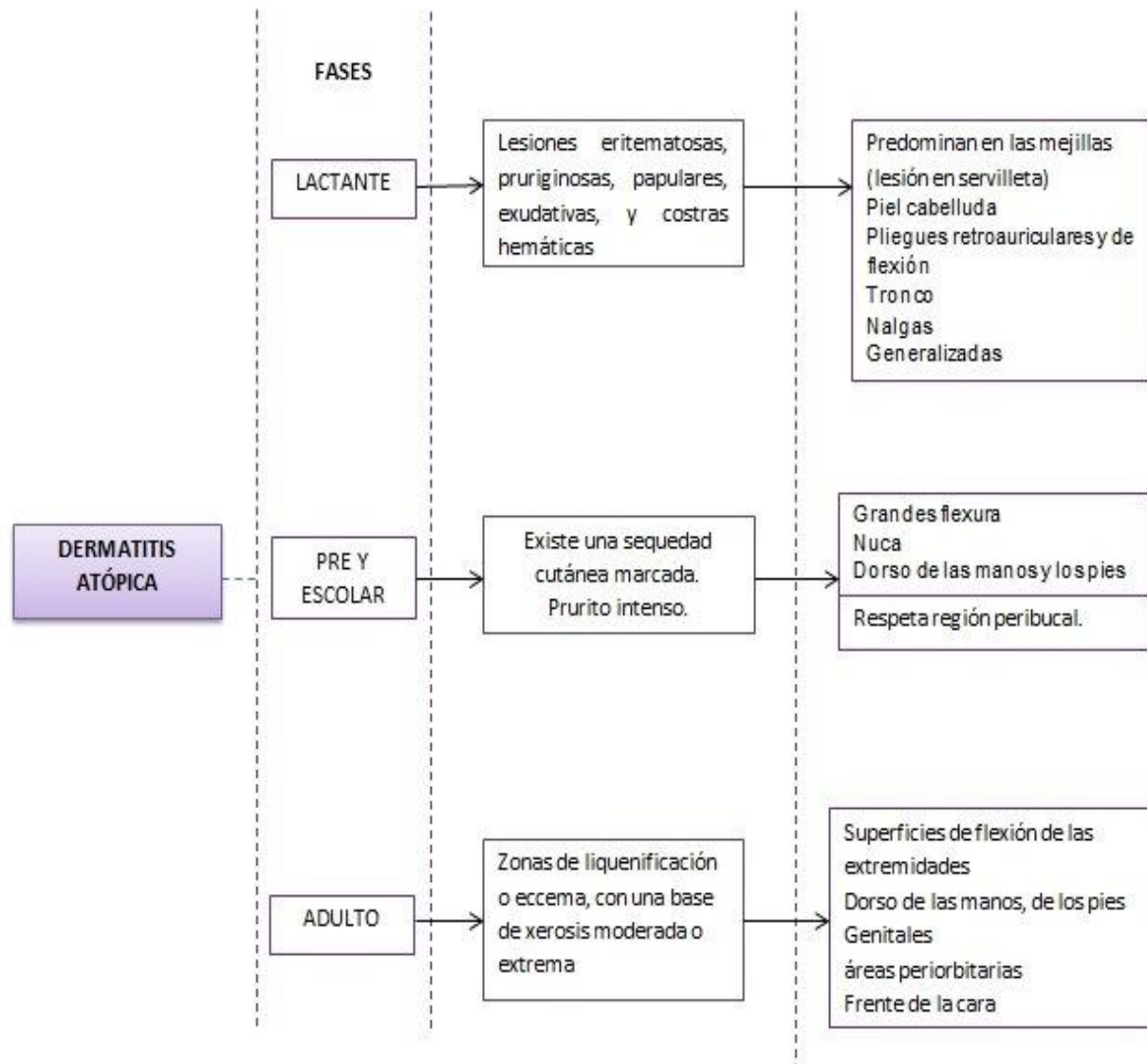
Imagen DA 7



Imagen DA 8



Imagen DA 9



URTICARIA



Imagen U1



Imagen U2



Imagen U3

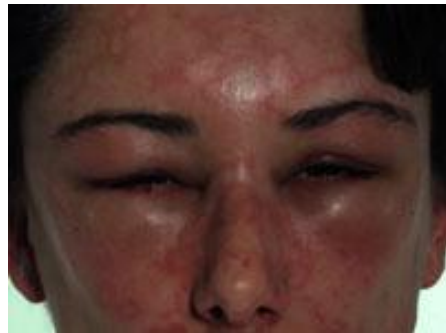


Imagen U4



Imagen U5



Imagen U6



Imagen U7



Imagen U8



Imagen U9



Imagen U10

La urticaria puede ser circunscrita, diseminada o generalizada, las lesiones son ronchas o habones: elevaciones mal definidas, de tamaño, forma y número variables, tienen aspecto de piel de naranja, como se muestran en las imágenes, duran minutos u horas y conllevan prurito intenso.

FUENTE FOTOGRÁFICA:

1. Arenas, R 2006. Atlas Dermatología: Diagnóstico y tratamiento. México. McGraw Hill, Tercera Edición. 749 p.
2. Wolff, K; Allen, R. 2009. Fitzpatrick's Color Atlas & Synopsis of Clinical Dermatology. United States of America. McGraw Hill, Sixth Edition. Section 25: Fungal Infections of the skin and Hair. p. 692 – 746.
3. Wolff, K; et al. 2008. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. United States of America. McGraw Hill, Seventh Edition. 2,402p.

VIII. CONCLUSIONES

1. Las cinco patologías dermatológicas más frecuentes, según estadísticas de la Jefatura de área del departamento de Chiquimula son: micosis superficiales con 30,269 casos, impétigo vulgar con 28,987 casos, escabiasis con 15,601 casos, dermatitis atópica con 5,316 casos y urticaria con 2,517 casos.
2. Los estándares incluidos en este documento sobre el manejo de micosis superficiales, impétigo vulgar, escabiasis, dermatitis atópica y urticaria para el personal médico y paramédico de primer nivel de atención en salud del departamento de Chiquimula, están detallados en una serie de algoritmos de manejo, formatos de presentación clínica básicos, esquemas de tratamiento de elección y alternativo, álbum fotográfico por cada dermatopatía; con información y/o fundamento bibliográfico y medicina basada en la evidencia que forman parte de los estándares de fundamento.
3. Los estándares descritos en este documento fueron elaborados en base a las recomendaciones, opiniones y comentarios de dermatólogos especialistas y médico representante del primer nivel de atención en salud del departamento de Chiquimula.

IX. RECOMENDACIONES

1. La utilización del estándar de manejo de micosis superficiales, impétigo vulgar, escabiasis, dermatitis atópica y urticaria por parte del personal médico y paramédico del cada uno de los centros de atención de primer nivel en salud.
2. Actualizar los estándares de micosis superficiales, impétigo vulgar, escabiasis, dermatitis atópica y urticaria cada 1 a 5 años.
3. Promover la realización de estándares de manejo en otras patologías dermatológicas o no, para personal médico y paramédico del primer nivel de atención de salud.

X. PROPUESTA

1. Implementación en forma de guía de bolsillo de estándares de manejo de micosis superficiales, impétigo vulgar, escabiasis, dermatitis atópica y urticaria. La cual será entregada a cada uno de los centros de atención de primer nivel en salud del departamento de Chiquimula.

XI. ANEXOS
INSTRUMENTO DE VALIDACIÓN DE ESTÁNDARES

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO



1- La organización para presentar el contenido del documento que se utiliza es:
adecuado____ no adecuado____

2- El contenido del documento es:
Actual____ Anticuado____

3- La redacción del documento es:
Clara____ Confusa____

4- ¿Los procedimientos que propone el documento son aplicables a las condiciones de esta área de salud?
SI____ NO____

5- ¿Los procedimientos que propone el documento son aplicables a las necesidades de las personas que se atienden?
SI____ NO____

6- ¿Se cuenta con los recursos materiales que se requieren para aplicar los procedimientos indicados en el documento?
SI____ NO____

7- ¿Se cuenta con el recurso humano necesario?
SI ____ NO____

8- ¿Se contó con el material educativo requerido?

SI _____ NO _____

9- ¿Ese material educativo es:

Claro _____ Confuso _____

Sencillo _____ Complicado _____

Adecuado al usuario _____ No responde a necesidades del
usuario _____

10- Haga todos los comentarios y recomendaciones que considere necesarias
(agregue hojas):

ANEXOS DE ESTÁNDARES DE MANEJO

ANEXO 1. CLASIFICACIÓN DE LA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	Ia	La evidencia científica procede a partir de meta-análisis de ensayos clínicos controlados y aleatorizados.
	Ib	La evidencia científica procede de al menos un ensayo clínico controlado y aleatorizado.
B	IIa	La evidencia científica procede de al menos un estudio prospectivo controlado, bien diseñado y sin aleatorizar.
	IIb	La evidencia científica procede de al menos un estudio casi experimental, bien diseñado.
	III	La evidencia científica procede de estudios descriptivos no experimentales, bien diseñados como estudios comparativos, de correlación o de casos y controles
C	IV	La evidencia científica procede de documentos u opiniones de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio,
D	V	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en investigación juiciosa ni en los principios fundamentales

La medicina basada en la evidencia (MBE) consiste en el uso consciente, explícito y juicioso de las mejores pruebas disponibles en la toma de decisiones sobre la atención integral de cada paciente. El foco es el paciente, no sólo su enfermedad o proceso, por lo que desde la realización de un diagnóstico efectivo y eficiente, hasta la elección de la mejor terapéutica, es preciso identificar y considerar sus derechos, sus principios y sus preferencias (Casariego, *et al*/2009).

**ANEXO 2. CATEGORÍA DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN EL
EMBARAZO SEGÚN LA FDA**

CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN
X	Contraindicado en el embarazo. No se justifica correr riesgo durante el embarazo.
D	Evidencia positiva de riesgo para el feto, pero el beneficio puede sobreponerse al riesgo.
C	No se puede descartar riesgo. No se han realizado estudios en seres humanos, los estudios en animales pueden o no mostrar riesgo, sus posibles efectos beneficiosos puede justificar el riesgo.
B	No hay riesgo en fetos humanos, a pesar de posible riesgo en animales; o no hay riesgo en animales, pero no se han realizado estudios en seres humanos.
A	Estudios con grupo testigo no muestran riesgos fetales.
ND	La FDA no le ha asignado categoría, en estos casos debe utilizarse otro medicamento.

Siglas: FDA, food and drug administration. ND, no determinado.

ANEXO 3. DOSIS DE MEDICAMENTOS SEGÚN DEPURACIÓN DE CREATININA EN ADULTOS

Depuración de creatinina (ml/min).	>50	25-50	<10
TERBINAFINA (PO)	250mg día, QD	No usar	No usar
CEFADROXILO (PO)	500 mg BID	500 mg QD	500 mg cada 26 horas.
ERITROMICINA (PO)	500 mg QID	500 mg TID	500 mg QD
FLUCONAZOL (PO)	300 mg 1 vez a la semana.	Primera dosis normal, luego 150 mg 1 vez a la semana.	Primera dosis normal, luego de 50 a 150 mg 1 vez a la semana
AMOXICILINA	500 mg TID	500 mg TID/BID	500mg QD
HIDROXICINA	25 a 100 mg TID	Reducir dosis a la mitad.	Reducir dosis a la mitad.
CETIRICINA	10 a 20 mg QD	Reducir dosis a la mitad.	Reducir dosis al 25%.

(OPS 2011)

Siglas: PO, vía oral. Mg, miligramos. Ml, mililitros. Min, minutos. QD, una vez al día. BID, dos veces al día. TID, tres veces al día. QID, cuatro veces al día.

Fórmula de Cockcroft – Gault:

a) Para Hombres

$$Cl\ Cr: \frac{[(140 - edad\ años) \times w(kg)]}{Cr\ sérica \times 72}$$

b) Para Mujeres

$$Cl\ Cr: \left\{ \frac{[(140 - edad\ años) \times w(kg)]}{Cr\ sérica \times 72} \right\} \times 0.85$$

Siglas Cl: Aclaramiento, Cr: creatinina, w: peso, Kg: Kilogramo.
(Cockcroft y Gault, 1976.)(IMSS 2005)

Se debe hacer una orden de traslado del paciente a segundo nivel de atención que incluya el diagnóstico del mismo, el tratamiento que ya le fue administrado en dosis y tiempo, la complicación que presenta y motivo de referencia con breve historia clínica para un mejor manejo en dicho nivel de atención de salud.

Para los pacientes que no quieran ser trasladados y familiares/tutores de pacientes que no permitan el traslado de mismo, se deberá llenar una hoja de descargo (en libro de actas o libro de descargo de cada uno de los Centros o Puestos de Salud correspondiente) que haga constar que no se permitió tomar la medida necesaria de traslado, ésta debe identificar al paciente, diagnóstico, motivo de traslado a segundo nivel de atención y complicaciones por no permitir dicho traslado.

La misma deberá ser firmada por el paciente o tutor del mismo o en caso de ser analfabeta deberá colocar su huella, deberá ir la firma del médico o paramédico responsable y el sello respectivo del Centro/Puesto de Salud.

**CARTA DE NEGACIÓN DE TRASLADO A SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN
ADULTOS**

Chiquimula ____ / ____ 20__.

Centro/Puesto de Salud: _____.

Yo _____ de _____ años de edad,
con cédula de vecindad número _____ con diagnóstico de
_____ Con ____ Sin ____
tratamiento anterior ____ actual ____ de _____
que presento _____

_____ por lo
cual es necesario traslado a segundo nivel de atención, Hospitalario ____ Consulta
externa ____ me niego al mismo aun cuando se me han explicado las complicaciones
que puedo presentar, las cuales son: _____

_____ y absuelvo a personal médico y/o paramédico de lo que pueda pasarme.

(Firma/Huella del paciente)

(Firma/Huella del testigo.)

**CARTA DE NEGACIÓN DE TRASLADO A SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN
NIÑOS E INCAPACITADOS**

Chiquimula ____/____ 20__.

Centro/Puesto de Salud:_____.

Yo _____, con cédula de vecindad
número_____ Responsable directo del Niño (a) – Sr. (a):_____
_____ de _____ años de edad, con diagnóstico de
_____ Con____ Sin____
tratamiento anterior ____ actual____ de _____
que presento _____

_____ por lo
cual es necesario traslado a segundo nivel de atención, Hospitalario ____ Consulta
externa____ me niego al mismo aun cuando se me han explicado las complicaciones
que puedo presentar, las cuales son:_____

_____ y absuelvo a personal médico y/o paramédico de lo que pueda pasarle.

(Firma/Huella del tutor.)

Cuando por razones de índole cultural o religiosa, los padres, tutores o encargados negaren su consentimiento para el traslado de sus hijos o hijas que tutela esta Ley, el médico tratante queda facultado para adoptar las acciones inmediatas a efecto de proteger la vida o la integridad física de éstos. (Artículo 32. decreto número 27-2003, Congreso de la República de Guatemala).

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Abreu, E. 2003. Popol Vuh: antiguas leyendas del Quiché. México, Fondo de Cultura Económica. 171 p.
2. Amagor, G *et al.* 2001. Urticaria: definición, clasificación, diagnóstico y tratamiento (en línea). Folia Dermatológica Cubana. 5(3). Consultada 02 abr. 2012. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/fdc/vol5_3_11/fdc06311.htm
3. Arenas, R. 2006. Atlas dermatología: diagnóstico y tratamiento. 3 ed. México, Mc Graw Hill. 749 p.
4. CNE (Centro Nacional de Epidemiología, GT). 2006-2011. Memoria anual de vigilancia epidemiología. Guatemala, Departamento de Estadística. 572p.
5. Córdova, E *et al.* 2012. Enfermedades causadas por el género *Malassezia*. México, UNAM, Facultad de medicina. Consultada 02 abr. 2012. Disponible en <http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/micologia/pitiriasis.html>
6. Crespo, V *et al.* 2008. La pitiriasis versicolor y las levaduras del género *Malassezia*. ELSEVIER 99(10). Consultada 01 abr. 2012. Disponible en <http://www.elsevier.es/en/node/2069394>
7. Cumlife, T. 1994 – 2008. The Primary Care Dermatology Society (en línea). Reino Unido. Consultada 02 abr. 2012. Disponible en <http://www.pcds.org.uk/>
8. European Commission. 2012. Directiva de la unión europea de dispositivos médicos (en línea). Europa. 46 p. Consultada 04 abr. 2012. Disponible en http://ec.europa.eu/health/medical-devices/index_en.htm

9. Galimberti, Ret *al.* 2007. Historia de la dermatología Latinoamericana. España, Privat. P 227 – 259.
10. Gonzales, A. 2010. Manual de terapéutica 2010-2011. Colombia, 14 ed. Corporación para investigación biológica CIB. 653 p.
11. Guerrero, A. 2008. Lecciones de dermatología. México, 4 ed. Méndez editores. 239 p.
12. Hidalgo, R *et al.* 2002. Estándares de calidad para el primer nivel de atención en salud. Lima, PE, INS. 47 p. Consultado 06 abr. 2012. Disponible en: <http://www.diresacusco.gob.pe/administracion/serums/Plan%20Mejora%20Web/Estandar1erNivel2003.pdf>
13. INDERMA (Instituto de Dermatología y Cirugía de Piel, GT). 2011. Portales Guatemala (en línea). Guatemala. Consultada 01 mar. 2012. Disponible en: <http://indermaguatemala.com/>
14. ISO (International Organization for Standardization, ES). 2005. Estándares y estandarización sectorial, normalización y garantía de calidad (en línea). España. 9 p. Consultado 06 abr. 2012. Disponible en: http://www.dehuesca.es/~sipca/IMAGEN/documentos_web/Normas%20y%20calidad.pdf
15. Johnston, G; Sladden, M. 2005. Scabies: Diagnosis and treatment. Estados Unidos de América. British Medical Journal. 331(7517). Consultada 04 abr. 2012. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1215558/>

16. López, A *et al.* 2007. Metodología para la elaboración de guías de atención (en línea). Costa Rica, Binass. 43 p. Consultada 05 abr. 2012. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/libros/metodologia07.pdf>
17. Mateos, M. 2006. Guía de tratamiento en la dermatitis atópica en el niño. Madrid, ES, ERGON. 45 p.
18. Martínez, E. 2007. Estándares y organizaciones: un mundo sin estándares sería un tremendo CAOS (en línea). México, Eveliux. Consultado 29 mar. 2012. Disponible en <http://www.eveliux.com/mx/estandares-y-organizaciones.php>
19. Meléndez, C *et al.* 2009. Guía clínica para el manejo de las principales enfermedades no prevalente de la infancia en el primer nivel de atención (en línea). El Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 134 p. Consultada 01 sept. 2012. Disponible en http://asp.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guia_manejo_enf_prevalente_infancia_1nivel.pdf
20. Méndez, J *et al.* 2003. Médicos en familia: manejo de dermatitis en atención primaria. España, SCIELO. Consultada 23 mar de 2012. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1131576820030002000003&script=sci_arttext
21. Michelena, I *et al.* 2009. Implementación de guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud: manual metodológico. España, Arpirelieve. 112 p. Consultada 10 mar. 2012. Disponible en: http://www.guiasalud.es/emanuales/implementacion/documentos/Manual_Implementacion.pdf
22. Odom, R *et al.* 2004. Andrew's dermatología clínica. España, Marbán. 543 p.

23. OPS, (Organización Panamericana de Salud, MX).2007. Manual de orientación en la aplicación de estándares para la atención de la salud. México, Dgplades. 2 p. Consultada 08 abr. 2012. Disponible en: http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dhg/DEFINICION_ESTANDARES.pdf
24. Ortúa, C. 2008. Guías de manejo de problemas de piel asociadas a ola invernal (en línea).Colombia, Centro Dermatológico “Federico Lleras Acosta”, Co. 7 p.Consultada 04 mar. 2012.Disponible en:<http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20DE%20MANEJO%20DE%20ENFERMEDADES%20EN%20PIEL.pdf>
25. Otero, A. 2005. Elaboración de protocolo, recomendaciones o guías de práctica clínica. Colombia, COLCIENCIAS. 25 p.
26. Pérez, M *et al.* 2004. Avances en escabiosis (en línea). Actas dermatopatológicas 4 (3-4): 50-56. Consultada 02 abr. 2012. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/deptos/dermatologia/Escabiosis/Default.html>
27. Piva, M *et al.*2011. Desarrollo de estándares para la educación y formación en medicina familiar y comunitaria (en línea). ELSEVIER 43(2): p 43. Consultado 04 mar. 2012. Disponible en <http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/desarrollo-estandares-educacionformacion-medicina-familiar-comunitaria-90000303-articulo-especial-2011>
28. Rivera, Jet *al.* 2007. *Manifestaciones poco frecuentes de dermatitis atópica (en línea).* Revista Alergia 54(3):96-103. Consultada 03 abr. 2012. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revalemex/ram-2007/ram073e.pdf>

29. Rubio, M *et al.* 2001. Micosis más frecuente en nuestro medio (en línea). España, Reviberammicol. 13 p. Consultado 03 abr. 2012. Disponible en: <http://www.guia.reviberoammicol.com/Capitulo2.pdf>
30. Salvador, J *et al.* 2007. Manifestaciones poco frecuentes de dermatitis atópica. Revista Alergia México 54(3): 96-103.
31. SIGSA (Sistema Información General de Salud, GT). 2006. Datos de morbilidad general. Chiquimula, GT, Jefatura de área departamento de estadística.
32. _____. 2007. Datos de morbilidad general. Chiquimula, GT, Jefatura de área departamento de estadística.
33. _____. 2008. Datos de morbilidad general. Chiquimula, GT, Jefatura de área departamento de estadística.
34. _____. 2009. Datos de morbilidad general. Chiquimula, GT, Jefatura de área departamento de estadística.
35. _____. 2010. Datos de morbilidad general. Chiquimula, GT, Jefatura de área departamento de estadística.
36. _____. 2011. Datos de morbilidad general. Chiquimula, GT. Jefatura de área departamento de estadística.
37. SIGSA (Sistema Información General de Salud, GT). 2006. Datos de morbilidad a nivel nacional. Guatemala, Departamento de Estadística.
38. _____. 2007. Datos de morbilidad a nivel nacional. Guatemala, Departamento de Estadística.
39. _____. 2008. Datos de morbilidad a nivel nacional. Guatemala, Departamento de Estadística.
40. _____. 2009. Datos de morbilidad a nivel nacional. Guatemala, Departamento de Estadística.
41. _____. 2010. Datos de morbilidad a nivel nacional. Guatemala, Departamento de Estadística.

42. _____. 2011. Datos de morbilidad a nivel nacional. Guatemala, Departamento de Estadística.
43. Waldheim, L. 2009. Lugares turísticos de Chiquimula, Guatemala. Revista Chiquimulanet18(15). Consultado 06 abr. 2012. Disponible en: <http://chiquimulanet.blogspot.com>
44. Wikipedia La Enciclopedia Libre. 2012. Chiquimula departamento (en línea). Consultado 23 mar. 2012. Disponible en: [http://es.wikipedia.org/wiki/Chiquimula_\(departamento\)](http://es.wikipedia.org/wiki/Chiquimula_(departamento))
45. Wolff, K; *et al.* 2008. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 7 ed. United States of America, McGraw Hill. 2,402 p.
46. Wolff, K; Allen, R. 2009. Fitzpatrick's color atlas & synopsis of clinical dermatology. 6 ed. United States of America, McGraw Hill. p. 692 – 746.
47. Wolvertone, S. 2007. Comprehensive dermatologic drug therapy. 3 ed. Indiana, US, Saunders Company. 955 p.
48. Zuberbier, T *et al.* 2009. Guideline: definition, classification and diagnosis of urticarial (en línea). Allergy 64: 1417-1426. Consultada 25 mar. 2012. Disponible en <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1398-9995.2009.02179.x/full>

