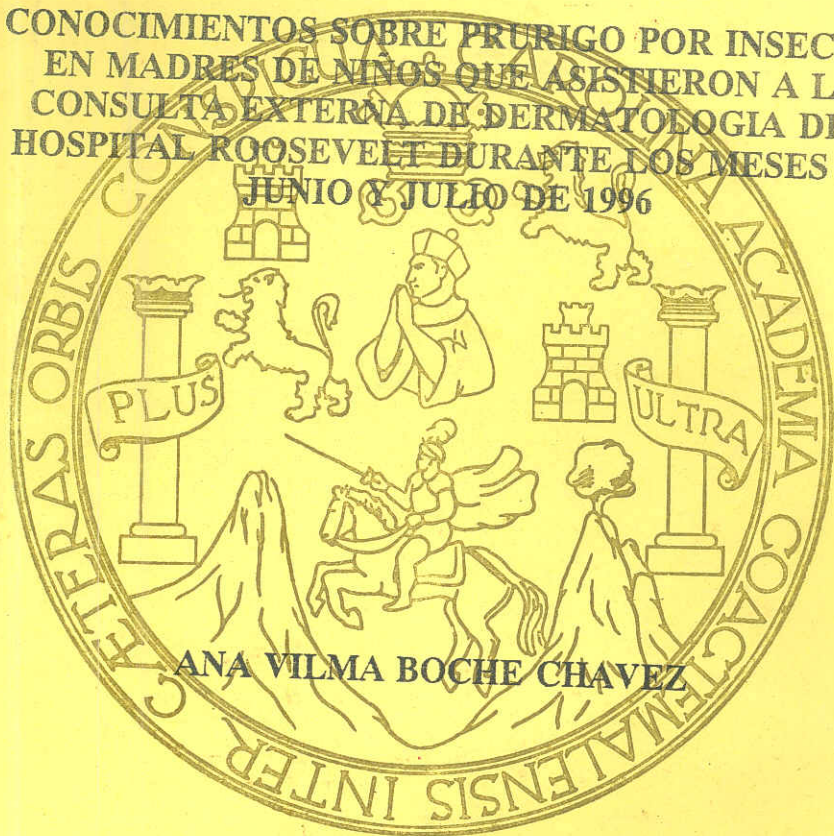


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CONOCIMIENTOS SOBRE PRURIGO POR INSECTO
EN MADRES DE NIÑOS QUE ASISTIERON A LA
CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGIA DEL
HOSPITAL ROOSEVELT DURANTE LOS MESES DE
JUNIO Y JULIO DE 1996



ANA VILMA BOCHE CHAVEZ

MEDICO Y CIRUJANO

INDICE

Página

INTRODUCCION

1

DEFINICION DEL PROBLEMA

2

JUSTIFICACION

4

OBJETIVOS

5

REVISION BIBLIOGRAFICA

6

METODOLOGIA

11

PRESENTACION DE RESULTADOS

14

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

35

CONCLUSIONES

39

RECOMENDACIONES

40

RESUMEN

41

BIBLIOGRAFIA

42

ANEXO

44

INTRODUCCION

El prurigo por insectos constituye una enfermedad común en la población infantil, con una frecuencia del 28% del total de la patología cutánea.

Este estudio identifica los conocimientos, creencias y actitudes de las madres de los niños con prurigo por insectos que consultaron a la Unidad de Dermatología del Hospital Roosevelt durante los meses de junio y julio de 1996.

Los grupos etáreos más afectados fueron los de cero a menores de 1 año y de 1 a menores de 2 años con 29% y 30% respectivamente; no se documentó diferencia significativa entre sexos.

Se obtuvieron además los siguientes resultados: en cuanto al padecimiento de su hijo el 81% de madres refirió que era ronchas, seguido de granos y alergia al piquete de insectos con 9% y 4% respectivamente. El origen de la enfermedad fue atribuido a la falta de baño por el 28% de las madres, y el 14% lo atribuyó a contagio.

Los datos relacionados con las creencias de las madres sobre el prurigo por insectos reportaron que el 20% creen que se transmite al tocar al niño; el 95% que no se quitará sin tratamiento; el 77% cree que la enfermedad le puede repetir al niño y sólo el 52% cree que puede ser producida por el piquete de un insecto.

En cuanto a la actitud asumida por la madre sobre la enfermedad que padece su niño, se encontró que el 63% le aplicó alguna medicina sin previa consulta. El 77% de madres decidió consultar y de éstas el 54.5% consultó con médico y el 37.5% con farmacéutico. El tiempo esperado entre la aplicación del medicamento y la consulta con el especialista osciló entre 3 a 5 días y de 9 a 15 días con el 24% y 31% respectivamente. En cuanto al resultado del medicamento aplicado sólo el 1% refirió que fue bueno.

El 73% de madres reportaron el hecho de que allí serían atendidas por un médico especialista como la razón por la que consultaron a la Unidad de Dermatología.

DEFINICION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El prurigo por insectos es un síndrome reaccional cutáneo caracterizado por pápulas y los signos de prurito, costras hemáticas y liquenificación. Existen varias clases de prurigo: gestacional, nodular, solar, melanótico y por insectos entre otros. (2,3,6,7)

El prurigo por insectos se considera la variedad más frecuente sobre todo en los niños, en quienes alcanza una frecuencia del 28% del total de la patología cutánea. (1,7)

Predomina en las edades comprendidas entre 1 y 7 años; en cuanto al sexo predomina en varones con relación de 3:2. (1,2)

Según un estudio de tesis para optar al título de Médico y Cirujano, realizado por la Br. Sandra Janner Solares, sobre la prevalencia de enfermedades dermatológicas en la población de San Andrés, en 1992; el prurigo por insectos se ubicó dentro de las primeras 10 enfermedades dermatológicas, afectando al 3.5% de la población, con mayor incidencia en el grupo etáreo menor de 10 años, sin diferencia significativa entre sexo. (14)

Los insectos que principalmente participan en la patogenia son: zancudos, chinches (*cimex leuctularius*), pulgas, moscos y otros ectoparásitos como trombidias, tungas y garrapatas. (2), estos son insectos que predominan en condiciones socioeconómicas precarias como la de los países en desarrollo.

Dicha enfermedad en su forma aguda puede durar 2 semanas, puede seguir un curso crónico o sobreinfectarse con patógenos bacterianos; menoscabando aún más la salud del niño. En la actualidad el tratamiento en la unidad de dermatología del Hospital Roosevelt y otros Hospitales como San Juan de Dios e I.G.S.S. es similar y es a base de la elaboración de fórmulas magistrales que contienen: Tiamina 0.3 gr. Mentol 0.5 gr. y crema fría 100 gr. además de la prescripción de clorfeniramina para disminuir el prurito que causa la enfermedad. Dentro del tratamiento también se incluye el plan educacional a la madre, respecto a la eliminación de los insectos que se encuentran en el hogar, evitando la presencia de animales domésticos, criaderos de zancudos y moscas, además de colocar cedazo en las ventanas y pabellón en la cuna del niño, con el objeto de protegerlo contra el piquete del zancudo, mosquitos, etc. Así mismo se le da educación a la madre sobre el origen de la enfermedad que puede ser producida por uno o varios piquetes de insectos, ya que el organismo responde con una reacción alérgica liberando sustancias que producen picazón y lesiones en todo el cuerpo y no sólo en el sitio en donde picó el insecto.

El presente estudio trata de determinar los conocimientos que tienen las madres de los niños afectados, sobre la enfermedad que padece su niño ya que siendo el

prurigo por insectos una enfermedad frecuente no se le ha dado la importancia necesaria para plantear soluciones y disminuir esta problemática.-

JUSTIFICACION

Las enfermedades dermatológicas son muy frecuentes en la población infantil y de éstas el prurigo por insectos alcanza una frecuencia del 10% de la consulta, en la unidad de Dermatología del Hospital Roosevelt. Esto es importante si consideramos que dicha patología no solo afecta al niño sino a la madre que se preocupa al ver a su hijo con la piel afectada, sin saber la causa; inclinándose en la mayor parte de los casos a aplicarle remedios caseros y/o consultar con personas empíricas en busca de ayuda, quienes recetan medicamentos no éticos e ineficaces que menoscaban aún más la salud del niño, al no resolver el problema e impedir que la madre consulte lo antes posible con el médico especialista.

Por otro lado es determinante el medio ambiente en el que se desenvuelven nuestros niños y los hábitos de las madres, así como las condiciones higiénicas del hogar, en la prevalencia de las enfermedades en nuestra sociedad.

En la actualidad no se cuenta con ningún estudio sobre dicha patología ya que se le ha dado poca importancia a pesar del impacto que ésta tiene sobre el niño y la madre; por lo que se hace necesario saber qué conocimientos poseen las madres de los niños afectados, sobre la etiología, tratamiento y prevención, para así buscar soluciones a través de medidas que pueden ser implementadas en el hogar.

OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar el conocimiento sobre prurigo por insectos, en madres de niños que asistieron a la consulta externa de Dermatología del Hospital Roosevelt, durante los meses de junio y julio de 1996.

ESPECIFICOS:

1. Determinar qué concepto tiene la madre sobre prurigo por insectos.
2. Identificar qué creencias tiene la madre sobre prurigo por insectos.
3. Establecer qué actitudes toma la madre en relación al prurigo por insectos.

REVISION BIBLIOGRAFICA

PRURIGO:

DEFINICION:

La palabra prurigo se deriva del latín "pruriu", que significa comezón o rasquiña..(1,4,6,18,19)

Bajo esta denominación se agrupan varias enfermedades cutáneas caracterizadas por prurito pertinaz y aparición de pápulas y/o microvesículas, algunas se desarrollan durante la infancia pudiendo persistir durante la edad adulta, otras se presentan tardíamente y pueden tomar o no una evolución crónica.(4,17)

Se agrupan según su evolución en agudos y crónicos. La variedad aguda es más común en niños que en adultos, apareciendo frecuentemente en la primavera y el verano.(8,11,16) Se distribuye generalmente en la superficie posterior de los brazos y piernas; la cara, el cuello y las nalgas pueden estar afectados. El tipo crónico es más frecuente en adultos y especialmente en mujeres de 40 a 60 años de edad.(19) Su localización es la nuca, parte superior de la espalda, hombro, y parte superior del tórax.(4,6,19).

INCIDENCIA:

El prurigo agudo es una enfermedad de la niñez, se observa su máxima incidencia entre los 2 y 7 años de edad (12). Para algunos autores se prolonga hasta los 8 años.(18)

ETIOLOGIA:

Existe controversia sobre las causas del prurigo; ésta situación se hace cada vez más notoria a medida que las diferentes entidades se reclasifican y pasan a formar parte de otro tipo de dermatosis.(6) Sin embargo, de acuerdo a su fisiopatología se considera de tipo reaccional, es decir, que la manifestación es reacción causa-efecto, que se lleva a cabo en la dermis, por lo cual el síndrome pruriginoso puede ser producido por lesiones mecánicas como:

- a) Compresión y frote constante de la piel.
- b) Agentes físicos como luz, calor y frío.
- c) Agentes químicos como sensibilidad cutánea a medicamentos de uso local o sistémico.
- d) Por ectoparásitos como a escabiasis, pulisiasis, cimiciasis, etc.
- e) Por microorganismos o virus como el impétigo.
- f) Enfermedades eruptivas de la infancia.
- g) Herpes.
- h) Causas inanimadas como alérgenos de origen animal o vegetal y que producen rinitis alérgica, por causas diversas de naturaleza indeterminada.(4,7,12).

Algunos autores refieren que la forma aguda en niños y adultos se considera reacción alérgica a picadura de insectos. Las formas crónicas pueden aparecer durante el embarazo o pueden ser causadas por alimentos, medicamentos y tumores malignos.(19)

VARIEDADES:

- Prurigo gestacional.
- Prurigo nodular.
- Prurigo de hebra.
- Prurigo melanótico.
- prurigo de Besnier.(8)
- Prurigo post-exantemático
- Prurigo solar (1,6).
- Prurigo por insectos.

HISTOPATOLOGIA:

La epidermis muestra acantosis con cavidades serosas (19), se ve un infiltrado de linfocitos y eosinófilos alrededor del vaso y anexos de la dermis acompañado de edema dérmico y ocasional espongirosis. (18).

CUADRO CLINICO:

Las lesiones predominan topográficamente en miembros superiores e inferiores y en la cara, (12) su inicio es de forma lenta y progresiva, con lesiones papulosas pequeñas y de tipo coniforme o plano, con bordes bien definidos, de color más o menos igual al de la piel normal y su número varía entre 5 y 10 lesiones.(4) Lo más llamativo es la agrupación, pues la afección evoluciona en brotes que pueden mantenerse por una semana y reaparecer originándose lesiones en distintas etapas evolutivas.(18) A medida que aumentan de tamaño, toman el aspecto de pápulas de tipo liquenoide con superficie lisa y las cuales se recubren de costras hemáticas, que aparecen a consecuencia del traumatismo ocasionado por el rascado. (4).

En ocasiones se observa la llamada seropápula de Tomassoli la cual se caracteriza por presentar una pequeña bula en el centro asentada sobre una pápula, la cual a su vez esta rodeada por una roncha. (12).

Cada lesión individual persiste por 2 a 10 días y puede dejar hiperpigmentación, sobre todo si el rascado ha sido intenso. Las pápulas cicatrizadas pueden reactivarse cuando aparecen nuevos brotes.(12) En casos avanzados, a las lesiones nodulares se asocia la liquenificación, piel gruesa y discromía, así como adenitis regional consecutiva a infección secundaria (piodermatitis) e irritabilidad nerviosa con cambios en el carácter y consecutivos al prurigo intenso y rebelde.(4,12)

CLAVES PARA EL DIAGNOSTICO:

Se sospecha en un niño de familia pobre con una erupción pápula-vesicular de la cara y extremidades, o en un adulto a menudo enfermo con una erupción papular prurítica persistente (18)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

SARNA: Para descartarla es fundamental el dato

epidemiológico, puede verse el surco acariano y no existen pápulas y/o vesículas enmancuernadas. Otras enfermedades a considerar son penfigoide, enfermedad de Duhring, y reacciones medicamentosas e impetigo ampolloso.(1,3,12,18,19)

PRURIGO POR INSECTOS:

DEFINICION:

Es una dermatosis reaccional a la picadura de insectos, por lo general afecta a niños; las lesiones son pápulas, ronchas y costras hemáticas en región lumbar, nalgas y cara externa de las extremidades. Es muy pruriginoso, es causado por chinches, zancudos, y menos frecuentemente por otros ectoparásitos tales como pulgas, garrapatas, moscas, etc. (1,2).

EPIDEMIOLOGIA:

Es cosmopolita, predomina en países tropicales en los meses de calor. Se considera la variedad más frecuente sobre todo en los niños en quienes llega a ser la enfermedad más frecuente de la piel, (hasta un 20% de la patología cutánea infantil).(1,2). Es frecuente en lactantes, preescolares y escolares. Predomina entre 1 y 7 años (1,2), más allá de esta edad disminuyen los casos tal vez por la desensibilización que el niño va adquiriendo hacia los insectos.(1) En relación al sexo predomina en varones con relación de 3:2. (2)

ETIOLOGIA:

Los insectos que participan son las chinches (*cimex lectularius*), la pulga (*pulex irritans*) y otros ectoparásitos como moscas, trombidias, tungas y garrapatas.(2)

La picadura de los insectos origina una respuesta de hipersensibilidad tanto precoz como tardía.(2,16) La primera se origina por IgE e histamina que ocasiona edema vasomotor transitorio de la dermis, manifestado por una roncha. La segunda depende de linfocitos T que producen un infiltrado linfocitario resolutorio y se manifiesta por pápulas. (1,2,21)

Se cree que no todas las lesiones se producen por la acción directa de la picadura sino por un fenómeno de sensibilización que origina lesiones a distancia, por lo que no será necesario que le piquen al niño varios insectos varias veces, ya que un sólo piquete podrá posteriormente producirle la aparición de lesiones a distancia del piquete.(1,2)

CUADRO CLINICO:

En la cimiciasis (piquete de chinche) las lesiones se asientan en la región lumbar, nalgas, y cara externa de las extremidades.(2), sobre todo en regiones cubiertas, aunque puede también presentarse en la cara y partes expuestas cuando se trata de insectos voladores como las moscas,(1); a menudo las lesiones son

ronchas, pápulas, costras hemáticas, escoriaciones y a veces vesículas (seropápulas) o ampollas.(1,2) Las ronchas son transitorias; las demás lesiones se disponen en pares (mancuernas) o hileras; son muy pruriginosas y evolucionan por brotes; en ocasiones aparecen al levantarse el niño. Rara vez se observa en adultos; se presentan en quienes llegan a un lugar donde se encuentran los insectos, a eso se le denomina prurigo de llegada.(1,2)

DATOS HISTOPATOLOGICOS:

En la epidermis hay espongiosis o edema intercelular. En algunos casos podrá encontrarse necrosis epidérmica principalmente en las lesiones provocadas por la picadura. A veces hay verdaderas ampollas. En la dermis hay un infiltrado compuesto por linfocitos, histiocitos y eosinófilos.(2,17,21) Muchas veces los nervios pequeños se encontrarán engrosados.(2)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Escabiasis, varicela, dermatitis herpetiforme.(1,2)

EXAMENES DE LABORATORIO:

No se hacen necesarios; en casos raros se necesitará evaluación histopatológica.

TRATAMIENTO:

Debe estar orientado a brindar una amplia explicación de la naturaleza del padecimiento. Se debe tomar acciones tendientes a eliminar los insectos de la casa fumigándola con algún insecticida.

Son efectivas preparaciones tópicas inertes como pasta lasar, crema o linimento oleocalcáreo. Por vía oral se pueden utilizar antihistamínicos como la clorfeniramina en dosis habituales o hidroxicina 1 mg por k/día en niños y 10 a 25 mg 3 veces al día en adultos. Como preventivos pueden usarse repelentes por vía cutánea como benzoato de bencilo al 5% en linimento oleocalcáreo o tiamina 200 a 600 mgs por vía oral.

PRURIGO POR GARRAPATAS:

Las garrapatas son arácnidos de estructura quitinosa, que se adhieren firmemente por quílceros dentados que laceran y abren la epidermis. Provocan una reacción local al cuerpo extraño y una reacción generalizada por hipersensibilidad a las sustancias que inyectan.

CLINICA:

Afecta principalmente la cabeza y cuello de niños, y tronco y extremidades de adultos, la lesión es una pápula con halo eritematoso equimótico de más de 4 cms. Y en ocasiones una ampolla o zona de necrosis. Puede curar en tres o cuatro semanas o dejar lesiones persistentes por meses.

HISTOPATOGENIA:

Se observan reacciones granulomatosas con dilatación vascular y en algunos casos restos del parásito.

TRATAMIENTO:

Este consiste en extraer la garrapata y cuidar de no dejar un fragmento; para ello debe matarse previamente con éter o cloroformo, ó calentar la parte externa del insecto. En casos de que existan larvas del insecto se utilizará benzoato de bencilo. (2)

METODOLOGIA

A. Tipo de estudio:

Observacional-descriptivo

B. Población a estudio:

Madres de pacientes menores de 7 años que asistieron a la consulta externa de Dermatología por presentar prurigo por insectos, durante el período de junio y julio de 1996.

C. Marco muestral y tamaño de la muestra:

Se tomaron en cuenta cien madres de pacientes menores de siete años que asistieron a la consulta externa de Dermatología del Hospital Roosevelt, en las fechas mencionadas.

D. Criterios de inclusión:

- Madres de pacientes menores de 7 años que asistieron a la consulta externa de Dermatología del Hospital Roosevelt y que se les diagnosticó prurigo por insectos.
- quienes aceptaron participar voluntariamente en el estudio.

E. Criterios de exclusión:

- Quienes acudieron por otra patología que no fue prurigo por insectos.
- Que el hijo fuera mayor de siete años.
- Que no asistió la madre del paciente.

F. Recursos:

1. Materiales:

- a) Boleta de recolección de datos.
- b) Consulta externa de Dermatología del Hospital Roosevelt.
- c) Equipo de oficina.

2. Humanos:

- a) Madres de pacientes con prurigo por insectos.
- b) Médicos Dermatólogos de la consulta externa del Hospital Roosevelt.

G. Plan para la recolección de datos:

1. Los datos se tomaron de acuerdo a los criterios de inclusión descritos anteriormente.
2. Se solicitó permiso a las autoridades del centro hospitalario.
3. Se pasó una encuesta piloto a 10 madres que cumplían con los criterios de inclusión; utilizando para ello la metodología antes descrita, esto con el propósito de validar la encuesta y hacer las correcciones pertinentes a la misma.

4. Se aplicó una encuesta personal a las madres de los niños que cumplían con los criterios de inclusión. Esta encuesta fue leída por el investigador, quien anotó los datos referidos por la madre encuestada.
5. Luego se precedió a la presentación de los datos recolectados, así como al análisis e interpretación de los resultados obtenidos; y la elaboración de las conclusiones y recomendaciones.
6. La encuesta le fue pasada a la madre antes que le fuera dado el diagnóstico definitivo del problema que padece su hijo, por parte del Dermatólogo. Esto con el objeto de evitar sesgo en la misma.

DEFINICION DE VARIABLES A ESTUDIAR

PRURIGO POR INSECTOS:

- CONCEPTUAL: Es una dermatosis constituida por pápulas, ronchas y costras hemáticas. Entre los insectos que lo producen están: moscos, zancudos, chinches, pulgas, etc.
- OPERACIONAL: Número de casos de la enfermedad que se presentaron durante junio y julio.
- MEDICION: Ordinal.
- TIPO DE VARIABLE: Cuantitativa.

CONOCIMIENTO:

- CONCEPTUAL: Lo que se sabe con seguridad que corresponde notoriamente con la realidad.
- OPERACIONAL: Boleta de recolección de datos.
- MEDICION: Nominal.
- TIPO DE VARIABLE: Cualitativa.

CREENCIA:

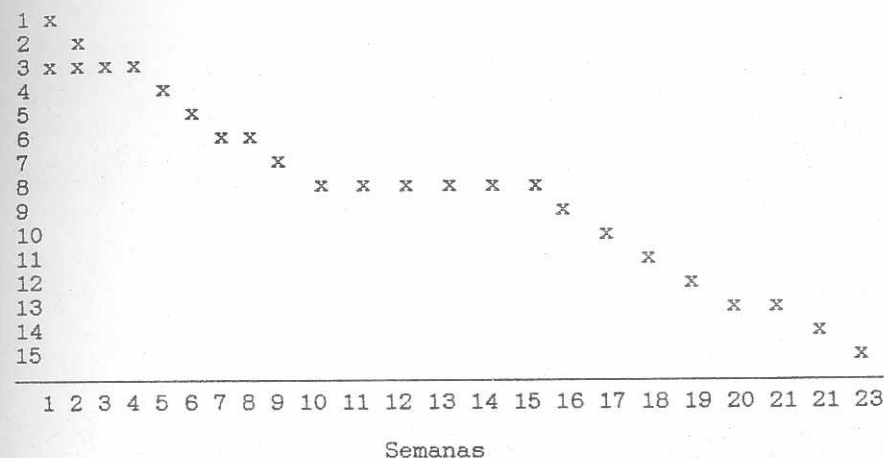
- CONCEPTUAL: Completo crédito que se presta a un hecho, como seguro o cierto.
- OPERACIONAL: Boleta de recolección de datos.
- MEDICION: Nominal.
- TIPO DE VARIABLE: Cualitativa.

ACTITUD:

- CONCEPTUAL: Disposición psíquica específica hacia una experiencia mediante la cual ésta es modificada, o sea un estado de preparación para cierto tipo de actividad.
- OPERACIONAL: Boleta de recolección de datos.
- MEDICION: Nominal.
- TIPO DE VARIABLE: Cualitativa.

Gráfica de Gantt

Actividades



ACTIVIDADES:

1. Selección del tema del proyecto de investigación.
2. Elección del asesor y revisor.
3. Recopilación de material bibliográfico.
4. Elaboración del proyecto de investigación conjuntamente con el asesor y revisor.
5. Aprobación del proyecto por la unidad de investigaciones del Hospital Roosevelt.
6. Aprobación del proyecto por la unidad de tesis.
7. Diseño de los instrumentos a utilizar en la recopilación de la información.
8. Ejecución del trabajo de campo.
9. Procesamiento de resultados, elaboración de tablas y gráficas.
10. Análisis y discusión de resultados.
11. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
12. Presentación del informe final para correcciones.
13. Aprobación del informe final.
14. Impresión del informe final y trámites administrativos.
15. Examen público de defensa de la tesis.

CUADRO # 1

CONOCIMIENTOS SOBRE PRURIGO POR INSECTOS DE MADRES QUE ASISTIERON A LA CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT JUNIO Y JULIO DE 1996. DISTRIBUCION SEGUN EDAD Y SEXO.

EDAD EN AÑOS INTERVALOS	SEXO					TOTAL
	Fr	M	%	F	%	%
0 < 1	29	10	10	19	19	29
1 < 2	30	18	18	12	12	30
2 < 3	10	05	05	05	05	10
3 < 4	06	05	05	01	01	06
4 < 5	04	02	02	02	02	04
5 < 6	04	02	02	02	02	04
6 < 7	17	09	09	08	08	17
TOTAL	100	51	51	49	49	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

M = masculino F = femenino

CUADRO # 2

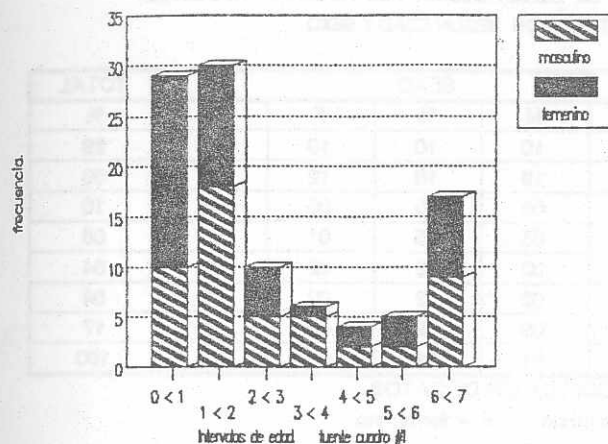
PROBLEMA REFERIDO CON MAYOR FRECUENCIA POR LAS MADRES DE LOS NIÑOS CON PRURIGO POR INSECTOS. CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGIA HOSPITAL ROOSEVELT. JUNIO Y JULIO DE 1996.

PROBLEMA	Fr	%
SAPULLIDO	01	01
ALERGIA AL PIQUETE DE INSECTOS	04	04
SARNA	03	03
GRANOS	09	09
RONCHAS	81	81
NO SABE	00	00
OTRO	02	02
TOTALES	100	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

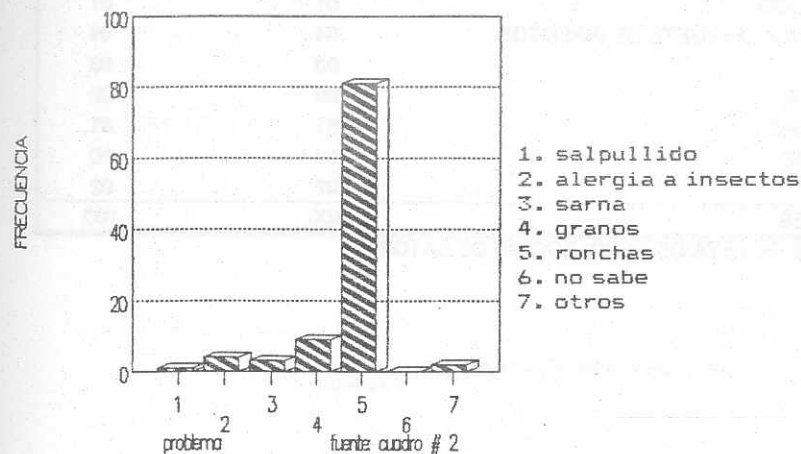
GRAFICA # 1

DISTRIBUCION SEGUN EDAD Y SEXO.



GRAFICA # 2

PROBLEMA REFERIDO POR LA MADRE



CUADRO # 3

PRESENTACION INICIAL DEL PROBLEMA REFERIDA POR LAS MADRES DE LOS NIÑOS CON PRURIGO POR INSECTOS. CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGIA HOSPITAL ROOSEVELT. JUNIO Y JULIO DE 1996.

INICIO	Fr	%
CON FIEBRE	01	01
CON RONCHAS	66	66
NO SABE	06	06
CON PICAZON EN EL CUERPO	25	25
OTROS	02	02
TOTAL	100	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO # 4

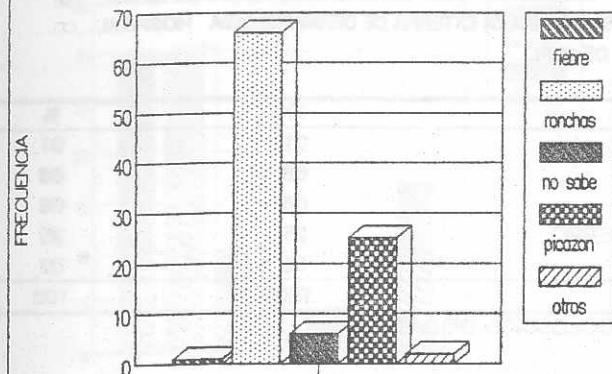
ACTIVIDAD QUE PRECEDIO A LA APARICION DEL PROBLEMA, SEGUN LO REFERIDO POR LAS MADRES DE LOS NIÑOS CON PRURIGO POR INSECTOS. CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGIA HOSPITAL ROOSEVELT. JUNIO Y JULIO DE 1996

ACTIVIDAD	Fr	%
1. DESPUES DE COMER	14	14
2. DESPUES DE JUGAR	08	08
3. DESPUES DE DORMIR	29	29
4. DESPUES DEL PIQUETE DE INSECTOS	16	16
5. OTROS	33	33
TOTAL	100	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

GRAFICA No 3

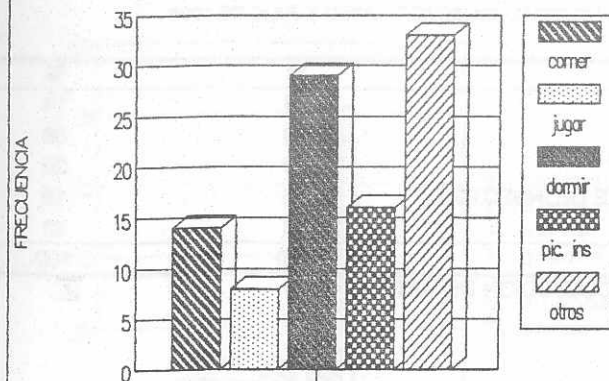
PRESENTACION INICIAL DEL PROBLEMA



problema referido fuente: cuadro #3

GRAFICA No 4

ACTIVIDAD QUE PRESEDIÓ AL PROBLEMA



actividad fuente: cuadro # 4

CUADRO # 5

TIEMPO DE TENER EL PROBLEMA, REFERIDO POR LAS MADRES DE LOS NIÑOS CON PRURIGO POR INSECTOS. CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGIA HOSPITAL ROOSEVELT. JUNIO Y JULIO DE 1996.

TIEMPO/INTERVALOS	Fr	%
0 < 1 MES	32	32
1 < 3 MESES	52	52
3 < 6 MESES	06	06
6 < 9 MESES	08	08
9 Y MAS MESES	02	02
TOTAL	100	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO # 6

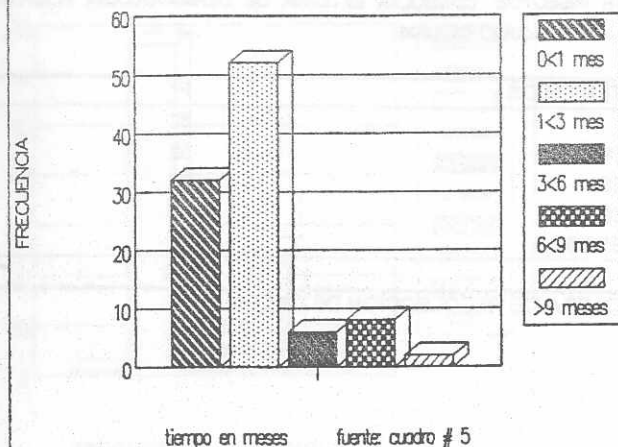
LOCALIZACION DE INICIO DEL PROBLEMA REFERIDA CON MAYOR FRECUENCIA POR LAS MADRES DE LOS PACIENTES CON PRURIGO POR INSECTOS. CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGIA HOSPITAL ROOSEVELT. JUNIO Y JULIO DE 1996

LOCALIZACION	Fr	%
CARA	06	06
CUELLO	02	02
ESPALDA	24	24
ABDOMEN	03	03
BRAZOS	13	13
PIERNAS	49	49
TODO EL CUERPO	03	03
TOTAL	100	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

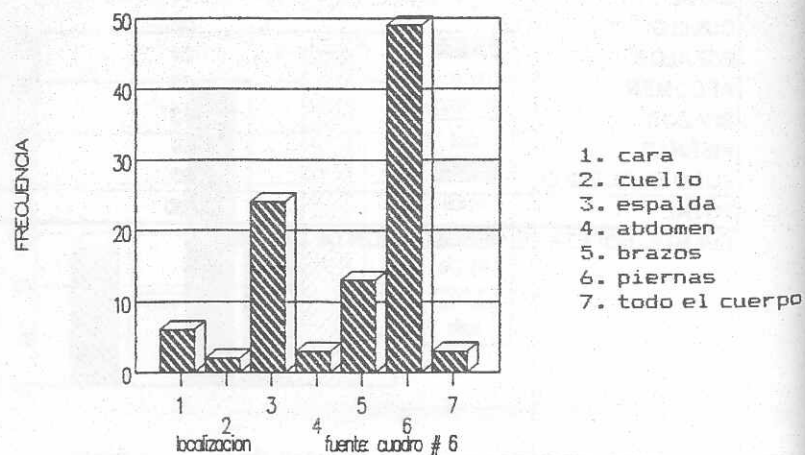
GRAFICA No 5

TIEMPO DE TENER EL PROBLEMA



GRAFICA No 6

LOCALIZACION INICIAL DEL PROBLEMA



CUADRO # 7

REGION DEL CUERPO MAS AFECTADA REFERIDA POR LAS MADRES DE LOS NIÑOS CON PRURIGO POR INSECTOS EN EL MOMENTO DEL ESTUDIO. CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGIA HOSPITAL ROOSEVELT. JUNIO Y JULIO DE 1996

REGION	Fr	%
CARA	03	03
CUELLO	00	00
ESPALDA	27	27
ABDOMEN	00	00
BRAZOS	07	07
PIERNAS	30	30
TOD0 EL CUERPO	33	33
TOTAL	100	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO # 8

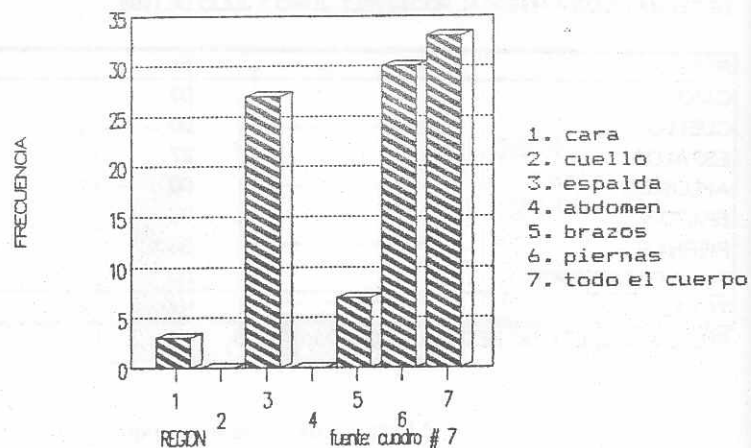
ANTECEDENTES DE HABER PADECIDO YA EL MISMO PROBLEMA SEGUN LO REFERIDO POR LAS MADRES DE LOS NIÑOS CON PRURIGO POR INSECTOS. CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGIA HOSPITAL ROOSEVELT. JUNIO Y JULIO DE 1996

ANATECEDENTES	Fr	%
NO	77	78
SI	22	22
TOTAL	100	100

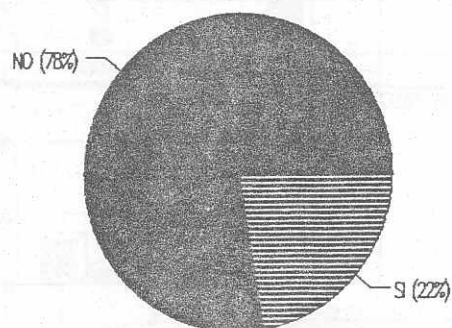
FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

GRAFICA No 7

REGION DEL CUERPO MAS AFECTADA



GRAFICA No. 8
ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD



CUADRO # 8.1

FRECUENCIA Y TIEMPO DE HABER PADECIDO EL ULTIMO EPISODIO DEL PROBLEMA EN LOS NIÑOS CON ANTECEDENTES SOBRE LA PATOLOGIA EN ESTUDIO

VECES	Fr	%	Fr.	%	TIEMPO
1 A 2	11	50.0	41.0	09	1 A 6 MESES
3 A 4	09	41.0	36.4	08	6A12 MESES
5 A 6	01	04.0	09.0	02	12A18 MESES
> 6	01	04.0	13.6	03	> 18 MESES
TOTAL	22	100.0	100.0	22	TOTAL

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO # 9

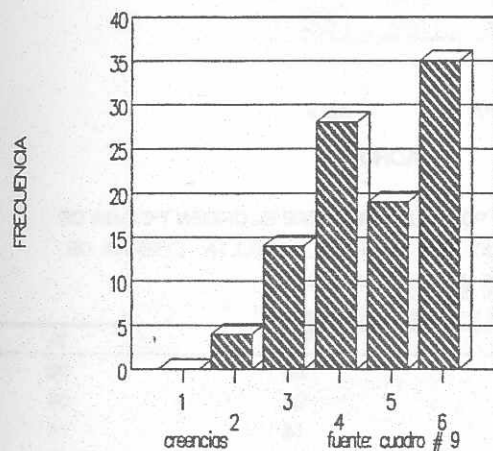
CREENCIA MAS FRECUENTE REFERIDA POR LA MADRE SOBRE EL ORIGEN Y CAUSA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL DE SU HIJO CON PRURIGO. CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGIA HOSPITAL ROOSEVELT. JUNIO Y JULIO DE 1996

CREENCIAS	Fr.	%
1. POR UN CASTIGO	00	00
2. POR NO HACER CASO	04	04
3. POR CONTAGIO	14	14
4. POR NO BAÑARSE	28	28
5. POR INSECTOS	19	19
6. OTROS	35	35
TOTAL	100	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

GRAFICA No 9

CREENCIAS SOBRE EL ORIGEN DEL PROBLEMA



1. por un castigo
2. por no hacer cas
3. por contagio
4. por no bañarse
5. por insectos
6. otros

CUADRO # 10

CREENCIAS REFERIDAS POR LAS MADRES SOBRE EL PRURIGO POR INSECTOS. CONSULTA DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT. JUNIO Y JULIO DE 1996

CREENCIAS	SI		NO		TOTAL %
	Fr	%	Fr	%	
1. CREE QUE SE TRANSMITE AL TOCAR AL NIÑO	20	20	80	80	100
2. CREE QUE SE QUITARA SIN TRATAMIENTO	05	05	95	95	100
3. CREE QUE LA PRODUCE UN INSECTO AL PICAR	52	52	48	48	100
4. TEME QUE SE LE PASE A TODOS SUS HIJOS	20	20	80	80	100
5. CREE QUE LE PUEDE REPETIR A SU HIJO	77	77	33	33	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO # 11

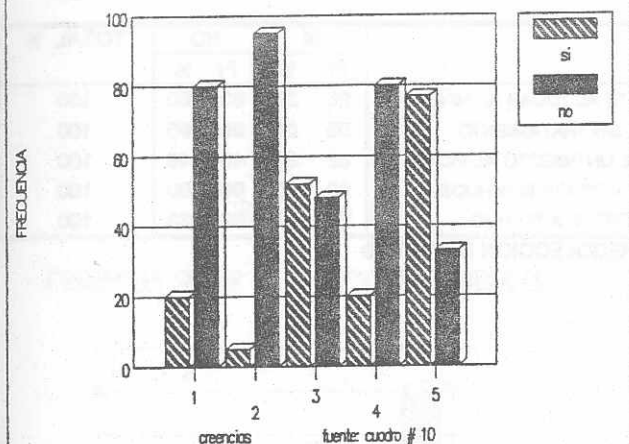
ACTITUD ASUMIDA POR LA MADRE AL INICIARLE EL PROBLEMA A SU HIJO. CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGIA HOSPITAL ROOSEVELT. JUNIO Y JULIO DE 1996

ACTITUD	SI	%	NO	%
LE APLICO ALGUNA MEDICINA	63	63	37	37
CONSULTO CON ALGUNA PERSONA	77	77	23	23

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

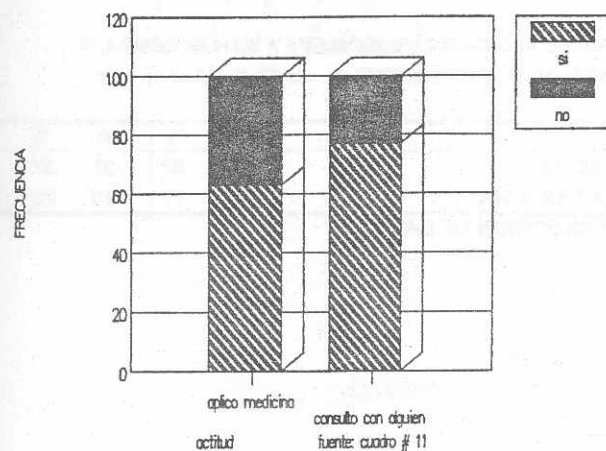
GRAFICA No 10

CREENCIAS SOBRE PRURIGO POR INSECTO



GRAFICA No 11

ACTITUD ASUMIDA POR LA MADRE



CUADRO # 11.1

MEDICAMENTO QUE CON MAYOR FRECUENCIA LE APLICO LA MADRE A SU HIJO ANTES DE CONSULTAR CON ALGUNA PERSONA.

MEDICAMENTO	Fr.	%
POMADA DE LA CAMPANA	18	28.5
HISTAPRIN	01	01.6
POMADA CURADERMA	21	33.3
BENZAN	01	01.6
CALAMINA	05	08.0
OTROS	17	27.0
TOTAL	63	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO # 11.2

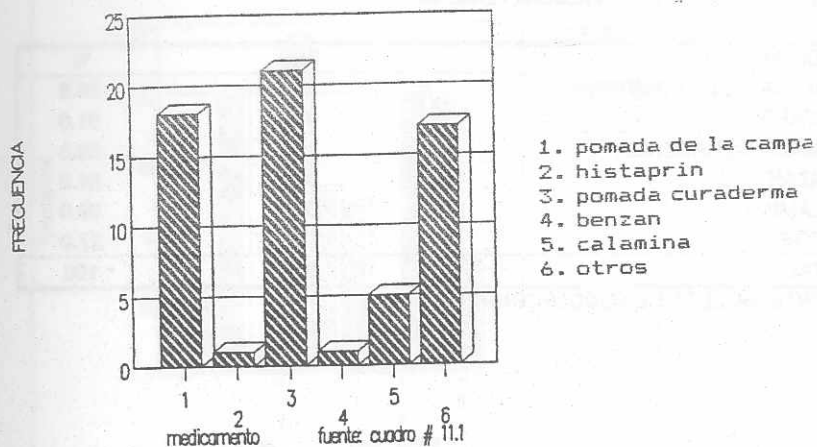
PERSONA A QUIEN CONSULTO CON MAYOR FRECUENCIA LA MADRE POR EL PROBLEMA QUE PRESENTO SU HIJO.

PERSONA	Fr.	%
AMIGA	03	04.0
FARMACEUTICO	29	37.5
CUARANDERO	00	00.0
MEDICO	42	54.5
OTRO	03	04.0
TOTAL	100.0	100.0

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

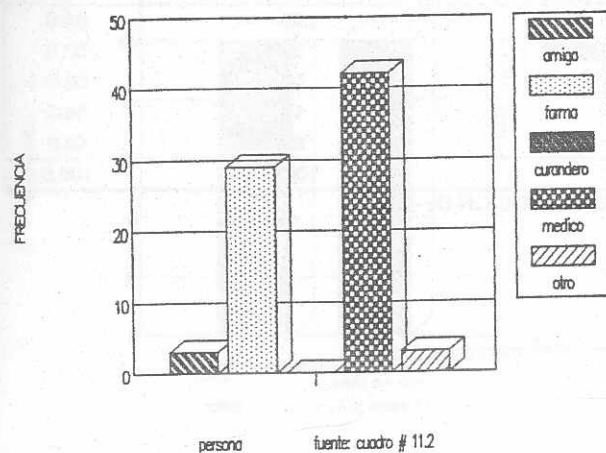
GRAFICA No 11.1

MEDICAMENTO APLICADO POR LA MADRE



GRAFICA No 11.2

PERSONA A QUIEN CONSULTO LA MADRE



CUADRO # 12

TIEMPO QUE TRANSCURRIO ENTRE LA APARICION DE LA ENFERMEDAD Y LA CONSULTA AL RESPECTO DE LA MISMA. CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGIA HOSPITAL ROOSEVELT, JUNIO Y JULIO DE 1996.

TIEMPO	Fr.	%
1 < 8 DIAS	17	22.1
8 < 15 DIAS	36	46.7
15 < 20 DIAS	06	07.8
20 < 1 MES	06	07.8
> DE 1 MES	12	15.6
TOTAL	77	100.0

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO # 13

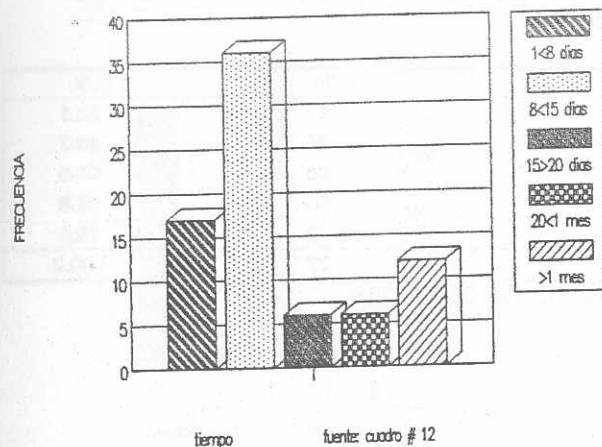
TRATAMIENTO QUE CON MAYOR FRECUENCIA PRESCRIBIO LA PERSONA A QUIEN CONSULTO LA MADRE POR EL PROBLEMA QUE PADECIA SU HIJO.

TRATAMIENTO	AMIGA		FARMA		MD. GRL		OTROS		TOTAL	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
1 HISTAPRIN	0	0.0	3	3.9	6	7.8	0	0.0	9	11.7
2 CALAMINA	1	1.3	1	1.3	2	2.6	0	0.0	4	5.4
3 ESTEROIDE TOPICO	0	0.0	2	2.6	4	5.4	0	0.0	6	7.8
4 BENZAN	1	1.3	7	9.1	8	10.4	2	2.6	18	23.4
5 QUADRIDERMA	0	0.0	6	7.8	2	2.6	0	0.0	8	10.4
6 HISTAPRIN+ESTEROIDE	0	0.0	0	0.0	6	7.8	0	0.0	6	7.8
7 HISTAPRIN+BENZAN	0	0.0	0	0.0	4	5.4	0	0.0	4	5.4
8 OTROS	1	1.3	10	12.9	10	12.9	1	1.3	22	28.1
TOTALES	3	3.9	29	37.7	42	54.5	3	3.9	77	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

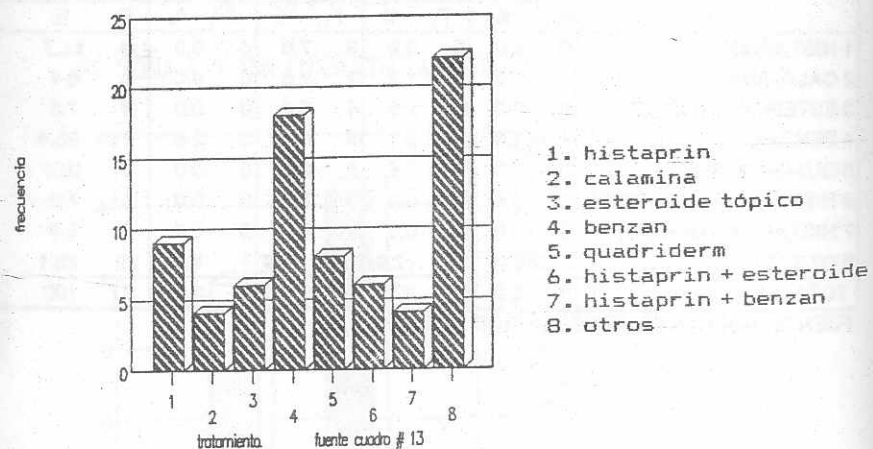
GRAFICA # 12

TIEMPO ENTRE EL INICIO Y LA CONSULTA



GRAFICA # 13

TRATAMIENTO PRESCRITO POR LA PERSONA.



1. histaprin
2. calamina
3. esteroide tópico
4. benzan
5. quadriderm
6. histaprin + esteroide
7. histaprin + benzan
8. otros

CUADRO # 14

TIEMPO DURANTE EL CUAL LE APLICO EL TRATAMIENTO PRESCRITO POR LA PERSONA A QUIEN CONSULTO.

TIEMPO	Fr	%
1 A 2 DIAS	03	03.9
3 A 5 DIAS	24	31.2
6 A 8 DIAS	14	18.20
9 A 15 DIAS	31	40.2
MAS DE 16 DIAS	05	06.5
TOTALES	77	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO # 15

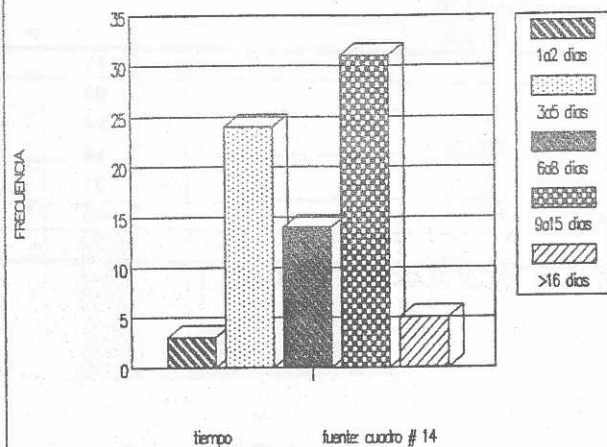
RESULTADO DEL TRATAMIENTO INSTITUIDO AL PACIENTE POR LA PERSONA A QUIEN CONSULTO LA MADRE.

RESULTADO	AMIGA		FARMA		MD. GRL		OTRO		TOTAL	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
BUENO	0	0.0	0	0.0	01	1.3	0	0.0	01	1.3
EMPEORO	3	3.9	17	22.2	16	20.8	01	1.3	37	48.1
MALO	0	0.0	12	15.6	25	32.5	02	2.6	39	50.7
TOTAL	3	3.9	29	37.7	42	54.6	3	3.9	77	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

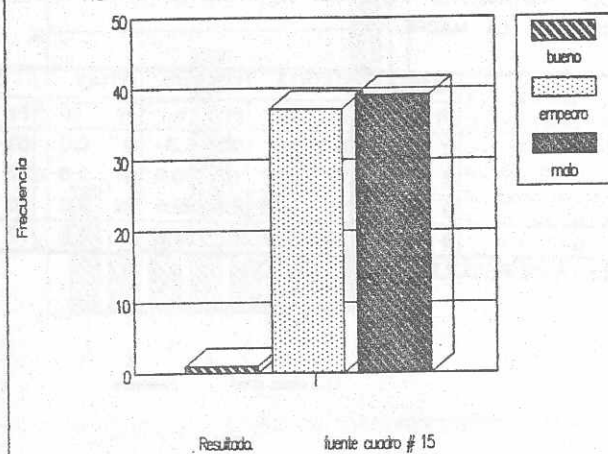
GRAFICA No 14

TIEMPO QUE APLICO EL TRATAMIENTO



GRAFICA # 15

RESULTADO DEL TRATAMIENTO INSTITUIDO



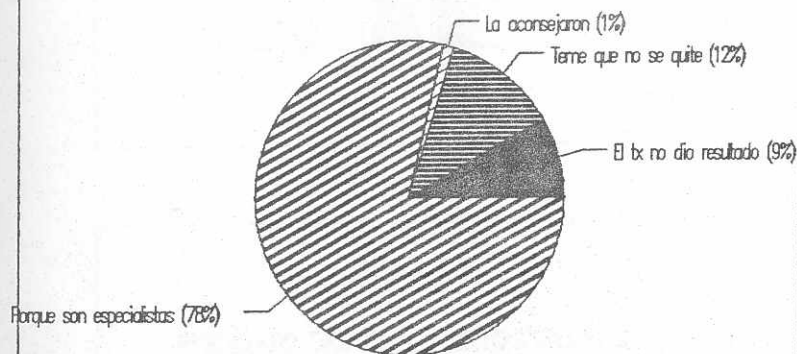
CUADRO # 16

RAZON POR LA QUE LA MADRE DECIDIO ASISTIR A LA CLINICA DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT. JUNIO Y JULIO DE 1996

RAZON	Fr	%
EL TRAMIENTO NO LE DIO RESULTADO	08	08
TIENE MIEDO QUE NO SE LE quite	11	11
LA ACONSEJARON	1	01
PORQUE SON ESPECIALISTAS	73	73
TOTAL	100	100

FUENTE:BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

GRAFICA No. 16
RAZON POR LA QUE ASITIO A DERMATOLOGIA



ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

En el cuadro y gráfica # 1 se observa que el sexo más afectado fue el masculino que representó el 51%; ésta diferencia aunque no es significativa si está de acuerdo con lo reportado en la literatura nacional pues en el estudio realizado en 1992 en San Andrés (14), se reportó una diferencia insignificante entre sexos, sin embargo esto no esta de acuerdo con la literatura extranjera en la que se reporta una relación masculino-femenino de 3:2. En cuanto al grupo etáreo más afectado fue el de 1 a 2 años con 30%, seguido por el grupo de 0 a 1 año con 29%; esto se explica debido a que en ésta edad los niños están más expuestos al piquete de los insectos principalmente al estar durmiendo (como lo veremos más adelante); así mismo debemos tomar en cuenta que la memoria inmunológica del niño hacia la picadura del insecto aún no se ha establecido; memoria que se adquiere gracias a la desensibilización que sufre el niño a través del tiempo mediante los piquetes de insectos que experimenta en el transcurso de los primeros años de vida traduciéndose esto en una disminución de los casos conforme avanza la edad.

El cuadro # 2 y gráfica # 2 nos muestran el problema que para la madre padecía su hijo, encontrando que el 81% indicó que tenía ronchas, el 9% granos y sólo el 4% refirió alergia al piquete de insectos. La presencia de ronchas indicado como el principal problema lo explicamos con el hecho que las lesiones del prurigo son pápulas y que normalmente la población interpreta el cuadro como ronchas o granos. En cuanto al bajo porcentaje obtenido acerca de alergia al piquete de insectos, esto obedece a que posiblemente en alguna ocasión se les indicó que lo que tenía su niño era una alergia al piquete de insecto.

En cuanto a la presentación inicial referida por la madre, vemos en el cuadro y gráfica # 3 que las ronchas ocupan un primer lugar con el 66%, seguido de picazón en el cuerpo con 25%. Lo primero lo explicamos por lo descrito anteriormente y lo segundo como consecuencia de la reacción alérgica y liberación de factores que intervienen en ésta patología que la hacen ser pruriginosa y molesta para el niño; razón por la cual el tratamiento implica la prescripción de medicamentos antihistamínicos que garanticen la disminución o desaparición de este síntoma tan molesto.

El cuadro y gráfica # 4 contienen datos sobre la actividad luego de la cual le inició el problema al niño. Y vemos que después de dormir ocupa el segundo lugar con el 29%, precedida únicamente de "otras actividades".

Generalmente el prurigo se presenta en niños menores en quienes no se tienen los cuidados adecuados al dormir, como sería el colocar velo o pabellón en la cuna para evitar que sufran el piquete de insectos voladores durante las horas de sueño y cambiar regularmente la ropa de cama evitando con

ello la proliferación de pulgas y ectoparásitos.

El cuadro y gráfica # 5 nos indica el tiempo de tener el problema, encontrando que el 52% de casos tiene una presentación entre 1 a 3 meses, seguido de 0 a 1 mes, con el 32%, lo que nos indica que el tipo de prurigo que padecen los niños en estudio es el tipo agudo, esto es respaldado por la literatura estudiada que reporta la variedad aguda como la más frecuente entre los niños; debido a la capacidad de respuesta inmunológica que desarrollan en el transcurso de los años.

El cuadro y gráfica # 6 contienen datos sobre la localización inicial de la enfermedad, encontrando que el 49% refirió las piernas, seguido de la espalda con el 24% y brazos con el 13%; las dos primeras situaciones las explicamos por el hecho de que en la cimiciasis las lesiones se localizan en regiones del cuerpo cubiertas; como región lumbar, nalgas y piernas. En el tercer caso se debe a prurigo secundario a la picadura de insectos voladores tal es el caso del producido por el piquete de moscas y zancudos que además puede afectar la cara, que en este estudio se vio afectada al inicio en el 6% de los pacientes.

En cuanto a la región del cuerpo más afectada al momento de la consulta, datos contenidos en el cuadro y gráfica # 7; encontramos que el 33% de las madres refirieron todo el cuerpo, seguido de piernas y espalda con un 30% y 27% respectivamente. Esto lo explica el hecho que el prurigo por insectos evoluciona en forma lenta y progresiva y en forma de brotes que pueden mantenerse durante semanas, a la vez que se originan nuevas lesiones lo que puede dar lesiones en distintas etapas evolutivas en todo el cuerpo.

El cuadro y gráfica # 8 nos presenta los datos sobre la presencia o no de la enfermedad con anterioridad en el niño, encontrando que el 22% de los niños ya habían tenido episodios parecidos al actual y en un 78% era el episodio inicial. En el cuadro # 8.1 encontramos que el 50% de los pacientes era entre la 1era y 2da ocasión que presentaban la enfermedad, seguido de 3 a 4 ocasiones con un 41%; en cuanto al tiempo transcurrido entre el último episodio y el actual encontramos que de 1 a 6 meses es el más frecuente con 41%. Lo anterior lo explicamos por el hecho que no se les ha sabido indicar la causa del problema, con lo que se ha favorecido la repitencia de la enfermedad al desconocer que con eliminar los insectos causantes y tomar las medidas higiénicas idóneas se tendría una disminución drástica de éstos casos.

El cuadro y gráfica # 9 contienen datos sobre el origen que la madre le atribuye a la enfermedad. Siendo importante el hecho que un 28% refirió la falta de baño como causa de la enfermedad; esto es importante si tomamos en cuenta que para la epidemiología de la enfermedad es importante lo referido a hábitos higiénicos tanto personales como del hogar. El 19% refirió como agente causal a los insectos, sin embargo no

toman las medidas necesarias para controlarlos, contribuyendo así a la prevalencia de la enfermedad. Llama aún más la atención que un gran porcentaje de las madres tienen diversas creencias sobre el origen de la enfermedad como lo demuestra el 35% de las madres que refirió el inciso "otros" y de éstas la mayoría indicó desconocer el origen de la misma, otras lo atribuyeron a la presencia de granos, etc.

El cuadro y gráfica # 10 presentan los datos obtenidos en cuanto a las creencias sobre la enfermedad siendo importante el hecho que el 80% de las madres creen que no puede transmitirse al tocar al niño y por consiguiente sólo el 20% temen que le pase la enfermedad a sus otros niños. El 95% creen que la enfermedad no cederá si no se da tratamiento; así mismo es interesante el hecho que sólo un 52% de las mismas creen que puede ser causado por el piquete de un insecto. Esto hasta cierto punto se ve respaldado por la literatura que refiere que normalmente la madre no acepta que la enfermedad es causada por el piquete de insectos que se encuentran en el hogar y que al ser eliminados ya no se verá afectado su niño; evitando con ello la repitencia de la enfermedad. Por otro lado las madres creen en un 77% que su hijo se verá afectado nuevamente por la misma.

El cuadro y gráfica # 11 contienen datos sobre la actitud que asumió la madre ante la aparición de la enfermedad, reportando que el 63% sin consultar previamente con alguien le aplicó alguna medicina. En el cuadro #11.1 observamos que el mayor porcentaje de medicina aplicada lo obtuvo pomada curaderma con 33.3%, seguido de pomada de la campana con 28.5%; ésta decisión podría ser tomada en base a las propiedades curativas que se le atribuyen a estas sustancias en los medios de comunicación populares. Por otro lado el 77% de las madres decidieron consultar con alguna persona sobre la enfermedad de su niño aún habiendo aplicado alguna medicina. El cuadro # 11.2 contiene los datos al respecto y reporta que el 54.5% consultaron con médico y el 37.5% consultaron con el farmacéutico. Esto es interesante dado el alto porcentaje de personas que consultan con farmacéutico con la esperanza de obtener un consejo, o medicina que alivie la dolencia sin importar que éstos no cuentan con la preparación necesaria para diagnosticar y tratar dichos problemas lo que representa un riesgo para la salud del niño.

En el cuadro y gráfica # 12 encontramos que el 46.7% de madres esperó de 8 a 15 días para consultar con alguien el problema de su niño, seguido de 1 a 8 días con 22.1%. Esto lo explicamos por el hecho que fué el tiempo que la madre esperó a que se le resolviera el problema al niño, sin embargo al no ver mejoría del mismo decidió consultarlo.

El cuadro y gráfica # 13 contienen datos sobre el

medicamento prescrito por la persona a quien consultó, encontrando al benzan en primer lugar con un 23.3%, seguido de histaprin con un 11.7%. Esta conducta se puede atribuir a carencia de diagnóstico certero y la inclinación por lo que al parecer sería la causa más frecuente que produciría estas molestias en niños que viven en condiciones higiénicas deficientes como lo sería la escabiasis. Así mismo es importante el hecho que se prescribiera una gran cantidad de "otros medicamentos" que representan un 28.6% y entre los que encontramos; manteca de azufre, calamina, pomadas no éticas, etc.

Cuadro y gráfica #14, en ellos observamos que el tiempo esperado por la madre antes de consultar con el especialista fue de 3 a 5 días y de 9 a 15 días con un 31.2% y 40.2% respectivamente. Lo anterior lo podemos interpretar como el tiempo que se le indicó a la madre le aplicara la medicina prescrita al niño, pero al ver que no había mejoría o en el peor de los casos empeoró el cuadro decidió consultar. Esto se ve apoyado por los datos contenidos en el cuadro #15 que contiene lo referido al resultado del medicamento prescrito con anterioridad al niño; observando que en el 50% de casos el resultado fue malo y en el 48.8% empeoró. Estos resultados se deben a que el tratamiento instituido no fue el adecuado aún en los casos que se prescribiera antihistamínico; medicamento que forma parte del tratamiento del prurigo por insectos, y a la imposibilidad de dar plan educacional sobre el agente causal de la enfermedad y su control en el hogar. debido al simple hecho de no haber diagnosticado la patología que se trató.

El cuadro y gráfica # 16 presenta las razones por las que la madre decidió consultar a la Unidad de Dermatología, siendo "porque son especialistas" la primera con un 73%, seguida de "tiene miedo que no se le quite" y el "tratamiento no le dio efecto" con 11.% y 8% respectivamente.

Estos datos son indicativos que se han producido cambios en el comportamiento de las madres respecto a que la enfermedad de la piel debe ser tratada por profesionales de la medicina con especialidad en esta rama.

CONCLUSIONES

1. Es su mayoría las madres poseen el concepto sobre prurigo por insectos como una enfermedad manifestada por ronchas que causan picazón en el cuerpo y que se originan por la falta de baño.
2. El 81% de las madres refirió la presencia de ronchas como molestia principal en el niño y el 9% de granos, sólo el 4% refirió alergia al piquete insecto.
3. La madre atribuyó el origen de la enfermedad a la falta de baño con un 28% y un 19% indicó como agente causal la picadura de insecto.
4. En cuanto a las creencias en relación al prurigo por insectos; el 52% de las madres creen que la enfermedad puede ser producida por el piquete de insecto. El 95% cree que la enfermedad no se quitará sin tratamiento y un 77% cree que la enfermedad le puede repetir al niño.
5. El 63% de las madres le aplicó algún tipo de medicamento a su niño sin consultar previamente al médico o persona relacionada con la salud; y de éstas pomada curaderma fue la más utilizada con 33.3%, seguida de pomada de la campana con un 28%.
6. Del total de las 100 madres, el 77% de ellas consultó con alguna persona el problema, antes de asistir a la clínica de Dermatología. De éstas el 54.5% consultó con médico y el 37.5% lo hizo con farmacéutico.
7. Entre los medicamentos prescritos por la persona consultada, tenemos que benzan ocupó el primer lugar con 18%; y el 10.4% de éstas recetas provenían de médicos, el 9.1% del farmacéutico, el segundo lugar lo obtuvo quadriderm con 10.4%, siendo recetado con mayor frecuencia por el farmacéutico con el 7.8%, seguido por el médico con el 2.6%.
8. De los medicamentos prescritos por la persona consultada, se obtuvo que en el 50.7% de casos el resultado fue malo, en el 40.1% de los casos empeoró el cuadro y tan sólo en el 1.2% de casos el resultado fue bueno.
9. El 73% de madres refirió el hecho de ser especialistas como la razón por la que consultaron a la Unidad de Dermatología.

RECOMENDACIONES

1. Realizar estudios posteriores sobre ésta patología, orientados a determinar los factores de riesgo que se relacionan con la prevalencia del prurigo por insectos. Así como determinar cuáles son los insectos que tienen mayor relación con la patología.
2. Fomentar en los estudiantes de medicina y en los médicos generales la madurez suficiente que les permita referir al especialista los casos que no les es posible diagnosticar y por ende tratar adecuadamente.
3. Educar a la población y principalmente a las madres sobre el riesgo de enfermar que se tiene al vivir en ambientes en donde predominan condiciones sanitarias deficientes y la importancia de contribuir para mejorarlas.
4. Promover campañas educativas orientadas a brindar información a la población en general sobre los riesgos de aplicar medicinas indiscriminadamente y más aún si se les aplica a los niños.
5. Insistir sobre el buen plan educacional a la madre sobre el curso natural de la enfermedad, insistiendo en que se puede controlar, pero su curación es a largo plazo para que no abandonen el tratamiento.

RESUMEN

Se efectuó un estudio descriptivo en la Unidad de Dermatología del Hospital Roosevelt en los meses de junio a julio, en madres de niños con prurigo por insectos; con el propósito de determinar los conocimientos, creencias y actitudes de las madres en relación al prurigo por insecto.

Para realizar el estudio se aplicó una encuesta a cien madres y luego se procedió a ordenar, tabular, presentar y analizar los datos obtenidos.

Se encontró que para la madre el padecimiento era ronchas en el 81% de los casos, seguido de granos con 9% y sólo el 4% refirió alergia al piquete de insecto.

En cuanto a la causa de la enfermedad el 28% de las madres se la atribuyen a la falta de baño, el 19% al piquete de insecto y el 14% a contagio. En lo relacionado a creencias, el 80% consideran que la enfermedad no se transmite al tocar al niño y sólo el 5% cree que se quitará sin aplicar ningún tratamiento. Así mismo el 52% de madres creen que puede ser producida por el piquete de un insecto.

En la referido a la actitud de la madre hacia la enfermedad que padece su hijo, se encontró que el 63% le aplicó alguna medicina sin previa consulta. El 77% de madres decidió consultar y de éstas el 54.5% consultó con médico y el 37.5% con farmacéutico. El tiempo esperado entre la aplicación del medicamento y la consulta con el especialista osciló entre 3 a 5 días y 9 a 15 días con el 24% y 31% respectivamente. En cuanto al resultado del medicamento aplicado sólo el 1.2% refirió que fue bueno. El 73% de madres reportaron el hecho de ser especialistas como la razón por la que consultaron a la Unidad de Dermatología.

BIBLIOGRAFIA

1. Amad, Saúl. Lecciones de dermatología. 10a edición Edit Méndez Cervantes. D.F. México, 1983. pp 348-353.
2. Arenas, Roberto. Dermatología, Diagnóstico y Tratamiento 1a, ed. Edit. Interamericana. D.F. México 1989.
3. Bernan, Richard y Vaughan V. Tratado de Pediatría de Nelson. 13a. ed. Edit. Interamericana. D.F. México 1989.
4. Cordero, Fernando. Dermatología Médico Quirúrgica. 4a ed. Edit. Impcolor. Guatemala, 1976. pp 163-165.
5. Domoncos, Anthony. Diseases of the skin. 6a. ed. Sanders Company. Philadelphia. 1971. pp 163- 165
6. Falabella, E.F. y Escobar, R. Fundamentos de Medicina/Dermatología. 4a ed. Edit. Carbajal. Colombia. 1990. pp 203-204 .
7. Flarer, K.F. Proceeding of XIV International Congress Publisher. Excerpta Médica. Mayo 1972.
8. Gatti, Juan Carlos. Manual de Dermatología. 4a. ed. Edit. El Ateneo. Buenos Aires, Argentina, 1963.
9. Gramajo, Rosa. Determinación de enfermedad cutánea en genitales externos. Tesis de Médico y Cirujano. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala 1993. 54 pags.
10. Goraon, Savere. Manual of skin diseases. 4a. ed. Lipicant Company. Philadelphia. 1980.
11. Grispan, David. Sinopsis histórica de la dermatología Argentina. Edit. Artes gráficas el Fenix. Buenos Aires Argentina. 1990.
12. Guyton, Arthur. Fisiología Médica. 7a. ed. Edit. Interamericana. D.F. México, 1990. pp 342.
13. Hernández, Enrique. Clínica Dermatológica. 1a. ed. Edit. UCA. San Salvador, El Salvador. 1978. pp. 128-129.
14. Jannes Solares, Sandra. Prevalencia de enfermedad dermatológica en la población de San Andrés. Tesis Médico y Cirujano .Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de San Carlos de Guatemala . Guatemala 1992.

15. Ibañez, Bernardita. Onicomycosis en el paciente pediátrico. Tesis Médico y Cirujano. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala, 1994. 45pags.
16. Launey, W. Dermatología. 2a. ed. Edit. Interamericana. D.F. México, 1986. pp. 1-7, 242.
17. Leporttevin, Piene. Dermatología. Organo Oficial de la Sociedad Chilena de Dermatología. Vol. 8, No.4, 1992.
18. Meneghello, Julio. Pediatría. 4a. ed. Edit. Mediterráneo. Chile, 1991. pp. 15-81.
19. Menighini, Carlo. Dermatología pediátrica. Atlas.
20. Orahilly, Ronan. Anatomía de Gadner. 5a. ed. Edit. Interamericana. D.F. México, 1989. pp. 52-59.
21. Orozcp, Julia. Archives of Dermatology. Junnuary, 1985. Americ Medical Association.
22. Revista. Dermatología. Enfermedad dermatológica en el embarazo. Organo Oficial de la Sociedad Chilena de Dermatología y Venerología. Vol. 9, No. 3, 1983
23. Scheryng Corporation. Atlas de erupciones papulares. Corporetion Scherying. 1993. USA. pp 13.
24. Stewart, Danton. Diagnosis and treatament of cutaneous disorders. 4a. ed. Edit. Morbi Company. 1978. USA. pp. 1453-1454.
25. Wuyngardeny. Tratado de Medicina Interna. 18a. ed. Edit. Interamericana. 1991. tomo II.
26. Zuñiga, Erick. Dermatitis por contacto. Tesis Médico y Cirujano. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de San Carlos de Guatemala, 1993. 49. pags.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
ENCUESTA: CONOCIMIENTOS SOBRE PRURIGO POR INSECTOS DE MADRES
QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGIA DEL
HOSPITAL ROOSEVELT.

DATOS GENERALES:

NOMBRE: _____ EDAD _____ SEXO _____ No.Hx _____

1. Qué problema tiene su niño?
 - a) salpullido
 - b) alergia al piquete de insecto
 - c) sarna
 - d) granos
 - e) ronchas
 - f) no sabe
 - g) otro
2. Cómo le empezó el problema al niño?
 - a) con fiebre
 - b) con ronchas
 - c) no sabe
 - d) con picazón en el cuerpo
 - e) otro
3. Después de qué le apareció esto al niño?
 - a) después de comer
 - b) después de jugar
 - c) después de dormir
 - d) después del piquete de un insecto
 - e) otro
4. Hace cuánto tiempo tiene el problema el niño? _____
5. En qué parte del cuerpo le inició el problema al niño?
 - a) cara
 - b) cuello
 - c) espalda
 - d) estómago
 - e) brazos
 - f) piernas
 - g) todo el cuerpo
 - h) otro _____
6. En éste momento, qué parte del cuerpo está más afectada?
 - a) cara
 - b) cuello
 - c) espalda
 - d) estómago
 - e) brazos
 - f) piernas
 - g) todo el cuerpo
 - h) otro _____
7. Es la primera vez que le ocurre esto al niño?
 - a) si
 - b) no
 Cuántas veces? _____ Hace cuánto? _____
8. Qué cree que le produjo la enfermedad al niño?
 - a) por un castigo
 - b) por no hacer caso
 - c) por contagio
 - d) por no bañarse
 - e) por insectos
 - f) otro _____
9. Cree usted que ésta enfermedad se transmite al tocar al niño?
 - a) si
 - b) no

10. Cree usted que se quitará sin ningún tratamiento?
 - a) si
 - b) no
11. Tiene miedo que se le pase la enfermedad a sus otros hijos?
 - a) si
 - b) no
12. Cree usted que el piquete de un insecto puede causar la enfermedad?
 - a) si
 - b) no
13. Cree usted que ésta enfermedad le puede repetir al niño?
 - a) si
 - b) no
14. Qué hizo usted cuando le empezó la enfermedad a su niño?
 - le aplicó alguna medicina?
 - a) si
 - b) no
 cuál? _____
 - Consultó con alguna persona?
 - con quién: _____ amiga
 - _____ farmacéutico
 - _____ curandero
 - _____ médico
 - _____ otro
15. Cuánto tiempo después de haberle aparecido la enfermedad consultó con alguien? _____
16. Qué tratamiento le dio la persona a quien consultó? _____
17. Cuánto tiempo le aplicó el tratamiento? días: _____
- 18.Cuál fue el resultado?
 - a) bueno
 - b) empeoró
 - c) ninguno
19. Por qué vino ha ésta clínica?
 - a) no le dio resultado el tratamiento anterior.
 - b) Tiene miedo de que no se le quite.
 - c) la refirió algún médico.
 - d) la aconsejaron
 - e) porque son especialistas.