



**UNIVERSIDAD DEL  
SURESTE**



**TÉSIS**

**PREVALENCIA DEL IMPÉTIGO EN NIÑOS MENORES DE 6  
AÑOS QUE CURSAN EL PREESCOLAR DR. BELISARIO  
DOMÍNGUEZ PALENCIA.**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA**

**PRESENTA:**

**WILLIAM DE JESÚS LÓPEZ SÁNCHEZ**

**DIRECTOR DE TESIS**

**MARÍA VERÓNICA ROMÁN CAMPO**

**COMITÁN DE DOMÍNGUEZ CHIAPAS, MÉXICO**

## **TÍTULO**

**PREVALENCIA DEL IMPÉTIGO EN NIÑOS MENORES DE 6  
AÑOS QUE CURSAN EL PREESCOLAR DR. BELISARIO  
DOMÍNGUEZ PALENCIA.**

## ÍNDICE

	<b>Pagina</b>
<b>Introducción -----</b>	<b>1</b>
<b>Objetivos generales y específicos-----</b>	<b>2</b>
<b>Planteamiento del problema-----</b>	<b>3-7</b>
<b>Justificación-----</b>	<b>8</b>
<b>Pregunta de investigación-----</b>	<b>9</b>
<b>Hipótesis-----</b>	<b>10</b>
<b>Marco teórico -----</b>	<b>11-18</b>
<b>Metodología-----</b>	<b>19-20</b>
<b>Propuesta de soluciones -----</b>	<b>21-22</b>
<b>Conclusiones -----</b>	<b>23</b>
<b>Anexos -----</b>	<b>24</b>
<b>Bibliografía-----</b>	<b>25-27</b>

## INTRODUCCIÓN

Según Viridiana Guadalupe (2023), el impétigo es una infección cutánea común en niños, especialmente en aquellos menores de 6 años que asisten a preescolar. La prevalencia del impétigo en este grupo de personas es significativa, ya que se estima que hasta el 20% de los niños en edad preescolar pueden desarrollar esta condición en algún momento.

Sin embargo, el impétigo es causado por bacterias como el *Staphylococcus aureus* o el *Streptococcus pyogenes*, y se caracteriza por la aparición de ampollas o costras en la piel, generalmente en la cara, manos o pies. La infección se propaga fácilmente a través del contacto directo con la piel infectada o con objetos contaminados.

Según Viridiana Guadalupe (2023), la alta prevalencia del impétigo en niños menores de 6 años que asisten a preescolar se debe a varios factores, incluyendo la proximidad y el contacto cercano entre los niños en el entorno preescolar, la falta de higiene personal y de lavado de manos regular, la presencia de heridas o cortes en la piel que pueden servir como puerta de entrada para las bacterias.

Es importante destacar que el impétigo es una condición tratable, y que la detección temprana y el tratamiento adecuado pueden prevenir complicaciones y reducir la propagación de la infección. Por lo tanto, es fundamental que los padres y los profesionales de la salud estén alertas para detectar los signos y síntomas del impétigo en niños menores de 6 años que asisten a preescolar

## **OBJETIVO GENERAL**

Determinar la prevalencia del impétigo en niños menores de 6 años que cursan el preescolar Dr. Belisario Domínguez Palencia.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar el porcentaje de niños menores de 6 años que cursan el preescolar que presentan o han presentado impétigo
- Definir las medidas de prevalencia del impétigo
- Avaluar la conciencia y conocimiento de los padres y maestros sobre el impétigo y su prevención en niños menores de 6 años

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El impétigo es conocido hace siglos y posee una historia abundante. Se ha propuesto que el término impétigo proviene de la raíz indoeuropea abrir “pet” que significa “atacar o volar” es aquella condición que “se ataca la piel”.

El historiador médico Aulo Cornelio Celso (25 a.c – 50 d.c) Se sirvió de la palabra impétigo para designar cuatro especies de afectaciones cutáneas:

1. Roja, dura, ulcerada
2. Populosa y escamosa llamada rubrica debido a su color oscuro
3. Más grave, de un tinte oscuro coma a la que se denomina nigra
4. Más difícil de curar, de coloración blanquecina, cubierta de escamas y que produce sangre por las fisuras y erosiones que presenta.

Navarro precisa que el término impétigo suele utilizarse en el sentido de impétigo contagioso o impétigo vulgaris para referirse a cualquier “prodermitis contagiosa”.

Las 2 variedades más frecuentes son el impétigo no ampolloso causado por streptococcus pyogenes (impétigo estreptocócico) o causada por estafilococos aureus (Impétigo estafilocócico) y el impétigo ampolloso causado por estafilococos aureus.

Hoy en día se define de manera general al impétigo como una infección superficial de la piel de los tejidos blandos que afecta la epidermis, siendo una afectación común dependiente de la zona geográfica.

Ibrahim y Col Mencionan que la patogenia incluye “impetiginización” primaria (invasión bacteriana directa de la piel infectada) es secundaria a infección bacteriana de la flora cutánea comprometida.

Las causas comunes del impétigo corresponden a alteraciones en la flora normal de la piel incluyendo abrasiones, traumatismos, picaduras de insectos, eczema y sarna. En la actualidad es sabido que el impétigo aumenta su incidencia con el contacto cercano de persona a persona coma como en el caso de los niños jugando con otros y en los ambientes húmedos y cálidos. Los factores predisponentes incluyen la falta de higiene, pobreza, etc.

La prevalencia del impétigo a nivel mundial se estima en más de 162 Millones de niños coma principalmente en países de ingresos bajos y medios punto la región de Oceanía es especialmente afectada. La prevalencia media global del impétigo en la infancia se estima en 12.3% y de un cuatro 4.9% en adultos

Se concluye que el impétigo es un trastorno conocido desde la antigüedad punto el conocimiento histórico de su desarrollo como entidad clínica es interesante respecto a la formación cultural

En la actualidad, las infecciones de la piel y partes blandas forman parte de un alto porcentaje de las consultas en salud. Estas van desde infecciones leves, donde el manejo se realiza con tratamiento tópico, hasta aquellas con severo compromiso sistémico, requiriendo terapia antibiótica sistémica e incluso el desbridamiento quirúrgico. En general, son productos de un desbalance entre los mecanismos de defensa de la barrera cutánea y los factores de virulencia y patogenicidad de los microorganismos que la afectan. Se pueden clasificar según distintos criterios, como, por ejemplo, profundidad, gravedad, microorganismos involucrados y si éstas son purulentas o no.

El impétigo es la enfermedad infecto-contagiosa más común en la piel. Existen 2 tipos: no ampuloso que es el más frecuente y ampuloso que es menos frecuente, es causado principalmente por *Streptococcus pyogenes* y *Staphylococcus aureus*. El impétigo no ampuloso es producido principalmente por *Streptococcus pyogenes* y se caracteriza por vesículas pequeñas que rápidamente se rompen y originan un exudado que al secarse forma costras melicéricas.

El impétigo ampuloso predomina en lactantes menores sin predilección por sexo. Es más frecuente en estratos socioeconómicos bajos, en verano, en climas tropicales y en niños desnutridos.

Dentro del continente americano se estima la siguiente prevalencia:

**Estados Unidos:**

- Prevalencia: 2-5% de la población infantil (CDC).
- Causas: *Staphylococcus aureus* (70-80%) y *Streptococcus pyogenes* (20-30%)
- Regiones con mayor prevalencia: Sureste y Suroeste (CDC).

**América Latina:**

- Prevalencia: 5-15% de la población infantil (OPS)
- Causas: *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes* (OPS).
- Países con mayor prevalencia: Brasil, México, Argentina y Colombia (OPS).

**Canadá:**

- Prevalencia: 1-3% de la población infantil (Health Canada).
- Causas: *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes* (Health Canada).

**Caribe:**

- Prevalencia: 5-10% de la población infantil (PAHO).
- Causas: *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes* (PAHO)

El impétigo ampolloso predomina en lactantes menores sin predilección por sexo. Es más frecuente en estratos socio-económicos bajos, en verano, climas tropicales y en niños desnutridos. Su frecuencia es mayor cuando hay traumatismos, picaduras de insectos, dermatosis pruriginosas preexistentes, infecciones piógenas extra cutáneas y mala higiene personal.

El impétigo es caracterizado por una infección superficial de la piel a nivel de la epidermis, inicialmente vesiculosas que evoluciona a la formación de pústulas cuyo contenido al secarse forma unas lesiones costrosas melicéricas. Las lesiones son superficiales, no se ulceran, no infiltran la dermis y curan sin producir cicatrices. Su pico de incidencia es en niños entre 2-5 años, aunque niños mayores y adultos también se pueden ver afectados. No hay predilección por ningún sexo y todas las razas son susceptibles.

El impétigo estafilocócico, al igual que otras piodermias, se transmite de persona a persona, a través de las manos y de las secreciones nasales. Es importante identificar el estado de portador asintomático, ya que es difícil de erradicar (*S. aureus* coloniza las ventanas anteriores de las fosas nasales y las partes húmedas del cuerpo) y puede perpetuar el problema.

En México predomina la causa estafilocócica, y en todo el mundo se observa incremento de los casos resistentes a meticilina (36%). También existe resistencia a mupirocina, ácido fusídico, estreptomycinina y fluoroquinolonas; en ocasiones se presentan brotes de epidemias clonales.

En 1968 fueron notificados 724 casos de impétigo (tasa de 1.5 por 100,000 habitantes)

El diagnóstico es clínico y el tratamiento raras veces se decide en base a los resultados de la tinción o cultivo del exudado. Poco se conoce sobre la evolución natural del impétigo. Es sorprendente la escasez de ensayos controlados con placebo, dado que el impétigo se puede considerar una enfermedad leve. Las tasas de curación a los siete días en los grupos de placebo varían de un 8% a un 42%.

Dada la alta incidencia de estreptococos como germen causal, el tratamiento de elección continúa siendo penicilina IV/IM 2MU o amoxicilina 1g/6h oral o IV. En un alto porcentaje hay infecciones mixtas estreptococos-estafilococos, en cuyo caso debe utilizarse penicilina resistente a penicilinasas 1-2g/IV/oral, o eritromicina 500 mc/6h en casos de alergia a penicilina. Si la afectación cutánea no es importante se puede emplear bacitracina o mupirocina tópica, este último, tiene una indicación AI.

Las complicaciones en general son ninguna; Puede haber fiebre, malestar general y adenopatías regionales. En impétigo muy extensos y climas cálidos se ha reportado glomerulonefritis en 2 a 5% de los casos; la nefritis se relaciona con cepas nefritogénicas de *S. pyogenes*.

El impétigo en Chiapas, México, es una infección bacteriana de la piel que puede afectar a personas de todas las edades, especialmente a niños entre 2



y 5 años. Esta enfermedad es contagiosa y se transmite principalmente por contacto directo con personas infectadas o por objetos contaminados.

Según la Secretaría de Salud de Chiapas, el impétigo es una de las enfermedades más comunes en la entidad. En 2020, se reportaron 1,436 casos de impétigo en Chiapas.

Los municipios con mayor prevalencia de impétigo en Chiapas son:

- Tuxtla Gutiérrez
- Tapachula
- Comitán
- San Cristóbal de las Casas

El impétigo es causado por dos tipos de bacterias: *Streptococcus pyogenes* y *Staphylococcus aureus*. Estas bacterias pueden ingresar al cuerpo a través de pequeñas heridas o lesiones en la piel. La falta de acceso a servicios de salud y la pobreza son factores que contribuyen a la propagación del impétigo en Chiapas. La bacteria *Staphylococcus aureus* es la causa más común del impétigo en la región.

Los síntomas del impétigo incluyen:

- Ampollas llenas de pus que pueden reventar fácilmente
- Piel rojiza o en carne viva donde se ha reventado una ampolla
- Costras amarillas o de color miel que supuran y forman costras
- Erupción que se disemina debido al rascado
- Ganglios linfáticos inflamados cerca de la infección

El tratamiento del impétigo busca eliminar la infección y aliviar los síntomas. Esto puede incluir:

- Antibióticos tópicos para casos leves
- Antibióticos orales para casos más graves
- Cremas antibacterianas para reducir la propagación de la infección

La prevención del impétigo es crucial para evitar la propagación de la infección y reducir el riesgo de complicaciones, la prevención en general se basa en: Limpieza e higiene, mantén la piel limpia y seca, cubre heridas y cortes, evita el contacto con personas infectadas, no compartas objetos personales.

La ciudad de Comitán de Domínguez cuenta con una población de 166178 habitantes, 44427 viviendas, según el censo de 2020, y tiene una variedad de servicios de salud disponibles.

El municipio se localiza en los límites del Altiplano Central y de la Depresión Central. Limita al norte con los municipios de Amatenango del Valle y de Chanal, al este con Las Margaritas y La Independencia, al sur con La Trinitaria y Tzimol y al oeste con Socoltenango y Las Rosas. Actualmente en la ciudad de Comitán de Domínguez Chiapas no se encuentran datos estadísticos del impétigo, por lo que se hace la creciente importancia de investigar e indagar más sobre esta enfermedad, ya que como se ha mencionado, el impétigo es la enfermedad infecto-contagiosa más común en la piel. Existen 2 tipos: no ampuloso que es el más frecuente y ampuloso que es menos frecuente, es causado principalmente por estreptococos pyogenes y estafilococos aureus. El impétigo no ampuloso es producido principalmente por estreptococos pyogenes y se caracteriza por vesículas pequeñas que rápidamente se rompen y originan un exudado que al secarse forma costras melicéricas. Y por ello, predomina la importancia de la educación hacia padres y maestros sobre el impétigo, para una mejor prevención.

## JUSTIFICACIÓN

El problema que se investiga en este estudio es la falta de conocimientos que se tienen sobre esta enfermedad por parte de los padres y profesores, lo que ocasiona una alta prevalencia del impétigo, pues como bien se sabe es una de las infecciones bacterianas más comunes en la infancia y adolescencia, además tiene una alta morbilidad, esta puede llevar a una diseminación de la infección a otras partes del cuerpo, insuficiencia renal y un daño permanente en la cicatrización.

La emergencia de este problema surge ante la prevalencia global, ya que el impétigo es una infección bacteriana común en niños y por ende es mal controlada por mal diagnóstico, el cual se hace uso inadecuado de los antibióticos, causando resistencia al antibiótico o bacteriana, lo cual el resultado de ello puede ser causa de la mortalidad en niños.

La realización de esta investigación es completamente viable ya que actualmente contamos con datos epidemiológicos por parte de la secretaria de salud y con casos de impétigo en los consultorios particulares que se reportan directamente a las unidades de salud, además de esto contamos con datos estadísticos a nivel mundial provenientes de páginas confiables de la web.

Este estudio beneficia particularmente a trabajadores de la salud para evaluar certeramente los casos de impétigo que puedan presentarse y por ende a padres de familia en una mejor educación de esta enfermedad, para que puedan identificarla, conocer la gravedad y contagio de esta, y así obtener una mejor prevención y tratamiento.

Metodológicamente, este estudio aporta un enfoque integral, combinando métodos cuantitativos y cualitativos, lo que permite una comprensión sobre la causa, diagnóstico y prevención de esta enfermedad, además puede ser usado como una herramienta para abordar una buena educación hacia los padres de familia y así logren una prevención o diagnóstico temprano antes de las consecuencias más graves de la enfermedad.

A nivel personal y profesional este estudio nos beneficia para conocer desde lo más profundo el impétigo, principalmente su prevalencia y desde cómo la bacteria se disemina en los niños, hasta un buen manejo y tratamiento de este, así como la buena prevención de este y evitar más contagios en el grupo poblacional de niños

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

**¿CUÁL ES LA PREVALENCIA DEL IMPETIGO EN NIÑOS MENORES  
DE 6 AÑOS EN EL PREESCOLAR DR. BELISARIO DOMÍNGUEZ  
PALENCIA?**

## HIPÓTESIS

### NULA

- La prevalencia del impétigo en niños menores de 6 años en el preescolar Dr. Belisario Domínguez Palencia es igual o menor al 10%

### ALTERNATIVA

- La prevalencia del impétigo en niños menores de 6 años en el preescolar Dr. Belisario Domínguez Palencia es mayor al 15%

## MARCO TEÓRICO

### 1. IMPÉTIGO

#### 1.1 DEFINICIÓN:

Según Brigham and Women's Hospital, el impétigo es una infección de la capa externa de la piel. Se debe con mayor frecuencia a las bacterias *Staphylococcus aureus* (estafilococo) o *Streptococcus pyogenes* (estreptococo del grupo A). El impétigo es mucho más común en los niños, pero los adultos también pueden contraerlo. Se da con mayor frecuencia en los meses de verano. Normalmente, la piel está cubierta de millones de bacterias. Muchas son inofensivas y algunas hasta beneficiosas. Pero a veces, pueden crecer bacterias perjudiciales en la piel. Si atraviesan la capa externa de la piel (epidermis), es posible que empiecen a crecer más. Entonces se produce el impétigo.

Hay 3 tipos de impétigo descritos en :

- **Impétigo no ampolloso.** Es la forma más común en los adultos. Produce costras gruesas de color miel (Lehrer, Sather, 2023).
- **Impétigo ampolloso.** Produce ampollas grandes en la piel. (Lehrer, Sather, 2023).
- **Ectima.** Es una forma más grave que suele producirse por no tratar el impétigo. Provoca llagas ulcerosas que llegan a las capas más profundas de la piel. (Lehrer, Sather, 2023).

“Algunos casos de impétigo se deben a un tipo de bacteria llamado *Staphylococcus aureus* resistente a la metilina (MRSA, por sus siglas en inglés). Este tipo de bacterias es difícil de destruir. Por lo tanto, este tipo de impétigo puede ser difícil de tratar”. (Lehrer, Sather, 2023).

#### 1.2 EPIDEMIOLOGÍA EN LATINOAMÉRICA

Según el artículo de García Romero (2017), el impétigo ampolloso predomina en lactantes menores sin predilección por sexo. Es más frecuente en estratos socio-

económicos bajos, en verano, climas tropicales y en niños desnutridos. Su frecuencia es mayor cuando hay traumatismos, picaduras de insectos, dermatosis pruriginosas preexistentes, infecciones piógenas extra cutáneas y mala higiene personal.

El impétigo estafilocócico, al igual que otras piodermias, se transmite de persona a persona, a través de las manos y de las secreciones nasales. “Es importante identificar el estado de portador asintomático, ya que es difícil de erradicar (*S. aureus* coloniza las ventanas anteriores de las fosas nasales y las partes húmedas del cuerpo) y puede perpetuar el problema” (García Romero, (2017)

- Prevalencia: 5-15% de la población infantil (OPS, 2018).
- Causas: *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes* (OPS, 2018).
- Países con mayor prevalencia: Brasil, México, Argentina y Colombia (OPS, 2018).

### 1.3 ETIOLOGÍA

Lilian P (2001) sugiere que el agente etiológico implicado en el impétigo buloso es el *Staphylococcus aureus*, generalmente fago grupo II, que actúa a través de una exotoxina que altera el estrato granuloso de la epidermis y produce las lesiones ampollares características, lo cual se ha confirmado por múltiples estudios

En el caso del impétigo no buloso se han observado cambios en su epidemiología en los últimos años. En series publicadas en Estados Unidos en la década de los años 40, 50 y 60 se observaba al *Staphylococcus aureus* como el principal agente causal. Posteriormente, en los años 70, el *Streptococcus pyogenes* aparece como su principal etiología:

A partir de 1980 se observó un nuevo cambio epidemiológico, reapareciendo el *Staphylococcus aureus* como el principal microorganismo causal del impétigo no buloso, según varios estudios publicados, como lo menciona Liliana (2001)

- Este cambio, asociado al aumento de prevalencia de *Staphylococcus aureus* resistente a la penicilina, cuestionaron el uso de este antibiótico como alternativa de primera línea en el manejo de estos pacientes.
- Clínicamente no es posible distinguir un impétigo no buloso en que se aísla *Staphylococcus aureus* de aquel causado por *Streptococcus pyogenes*, por lo que la primera aproximación terapéutica se basa en los hallazgos epidemiológicos de la población afectada.

## 1.4. FISIOPATOLOGÍA

Romero (2017) refiere que la epidermis se compone por 5 estratos que van de profundo a superficial del estrato basal al córneo. Dentro de la capa basal proliferan los queratinocitos y van migrando de forma ascendente a los otros estratos. Como parte estructural de los queratinocitos se encuentran los desmosomas, que son filamentos proteicos adherentes que unen su citoesqueleto con el de otros queratinocitos vecinos. En todos los desmosomas de queratinocitos, de cualquier estrato de la epidermis, se expresa la desmogleína 1 (Dsg-1).

“Las toxinas exfoliativas producidas por *S. aureus* son proteasas de serina (enzimas con actividad hidrolasa) que se unen a la Dsg-1 y alteran su función produciendo la separación entre queratinocitos o acantólisis, de esta manera, se forma una ampolla dentro de la epidermis (Romero, 2017)”

## 1.5 FACTORES DE RIESGO

Varios estudios sugieren que cualquier persona puede presentar impétigo, pero algunos factores aumentan el riesgo de contraer esta infección. A continuación se muestran los factores de riesgo tal como lo menciona [Group A Strep Infection \(2024\)](#)

### **Edad**

- El impétigo es más común en los niños de 2 a 5 años.(p.3)
- Infecciones o lesiones abiertas en la piel(p.3)
- Las personas con sarna están en mayor riesgo de contraer impétigo. Participar en actividades en las que comúnmente se producen cortes o raspones también puede aumentar el riesgo de contraer impétigo. (p.3)

### **Entornos grupales**

El contacto cercano con una persona con impétigo es el factor de riesgo más común de contagio de la enfermedad. Por ejemplo, si una persona tiene impétigo, las bacterias a menudo se propagan a otras personas en la casa.

Los lugares con mucha gente pueden aumentar el riesgo de propagación de impétigo. Estos lugares incluyen:

- Guarderías infantiles y escuelas
- Establecimientos penitenciarios o de detención
- Refugios para personas sin hogar
- Centros de entrenamiento militar

### **El clima**

- El impétigo puede aparecer en cualquier lugar del mundo. Es más común en las regiones con veranos cálidos y húmedos e inviernos leves (regiones



subtropicales) o con temporadas húmedas y temporadas secas (regiones tropicales).

### **Mala higiene personal**

- La falta de higiene adecuada de las manos, el cuerpo y la cara aumenta el riesgo de una persona de contraer impétigo.

## **1.6 CUADRO CLÍNICO**

Sandhya Pruthi (2024) sugiere que la lesión inicial es una ampolla flácida sobre una piel aparentemente normal, que se rompe dejando una base eritematosa húmeda y un halo de piel que se desprende. Las lesiones secan rápidamente y se cubren de costras claras, finas y superficiales

“Una forma clínica que se presenta en el periodo neonatal es el llamado pénfigo estafilocócico del recién nacido; éste puede ser grave y una posible puerta de entrada para sepsis estafilocócica, además de que tiene una elevada tasa de contagio cuando ocurre en una sala de neonatología” Sandhya Pruthi (2024).

Sandhya Pruthi (2024) sugiere que el impétigo ampolloso se considera una forma leve y localizada del síndrome de piel escaldada por estafilococo, en el cual la toxina no difunde más allá del foco infeccioso. Las complicaciones son raras, pero puede haber fiebre, malestar general y adenopatía regional. También puede haber síndrome de piel escaldada por estafilocócico. El grupo de edad con mayor riesgo son los lactantes mayores que ya no tienen inmunidad pasiva transmitida por la madre, pero aún no tienen anticuerpos y el aclaramiento renal de la toxina está disminuido.

## **1.7 DIAGNÓSTICO**

Enrique Casanueva (2014). Sugiere que el diagnóstico del impétigo no bulloso es clínico y en general no requiere de estudios microbiológicos. Se recomienda el cultivo de las lesiones en aquellos casos de falla del tratamiento recurrencia o infecciones en huésped inmunodeprimidos.

“Cabe destacarse que el diagnóstico en el impétigo bulloso o el síndrome de la piel escaldada estafilocócica también es clínico ya que las ampollas son estériles y los signos de enfermedad se producen por diseminación hematogena de la toxina. No obstante, cuando no es posible hacer el diagnóstico clínico el estudio histopatológico confirma el clivaje superficial a nivel de la capa granulosa y permite establecer diagnóstico diferencial con otras afecciones de la piel”. Enrique Casanueva (2014).

Para diagnosticar el impétigo, el médico puede buscar llagas en la cara o el cuerpo. En general, no es necesario hacer análisis de laboratorio.

“Si las llagas no desaparecen, incluso con un tratamiento con antibióticos, el médico podría tomar una muestra del líquido producido por una llaga y analizarlo para determinar qué tipo de antibiótico funcionaría mejor en ella. Muchas de las bacterias que causan impétigo se han vuelto resistentes a determinados tipos de antibióticos”. Garcia Romero, (2017)

## 1.8 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Los diagnósticos diferenciales del impétigo son:

- dermatitis atópica
- candidiasis
- dermatofitosis
- lupus eritematoso discoideo
- herpes simple
- picadura de insecto
- pénfigo
- foliáceo
- escabiosis,
- varicela. (Enrique Casanueva, 2014)

Enrique Casanueva (2014) sugiere que es importante hacer el diagnóstico diferencial con la necrosis epidérmica tóxica secundaria a drogas, que si cursa con afectación de mucosas

McGraw-Hill, 2019. Sugiere que además de esto los principales diagnósticos diferenciales son dermatitis alérgica aguda por contacto y herpes simple. Los datos de la anamnesis o la distribución lineal de las lesiones suelen sugerir el diagnóstico de dermatitis por contacto, y el cultivo debe ser negativo para estafilococos y estreptococos.

“La infección por herpes simple casi siempre se manifiesta con vesículas agrupadas o erosiones aisladas y puede acompañarse de antecedentes de recurrencia. Los cultivos virales son positivos”. (McGraw-Hill, 2019).

## 1.9 TRATAMIENTO

Teresa García (2017), refiere que consiste en lavado de la zona con agua y jabón, o clorhexidina. Entre los antibióticos tópicos con mejor acción se encuentran clorhidroxiquinoleína, mupirocina, ácido fusídico y bacitracina.

- En lesiones extensas se recomiendan antibióticos sistémicos, como dicloxacilina, la dosis en niños es de 100 mg/kg/día. Otras alternativas son

eritromicina 30 mg/kg/día y cefalexina 25-50 mg/kg/día. (Teresa García, 2017)

(Teresa García, 2017). Sugiere que en caso de documentarse que la infección es causada por *S. aureus* resistente a la meticilina puede utilizarse trimetoprim-sulfametoxazol en combinación con rifampicina, clindamicina, doxiciclina, o vancomicina si hay intolerancia a la vía oral, su dosis en niños es 40 mg/kg/día dividido en 4 dosis IV; sin embargo, cuando se use vancomicina siempre se debe tener la seguridad de que la infección está provocada por un *S. aureus* resistente a la meticilina ya que este antibiótico es mucho menos eficaz para las cepas de *S. aureus* sensibles

“En epidemias nosocomiales en recién nacidos se requiere aislamiento y medidas generales como lavado de manos con jabones antisépticos, cultivo de muestras de piel y narinas del personal de enfermería”. (Teresa García, 2017).

## 1.10 PREVENCIÓN

Sandhya Pruthi (2017). Sugiere que mantener la piel limpia es la mejor manera de que esté saludable. Es importante lavar de inmediato los cortes, las raspaduras, las picaduras de insectos y otras heridas.

Para evitar la transmisión del impétigo a otras personas, sigue estos consejos:

- Lava de forma cuidadosa las áreas afectadas con agua corriente y un jabón suave, y luego cúbrelo ligeramente con una gasa. (Sandhya Pruthi, 2017)
- Lava la ropa, las sábanas y las toallas de la persona infectada todos los días con agua caliente y no las compartas con nadie más de la familia. (Sandhya Pruthi, 2017)
- Usa guantes cuando apliques el ungüento antibiótico y luego lávate bien las manos. (Sandhya Pruthi, 2017)
- Córtales las uñas al niño infectado para evitar que se lastime al rascarse. (Sandhya Pruthi, 2017)
- Fomenta el lavado de manos regular y a consciencia, y la buena higiene en general. (Sandhya Pruthi, 2017)
- Mantén al niño con impétigo en casa hasta que el médico diga que ya no contagia. (Sandhya Pruthi, 2017)

## 1.11 PROMOCIÓN

Se recomienda realizar promoción de la salud a padres y profesores principalmente de escuelas primarias y preescolar, ya que el impétigo es más frecuente en niños.

La promoción constara de platicas informativas hacia la población de cómo es el impétigo y enfocándonos en el diagnóstico temprano, y sobre todo la prevención de este mismo.

nos podemos ayudar de herramientas que el personal de salud nos proporcione, como trípticos, periódicos murales y realizando actividades didácticas enfocadas en el impétigo, todo con el fin de una buena valoración.

## 2. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

Adriana Zapata (2019). Sugiere que la mediana de los resultados de las evaluaciones fue de 70 (valor mínimo de 10 y máximo de 100). De los 112 participantes 87 (77.6%) obtuvo la calificación mínima aprobatoria (60% de aciertos).

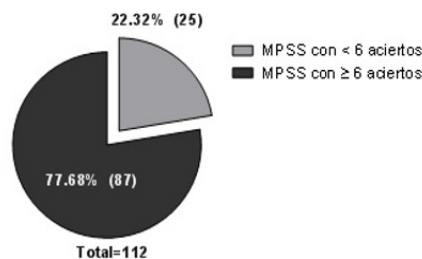
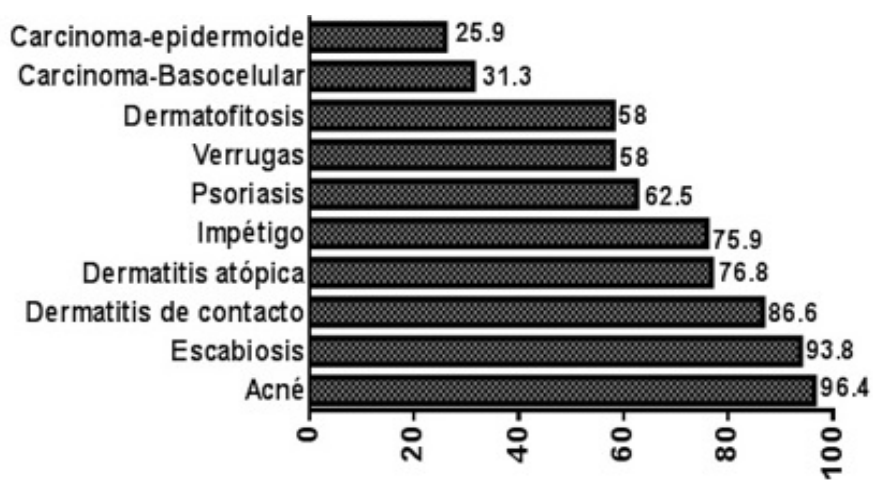
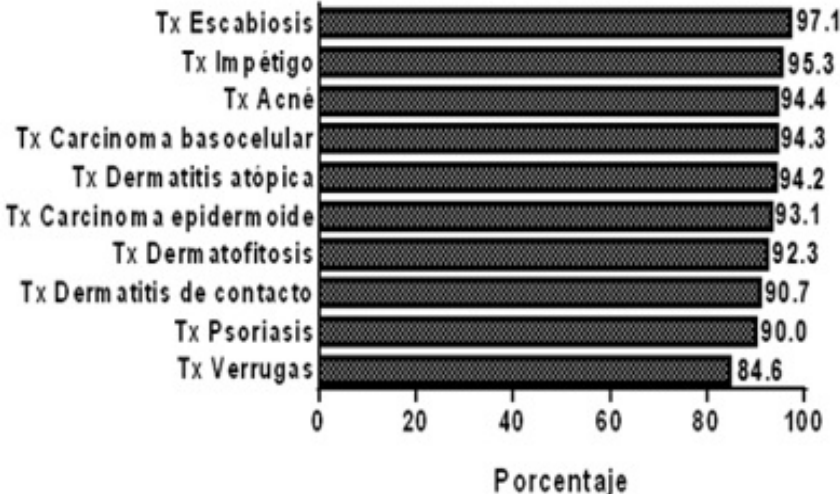


Figura 1. Porcentaje de aciertos

“Las tres patologías con mayor porcentaje de aciertos fueron: acné (96.4%), escabiosis (93.8%) y dermatitis por contacto (86.6%). Por el contrario, carcinoma basocelular y epidermoide fueron las enfermedades con menor porcentaje de aciertos con sólo un 31.3% y 25.9% de respuestas correctas respectivamente”. (Adriana Zapata 2019)



“Se realizó una correlación entre la certeza diagnóstica y un esquema de tratamiento adecuado, encontrándose mayor número de aciertos en escabiosis (97.1%), impétigo (95.3%) y acné (94.4%)”. (Adriana Zapata 2019)



**Figura 3.** Conocimientos del tratamiento una vez identificado el diagnóstico de las patologías Dermatológicas

# METODOLOGÍA

## 1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de tipo cuantitativo, ya que busca medir la prevalencia del impétigo en niños y niñas menores de 6 años. La investigación es de alcance correlacional, ya que pretende analizar la relación entre la variable y la variable dependiente.

## 2. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación utiliza un enfoque cuantitativo, dado que se enfoca en la recopilación de datos numéricos y en el análisis estadístico para determinar la relación entre las variables.

## 3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación es no experimental y transversal, ya que los datos se recolectarán en un solo momento y no se manipularán las variables. El objetivo es analizar la prevalencia del impétigo sin intervenir en el contexto de los participantes, en este caso padres de familia, profesores y niños principalmente.

## 4. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio está compuesta por estudiantes de preescolar inscritos en el preescolar Dr. Belisario Domínguez Palencia, de Comitán de Domínguez Chiapas. Se seleccionará mediante un muestreo probabilístico estratificado, con el fin de garantizar prevalencia en la propia escuela. Se estima una muestra de 100 estudiantes para asegurar resultados estadísticamente significativos.

## 5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos, se aplicarán cuestionarios de 15 ítems diseñados para medir la prevalencia del impétigo. El cuestionario incluye preguntas de opción múltiple, preguntas cerradas en escala de Likert y preguntas abiertas. El cuestionario será validado en un estudio de 5 doctores para asegurar la confiabilidad y validez.

## 6. PROCEDIMIENTO

Los datos serán recopilados mediante cuestionarios físicos a padres de familia y profesores del preescolar. Se solicitará cada participante que complete un formulario de consentimiento informado, antes de comenzar el cuestionario. Se estima que la recolección de datos dure aproximadamente 3 días, previamente se le recordara a todos los participantes que asistan el día y hora exacta para la aplicación del cuestionario.

## 7. TECNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS

Para los datos cuantitativos se analizarán mediante la plataforma de Exell, utilizando graficas que nos indiquen con exactitud la prevalencia del impétigo en el preescolar Dr. Belisario Domínguez Palencia, mediante los cuestionarios aplicados. Adicionalmente se realizará un análisis de nuevos brotes, para continuar con la investigación sobre la prevalencia de nuevos casos.

# SOLUCIONES

## 1. INTRODUCCIÓN AL APARTADO

El propósito de este apartado es presentar una serie de soluciones basadas en los resultados obtenidos de dicha investigación, con el fin de reducir la prevalencia del impétigo en niños menores de 6 años de la escuela primaria Dr. Belisario Domínguez Palencia. Estas propuestas están fundamentadas conforme a las necesidades y deficiencias evaluadas en el ámbito de la prevención y conocimiento de padres de familia y profesores.

## 2. IDENTIFICACIÓN DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS

El análisis de los datos reveló que la falta de educación y promoción de la salud hacia padres de familia y profesores, por parte de los profesionales de la salud sobre el conocimiento del impétigo es baja, por tanto, este se ve afectado en el diagnóstico temprano, lo que ocasiona más contagios dentro de las escuelas.

## 3. PROPUESTA DE SOLUCIONES

### 3.1 solución institucional

Los preescolares deben establecer una medida de higiene dentro de sus aulas e instalaciones, además de difundir e implementar el conocimiento acerca del impétigo, para lograr obtener una buena prevención y detección temprana de este.

### 3.2 solución metodológica

Se recomienda la implementación de platicas didácticas sobre el tema dentro de la institución para su conocimiento y difusión. Esto incluirá el uso de herramientas como periódicos murales, trípticos, además de un foro de preguntas y respuestas para un mejor conocimiento del tema planteado.

### 3.3 solución formativa

Es fundamental capacitar a padres de familia y docentes de la institución en el conocimiento, prevención y detección temprana sobre el impétigo. La capacitación de los docentes y padres deberán enfocarse en la enseñanza sobre las principales características de la enfermedad descrita, con el fin de poder detectarlas a tiempo y tratarlas, así como prevenir su propagación.



## **JUSTIFICACIÓN DE LAS SOLUCIONES**

Estas soluciones son pertinentes ya que abordan directamente la problemática encontrada dentro del preescolar mencionado, ya que el porcentaje de profesores y padres de familia sobre el conocimiento del impétigo es bajo por tanto esto aumenta el riesgo de contagio entre niños menores de 6 años. Por lo tanto, las soluciones buscan estrategias para implementar el conocimiento del impétigo y así evitar en un alto porcentaje esta enfermedad en niños.

## **IMPLEMENTACIÓN DE LAS SOLUCIONES**

La implementación de estas soluciones requiere la colaboración entre la institución y el sector salud, principalmente personal del distrito sanitario y el centro de salud encargados en el control y manejo de las enfermedades contagiosas. Como primer paso ya identificado el preescolar, se deberá diseñar las herramientas necesarias para que la enseñanza sobre el tema sea didáctico e interesante, en este punto propongo la elaboración de periódicos murales y trípticos.

## **LIMITACIONES DE LAS SOLUCIONES**

Una posible limitación sería no contar con el apoyo del sector salud para la educación hacia la población, además de los recursos monetarios que se requieren para la elaboración de las herramientas y transporte para llegar a la ubicación del preescolar; también la inasistencia de algunos de los padres de familia ya que disminuiría la eficacia de lo propuesto, sin embargo se sugiere realizar una recolección de fondos financieros a la población en general, además de tener el apoyo del preescolar con que la asistencia de la plática sea obligatoria para padres de familia y profesores.

## **CONCLUSIÓN DEL APARTADO**

En resumen, las soluciones propuestas buscan abordar las principales deficiencias del conocimiento sobre el impétigo. La implementación de una buena educación que abarque el conocimiento ayudara a reducir los casos de impétigo, además de prevenirlo en un alto porcentaje hacia los niños menores de 6 años siendo este inclusiva y efectiva.

## **APARTADO DE CONCLUSIÓN TENTATIVO**

El presente apartado presenta una conclusión tentativa basada en el planteamiento del problema, los objetivos definidos y las bases teóricas que sustentan esta investigación. Aunque los resultados aún no han sido obtenidos, se proponen reflexiones preliminares sobre el posible impacto de esta investigación.

La investigación tiene como objetivo determinar la prevalencia del impétigo en niños menores de 6 años que cursan el preescolar Dr. Belisario Domínguez Palencia, identificando las principales causas de contagio.

Con base a los antecedentes revisados, se espera que la investigación confirme la disminución de los casos de contagio del impétigo en un gran porcentaje dentro de la escuela mencionada. Sin embargo, nos anticipamos en la falta de cooperación por parte de los padres de familia en las primeras visitas e implementación de las actividades previstas.

De obtenerse resultados congruentes con las expectativas, esta investigación podría aportar información valiosa para el diseño de una mejor implementación sobre la prevención de casos de impétigo, además se espera contribuir con profesores a tener una buena educación sobre los temas planteados hacia los padres de familia.

Cabe mencionar que las conclusiones finales estarán condicionadas por la calidad y la recolección de los datos, además del apoyo completo de profesores y padres de familia. Por lo tanto, las propuestas mencionadas en este apartado son tentativas y podrán ser ajustadas al finalizar la investigación

En conclusión, aunque los resultados aún no están disponibles, esta investigación tiene el potencial de generar una comprensión más profunda sobre el impétigo y así mismo tener en cuenta la importancia de la prevención en niños menores de 6 años. Los hallazgos esperados podrían ser de suma importancia para diseñar proyectos que implementen la prevención y detección temprana del impétigo.

## **ANEXOS**

### **CUESTIONARIO APLICADO A PADRES DE FAMILIA:**

¿SABE QUE ES EL IMPÉTIGO?

¿USTED CONOCE LOS SINTOMAS DEL IMPÉTIGO?

¿RECONOCE SI SU HIJO HA TENIDO IMPÉTIGO ALGUNA VEZ?

¿SABE COMO SE CONTAGIA EL IMPETIGO?

¿ES CAPAZ DE RECONOCER UN NIÑO CON IMPETIGO?

### **CUESTIONARIO APLICADO A PROFESORES:**

¿CONOCE QUE ES EL IMPÉTIGO?

¿HA VISTO O DETECTADO ALGUN NIÑO CON IMPETIGO?

¿CREE QUE ES NECESARIO QUE PROFESORES, ALUMNOS Y PADRES DE FAMILIA RECONOZCAN EL IMPÉTIGO?

DENTRO DEL AMBITO ACADEMICO, ¿CREE QUE ES NECESARIO REALIZAR CAMPAÑAS CONTRA LA PREVENCIÓN DEL IMPETIGO?

## BIBLIOGRAFÍA

<https://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/articulos/v9/n4/habilidad.html>

<https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2017/apm175h.pdf>

<https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/infecciones-de-piel-y-partes-blandas-en-pediatr-iacutecia-consenso-sobre-diagn-oacutestico-y-tratamiento-2014-comit-eacutecia-de-infectolog-iacutecia.pdf>

[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0186-23912017000500351](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912017000500351)

<https://enfamilia.aeped.es/temas-salud/impetigo-una-infeccion-piel-frecuente>

<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=3323&sectionid=277967645>

<https://www.mayoclinic.org/es/biographies/pruthi-sandhya-m-d/bio-20053925>

*Impétigo - Symptoms & causes - Mayo Clinic.* (2022, 27 abril). Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/impetigo/symptoms-causes/syc-20352352>

*Impetigo.* (s. f.). <https://www-nationwidechildrens-org.translate.goog/conditions/impetigo? x tr sl=en& x tr tl=es& x tr hl=es& x tr pto=wa>

Hartman-Adams, H., Banvard, C., & Juckett, G. (2014). Impetigo: Diagnosis and treatment. *American Family Physician*, 90(10), 657-665. doi: 10.1001/jfp.2014.1001

Koning, S., van der Sande, R., Verhagen, A. P., van Suijlekom-Smit, L. W., & Morris, A. D. (2012). Interventions for impetigo. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(1), CD003261. doi: 10.1002/14651858.CD003261.pub3

}

Bowen, A. C., Mahé, A., Hay, R. J., Andrews, R. M., Steer, A. C., & Carapetis, J. R. (2018). The global epidemiology of impetigo: A systematic review of the literature. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 12(12), e0006959. doi: 10.1371/journal.pntd.0006959

Organización Mundial de la Salud. (2018). Impétigo. Recuperado de (link unavailable)

Centers for Disease Control and Prevention. (2020). Impetigo. Recuperado de (link unavailable)

Item. (2022, 15 diciembre). <https://www-who-int.translate.google/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON429? x tr sl=en& x tr tl=es& x tr hl=es& x tr pto=tc>

Impétigo | Concise medical knowledge. (s. f.).  
Lectorio. <https://www.lecturio.com/es/concepts/impetigo/>

Flores, R., Villarroel, J. L., & Valenzuela, F. (2021). Enfrentamiento de las infecciones de piel en el adulto. *Revista Médica Clínica las Condes*, 32(4), 429-441. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2021.06.004>

*GPC-diferencial de los exantemas infecciosos de la infancia* (s. f.). <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/588GER.pdf>

De Salud de la Region de Murcia, C. (s. f.). *Preevid, respuestas basadas en evidencias*. <https://www.murciasalud.es/preevid/25347>

[https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2019/principales/estatal\\_grupo/chis.pdf](https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2019/principales/estatal_grupo/chis.pdf)

<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/25152/1a15Noviembre.pdf>

*Chiapas cumple con los indicadores de la OPS/OMS para mantener la certificación de la eliminación del tracoma como problema de salud pública: Dr.*

Pepe

Cruz.

(2023,

11

febrero). <https://saludchiapas.gob.mx/noticias/post/chiapas-cumple-con-los-indicadores-de-la-opsoms-para-mantener-la-certificacion-de-la-eliminacion-del-tracoma-como-problema-de-salud-publica-dr-pepe-cruz>

<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/957115/sem44.pdf>

*EPIDEMIOLOGIA IMPETIGO en comitan - Google Search.*

(s. f.). [https://www.google.com/search?q=EPIDEMIOLOGIA+IMPETIGO+en+comitan&client=safari&sca\\_esv=a5d2f8972f3c7072&rls=en&sxsrf=ADLYWILF-WA3ocBZp-2sKGilomsSPJImGw%3A1734306378735&ei=SmpfZ8HILNu9kPIP0J\\_JoAI&ved=0ahUKEwjBIYvd-ggKAxXbHkQIHdBPEiQQ4dUDCBA&uact=5&oq=EPIDEMIOLOGIA+IMPETIGO+en+comitan&gs\\_l=Ep=Eqxnd3Mtd2l6LXNlcnAilUVQSURFTUIPTE9HSUEgSU1QRVRJR08gZW4gY29taXRhbjlFECEYoAEyBRAhGKABSOKtULoDWP8qcAF4AJA BAJgBggOgAfMXqgEHMC4zLjUuNLgBA8gBAPgBAZgCC6AC7xPCAgoQABiwAxjWBBhHwglIEECMYJ8ICBhAAGBYHsICBRAAGO8FwglIEAAYgAQYogSYAwCIBgGQBgWSBwxcLjMuNC4zoAfCOA&sclient=gws-wiz-serp](https://www.google.com/search?q=EPIDEMIOLOGIA+IMPETIGO+en+comitan&client=safari&sca_esv=a5d2f8972f3c7072&rls=en&sxsrf=ADLYWILF-WA3ocBZp-2sKGilomsSPJImGw%3A1734306378735&ei=SmpfZ8HILNu9kPIP0J_JoAI&ved=0ahUKEwjBIYvd-ggKAxXbHkQIHdBPEiQQ4dUDCBA&uact=5&oq=EPIDEMIOLOGIA+IMPETIGO+en+comitan&gs_l=Ep=Eqxnd3Mtd2l6LXNlcnAilUVQSURFTUIPTE9HSUEgSU1QRVRJR08gZW4gY29taXRhbjlFECEYoAEyBRAhGKABSOKtULoDWP8qcAF4AJA BAJgBggOgAfMXqgEHMC4zLjUuNLgBA8gBAPgBAZgCC6AC7xPCAgoQABiwAxjWBBhHwglIEECMYJ8ICBhAAGBYHsICBRAAGO8FwglIEAAYgAQYogSYAwCIBgGQBgWSBwxcLjMuNC4zoAfCOA&sclient=gws-wiz-serp)

*Vista de Infecciones peribucales en la infancia: presentación de dos casos clínicos de impétigo.*

(s. f.). <https://www.revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/552/469>