

**ESCABIOSIS EN EL CENTRO DE SALUD DEL 7 DE AGOSTO NEIVA
JUNIO DE 2003 A JULIO DE 2004**

**RONALD FRANCISCO CABRERA
LUIS ALFONSO LAVERDE
ROBERTO CARLOS AVILA**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
NEIVA
2004**

**ESCABIOSIS EN EL CENTRO DE SALUD DEL 7 DE AGOSTO NEIVA
JUNIO DE 2003 A JULIO DE 2004**

**RONALD FRANCISCO CABRERA
LUIS ALFONSO LAVERDE
ROBERTO CARLOS AVILA**

**PRESENTADO A: Dra. Dolly Castro
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION II**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
NEIVA
2004**

CONTENIDO

INTRODUCCION	1
1. ANTECEDENTES	2
2. DESCRIPCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
3. JUSTIFICACIÓN	6
4. OBJETIVOS	7
4.1 GENERAL	7
4.2 ESPECÍFICOS	7
5. MARCO CONCEPTUAL	8
5.1 EL AGENTE	8
5.2 EPIDEMIOLOGÍA	9
5.3 TRANSMISIÓN	10
5.4 MANIFESTACIONES CLÍNICAS	11
5.5 DIAGNOSTICO	14
5.6 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	16
5.6.1 DERMATITIS ATOPICA	16
5.6.2 MILLIARIA RUBRA	16
5.6.3 DERMATITIS DE CONTACTO	16
5.7 TRATAMIENTO	16
5.7.1 TRATAMIENTO DE EPIDEMIAS EN COMUNIDADES CERRADAS	17
5.7.2 TRATAMIENTO DEL PRURITO	17
5.7.3 TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES	17
5.7.4 RESTABLECIMIENTO DE LA INTEGRIDAD DE LA PIEL	18
6. HIPOTESIS	20
7. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	21
8. CONSIDERACIONES ETICAS	22

9. DISEÑO METODOLOGICO	23
9.1 TIPO DE ESTUDIO	23
9.2 UBICACIÓN DEL ESTUDIO	23
9.3 POBLACION Y MUESTRA	23
9.4 TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	23
9.5 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION	24
9.6 FUENTES DE INFORMACIÓN	24
9.7 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION	24
9.8 PROCESAMIENTO Y TABULACION DE DATOS	24
10. CRONOGRAMA	25
11. MODELO ADMINISTRATIVO	26
11.1 RECURSOS HUMANOS	26
11.2 FINANCIAMIENTO	26
11.3 PRESUPUESTO	26
12. ANALISIS DE RESULTADOS	27
13. INTERPRETACION DE RESULTADOS	35
14. CONCLUSIONES	37
15. RECOMENDACIONES	38
BIBLIOGRAFIA	39

INDICE DE TABLAS

➤ Tabla 1 Acaricidas de uso popular	19
➤ Tabla 2 Régimen y aseguradora de régimen subsidiado	30
➤ Tabla 3 Procedencia pacientes diagnosticados con escabiosis	31
➤ Tabla 4 Tipo de tratamiento previo para escabiosis	32
➤ Tabla 5 Clasificación de la infección	33

INDICE DE FIGURAS

- Figura 1 Visualización del ácaro, sus heces y huevos. 9
- Figura 2 Surco lineal y pápula acarina en la eminencia hipotenar, patognomónicos de escabiosis. 10
- Figura 3 Pápulas, pseudovesículas y nódulos típicos de la escabiosis infantil. 11
- Figura 4 Pápulas y surcos entre los dedos por escabiosis 12
- Figura 5 Erupción vesículo-pustulosa palmar en un neonato afecto de escabiosis. 12
- Figura 6 Pápulas y vesículas en lactantes causadas por escabiosis 13
- Figura 7 Signos de rascado y lesiones crónicas por escabiosis 14

INDICE DE GRAFICOS

➤ Gráfico 1 Rango de edad escabiosis 7 de Agosto	27
➤ Gráfico 2 Sexo pacientes escabiosis 7 de Agosto	28
➤ Gráfico 3 Ocupación pacientes diagnosticados con escabiosis	29
➤ Gráfico 4 estrato socioeconómico escabiosis 7 de Agosto	31
➤ Gráfico 5 Antecedentes personales y familiares de escabiosis E.S.E. 7 de Agosto	32
➤ Gráfico 6 Sitios de presentación de de escabiosis E.S.E. 7 de Agosto	33
➤ Gráfico 7 Sintomatología asociada escabiosis 7 de Agosto	34

RESUMEN

OBJETIVO: con este trabajo se buscó valorar las variables sociodemográficas (edad, sexo, ocupación, seguridad social, estrato socioeconómico y lugar de procedencia) y las variables clínico epidemiológicas (antecedentes, tratamiento, presentación clínica, sitio de localización y sintomatología asociada) relacionadas con la infección por escabiosis en la ciudad de Neiva.

DISEÑO DEL ESTUDIO: este estudio es de tipo observacional, descriptivo, transversal. Esta investigación de escabiosis realizada en el centro de salud del 7 de agosto (junio 2003 a julio 2004) a través de la revisión documental de 113 historias clínicas diagnosticadas con escabiosis según el registro CIE-10, de las cuales 80 historias clínicas fueron incluidas dentro del estudio por ser satisfactorias para las variables sociodemográficas y clínico-epidemiológicas.

RESULTADOS: en este estudio se tuvo como resultado que la infección por escabiosis es más frecuente en edades extremas de la vida (73.6%), no teniendo predilección por sexo con inclinación hacia los pacientes quienes no presentaron ningún tipo de vínculo actividad laboral (76.3%).

Los sitios de preferencia para la aparición de las lesiones cutáneas fueron los brazos, seguidos del tronco (47%), siendo la forma localizada la más frecuente (80%). No hubo sintomatología asociada (53.8%)

CONCLUSIONES: se evidenció que la infección por escabiosis es más frecuente en los extremos de la vida, es decir menores de 5 años y mayores de 51 años, sin distinción de sexo, de predominio en poblaciones que no cuentan con alguna actividad laboral. La presentación predominante fue la forma localizada, de preferencia referida a los brazos y el tronco, los cuales están más en contacto con los objetos contaminados con el parásito. No se asociaron otros síntomas generales además del prurito en la mayoría de los pacientes.

SUMMARY

OBJECTIVE: with this work one looked for to value the sociodemographics variables (age, sex, occupation, social security, socioeconomic layer and place of origin) and the variables clinical epidemiologists (antecedent, treatment, clinical presentation, site of location and associate symptoms) related to the infection by escabiosis in the city of Neiva

DESIGN OF THE STUDY: this study is observacional, descriptive, cross-sectional type. This investigation of escabiosis made in the center of health of the 7 of August (June 2003 to July 2004) through the documentary revision of 113 diagnosed clinical histories with escabiosis according to the registry CIE-10, of which 80 clinical histories were including within the study to be satisfactory for the sociodemográficas variables and clinical-epidemiologists.

RESULTS: in this study it was had like result that the infection by escabiosis is but frequent in extreme ages of the life (73.6%), not having predilection by sex with inclination towards the patients who did not present/display any type of I tie labor activity (76.3%). The sites of preference for the appearance of the cutaneous injuries were the arms, followed of the trunk (47%), being the located form most frequent (80%). There was no associate other symptoms (53.8%).

CONCLUSIONS: it was demonstrated that the infection by escabiosis is more frequent in the ends of the life, is to say smaller of 5 years and greater of 51 years, without distinction of sex, predominance in populations that do not count on some labor activity. The predominant presentation was the located form, of preference referred to the arms and the trunk, which are more in contact with the enemy with the objects contaminated with the parasite. Other general symptoms in addition to the prurito in most of the patients were not associated.

INTRODUCCION

La escabiosis es una patología infecto contagiosa que se produce principalmente en los países en vías de desarrollo, en los cuales se presentan grandes problemas socioeconómicos y culturales, favoreciendo así la transmisión de la enfermedad de una persona a otra. La vía del contagio es el contacto directo con una superficie o área donde habite el parásito causal, *Sarcoptes scabiei*, o también por el contacto directo con otra persona que esté contagiada y padezca de esta enfermedad.

Dada la mala calidad de vida que soportan las familias que se encuentran en la pobreza o en la miseria, en donde sus condiciones de salubridad son escasas, la higiene es mala, se encuentran en condiciones de hacinamiento y en muchas ocasiones no cuentan con una seguridad social, favoreciendo esto el contagio por escabiosis, principalmente en niños y ancianos.

Con este documento se busca conocer las condiciones que han de favorecer la transmisión de esta patología infecto contagiosa en un sector del municipio de Neiva, principalmente entre los paciente que consultaron al centro de salud del 7 de agosto dentro de un determinado lapso de tiempo. También se busca conocer las condiciones sanitarias y medio ambientales en las que estas personas se encuentran, además de identificar el tipo de lesión mas frecuente que presentaron.

1. ANTECEDENTES

La escabiosis perfectamente pudo haber acompañado a las siete plagas de Egipto y hubiese sido igual de terrible que todas ellas. Dada su alta tasa de transmisión intradomiciliaria se convierte fácilmente en un problema de salud pública en poblaciones con pobreza y hacinamiento.¹

Desde tiempos muy antiguos se conocen enfermedades de la piel, al igual que otros tipos de enfermedades; cuentan que en los siglos IV-V A.C. Aristóteles conocía la existencia de parásitos en la piel, pero tuvieron que pasar 19 siglos hasta que *Hildegard* los describiera.²

Ya en los siglos XV-XVI varios autores describen uno de estos parásitos: el *sarcoptes escabiei*, de ahí el nombre de escabiosis, relacionado además, con el prurito y con los túneles labrados por la hembra en la piel. Del siglo XVIII pintores como *Hauptman* los reflejaron en sus pinturas; *Giovani Bonome* describe el agente causal, sus huevos, el surco y el contagio de la enfermedad; *Linneo*, por su parte, lo clasifica como *Acarus Humanus Subcutaneus*.³

Así, con el transcurrir del tiempo, ya en el siglo XIX, es demostrada la presencia del ácaro en las lesiones de piel por parte de un estudiante corso, *Renucci*, a su profesor *Alibert*. Siguiendo esta evolución y con el conocimiento pleno de la enfermedad en el siglo XX se describen las grandes epidemias en la 1ra. y 2da. Guerras Mundiales debido a la falta de higiene en los campos de concentración y al hacinamiento que propiciaron su contaminación.⁴

La escabiosis es una de las ectoparasitosis más frecuentes en los niños en países en desarrollo.⁵ Sus manifestaciones clínicas difieren de acuerdo al grupo de edad afectado, siendo los recién nacidos y lactantes quienes sufren las variedades clínicas que se generalizan más rápidamente. El diagnóstico es principalmente clínico.⁶

2. DESCRIPCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dada su alta tasa de transmisión intradomiciliaria se convierte fácilmente en un problema de salud pública en poblaciones con pobreza y hacinamiento.⁷ Cualquiera que tenga los ácaros (escabiosis) en su piel, incluso si apenas tiene sarpullido puede transmitir la sarna a otras personas.⁸ El contacto íntimo como por ejemplo compartir la misma cama suele resultar en contagio de la infección; sin embargo, se ha descrito en la literatura que la sarna también se puede transmitir por contacto ocasional como dar la mano durante el saludo o juego con el niño es por esto que juega un papel importante dentro de las patologías sociales y nivel de salubridad.⁹

Los insectos pueden pasarse de una persona a otra, en un sentido o en el otro, en una familia o guardería mientras haya una persona con la infección activa, de allí que las condiciones de hacinamiento contribuyen a que haya una diseminación mas rápida y efectiva del parásito.¹⁰

Cuando esta infección es detectada, la mayoría de los expertos recomiendan tratar a todos los miembros de la familia al mismo tiempo, presenten o no presenten los signos de la infección.¹¹ Hay que recalcar que pese a la alta contagiosidad y molestia de rascado de esta infección sus secuelas son mínimas en la piel y no constituyen en ningún momento un potencial de muerte, pero no obstante no deja de ser un problema de salud pública.¹²

Se describe como una infección cosmopolita, mas frecuente en zonas templadas y frías del globo, predominantes en edades infantiles y adolescente, no existiendo diferencias en cuanto al sexo.¹³

Algunos autores hablan de una Prevalencia actual de la enfermedad a nivel mundial del 5-10% en toda la población general.¹⁴ No conocemos datos epidemiológicos en Colombia sobre las tasas de incidencia y Prevalencia de estos ectoparásitos. Se cree que la predilección de la infección por la población más pobre es debida a la falta de higiene que presenta dicha comunidad.¹⁵

Colombia como país subdesarrollado tiene una gran cantidad de habitantes que no posee los servicios básicos, además la población no esta bien informada acerca de los buenos hábitos de higiene personal; sumado a esto en algunas regiones se impone el tradicionalismo de algunas culturas arraigadas.

Conociendo las condiciones socioeconómicas de nuestro medio, esta patología está tan cerca de nosotros que hemos decidido tomar este tema como centro de nuestro trabajo de investigación además que tiene una importancia médica, sanitaria, social y cultural. El sitio donde se va a centrar toda nuestra investigación va a ser el centro de salud del 7 de agosto de la ciudad de Neiva. Este lugar por poseer unas características especiales como: alta tasa de casos de escabiosis, bajo nivel económico de sus pobladores, falta de conocimientos acerca de la enfermedad por parte de los habitantes y fácil accesibilidad a la información por parte de la comunidad.

Ahora procederemos a nombrar los límites de la zona donde se llevara a cabo el trabajo de investigación, describiremos las características del sector y de la población a estudio posteriormente pasaremos a describir uno a uno los factores que más se han estudiado acerca de la génesis de la escabiosis así como factores agravantes o promovedores para la afección de la enfermedad. Estos factores serán estudiados y relacionados teniendo en cuenta las características de la zona y la población claro está.

El centro de salud está ubicado en el barrio 7 de agosto, el cual se encuentra en la comuna 5, llamada también "Comuna Oriental", la cual está comprendida entre los siguientes límites: partiendo de la intersección de la carrera 16 con el río las Ceibas a la altura del puente del Batallón Tenerife, se sigue aguas arriba por el Río Las Ceibas hasta el eje de proyección de la Carrera 26, se sigue por esta en sentido Sur hasta encontrar la Quebrada Avichente, se sigue por esta quebrada aguas arriba hasta la carrera 45 de la Urbanización la Rioja, de ahí se continúa en sentido Sur por la carrera 45 hasta encontrar el eje de la calle 19 vía a las Palmas y por ésta se sigue en sentido Oriental hasta la carrera 49 del Barrio Víctor Félix Díaz 1 etapa, por ésta se sigue en sentido Sur hasta la calle 16, lindero posterior de este barrio, de ahí se continúa en sentido oriental hasta la carrera 52, por esta se sigue en sentido sur hasta el punto del nacedero la Toma (Lago existente), de ahí se continúa aguas abajo hasta la intersección de la carrera 24, de ahí se sigue por esta carrera en sentido sur hasta encontrar la calle 8, se sigue por ésta en sentido occidental hasta la carrera 19, se sigue por ésta en sentido sur hasta la calle 7, de ahí se sigue en sentido occidental hasta encontrar la carrera 16, luego se sigue por esta carrera en sentido norte hasta el río las Ceibas a la altura del puente Batallón Tenerife punto de partida de esta comuna.¹⁶

Además del barrio Siete de Agosto, los otros barrios que componen esta comuna se encuentran: La Libertad, primero de Mayo, Loma de la Cruz, Kennedy, Monserrate, Veinte de Julio, La Colina, Siete de Agosto, El faro, San Antonio, El Jardín, La Independencia, EL Carmen, EL Vergel, La Orquídea, Baganviles, Los Guadales, EL Jordán y futuros barrios y asentamientos.¹⁷

Con toda la relación de conocimientos, factores e hipótesis anteriormente descritas procederemos a formular nuestra pregunta.

¿Cuáles son las características sociodemográficas, saneamiento ambiental y características clínicas más frecuentes en los pacientes infestados por escabiosis en la ESE 7 de agosto durante el periodo comprendido entre junio de 2003 y el julio de 2004?

3. JUSTIFICACIÓN

La Escabiosis es una enfermedad de carácter epidémico y para dar solución a este problema, debemos conocer sus características epidemiológicas (clínicas, saneamiento y socio demográficos).

El presente trabajo busca actualizar la información epidemiológica (clínicas, saneamiento y sociodemográficas) acerca de la Escabiosis en el municipio de Neiva y así en algún momento se puedan establecer estrategias ajustadas a las condiciones políticas, sociales y económicas de nuestra región para el control y la prevención de esta enfermedad.

La escabiosis como un problema de salud que va en ascenso especialmente por la actual situación política y económica del país, en donde cada día crecen más los círculos de miseria y desplazados en las grandes ciudades, que promueven la ecología apta para reservorios y vectores de escabiosis y al cual nos veremos enfrentados en el ejercicio pronto de nuestra profesión, por tal razón es indispensable conocer adecuadamente esta patología, para tomar mecanismos correctivos o de promoción y prevención en áreas de riesgo.

Con este trabajo se busca establecer la situación de los pacientes que consultan por escabiosis al centro de salud 7 de Agosto, tanto socioeconómica como de la misma presentación de su enfermedad y con base en esto establecer una serie de recomendaciones para esta Institución y para la comunidad en general, que irán encaminadas hacia la prevención y el manejo adecuado de la patología, utilizando charlas educativas y campañas preventivas de la escabiosis.

4. OBJETIVOS

4.1 GENERAL

Identificar las características sociodemográficas, de saneamiento ambiental, además de las características clínicas mas frecuentes relacionadas con la infección de escabiosis en la población atendida en el centro de salud del 7 de agosto, Departamento del Huila, comprendidos entre junio de 2003 y el julio de 2004, para así realizar propuestas dirigidas a este centro de salud con recomendaciones acerca de métodos de prevención de esta patología y posibles acciones a realizar para controlar esta infección en nuestro medio.

4.2 ESPECIFICOS

- Identificar los factores sociodemográficos de los pacientes que consultan al Centro de Salud del 7 de Agosto, como edad, ocupación, sexo, nivel socioeconómico, lugar de procedencia y seguridad social.
- Identificar las presentaciones clínicas epidemiológicas mas frecuentes, como manifestaciones clínicas, signos y síntomas, tipo de lesión, ubicación de la lesión, antecedentes personales de la enfermedad, antecedente familiar de la enfermedad y tratamiento para escabiosis, además de la sintomatología asociada.
- Realizar recomendaciones dirigidas al centro de salud de acuerdo a los resultados obtenidos con la investigación.

5. MARCO CONCEPTUAL

La sarna o escabiosis es una ectoparasitosis de tipo familiar, que ha afectado al hombre desde la antigüedad, pero no fue hasta 1687 cuando se la relacionó con la presencia de un ácaro en la piel.^{18,19}

Sin embargo, sólo a fines del siglo XIX, se aceptó que el *Sarcoptes scabiei* es su agente causal. A lo largo de la historia, se han descrito brotes epidémicos de sarna cada 20-30 años, aproximadamente, coincidiendo con períodos bélicos o cambios en el comportamiento de la sociedad. Unos de los últimos brotes informados en Europa y Norteamérica es el de la década de los años 60, el cual habría comenzado entre 1963-1964.^{20,21}

La sarna se ha mantenido en forma endémica en diferentes países, en relación con el nivel socioeconómico y cultural de la población, la época del año, las características geográficas del país y la ocurrencia de catástrofes naturales.²² El hombre, desde el punto de vista epidemiológico, se considera como el principal reservorio de la sarna humana, provocada por el ácaro *Sarcoptes scabiei* variedad *hominis*.

Se han descrito diferentes ácaros que parasitan específicamente a sus respectivos animales provocándoles patología también específica. Los ácaros de animales pueden parasitar la piel del hombre produciendo cuadros dermatíticos no característicos, autolimitados y en la zona de contacto con el animal parasitado.²³

5.1 El agente²⁴

Sarcoptes scabiei variedad *hominis* es el agente etiológico de la enfermedad. El ácaro hembra, causante de los síntomas mide 400 micras y tiene cuatro pares de patas y cuerpo redondeado. Las otras variedades de *S. scabiei* como el *cannis* no causan enfermedad en el hombre y, si lo hacen sus síntomas son mucho más leves y la enfermedad no se generaliza debido a que no se puede completar su ciclo de vida.

Luego de la infestación la hembra excava túneles hacia el estrato córneo de la epidermis en donde deposita dos a tres huevos por día. En el transcurso de tres a cuatro días, los huevos eclosionan dando lugar a las larvas que demoran entre 2 y 3 semanas para convertirse en adultos. La vida media de un ácaro hembra adulto es de 30 días. El ácaro macho es más pequeño que la hembra y vive en la superficie de la piel y muere poco después de aparearse con la hembra.

Las anteriores consideraciones son importantes en el momento de elegir el tratamiento para la enfermedad ya que algunos de los medicamentos sólo actúan sobre los ácaros adultos dejando sin eliminar los huevos.

Figura 1

Visualización del ácaro, sus heces y huevos.



(GARCIA-PATOS, V. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica. Escabiosis. 1996. Pág. 154)²⁵

5.2 Epidemiología^{26,27}

La sarna es una ectoparasitosis cosmopolita, más frecuente en países templados y fríos. Por ser su mecanismo de transmisión directo, es una enfermedad de tipo familiar o de grupos cerrados, en los cuales se observa que la posibilidad de contagio es de un 73-85%, siendo, por lo tanto, importante los factores de hacinamiento y promiscuidad. La posibilidad de infección a través de fómites es escasa.

La higiene personal necesariamente no evita el contagio, pero puede variar la forma de presentación clínica, haciendo la enfermedad más leve y de más difícil diagnóstico. La edad es un factor que influye en la prevalencia de la sarna, pues se ha demostrado que es mayor en la infancia que en el adulto. Los ancianos asilados o en casa de reposo también tienen un aumento en su prevalencia. No hay diferencias por sexo. Se ha observado que la sarna aumenta en otoño e invierno, disminuyendo en primavera y verano. La tendencia al hacinamiento en invierno favorece su transmisión y a su vez, en verano las personas tienden a bañarse más, lo que elimina algunas formas juveniles de ácaros en la superficie de la piel, asociado a la mayor exposición a la luz ultravioleta, que también tiene un efecto acaricida.

Figura 2

Surco lineal y pápula acarina en la eminencia hipotenar, patognomónicos de escabiosis.



(GARCIA-PATOS, V. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica. Escabiosis. 1996. Pág. 153)²⁸

Su prevalencia fue muy alta en la antigüedad por la falta de higiene y de tratamiento específico. En los últimos años, ha disminuido por los cambios higiénicos, estándares de vida, tratamientos más adecuados y probablemente, por aumento de la población inmune a adquirir la enfermedad.

5.3 Transmisión²⁹

No conocemos datos epidemiológicos en Colombia sobre las tasas de incidencia ni prevalencia de estos ectoparásitos. Las infestaciones por escabiosis se transmiten con mayor frecuencia por contacto personal estrecho; sin embargo, existen datos en la literatura mundial que demuestran la importancia de los reservorios inanimados intradomiciliarios como los colchones, muebles y pisos de baldosas donde puede permanecer vivo el *Sarcoptes* hasta por tres días.

Figura 3

Pápulas, pseudovesículas y nódulos típicos de la escabiosis infantil.



(GARCIA-PATOS, V. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica. Escabiosis. 1996. Pág. 153)³⁰

No hay estudios que demuestren las tasas de transmisión en otros sitios como camillas de hospitales, clínicas o consultorios pero es posible que esto pueda ocurrir. Una vez aparece la enfermedad en uno de los integrantes de la familia es muy probable que todos en casa tengan la infestación. Los menores de dos años, por poseer menos queratina en su piel, son los primeros en manifestar la enfermedad.³¹

5.4 Manifestaciones clínicas

Los síntomas de la infestación aparecen cuando el hospedero ha quedado sensibilizado al ácaro de la sarna, siendo el prurito el síntoma más frecuente, en especial en la noche cuando los otros estímulos externos de distracción están ausentes. La hipersensibilidad puede demorarse 4 a 6 semanas luego de la primera exposición, pero con la reinfestación puede desarrollarse 1 a 4 días posteriores al contacto por la sensibilización previa.³²

La carga de ácaros no parece tener correlación con los síntomas de los pacientes pero sí con su posibilidad de transmitir la enfermedad.³³

Las lesiones de la infestación son principalmente los túneles y las pápulas. Los primeros aparecen más a menudo en las manos, sobre todo en los espacios interdigitales, las muñecas, los genitales, axilas, ombligo, glúteos y pezones. Las segundas aparecen en el tronco, miembros superiores e inferiores y pueden representar una reacción inmunitaria.³⁴

Existen algunos sitios de compromiso que son casi exclusivos de los lactantes como la cara, cuero cabelludo, palmas y plantas. Sin embargo, predominantemente en los lactantes y recién nacidos, estas lesiones se complican con lesiones secundarias por la sobreinfección bacteriana y la subsiguiente presentación con pústulas y costras.³⁵

Figura 4

Pápulas y surcos entre los dedos por escabiosis.



(VIVIER A. Atlas de dermatología clínica. Madrid, Mosby, 2 ed, tomo IV, 1993:14.1-4.)³⁶

Las excoriaciones son otra lesión importante en el diagnóstico de la escabiosis y se encuentra en los niños mayores de 6 meses de vida que ya pueden llevar sus manos a los sitios con prurito. Las lesiones tienen una aparición progresiva y se extienden en el transcurso de días por todo el cuerpo. Pueden aparecer en forma simultánea en varios sitios pero es bastante evidente la diseminación por contigüidad a partir de las lesiones iniciales.

Figura 5

Erupción vesículo-pustulosa palmar en un neonato afecto de escabiosis.



(GARCIA-PATOS, V. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica. Escabiosis. 1996. Pág. 154)³⁷

Otro tipo de presentación es la escabiosis nodular caracterizada por nódulos superficiales de 2 a 5 mm de diámetro de color rojo-pardo y que se encuentra de manera típica en genitales masculinos sobre el dorso del pene, en las axilas y en la región inguinal. Es extremadamente pruriginosa y de manera característica no se encuentran ácaros en estas lesiones; se cree que corresponde a una reacción de hipersensibilidad a la muerte del ácaro o sus productos como saliva, huevos o heces.³⁸ Puede resolverse de manera espontánea en el transcurso de semanas a meses.

Infrecuentemente se encuentran lesiones de tipo ampolla que constituye otra forma de reacción inmunitaria exagerada. Se encuentra con más frecuencia en neonatos, su distribución es generalizada en todas las partes del cuerpo con elevados recuentos de parásitos en las lesiones.³⁹ Esta forma se asocia con retardo en el crecimiento, desnutrición e infección bacteriana secundaria.

Figura 6

Pápulas y vesículas en lactante causadas por escabiosis



RUEDA FA, Cáceres P. Manejo práctico de la escabiosis en niños. MEDUNAB 2002; 5(14):112-117⁴⁰

Quizás la forma más agresiva y resistente a los tratamientos es la que padecen las personas con postración o afectadas por inmunodeficiencias; es la denominada sarna noruega o costrosa. En esta variedad clínica (muy rara en niños), las lesiones características son reemplazadas por hiperqueratosis especialmente localizada en sitios de presión continua como glúteos, espalda, manos o pies. Es la forma más contagiosa de sarna ya que el promedio de ácaros por individuo llega a los dos millones, comparado con los 20 ácaros de una persona con el tipo común de la sarna.⁴¹

El prurito no guarda relación con la infestación activa por el *Sarcoptes*. La reacción de hipersensibilidad generada por la muerte intradérmica del ácaro puede perpetuar el prurito hasta por dos semanas luego que se ha eliminado la infestación.

5.5 Diagnóstico

La sospecha de escabiosis debe ser la primera opción de diagnóstico en todo niño que se presente con erupción pruriginosa aguda o subaguda sin carácter de recurrencia.⁴² El segundo dato que es de valiosa ayuda es la presencia de otros casos en la casa o en el sitio de permanencia del niño (familiares o en el jardín infantil). El dato de prurito que se exagera de noche no es muy útil en los niños por la dificultad de que ellos identifiquen con precisión el momento de mayor sintomatología; sin embargo, los familiares del niño sí refieren que es el momento en el que el niño más busca que le alivien el prurito.⁴³

Figura 7

Signos de rascado y lesiones crónicas por escabiosis



(Tomado VIVIER A. Atlas de dermatología clínica. Madrid, Mosby, 2 ed, tomo IV, 1993:14.1-4.)⁴⁴

Los sitios en que se presentan las lesiones también son útiles en el diagnóstico ya que las axilas, los genitales, el ombligo y en niños pequeños las palmas, plantas, espacios interdigitales, cara y cuero cabelludo sumado al contacto epidemiológico casi aseguran el diagnóstico de la enfermedad.⁴⁵

La identificación del ácaro hembra, huevos o heces (escíbalos) son la confirmación del diagnóstico. Se prefiere hacer la identificación en muestras tomadas de los túneles poniéndolos de manifiesto mediante la tinción con una gota de tinta china sobre las lesiones y retirando con un chorro de agua el resto. De los puntos negros se toma la muestra

mediante el raspado suave con una hoja de bisturí que en forma previa se ha impregnado con aceite mineral y luego se traslada a una laminilla de vidrio y se observa bajo el microscopio.⁴⁶ Cuando las muestras resultan negativas y bajo una fuerte sospecha diagnóstica, está indicada una prueba terapéutica. También se ha recomendado recolectar la muestra del detritus subungueal de los niños.

Figura 8
Presentación de escabiosis generalizada en nonato



(GARCIA-PATOS, V. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica. Escabiosis. 1996. Pág. 154)⁴⁷

Los nódulos y las zonas hiperqueratósicas de la sarna noruega no contienen *Sarcoptes* y por esto no se recomienda tomar muestras de estos sitios. En contadas ocasiones (pacientes inmunosuprimidos) se debe contar con el diagnóstico de certeza y se debe recurrir a la biopsia de piel en donde se encuentra infiltración eosinofílica de la dermis, exocitosis, espongirosis y paraqueratosis.⁴⁸ En el estrato córneo se encuentran los ácaros, huevos y heces.

5.6 Diagnóstico diferencial⁴⁹

5.6.1 Dermatitis atópica. Puede presentarse como pápulas pruriginosas en cara, cuello, tronco, superficies extensoras de brazos y piernas y en los pliegues antecubitales y poplíteos. Las axilas, palmas, plantas, espacios interdigitales, ombligo y los genitales se encuentran sin enfermedad. La aparición de las lesiones es simultánea en varios sitios y no progresiva como la escabiosis. Está ausente el contacto y el carácter de la enfermedad es crónico con exacerbaciones y remisiones.

5.6.2 Milliaria rubra. La sudamina involucra los mismos sitios de la dermatitis atópica y pueden coexistir las dos enfermedades. Es de evolución crónica y se exacerba con el calor y disminuye con el baño. Típicamente el niño se levanta en la mañana con menor cantidad de lesiones y estas empiezan a aumentar durante el día para decaer en intensidad de nuevo en la tarde y noche. Las lesiones tienden a aparecer y desaparecer en forma rápida dependiendo del grado de sudoración del niño. No hay compromiso en axilas, palmas, plantas, espacios interdigitales, ombligo ni genitales.

5.6.3 Dermatitis de contacto. En los lactantes el sitio más frecuente es el área del pañal que queda prácticamente dibujada con la aparición de las lesiones. Se observa diseminación de las lesiones hacia la espalda baja, ocasionada por la intensa sudoración que produce el plástico en esta zona. No hay compromiso en otras áreas ni existen el contacto en casa. En los niños mayores se encuentran lesiones por contacto en los sitios donde el calzado produce fricción como el cuello del pie y el dorso del pie muy cerca de los dedos (cuando se usan sandalias). En los niños que utilizan champú se pueden observar zonas papuloeritematosas levemente pruriginosas en el borde de implantación del cabello y en el borde de la axila. De la presentación nodular de la escabiosis el prurigo nodular y la neurodermatitis son el diagnóstico diferencial más frecuente. En el primero existe el antecedente de la alergia a la picadura de insectos y las zonas más afectadas son las expuestas del cuerpo (brazos y piernas). En la segunda, las zonas papuloeritematosas pueden circunscribirse sin la típica diseminación de la escabiosis.

Otros diagnósticos. Estos incluyen dermatitis seborreica, histiocitosis de células de Langerhans, urticaria papular, impétigo, pioderma recurrente, reacción a drogas y sífilis secundaria.

5.7 Tratamiento ⁵⁰

El tratamiento debe comprender el uso de acaricidas, el manejo del prurito, el tratamiento de las complicaciones y el reestablecimiento de la integridad de la piel.

Algunas de las consideraciones especiales al iniciar un tratamiento antiescabiosis son las siguientes:

- Todos los miembros de la familia mayores de 2 meses de vida deben recibir tratamiento independiente de los síntomas que tengan.
- Debe avisarse a la guardería o jardín infantil para que se tomen las medidas sanitarias pertinentes (ver medidas sanitarias).
- Advertir a la familia que la desaparición completa de los síntomas puede tardar semanas.
- Los tratamientos tópicos deben ser aplicados en todo el cuerpo (para el caso de los lactantes) y del cuello hacia abajo para los mayores de 2 años. No deben bañarse los

niños antes de aplicarse los medicamentos tópicos ya que esto favorece la absorción y los efectos neurotóxicos de algunos de ellos.

5.7.1 Tratamiento de epidemias en comunidades cerradas.

Cuando se presenta un brote de casos de escabiosis en sitios de hacinamiento (hogares de bienestar, internados, guarderías) su control sólo puede alcanzarse cuando se da tratamiento a toda la población en riesgo.

5.7.2 Tratamiento del prurito. ⁵¹

Aunque parezca lo menos importante, el prurito es lo que lleva a consultar al paciente con escabiosis. Existen dos alternativas que no son excluyentes para este manejo. La primera de ellas es el uso de antihistamínicos de primera generación (hidroxicina, difenhidramina, etc.) que pueden usarse sólo en las noches cuando el prurito es más intenso o durante el día en el caso de niños pequeños que no necesiten estado de vigilia. La dosis de hidroxicina es de 1 a 2 mg/kg/día y se reparte en dos dosis (jarabe con 12.5 mg/ml y gotas con 0.5 mg/gota). La dosis de la difenhidramina es igual, sólo que se reparte en tres dosis durante el día (jarabe con 12.5 mg/ml). La duración del tratamiento debe extenderse al menos durante 2 semanas teniendo en cuenta que el prurito puede persistir más allá de la muerte de los ácaros, como resultado de la reacción de hipersensibilidad intradérmica a los restos del *Sarcoptes*.

La segunda opción son las preparaciones tópicas antipruriginosas como el mentol y la calamina que se aplican a necesidad durante el día. El crotamitón tiene también potencia contra el prurito aparte de su acción acaricida.

5.7.3 Tratamiento de las complicaciones. ⁵²

Las principales complicaciones de la escabiosis son el impétigo sobreagregado y la escabiosis nodular. Cuando un paciente se presente con escabiosis impetiginizada y se va a utilizar una presentación tópica (permetrina 5%, etc.) se prefiere iniciar el tratamiento antibiótico sistémico oral, si la extensión de la afectación lo amerita, o tópico antes de iniciar el tratamiento acaricida ya que la superficie cruenta de la piel alterada puede facilitar la absorción de sustancias lipofílicas y favorecer la neurotoxicidad de algunos de estos compuestos. El tratamiento se debe extender por 7 días y se debe tener en cuenta la etiología mixta de estas sobreinfecciones, en especial por *S. aureus* y *S. pyogenes*.

Las opciones terapéuticas incluyen la dicloxacilina y las cefalosporinas de primera generación (cefalexina, cefradina, cefadroxilo) en dosis de 50 mg/kg/día; las opciones tópicas incluyen la mupirocina, la bacitracina y el ácido fusídico aplicados 3 veces al día por 7 días. La escabiosis nodular constituye uno de los escollos para la completa desaparición de los síntomas del paciente, ya que no responde al uso de los acaricidas por corresponder a una reacción de hipersensibilidad, se ha recomendado el uso de acetónido de triamcinolona 0.1 ml intralesional (diluido hasta 2.5 – 5 mg/ml) en dosis única.

5.7.4 Reestablecimiento de la integridad de la piel. ⁵³

Posterior al tratamiento de las lesiones, que en ocasiones incluye el manejo con agentes queratinolíticos como el azufre, existen cambios en la piel que ameritan la atención luego del tratamiento. Se deben indicar agentes emolientes y humectantes luego del baño general de los pacientes con cremas o lociones que contengan lanolina, glicerina o vaselina.¹⁸ Las cremas y lociones con esteroides tópicos no fluorados (hidrocortisona, desonida, etc.) pueden ser utilizados en la segunda semana de tratamiento para contrarrestar el eczema y con ellos también se ayuda a disminuir el prurito.

Medidas sanitarias. Aunque no se ha aclarado su papel en la transmisión intradomiciliaria de la escabiosis, aún se recomiendan algunas estrategias para controlar este posible reservorio de la enfermedad:

- Fumigar los colchones y muebles de tela de la casa. No deben olvidarse el coche del bebé y en ocasiones el caminador. Igual tratamiento debe recibir la alfombra y los tapetes. Los insecticidas con piretrinas son una alternativa lógica.
- Debe lavarse la ropa con agua caliente y plancharse por lado y lado durante el tratamiento. La ropa que no pueda ser sometida al planchado puede asolearse por 4 horas o ser guardada por 7 días luego de la última postura ya que en ese tiempo el ciclo de vida interrumpido del ácaro lo destruye.

Tabla 1 Acaricidas de uso popular

Nombre	Presentación	Vía de aplicación	Dosis	Efectos adversos
Ivermectina. (Quanox). Tasas de curación entre 85 y 95%. Mayores de 15 kg. Se prefiere en pacientes con compromiso generalizado.	Gotas al 0.6% frasco por 5 ml.	Oral	200 mcg/kg-día (1 gota por kg.) en dos dosis separadas por 5 días. Para sarna noruega se recomienda asociar un escabicida tópico.	Cefalea, dolor abdominal, náusea y vómito. No debe administrarse en mujeres embarazadas o en lactancia.
Permetrina 5%. (Gammabenceno plus). Tasas de curación entre 91 y 100%	Crema tubo por 120 gramos	Tópica	Dos dosis separadas una semana. Para lactantes 6 horas de aplicación; preescolares 8 horas y escolares 10 horas. Debe aplicarse en todo el cuerpo (incluyendo la cabeza en los lactantes).	Cuando se aplica sobre piel con eczema puede absorberse y producir neurotoxicidad. No debe bañarse antes de aplicarlo porque aumenta su absorción.
Lindano. Tasas de curación entre 65 y 98%	Crema 1%	Tópica. No se consigue en Colombia.	Una sola aplicación durante 6 horas de la misma forma que la permetrina. No debe bañarse antes de aplicarlo porque aumenta su absorción.	Está contraindicado en pacientes con epilepsia y en menores de 2 años por el riesgo de neurotoxicidad.
Benzoato de bencilo. Tasas de curación entre 60 y 80%	Loción al 10 y 20%	Tópica. Se debe aplicar con un cepillo de dientes para cubrir las escamas y detritus subungueales. La aplicación incluye el cuello, desde la región retroauricular hasta los dedos de los pies.	Se indica en el tratamiento combinado con Ivermectina en Sarna noruega.	No se recomienda su uso en niños menores de 5 años por la quemadura que puede producir.
Azufre 6 – 8% precipitado en petrolato. Tasas de curación entre 50 y 70%	Fórmula magistral	Tópica	Una aplicación cada noche por 5 noches seguidas en todo el cuerpo.	Puede producir reacciones de hipersensibilidad. Parece ser la opción mas segura en embarazadas y recién nacidos.

6. HIPÓTESIS

En la infección con escabiosis influyen de forma directa las condiciones sociodemográficas sobre las características clínico epidemiológicas, en la población que consultó a la ESE del 7 de agosto entre junio de 2003 y julio de 2004; la cual fue diagnosticada clínicamente con escabiosis.

7. DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variables	Definición	Dimensión	Categoría	N. medición
Características sociodemográficas	Estado y características del individuo relacionadas con su estilo de vida	Edad	Numero de años	Razón
		Ocupación	Cesante Estudiante Oficios varios Ama de casa	Nominal
		Sexo	Masculino Femenino	Nominal
		Nivel socioeconómico	Estrato 1 Estrato 2 Estrato 3 Estrato 4	Razón
		Lugar de procedencia	Rural Urbano Viajero	Nominal
		Seguridad social	Contributivo Subsidiado Vinculado	Nominal
Aspecto clínico epidemiológico	Presentación, comportamiento y relación de la enfermedad con los individuos.	Manifestaciones clínicas, signos y síntomas	Úlcera Eritema Prurito Dolor	Nominal
		Tipo de lesión	Localizada Generalizada	Nominal
		Ubicación de la lesión	Brazos Tronco Piernas Cabeza y cuello	Razón
		Antecedentes personales de la enfermedad	Si No	Nominal
		Antecedente familiar de la enfermedad	Si No	Nominal
		Tratamiento para escabiosis	Si No	Nominal

8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la realización de este estudio se tuvieron en cuenta los aspectos contemplados en la convención de Helsinki, ya que se ha mantenido la confidencialidad y el anonimato de los pacientes debido a que solo se han usado a manera de información y no se importuno la tranquilidad de los pacientes ni de sus familias ya que se realizó únicamente una revisión documental.

Para los aspectos relacionados con la revisión documental, se tramitaron los debidos permisos con los directos responsables, los cuales nos otorgaron la autorización, y por lo tanto, el consentimiento informado.

9. DISEÑO METODOLOGICO

9.1 TIPO DE ESTUDIO

La investigación fue de tipo observacional, descriptiva, transversal, ya que de esta forma se utilizó adecuadamente el método científico para obtener información actualizada y confiable, estableciendo conceptos claros que en un futuro pueden ser tenidos en cuenta para la adopción de estrategias de prevención, promoción y mejoramiento en el diagnóstico y el manejo de los pacientes.⁵⁵

9.2 UBICACIÓN DEL ESTUDIO

Para la selección del área de estudio se tuvieron en cuenta las condiciones sociodemográficas y clínico epidemiológicas que presentan los enfermos por escabiosis atendidos en el centro de salud del 7 de agosto.

Este centro de salud cuenta con el programa de enfermedades de reporte obligatorio que incluye la escabiosis entre otras, con cobertura a nivel municipal, atendiendo los pacientes adscritos a los regímenes vinculado y subsidiado.

9.3 POBLACION Y MUESTRA⁵⁶

El universo del estudio está conformado por las historias clínicas de los pacientes diagnosticados con la infección de escabiosis según el CIE-10, reportados al Centro de Salud del 7 de agosto, en el período entre junio de 2003 y el julio de 2004, a las cuales se les realizó diagnóstico clínico o paraclínico (histopatológico, inmunológico, parasitológico) de escabiosis para el período ya establecido.

En el Centro de Salud del 7 de agosto se encontraron 113 historias clínicas con diagnóstico de escabiosis comprendidas en el periodo ya establecido, por lo tanto, para esta investigación se tomó la totalidad de la población como muestra.

9.4 TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS⁵⁷

Para la recolección de los datos en este estudio se utilizaron las técnicas de revisión documental a través de las historias clínicas de los pacientes que fueron diagnosticados con escabiosis entre junio de 2003 a julio de 2004.

9.5 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION

Para la recolección de la información, se aplicó el método de autoinforme, el cual se realizó a través de la revisión documental de las historias clínicas del periodo establecido.⁵⁸

Por lo se aplicó una prueba piloto a 9 historias clínicas de los pacientes del centro de salud del 7 de agosto diagnosticados con escabiosis en el tiempo ya determinado, encontrándose datos satisfactorios para las variables de características sociodemográficas y clínico epidemiológicas e insatisfactorios para la variable de factores de saneamiento ambiental, la cual fue suprimida.

9.6 FUENTES DE INFORMACIÓN

La información se obtuvo de manera secundaria.⁵⁹ Las variables de características sociodemográficas y los aspectos clínicos epidemiológicos se adquirieron de fuentes secundarias como fue la revisión documental de las historias clínicas de los pacientes anteriormente descritos.

9.7 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

La información se recolectó a través de una encuesta en la que se incluyeron las variables de características sociodemográficas y los aspectos clínicos epidemiológicos de las historias clínicas de los pacientes que fueron diagnosticados con escabiosis. Ver anexo.

9.8 PROCESAMIENTO Y TABULACION DE DATOS

Los datos recolectados por las encuestas obtenidas a través de la revisión documental de las historias clínicas escogidas como muestra, fueron procesados y tabulados en el programa Epi-Info versión 3.2 de 2004.

10. CRONOGRAMA

Tiempo /	Primer semestre 2004							
	1 sem	2 sem	3 sem	4 sem	5 sem	6 sem	7 sem	8 sem
Actividades								
1. anteproyecto, revisión bibliográfica								
2. formulación y delimitación del tema								
3. justificación								
4. formulación de objetivos								
5. formulación del problema								

Tiempo /	Segundo semestre 2004							
	1 sem	2 sem	3 sem	4 sem	5 sem	6 sem	7 sem	8 sem
actividades								
1. recolección de datos								
2. tabulación de los datos								
3. análisis de los resultados								
4. presentación y sustentación del informe								

11. MODELO ADMINISTRATIVO

11.1 RECURSOS HUMANOS

Estos recursos fueron aportados directamente por los mismos realizadores del trabajo investigativo, existiendo una rotación de las responsabilidades para un cubrimiento integral y más participativo en la realización del trabajo, contando con la asesoría de la Dra. Dolly Castro y la colaboración de demás personas.

11.2 FINANCIAMIENTO

Desafortunadamente es muy difícil contar con la colaboración económica de alguna institución oficial o privada dada la complicada situación fiscal por la que atraviesa el país actualmente, por lo tanto, estos recursos económicos fueron asumidos directamente por los mismos investigadores.

11.3 PRESUPUESTO

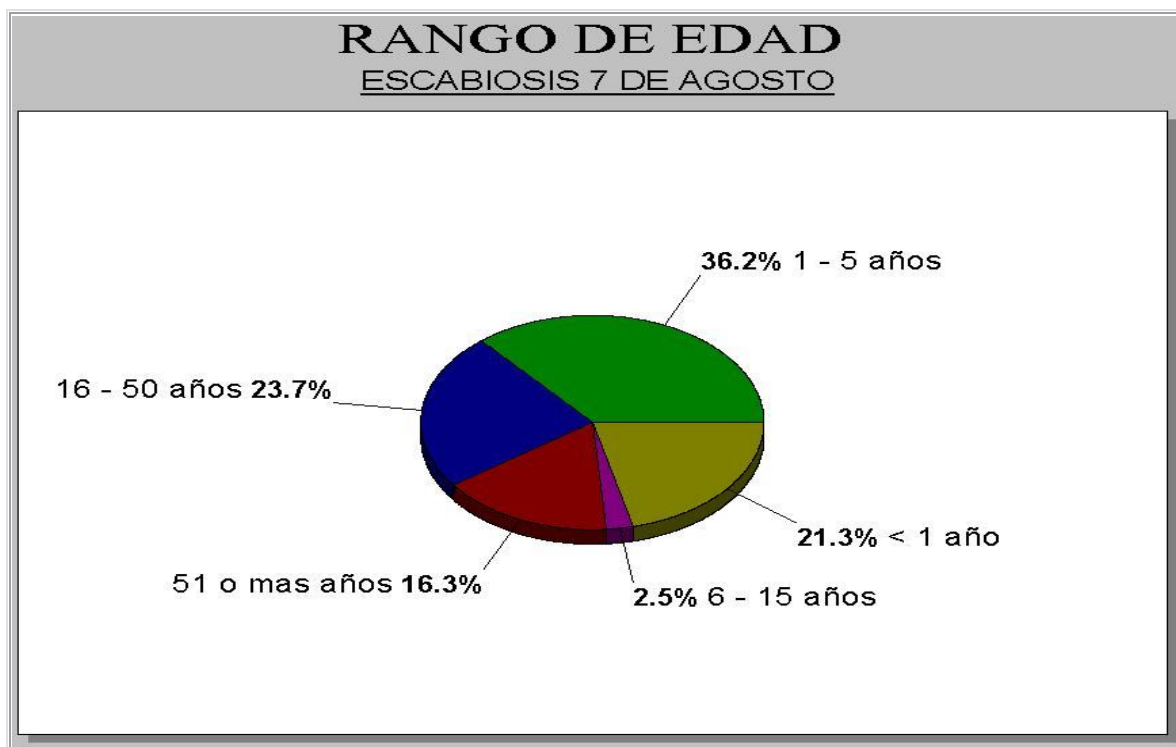
Dado lo anterior, se maneja interiormente un presupuesto muy bajo, tratando de acortar algunos gastos. Se tiene:

Papelería (impresiones, encuestas, revisiones bibliográficas)	\$ 100.000
Transporte	\$ 200.000
Asesorías:	\$ 500.000
Investigadores:	\$ <u>1.200.000</u>
TOTAL:	\$ 2.000.000

12. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos en la investigación de escabiosis en la ESE del 7 de agosto en Neiva se soportaron en los registros electrónicos de reporte de la patología, los cuales encontraron 113 historias clínicas con las características ya descritas, siendo de estas 80 satisfactorias para análisis de las variables, pues el resto de las historias o no se encontró el en archivo de gestión de la entidad o la letra no pudo ser interpretada por los investigadores.

Gráfico 1



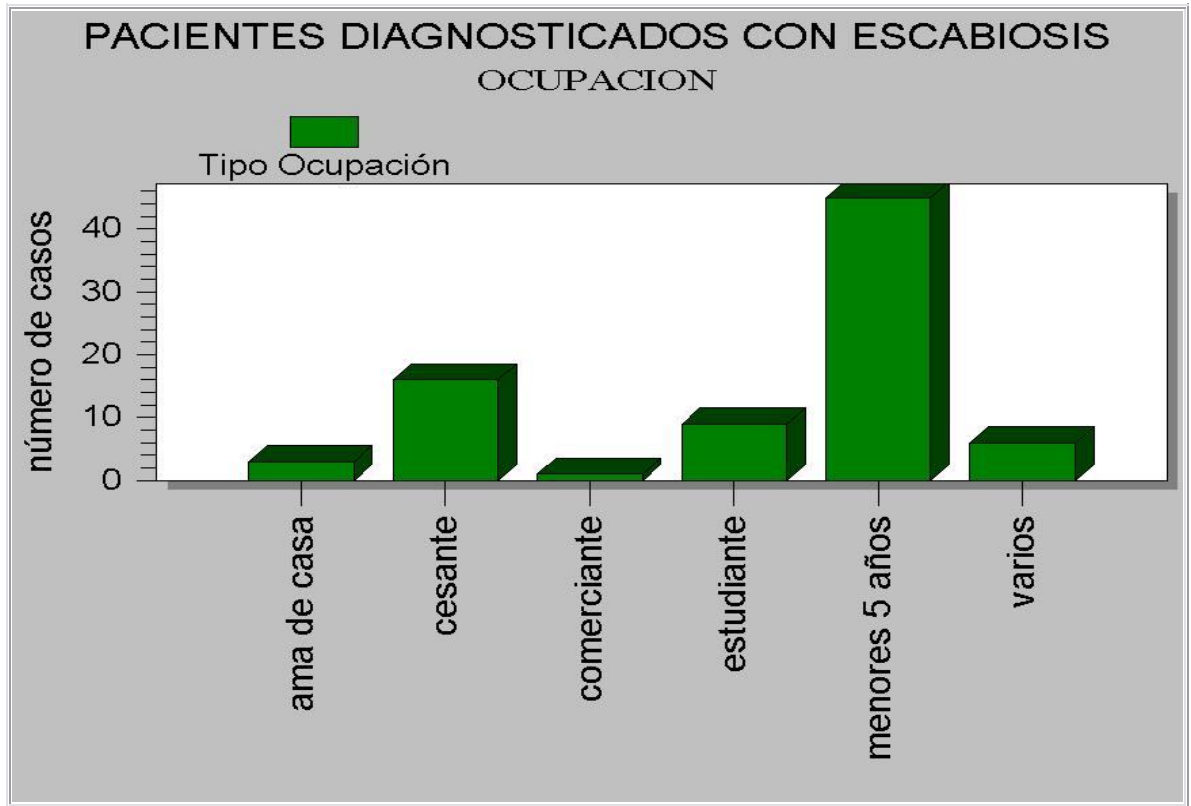
Observamos que la edad más frecuente de presentación de infección por escabiosis se encuentra entre los 0 y los 5 años de edad correspondiendo a más de la mitad de los casos. Si sumado a este grupo, le agregamos la población mayor a 51 años hay que resaltar que la infección por escabiosis se presentó en un 73.6% en los grupos etáreos correspondientes a los extremos de la vida.

Gráfico 2



Con respecto al sexo no hay una diferencia significativa de la infección entre hombres y mujeres, lo cual refiere que no hay mayor predilección de infección por ninguno de los 2 sexos.

Gráfico 3



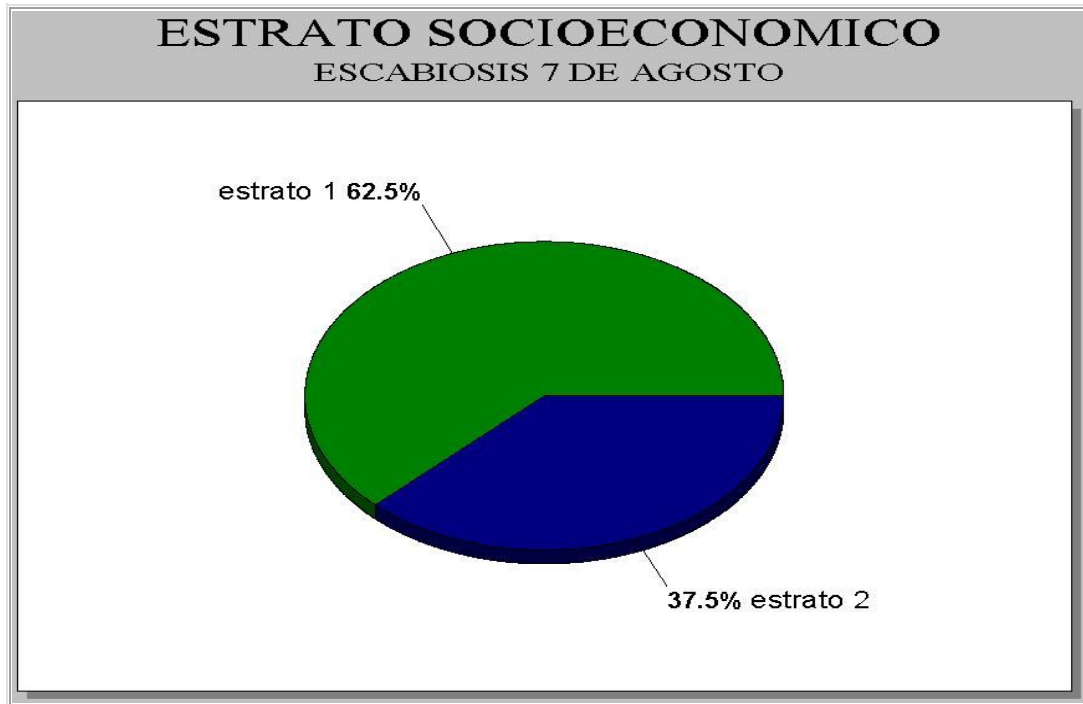
Dentro de la ocupación, el mayor número de casos se presentó en la población que no realiza labores productivas, es decir, los menores de 5 años y el grupo de cesantes, el cual está conformado por los diagnosticados con escabiosis mayores de 18 años y sin ningún tipo de actividad laboral.

Tabla 2. REGIMEN Y ASEGURADORA DE RÉGIMEN SUBSIDIADO

Regimen	Numero de casos	Porcentaje
Asmedsalud	13	16,3%
Cafesalud	6	7,5%
Caprecom	15	18,8%
Comfamiliar	5	6,3%
Solsalud	11	13,8%
Vinculado	30	37,5%
Total	80	100,0%

Observamos que la mayoría de la población a estudio consultó perteneciendo al régimen subsidiado, destacando también que hay un gran grupo de pacientes sin seguridad social en salud y que fueron diagnosticados con escabiosis. También es de destacar que no hay un predominio de ninguna de las aseguradoras en los pacientes pertenecientes al régimen subsidiado, debido a que no hay diferencias entre cada una de ellas.

Gráfico 4



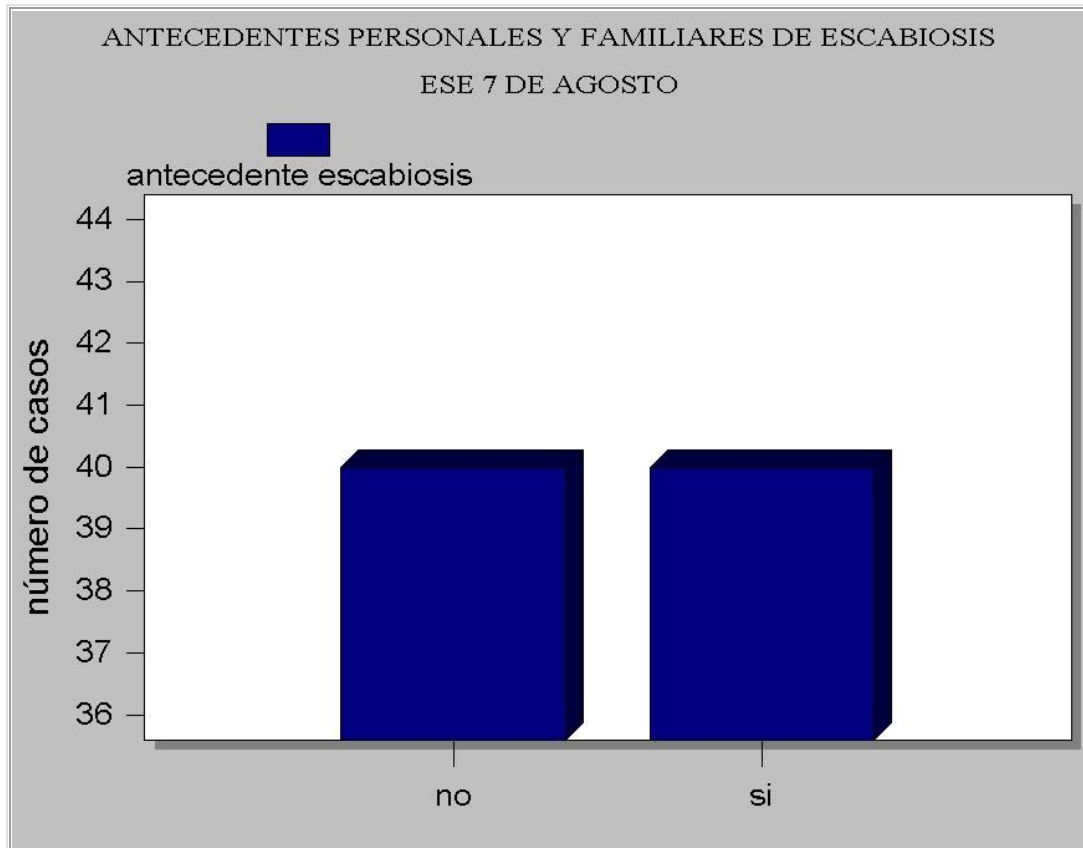
Se aprecia que el mayor número de pacientes infectados por escabiosis pertenecen al estrato socioeconómico 1, sobre los pacientes del estrato 2.

Tabla 3. PROCEDENCIA PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ESCABIOSIS

Procedencia	Numero de casos	Porcentaje
Neiva	73	91.3%
San Luis	4	5,0%
Caguan	1	1,3%
Vega Larga	2	2.5%
Total	80	100,0%

En cuanto a la procedencia se obtuvo un predominio significativo del área urbana correspondiente a Neiva con respecto a las áreas rurales en este caso corregimientos de la ciudad de Neiva.

Gráfico 5



Con respecto a los antecedentes familiares y personales de escabiosis, no se obtuvo diferencia porcentual alguna entre el grupo de los que tuvieron antecedentes de la infección y el que no los presentó

Tabla 4. TIPO DE TRATAMIENTO PREVIO PARA ESCABIOSIS

Tipo de tratamiento previo	Numero de casos	Porcentaje
Medico	15	18.8%
Tradicional	18	22.5%
Medico y tradicional	9	11.3%
No	38	47.5%
Total	80	100,0%

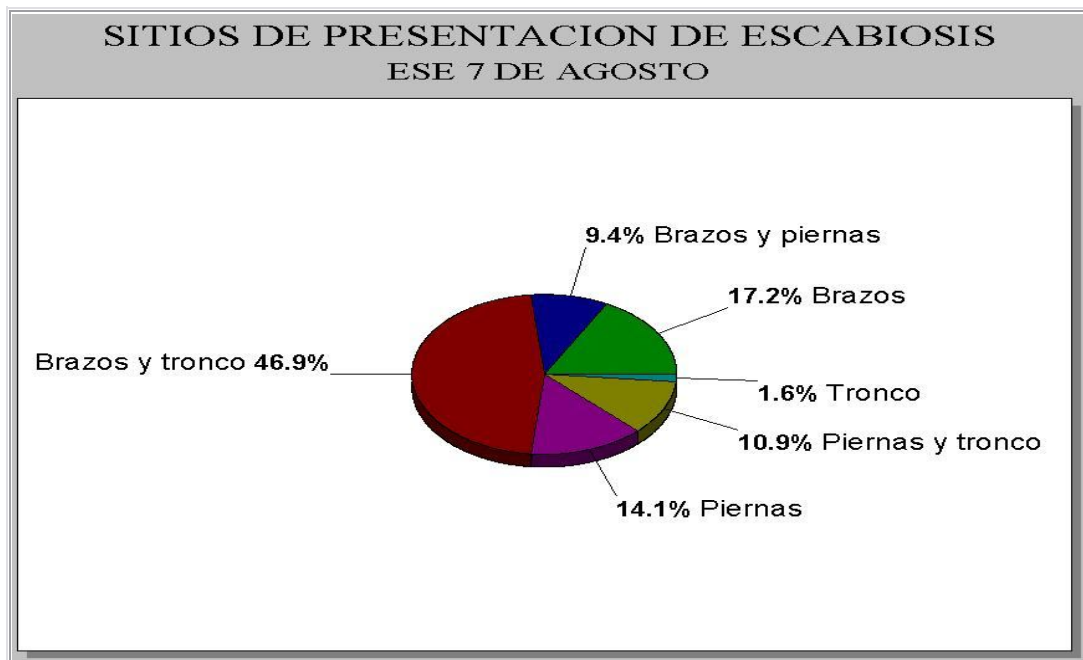
Se observa una escasa diferencia en el número de casos diagnosticados entre el grupo de pacientes con antecedente de haber recibido tratamiento (de cualquier tipo) y aquellos en los cuales no hay este antecedente.

Teniendo en cuenta los datos en los cuales si se presento antecedente de tratamiento para escabiosis, correspondiente a 42 casos, se evidencia una leve tendencia a la utilización de tratamientos tradicionales sobre los tratamientos médicos, aunque esta diferencia es insuficiente.

Tabla 5. CLASIFICACION DE LA INFECCIÓN

Clasificación de la infección	Numero de casos	Porcentaje
Localizada	64	80,0%
Generalizada	16	20,0%
Total	80	100,0%

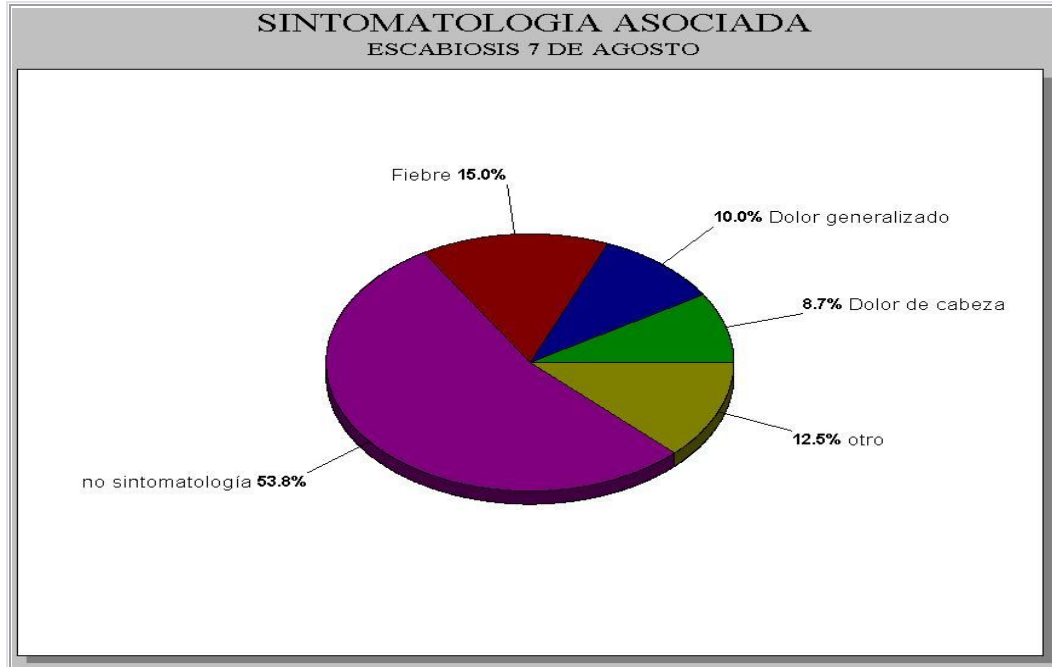
Grafico 6



Se aprecia en la clasificación de la infección un predominio significativo de la presentación localizada sobre la generalizada.

Teniendo en cuenta los datos en los cuales se presentó la infección localizada, se encontró una superioridad significativa hacia la presentación en los brazos y el tronco. En menor proporción se encontró tendencia de la infección localizada hacia las piernas.

Gráfico 7



Se observó en la mayoría de los casos un predominio hacia la no presentación de sintomatología asociada, estableciéndose un porcentaje mayor al 50 %. De todos modos, dentro de los casos en donde se presentó algún tipo de sintomatología, se encontró que la fiebre es el síntoma más común.

13. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Analizando el rango de edad, nos podemos dar cuenta que el 57.4 % pertenece a los menores de 5 años, la cual es la población que no estudia y que por lo tanto pertenece mayor tiempo en la casa. Si a este grupo se le adiciona el porcentaje del grupo de mayores de 51 años, se obtiene un 73.6 % de los casos por escabiosis, determinándose que la infección es mas frecuente en los extremos de la vida, siendo estos la población que pasa mayor tiempo en sus hogares y están mas expuestos a los factores de riesgo, coincidiendo con lo relatado en la bibliografía mundial ^{60,61}. Conociendo que la escabiosis es una patología infecto-contagiosa, se confirma este tipo de contagio en este trabajo ya que no se encontró una diferencia significativa entre sexo ^{62,63}.

Observando los resultados de la ocupación, se aprecia un elevado numero de casos entre los pacientes que no presentan ocupación, como son los menores de 5 años clasificados en ningún oficio, el grupo de cesantes y las amas de casa, los cuales permanecen mayor tiempo dentro de la casa expuestos a los elementos contaminados ^{64,65}.

En los resultados obtenidos en este estudio para estrato socioeconómico, se puede presentar un sesgo, debido a que en esta institución se maneja pacientes pertenecientes a los estratos 1 y 2 con régimen subsidiado y vinculados, lo cual no significa que esta patología no se pueda presentar en estratos mayores ^{66, 67,68}, sino que el centro de salud donde se realizó el estudio maneja una población selecta en cuanto al estrato.

En cuanto a la procedencia de los pacientes que fueron diagnosticados con escabiosis, se vio un bajo número de casos pertenecientes al área rural, en este caso, los corregimientos de la ciudad de Neiva, mostrándose su gran mayoría en el área urbana de Neiva, la cual es descrita en la bibliografía como una patología cosmopolita ⁶⁹.

Los resultados obtenidos para antecedentes personales o familiares de la enfermedad no tuvo significancia en cuanto a la presentación de casos de escabiosis en este documento, lo cual no concuerda con lo manifestado en los diferentes textos que relacionan los antecedentes (personales o familiares) con la infección por escabiosis. ^{70,71}.

Aunque la literatura no describe si hay una mayor predilección de tratar la infección por escabiosis de forma tradicional o medica, en este estudio se estableció una leve tendencia de la población en cuanto a la utilización de métodos tradicionales en el tratamiento de esta infección. Encontramos también que el antecedente personal de haber recibido cualquier tipo de tratamiento no se relaciona con la infección actual por escabiosis, lo cual quiere decir que un contacto previo con este parásito indistintamente del tratamiento empleado no protege para futura infección por escabiosis. ^{72,73}

Observando los datos obtenidos en este estudio acerca del sitio de localización de la infección, se vio un aumento en cuanto a la presentación localizada, lo cual nos indica que es una enfermedad que no tiende a diseminarse por completo en todo el cuerpo, y dentro de esta clase, se encontró que la mayor manifestación estaba hacia las extremidades superiores y el tronco, debido a que son las áreas que están en mayor contacto con los objetos contaminados, concordando con lo descrito en la literatura.^{74,75}

Dentro de la sintomatología asociada, en este estudio se aprecia que la escabiosis no es muy virulenta, es decir, no suele acompañarse de otras manifestaciones que pudieran agudizar o complicar el cuadro de esta enfermedad. Sin embargo, se evidencia una leve tendencia hacia la presentación de fiebre, seguida de otras manifestaciones no especificadas y el dolor.⁷⁶

14. CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos en este estudio de investigación se puede concluir que la infección por escabiosis es frecuente en nuestra comunidad, ya que la mayoría de variables analizadas proveen información concordante con la revisión de la literatura establecida para este.

Aunque por ajuste de diseño del estudio se suprimió la variable concerniente a saneamiento ambiental, no significa que las condiciones descritas en la literatura para reservorio y contagio de la infección no se extrapolen a nuestro medio.

Aun así los resultados obtenidos con este trabajo de investigación concluyen que la infección por escabiosis es más frecuente en los extremos de la vida, es decir menores de 5 años y mayores de 51 años, sin distinción de sexo, de predominio en poblaciones que no cuentan con alguna actividad laboral, los cuales están más expuestos a los factores de riesgo para la infección de escabiosis que se encuentran dentro del hogar. Además, se evidenció un claro predominio de la infección en la zona urbana del municipio de Neiva.

En cuanto a las variables clínico epidemiológicas, se obtuvo que la infección por escabiosis no presentó asociación con los antecedentes familiares o personales de dicha enfermedad; tampoco muestra ninguna relación de aparición de la infección en pacientes que recibieron o no tratamiento previo, independiente del tipo.

La infección tuvo mayor presentación a nivel localizada, tomando como base que la mayoría de los pacientes presentaron evidencia de la infección solamente en brazos, tronco o piernas; los que presentaron la infección de manera generalizada fueron aquellos pacientes que presentaron evidencia de infección en más de 3 regiones anatómicas deferentes.

En el estudio también se ratifica la poca diseminación a nivel sistémica del agente patógeno causante de la escabiosis, por lo tanto su escasa sintomatología asociada.

15. RECOMENDACIONES

Estas deben estar encaminadas a mejorar los sistemas de información y saneamiento, contribuyendo de esta manera a la prevención y por ende a disminuir los índices de aparición en esta patología infecto contagiosa mediante:

- Realización de folletos
- Charlas comunitarias educativas
- Propaganda educativa

Se plantea la idea de que el médico general como gestor de hábitos de vida saludables dentro de la comunidad, se comprometa en la educación de las personas que acuden a la consulta por escabiosis, impartiendo información acerca de cuidados personales y familiares.

BIBLIOGRAFÍA

1. BEHRMAN, RICHAR NELSON. Tratado de pediatría. New york, Mc Graw-Hill interamericana, 16ª edición, 2003. Pág. 735
2. Ibid Pág. 735
3. BOTERO, JAIME. “Enfermedades infecciosas” Editorial CIB. 6ª edición. Medellín, Colombia. 2002. Pág. 420
4. BOTERO, RESTREPO JAIME “Parasitología humana” Medellín, Colombia CIB 4ª edición, 2003. Pág. 238
5. RUEDA FA, Cáceres P. Manejo práctico de la escabiosis en niños. MEDUNAB 2002; 5(14):112-117
6. HARRISON. “Principios de medicina interna”. Editorial Mc Graw-Hill. 14ª edición. Madrid, España. 1998. Tomo I. Pág. 1325
7. Op cit 3 Pág. 421
8. Op cit 4 Pág. 239
9. FALABELLA, Ernesto. “Dermatología” Editorial CIB. 6ª edición. Medellín, Colombia. 2002. Pág. 90
10. Op cit 4 Pág. 239
11. Op cit 6 Pág. 1325
12. Op cit 9 Pág. 90
13. Op cit 4 Pág. 421
14. Op cit 9 Pág. 91
15. Op cit 3 Pág. 421
16. www.alcaldianeiva.gov.co/inform_gral.htm
17. Ibid
18. Op cit 4 Pág. 240
19. Op cit 5
20. Op cit 3 Pág. 421
21. Op cit 4 Pág. 241
22. Op cit 9 Pág. 91
23. ROBBINS, Cotran, Kumar y Collins. “patología estructural y funcional de Robbins”. Editorial Mc Graw-Hill. 10 ediciones. Madrid, España. 2000. Pág. 852
24. BROKSS, Geo. “Microbiología médica de Jawetz” Editorial el manual moderno. 16ª edición. Ciudad de México, México.1999. Pág. 536
25. GARCIA-PATOS, V. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica. Libro escabiosis. 1996. Pág. 153-155
26. Op cit 9 Pág. 91
27. Op cit 3 Pág. 422
28. Op cit 25 Pág. 153
29. Op cit 5
30. Op cit 25 Pág. 153

31. Op cit 1. Pág. 736
32. Op cit 4 Pág. 242
33. Op cit 3 Pág. 422
34. Op cit 9 Pág. 92
35. Op cit 1. Pág. 737
36. VIVIER A. Atlas de dermatología clínica. Madrid, Mosby, 2 ed, tomo IV, 1993:14.1-4.
37. Op cit 25 Pág. 154
38. Op cit 9 Pág. 92
39. Op cit 1. Pág. 737
40. Op cit 33
41. Op cit 3 Pág. 422
42. Op cit 6 Pág. 1326
43. Op cit 1. Pág. 738
44. Op cit 33
45. Op cit 6 Pág. 1326
46. Op cit 23 Pág. 853
47. Op cit 25 Pág. 154
48. Op cit 9 Pág. 92
49. Ibid Pág. 93
50. Op cit 6 Pág. 1327
51. Op cit 5
52. Ibid
53. Ibid
54. Ibid
55. BEST., JOHN W. “Como investigar en educación”. Madrid, Morata S.A. 9ª edición, 1982.
56. Ibid
57. FACUNDO, Angel A. “Ciencia, Tecnología e Investigación”. ICFES Ministerio de Educación de Colombia. Editorial Guadalupe. 1987. Pág. 53-57
58. Ibid
59. TORRES MUÑOZ, Alicia. “Manual de Metodología de la Investigación”. Plazas & Yanes, Editores. Colombia. 1986. Pág. 80
60. Op cit 1. Pág. 737
61. Op cit 6 Pág. 1326
62. Op cit 3 Pág. 421
63. Op cit 4 Pág. 239
64. Op cit 24 Pág. 537
65. Op cit 9 Pág. 91
66. Op cit 5
67. Op cit 3 Pág. 422
68. Op cit 24 Pág. 538
69. Op cit 9 Pág. 92

70. Op cit 1. Pág. 737
71. Op cit 4 Pág. 239
72. Op cit 3 Pág. 422
73. Ibid
74. Op cit 6 Pág. 1325
75. Op cit 9 Pág. 91
76. Op cit 5

ANEXOS

ENCUESTA: ESCABIOSIS EN EL CENTRO DE SALUD DEL 7 DE AGOSTO NEIVA
JUNIO DE 2003 A JULIO DE 2004

1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

Edad:
Sexo:
Nº historia clínica:
Ocupación
Seguridad social
Estrato socioeconómico:
Lugar de procedencia:

2. ASPECTO CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO

Antecedentes de la infección

Alguien ha padecido de escabiosis (sarna, siete luchas, carranchín): Si__ No__

Ha recibido tratamiento? No__ Si__ Cual? Médico__ Tradicional__ Otro__

Presentación Clínica

Tuvo la infección cutánea localizada? No__ Si__ Donde?

Brazos__ Tronco__ Piernas__ Cabeza y cuello__

Tuvo la infección generalizada? Si__ No__

Otro signo o síntoma además del rascado? No__ Si__ Cual?__

Fiebre__ Dolor generalizado__ Dolor de cabeza__ Otro__