

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA



TRABAJO DE GRADO

“FACTORES FARMACOLÓGICOS Y NO FARMACOLÓGICOS QUE INCIDEN EN LA FALLA DE TRATAMIENTO DE ESCABIOSIS EN LOS NIÑOS DE 0-7 AÑOS EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR BÁSICA MORRO GRANDE EN EL MUNICIPIO DE GUAYMANGO DE AHUACHAPÁN EN LOS MESES DE MARZO A AGOSTO DE 2018”

PRESENTADO POR:

ALCIDES ALEJANDRO ARRIOLA TRIGUEROS
KAREN CECILIA CASTANEDA MARTÍNEZ
MARCELA DE LOS ANGELES ARROYO BERNAL

PARA OPTAR AL GRADO DE:
DOCTOR EN MEDICINA

DOCENTE DIRECTOR:
DRA. MARÍA ELENA GARCÍA DE ROJAS

OCTUBRE 2018

SANTA ANA, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES CENTRALES



M. Sc. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO
RECTOR

DR. MANUEL DE JESÚS JOYA ÁBREGO
VICE-RECTOR ACADÉMICO

ING. NELSON BERNABÉ GRANADOS ALVARADO
VICE-RECTOR ADMINISTRATIVO

LICDO. CRISTÓBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ
SECRETARIO GENERAL

M. Sc. CLAUDIA MARÍA MELGAR DE ZAMBRANA
DEFENSORA DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS

LICDO. RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARÍN
FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
AUTORIDADES



M. Sc. RAÚL ERNESTO AZCÚNAGA LÓPEZ
DECANO

M. Ed. ROBERTO CARLOS SIGÜENZA
VICE-DECANO

M. Sc. DAVID ALFONSO MATA ALDANA
SECRETARIO

DR. NELSON EMILIO MONTES REYES
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

DEDICATORIA

Con el más sincero afecto a todas las personas que son parte de mi vida y que han estado en el transcurso de toda mi carrera, con cariño agradezco a:

A DIOS:

Por conducirme e iluminar mi mente a lo largo de mi carrera y darme la sabiduría y fortaleza para lograr la meta propuesta ya que sin su ayuda no lo hubiese logrado.

A MIS PADRES:

Alcides Alejandro Arriola Hernández y Sonia Isabel Trigueros de Arriola; por su apoyo moral y económico incondicionalmente en todo este recorrido lleno de sacrificios y tropiezos no fue fácil, y por el sacrificio que hicieron para que yo pudiera lograr este triunfo, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

A MI HERMANO:

Diego Gerardo Arriola Trigueros, por apoyarme en los momentos de alegría y tristezas, y por regalarme su cariño.

A MI FAMILIA:

Por sus consejos, su apoyo y su cariño. Es un privilegio ser parte de esta gran familia.

A MIS COMPAÑEROS DE TESIS:

Marcela de los Angeles Arroyo y Karen Cecilia Castaneda, son mis amigas de muchos años, por brindarme su amistad y apoyo en estos años y por haberme permitido trabajar con ellas en esta investigación.

A NUESTRA ASESORA DE TESIS:

Dra. María Elena García de Rojas por la ayuda, paciencia, y amabilidad brindada para la elaboración del presente Trabajo de Graduación.

Alcides Alejandro Arriola Trigueros

DEDICATORIA

A MIS COMPAÑEROS DE TESIS:

Dedico esta tesis a mis amigos Marcela y Alcides quienes fueron gran apoyo no solo durante la elaboración de la tesis, sino que durante la carrera

A MIS PADRES:

Julio Enrique Castaneda Valencia y Cecilia Isabel Martínez de Castaneda por al apoyo y el aliento que me han brindado toda la vida y que han sido fuente de inspiración para la finalización de esta tesis.

A MI NOVIO,

Francisco Zaldívar, quien me apoyo y alentó a continuar cuando parecía que me iba a rendir.

A MI FAMILIA:

Por sus consejos, su apoyo y su cariño. Es un privilegio ser parte de esta gran familia.

A MIS MAESTROS,

Quienes nunca desistieron de enseñarme, por su paciencia y su esperanza en mi

A NUESTRA ASESORA DE TESIS:

Dra. María Elena García de Rojas por su paciencia, persistencia y empatía para apoyarnos durante la elaboración del nuestro trabajo de grado.

Karen Cecilia Castaneda Martínez

DEDICATORIA

AL CREADOR

Por estar presente en cada paso de mi vida, caminar conmigo de la mano siempre, brindarme sabiduría, y no permitir dar un paso atrás.

A MIS COMPAÑEROS DE TESIS:

Alcides Alejandro Arriola y Karen Castaneda Martínez, por ser mis amigos de muchos años, haberme permitido trabajar juntos en esta investigación y dejarme ser parte de sus vidas.

A MIS PADRES:

José Elías Arroyo y Flor Zenayda Bernal de Arroyo por ser un pilar fundamental en mi vida, mi ejemplo a seguir, por brindarme todo su apoyo incondicional y darme fuerzas siempre que lo necesité.

A MI HIJA:

Sophie Andrea Rivas Arroyo, por ser mi pequeño angelito que me da fuerzas para seguir adelante día con día y llenar de alegría mi vida. Que Dios me preste vida para un día leer su dedicatoria de tesis

A MI PAREJA:

Jorge Alfredo Rivas por estar a lo largo de mi carrera brindándome su apoyo y amor.

A MI FAMILIA:

Por siempre estar conmigo, brindarme consejos, y mucho cariño

A NUESTRA ASESORA DE TESIS:

Dra. María Elena García de Rojas por su vocación, cariño, paciencia y ser nuestra guía a lo largo de nuestro trabajo de grado.

Marcela de los Angeles Arroyo Bernal

INTRODUCCIÓN

La escabiosis es una enfermedad conocida desde hace muchos años en sus caracteres clínicos y su agente etiológico ha sido individualizado desde el pasado. “Aristóteles conocía la existencia de parásitos en la piel”¹; Además es importante mencionar que ha recibido numerosas denominaciones a lo largo de la historia:” picor de campo, picor de Michigan, picor de la armada, picor de la tienda de campaña”².

La Escabiosis es una afección cutánea que afecta frecuentemente al ser humano. No es una patología de carácter mortal, pero representa un problema de salud y saneamiento de la población.” La escabiosis o anteriormente llamada sarna humana es una infestación por el ácaro *Sarcoptes scabiei var. Hominis*. Se trata de una ectoparasitosis relativamente frecuente que se contagia por contacto directo de piel con piel y, a veces, a través de fómites (sábanas, toallas y ropas)”³.

Observada actualmente en las diversas esferas sociales, es indudable que en las clases económicamente menos favorecidas es donde causa más estragos debido a las complicaciones que interrumpen su curso habitualmente benigno, con lo cual el problema adquiere trascendencia económico-social. Es evidente que el aumento de la incidencia, es atribuido principalmente al producto del alto índice de pobreza en nuestro medio, que tiene como consecuencias el hacinamiento, malas condiciones higiénicas y patrones socioculturales que afectan de manera negativa y contribuyen a padecer aún más dicha patología y a facilitar su propagación¹

La falta de educación popular y “la deplorable tendencia en terapéutica dermatológica a prescribir medicamentos potentes incluyendo corticoides sistémicos antes de hacer un diagnóstico definitivo”. Produce falla en el tratamiento de la escabiosis, y eso trae consigo incremento en las recaídas. Lo que determina que dicha enfermedad contraiga recidivas en el mismo paciente y personas que se encuentren en íntimo contacto, por lo que constituye un problema importante de salud pública. Si bien el paciente mismo cumplió estrictamente el tratamiento, existen personas en su medio domiciliario adoleciendo del mismo problema y sobreviniendo así la reinfección. Algunos autores insisten en que deben ser tratadas al mismo tiempo todas las personas que conviven con el paciente, presenten o no lesiones activas al momento del examen.

Esta patología debe considerarse no como una enfermedad aislada, sino como una interrelación entre el individuo y el medio ambiente, además el estudio se realizará para que pueda servir de base para nuevos estudios que se deseen realizar, contribuyendo con ello a disminuir la prevalencia de Escabiosis en el

área, así como la falla en el tratamiento de dicha enfermedad. En El Salvador en décadas anteriores no se daba mucha importancia a la documentación de este tipo de afecciones de la piel y no se incluía en los registros epidemiológicos existentes en las Unidades de Salud; en la actualidad se registra en los reportes epidemiológicos semanales, tomando en cuenta que prevalece en diferentes zonas del país, tal es el caso del municipio de Guaymango, en las cuales se reportan un número significativo de casos. Este trabajo se aborda, debido a que se conoce poco acerca de la escabiosis en El Salvador y en ausencia de dicho estudio a nivel institucional, sumado a la prevalencia según registros diarios de consulta; a la vez que se encuentra una elevada incidencia en la falla del tratamiento, debido al incumplimiento en el tratamiento farmacológico, así como también a los hábitos higiénicos.

RESUMEN

La presente investigación, tuvo como **objetivo** establecer factores farmacológicos y no farmacológicos que inciden en la falla de tratamiento de escabiosis en niños de 0-7 años en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica Morro Grande, en el municipio de Guaymango de Ahuachapán en los meses de marzo a agosto de 2018. La **metodología**: el estudio fue de tipo transversal, descriptivo y cuali-cuantitativo. El muestreo se realizó en 32 usuarios que consultaron por lesiones dermatológicas sugestivas a Escabiosis en el período de estudio de marzo a agosto de 2018 y que cumpla con los criterios de inclusión; para la recolección de la información se utilizó la cedula de entrevista compuesta por 14 preguntas semiestructuradas, y la revisión de expedientes, compuesta por 9 ítems. **Resultado**: los factores que inciden en la falla del tratamiento son los no farmacológicos, puesto que la población, pese a que, si cumple la indicación en la aplicación del medicamento, no cumple las medidas higiénicas recomendadas. El grupo etario más afectado son los menores de un año y los niños de 4 años en igual proporción. **Conclusión**: Se acepto la hipótesis nula: Los grupos familiares de los niños infestados de 0-7 años que pertenecen a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica Morro Grande, en el municipio de Guaymango, de Ahuachapán, en los meses de marzo a agosto de 2018, no realizan las prácticas de higiene y prevención recomendadas para la eliminación de la escabiosis.

ÍNDICE	
INTRODUCCIÓN	vii
RESUMEN.....	ix
CAPÍTULO 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.1 ANTECEDENTES	15
1.2 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	17
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	18
1.4 ENUNCIADO DEL PROBLEMA.....	19
1.5 OBJETIVOS	20
1.5.1 OBJETIVO GENERAL.....	20
1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
1.6 ALCANCES	21
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO.....	22
2.1 HISTORIA.....	23
2.2 CONCEPTO:.....	24
2.3 ETIOPATOGENIA:	24
2.3.1 Mecanismos de transmisión:	25
2.4 EPIDEMIOLOGÍA:	25
2.5 CLASIFICACIÓN:.....	26
2.5.1 ESCABIOSIS CLÁSICA	26
2.5.2 ESCABIOSIS NODULAR:.....	26
2.5.3 ESCABIOSIS NORUEGA:	26
2.6 DIAGNÓSTICO.....	27
2.7 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	29
2.8 TRATAMIENTO	29
2.8.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	29
2.8.2 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO:	33
CAPÍTULO 3: SISTEMA DE HIPÓTESIS	35
3.1 HIPÓTESIS DE TRABAJO	36
3.2 HIPÓTESIS NULA.....	36
CAPÍTULO 4: DISEÑO METODOLÓGICO.....	37
4.1 TIPO DE ESTUDIO.....	38
4.2 POBLACIÓN:	38

4.3 CRITERIOS PARA DETERMINAR LA POBLACIÓN	38
4.4 UNIDAD DE ANÁLISIS.....	39
4.5 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:	39
4.6 INSTRUMENTOS:.....	39
4.7 MATERIAL Y EQUIPO	40
4.8 VARIABLES Y OPERACIONALIZACION DE LAS HIPÓTESIS	40
CAPÍTULO 5: DESARROLLO.....	44
5.1 PLANIFICACIÓN	45
5.2 EJECUCIÓN:.....	45
5.3 PLAN DE ANALISIS.....	45
5.4 RIESGOS Y BENEFICIOS.....	46
5.5 CONSIDERACIONES ETICAS	46
CAPÍTULO 6: RESULTADOS.....	47
6.1 RESULTADOS.....	48
6.2 PRUEBA DE HIPÓTESIS	70
6.3 CONCLUSIONES:.....	72
6.4 RECOMENDACIONES.....	73
7. BIBLIOGRAFÍA	74
8. ANEXOS	77

ÍNDICE DE TABLAS:

Tabla 1: DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO	49
Tabla 2. NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LOS RESPONSABLES DE LOS NIÑOS	50
Tabla 3. TIPO DE ESCABIOSIS QUE PRESENTARON LOS NIÑOS DE 0 7 AÑOS ...	51
Tabla 4. RESPONSABLES QUE CONOCEN QUE ES LA ESCABIOSIS	52
Tabla 5. CÓMO DESCRIBEN LAS LESIONES LOS RESPONSABLES	53
Tabla 6. MANIFESTACIONES QUE PRESENTARON.....	54
Tabla 7. EXISTE REGISTRO PREVIO DE DIAGNÓSTICO DE ESCABIOSIS	55
Tabla 8. CUÁNTAS VECES HA RECIDIVADO LA ESCABIOSIS	56
Tabla 9. EXISTE COMORBILIDAD	57
Tabla 10. CUÁLES COMORBILIDADES EXISTEN	57
Tabla 11. QUÉ ESCABICIDA SE HA INDICADO	58
Tabla 12. RESPONSABLES DE LOS NIÑOS DE 0 7 AÑOS QUE PRESENTARON ESCABIOSIS	59
Tabla 13. SE HA INDICADO TRATAMIENTO PARA EL MANEJO DEL PRURITO.....	60
Tabla 14. SE HA INDICADO OTRO MEDICAMENTO ADEMÁS DEL TRATAMIENTO PARA EL PRURITO.....	61
Tabla 15. QUE OTRO MEDICAMENTO SE INDICÓ	61
Tabla 16. TIEMPO DE APLICACIÓN DEL MEDICAMENTO.....	62
Tabla 17. SITIOS EN QUE APLICARON EL MEDICAMENTO	63
Tabla 18. EXISTEN MIEMBROS DE LA FAMILIA CON ESCABIOSIS	64
Tabla 19. QUÉ MIEMBROS DE LA FAMILIA PRESENTARON ESCABIOSIS	64
Tabla 20. FAMILIARES QUE TAMBIÉN PRESENTARON LA ENFERMEDAD Y APLICARON TRATAMIENTO.....	65
Tabla 21. RESPONSABLES QUE RECIBIERON CONSEJERÍA DURANTE LA CONSULTA.....	66
Tabla 22. RESPONSABLES QUE SIGUIERON MEDIDAS HIGIÉNICAS RECOMENDADAS	67
Tabla 23. COMPARACIÓN ENTRE MEDIDAS HIGIÉNICAS RECOMENDADAS EN LA CONSULTA Y MEDIDAS HIGIÉNICAS REALIZADAS POR LOS RESPONSABLES	68

ÍNDICE DE GRÁFICAS

GRÁFICA 1. DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO	49
GRÁFICA 2. NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LOS RESPONSABLES	50
GRÁFICA 3. TIPO DE ESCABIOSIS QUE PRESENTARON LOS NIÑOS DE 0 7 AÑOS	51
GRÁFICA 4. RESPONSABLES QUE CONOCEN QUE ES LA ESCABIOSIS	52
GRÁFICA 5. CÓMO DESCRIBEN LAS LESIONES LOS RESPONSABLES DE LOS NIÑOS.....	53
GRÁFICA 6. MANIFESTACIONES CLÍNICAS QUE PRESENTARON	54
GRÁFICA 7. REGISTRO PREVIO DE DIAGNÓSTICO DE ESCABIOSIS.....	55
GRÁFICA 8. CUÁNTAS VECES HA RECIDIVADO LA ESCABIOSIS.....	56
GRÁFICA 9. EXISTE COMORBILIDAD Y CUÁLES SON.....	57
GRÁFICA 10. QUÉ ESCABICIDA SE HA INDICADO	58
GRÁFICA 11. RESPONSABLES DE LOS NIÑOS DE 0 7 AÑOS QUE PRESENTARON ESCABIOSIS	59
GRÁFICA 12. SE HA INDICADO TRATAMIENTO PARA EL MANEJO DEL PRURITO	60
GRÁFICA 13. SE HAN INDICADO OTROS MEDICAMENTO Y CUÁLES	61
GRÁFICA 14. TIEMPO DE APLICACIÓN DEL MEDICAMENTO	62
GRÁFICA 15. SITIOS EN QUE APLICARON EL MEDICAMENTO	63
GRÁFICA 16. EXISTEN MIEMBROS DE LA FAMILIA CON ESCABIOSIS Y QUIENES DE ELLOS.....	64
GRÁFICA 17. FAMILIARES QUE PRESENTARON LA ENFERMEDAD TAMBIÉN APLICARON TRATAMIENTO.....	65
GRÁFICA 18. RESPONSABLES QUE RECIBIERON CONSEJERÍA DURANTE LA CONSULTA.....	66
GRÁFICA 19. RESPONSABLES QUE SIGUIERON MEDIDAS HIGIÉNICAS RECOMENDADAS	67
GRÁFICA 20. COMPARACIÓN ENTRE MEDIDAS HIGIÉNICAS RECOMENDADAS EN LA CONSULTA Y MEDIDAS HIGIÉNICAS REALIZADAS POR LOS RESPONSABLES	68

CAPÍTULO 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 ANTECEDENTES

La incidencia de la Escabiosis presenta fluctuaciones cíclicas en todo el mundo. En la década de 1960 la incidencia en Europa y América del Norte comenzó a aumentar y en 1980 había alcanzado niveles cercanos a la pandemia. Desde entonces su incidencia se ha reducido pero la enfermedad sigue siendo común. Es una enfermedad de distribución mundial. La prevalencia real se desconoce, pero se sabe que está aumentando desde 1977, se estima una prevalencia global de 300 millones de afectados en todo el mundo. Circunstancias como la pobreza, el hacinamiento, y las malas condiciones higiénicas son factores de riesgo. La incidencia y la prevalencia de esta infestación aumentan claramente si aparecen estos factores de riesgo.⁴

En México, a través de un boletín epidemiológico emitido por el sistema nacional de salud en septiembre de 1993, se reporta una incidencia de escabiosis de 244.4 por cada 100,000 habitantes, con un total de 216,819 casos durante el año de 1992, siendo considerada la tercera causa más común en incidencia de enfermedades transmisibles en los Estados Unidos Mexicanos en dicho año, siendo superada sólo por Infecciones respiratorias agudas en primer lugar y las Infecciones intestinales mal definidas en segundo.⁵ Afortunadamente la tendencia en el país es descendente, en el año 2000 presentó 87,155 casos y en el 2009 registró 59,542 con una incidencia de 55 enfermos por 100 mil habitantes.⁶

En Chile, estudios realizados en 1975 y 1981 demostraron una prevalencia en la ciudad de Santiago de 5.0% y 3.0%, respectivamente. Estudios efectuados entre 1981 y 1987 en escolares de procedencia suburbana y rural del país de Chile, demostraron una prevalencia de 24%, con mayor predominio en el sexo femenino. En 1990, un estudio de adultos internados en un Hospital psiquiátrico de Putaendo, Chile demostró un 7.2%.⁷

Según el informe anual de epidemiología (EPI 15) en Venezuela, en el 2001 un 31.4 % de los pacientes en edades pediátricas se infestaron con el *Sarcoptes scabiei*, mientras que en el año 2002 aumentó la morbilidad en un 10 % de esta enfermedad con respecto al año anterior. En el 2004 la escabiosis se encontraba entre las primeras 24 causas de consultas ambulatorias con 223 516 casos infestados por el *Sarcoptes scabiei* según reportes del Instituto Nacional de Estadística Venezolano (INE).⁸

En Estados Unidos la Escabiosis presentó variaciones en su incidencia: de 5.4% en 1945, 0.0% en 1955, 1.0% 1960, 3.6% en 1979, con una reducción en los años posteriores. En 1971 Hernández-Pérez publicó un estudio sobre la revisión de expedientes pertenecientes a 332 casos nuevos de escabiosis observados durante un período de 5 años (enero de 1966 a diciembre de 1970) en el Servicio

de Dermatología del Hospital Rosales. Del total de casos estudiados, 220 (66.27%) procedieron del Departamento de San Salvador. 146 (43.98%) se dedicaron a oficios domésticos y 64 (19.28%) fueron estudiantes. Por sexos, 175 casos (52.71%) correspondieron al femenino y 157 (47.29%) al masculino. Por edades, el grupo más afectado fue aquél entre los 12 y los 21 años (40.66%); le siguió el de los 22 a 31 años (22.89%); la mayor frecuencia fue claramente observada en aquellos grupos llamados sexualmente más activos, hecho que ya ha sido bien documentado. Comparando los casos nuevos de escabiosis por año con los totales de pacientes que consultaron por primera vez durante ese mismo lapso, se obtuvieron cifras muy significativas con respecto al aumento de esta parasitosis. Porcentualmente el aumento fue de 1.96% en 1966 a 4.90% en 1970. Esto indica que el aumento equivalió al 150% en el número de primeras consultas por esta enfermedad. Vale la pena puntualizar, como ya se señaló al principio, que el aumento de la frecuencia de la escabiosis es un fenómeno de observación mundial.¹

En El Salvador un estudio realizado en Mercedes Umaña y Estanzuelas, en el año 2002 reveló que el grupo más afectado fue el comprendido entre las edades de 5 a 39 años, predominando el sexo femenino con una relación de más o menos 1:2, siendo el área geográfica más afectada la rural.⁹

Según datos estadísticos del Ministerio de Salud, en El Salvador para el año 2017 se presentaron 4623 casos, posicionando como la afección más frecuente en enfermedades parasitarias de la piel en diagnósticos principales y secundarios.¹⁰

1.2 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La Escabiosis es una afección cutánea que afecta frecuentemente al ser humano y representa un problema de salud y saneamiento de la población, en personas no tratadas puede persistir durante meses o años y ocasionar complicaciones dermatológicas severas.

Es evidente que el aumento de la incidencia, se ha atribuido principalmente al producto del alto índice de pobreza en El Salvador, que tiene como consecuencias el hacinamiento, malas condiciones higiénicas y patrones socioculturales que afectan de manera negativa y contribuyen a padecer aún más dicha patología y a facilitar su propagación, lo que determina que dicha enfermedad contraiga recidivas en el mismo paciente y personas que se encuentren en íntimo contacto, por lo que constituye un problema importante de salud pública.

“La infección bacteriana secundaria es una complicación frecuente en casos de Escabiosis, en las familias o grupos con dificultades para mantener una buena higiene especialmente en los climas tropicales y cálidos. En muchos casos, los niños son llevados a la clínica debido a las lesiones cutáneas infectadas con bacterias ("piodermatitis") más bien que por la Escabiosis en sí. Y en la mayoría de casos los pacientes especialmente niños ya han sido tratados en una primera ocasión con escabiosis, pero en su respectivo control llegan en peor condición y esto se debe que los cuidadores del paciente no han llevado al pie de la letra el tratamiento médico, así como las medidas generales que tienen que realizar para evitar la diseminación de la enfermedad. Aunque el tratamiento de las infecciones bacterianas a veces ofrece alivio, la recurrencia casi puede garantizarse si la infestación primaria de la Escabiosis no se reconoce y trata.”¹¹

En la Unidad Comunitaria de Salud familiar Básica de Morro Grande esta enfermedad es una causa frecuente de consulta por los usuarios, especialmente los niños; es por eso que se vuelve importante realizar la investigación ya que sus condiciones climáticas, así como socioeconómicas y culturales, favorecen a que se desarrolle dicha enfermedad en la comunidad.

1.3 JUSTIFICACIÓN

La escabiosis es una enfermedad de importancia clínica y epidemiológica. Eligiendo esta problemática por ser “una patología fácilmente transmisible, familiar y un motivo frecuente de consulta”¹²

Se ha observado en el primer nivel de atención que en niños menores de 7 años esta patología persiste pese al tratamiento farmacológico y medidas no farmacológicas brindadas de manera oportuna a las madres o familiares de los pacientes tras la primera consulta, generando así nueva o nuevas visitas médicas, mayor inversión en recursos del estado, pero sobre todo incomodidad a la familia y al paciente en cuestión, pudiendo causar un mayor problema epidemiológico con la transmisión hacia más familiares, además de complicación de las lesiones ya existentes e incomodidad (prurito) con la que esta patología se caracteriza. La escabiosis es una enfermedad que ha presentado poca vigilancia epidemiológica, y en pocas ocasiones ha sido objeto investigación, habiéndose realizado solamente dos estudios a nivel nacional.¹ Cabe mencionar que ninguno de ellos en relación a la falla del tratamiento, ya sea este farmacológico o no farmacológico.

“En nuestro país se ha dado mayor énfasis y ha sido mayormente conocida en privados de libertad por el grado de hacinamiento”¹³. Pero poca importancia se ha evidenciado en edades pediátricas.

Diversos factores pueden influir en la falla del tratamiento: desde un mal diagnóstico clínico debido a la facilidad de ser confundido con otras patologías dermatológicas; “Como en el caso de las lesiones vesículo-pustulosas en niños pequeños pueden confundirse con foliculitis”¹⁴, hasta un inadecuado tratamiento farmacológico o falta de apego y claridad en las indicaciones médicas.

1.4 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

De la problemática antes descrita se deriva el problema de investigación que se enuncia de la siguiente manera:

¿Cuáles son los factores farmacológicos y no farmacológicos que inciden en la falla del tratamiento de escabiosis en niños de 0-7 años en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica Morro Grande, en el municipio de Guaymango, de Ahuachapán en los meses de marzo a agosto de 2018?

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores farmacológicos y no farmacológicos que inciden en la falla de tratamiento de escabiosis en niños de 0-7 años en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica Morro Grande, en el municipio de Guaymango, de Ahuachapán en los meses de marzo a agosto de 2018.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la prevalencia de recidivas de escabiosis en los niños de 0-7 años en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica Morro Grande, en el municipio de Guaymango, de Ahuachapán en los meses de marzo a agosto de 2018.
2. Investigar las prácticas de higiene y prevención de la escabiosis en los grupos familiares de niños infectados de 0-7 años en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica Morro Grande, en el municipio de Guaymango, de Ahuachapán en los meses de marzo a agosto de 2018.
3. Analizar el método de aplicación del medicamento para el tratamiento de la escabiosis en niños de 0-7 años en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar básica Morro Grande, en el municipio de Guaymango, del de Ahuachapán en los meses de marzo a agosto de 2018.

1.6 ALCANCES

- Este estudio permitió investigar las causas determinantes que dan lugar a las recidivas pese al tratamiento para escabiosis en los usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Morro Grande.
- Se determinó el porcentaje de individuos de la zona que presentan recidivas al tratamiento y manejo.
- Se identificaron las características propias de los individuos en cuanto a comportamientos de higiene que permiten la reincidencia de escabiosis
- Se dio a conocer a la población de estudio el mecanismo de transmisión de la enfermedad, así como la importancia de tratar a los miembros que conviven.
- Se investigó si las madres de los pacientes comprenden las instrucciones sobre medidas higiénicas y aplicación de medicamento.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1 HISTORIA

La Escabiosis, el término tiene una etimología no muy clara; los griegos la llamaron “psora” (de pso, yo froto); los latinos scabies (de scabere, rascar), mismo término utilizado por los anglosajones; los alemanes le llamaron Krätze; los franceses, “gale”. También se le ha llamado “la comezón de los siete años”, por su aparición clínica. La escabiosis, es una enfermedad conocida desde hace muchos años en sus caracteres clínicos y su agente etiológico ha sido individualizado desde el pasado. El ácaro causante aparentemente fue bien conocido por Aristóteles, siendo descrito ya desde el siglo XI con bastante propiedad. A través de la historia hay datos de reportes sobre la Escabiosis y así la menciona en un manuscrito árabe el médico Abu el Hasan Ahmed el Tabari, en el año 970 en Tabaristán. En la Edad Media, las mujeres no participaban en la práctica médica fuera del hogar, sin embargo, se hace alusión, a quien probablemente fue la primera mujer en contacto con la dermatología en el siglo XII, Santa Hildegard Von Bingen (Baviera), que hizo descripciones acerca de la Escabiosis. En el mismo siglo, el médico árabe sevillano Avenzoar (1092-1161), habla de la Escabiosis en su libro Taisir; atribuye la enfermedad a alteraciones humorales, pero hace referencia a la salida de un animalillo de la piel de los pacientes afectados. En 1687, Cosimo Giovanni Bonomo, escribió un tratado sobre la escabiosis donde describe de forma muy aceptable sobre la enfermedad y el agente patógeno haciendo una descripción del *Sarcoptes scabiei* var *hominis* y menciona que el parásito excavaba túneles, se arrastraba bajo la piel, depositaba huevos y persistía por 2 o 3 días en la ropa, se equivocó en el número de patas, afirmando que tenía solamente seis, y también en el sitio donde se debe buscar el ácaro, al indicar que se encuentra en las vesículas o pústulas. Gaspar Casal, en su “Historia natural y médica de Asturias”, en 1792, dio al ácaro el nombre de arador, por su propiedad de excavar. De acuerdo a Casal, los nativos españoles estaban familiarizados con la extracción del ácaro mediante agujas.¹

Pero pasaron 19 siglos hasta que Hildegard lo descubrió. En 1786, Wichmann de Hannover establece la doctrina de la naturaleza acariana de la escabiosis con una perfecta precisión en una memoria en la que hoy día no habría nada que refutar. A partir de este momento, la historia de la escabiosis, es poco completa, se conoce el parásito, se sabe dónde se encuentra, su rol mórbido es bien definido y, sin embargo, durante medio siglo todavía los dermatólogos negaban la existencia del ácaro o lo consideraban como accidental, atribuyendo la escabiosis a causas tumorales. Fue Renucci, estudiante corso que hacía su carrera médica en París, quien, según le habían enseñado las mujeres de su lugar de origen, al extraer de un surco y mostrar un ácaro a su profesor Alibert, comenzó a difundir la naturaleza parasitaria del proceso (Borda, 1955). En 1835,

Renucci publicó en París su “These inaugurale sur la découverte de L’insecte qui produit du prurigo et du phlyzacia”. Posteriormente fue estudiada en detalle la anatomía interna y externa del ácaro, así como su ciclo biológico y en 1802 Latreille sugirió el término *Sarcoptes scabiei* para la especie del parásito causal. Continuaron los estudios sobre la escabiosis y el ácaro; en 1844 Ferdinand von Hebra en su obra *Ubre die Krätze*, llegó a la conclusión de que todo aquel en cuya piel se asienta el ácaro se contagia de escabiosis, y que el cuadro desaparece cuando se destruyen el ácaro y los huevos.¹⁵

2.2 CONCEPTO:

La escabiosis es una infestación producida por el ácaro *Sarcoptes scabiei* var. *Hominis*. Se trata de una ectoparasitosis relativamente frecuente que se contagia por contacto directo de piel con piel y, a veces, a través de fómites (sábanas, toallas y ropas). En algunos casos se puede adquirir por contacto con animales infestados, sobre todo perros (*S. scabiei* var. *canis*).³

Es una enfermedad que se presenta de manera cíclica, originando pequeñas o grandes epidemias, se dice que suele aparecer cada 10 a 12 años y sin razón aparente declina y casi desaparece otros tantos años, debido a su alta transmisibilidad se considera un padecimiento familiar, de asilos, escuelas, cárceles y cuarteles militares, y ha llegado a afectar hasta 90% de la población de pequeños pueblos.⁴

2.3 ETIOPATOGENIA:

Como anteriormente se menciona el agente causante es el *Sarcoptes scabiei* variedad *hominis* pertenece a la sub-familia de los sarcoptíneos, integrantes del grupo de los acaríneos.¹ 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.⁶ Además rara vez se ha encontrado, ya que es parásito del perro y vive poco tiempo en la piel humana.⁴

El ácaro hembra, causante de los síntomas mide 400 micras y tiene cuatro pares de patas y cuerpo redondeado.⁶ El rostro cónico está formado por 2 mandíbulas, 2 maxilares con sus palpos correspondientes en el labio inferior y 2 mejillas; faltan los órganos visuales. La respiración es cutánea, como en todos los sarcoptídeos y requieren oxígeno del aire para subsistir. Este detalle, aparentemente pueril, es de la mayor importancia para explicar ciertas formas clínicas y fundar métodos terapéuticos.¹

Luego de la infestación la hembra excava túneles hacia el estrato córneo de la epidermis en donde deposita dos a tres huevos por día.⁶ La cual no puede salir del túnel creado debido a que en su cuerpo tiene espículas que le impiden dar marcha atrás.⁴ 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.⁶

El ciclo dura unos 14 días, un paciente por lo regular no tiene en su cuerpo más de 10 parásitos y, sin embargo, el número de lesiones dermatológicas es muy grande. Esto se debe a que la agresión del parásito no es sólo por su presencia, sino por la hipersensibilidad que originan sus productos de desecho; así que es válido considerar a la escabiosis como una enfermedad parasitaria y reaccional a la vez. Sólo en la clase noruega existen miles de parásitos, ya que el estado del paciente permite su intensa reproducción. El prurito, por tanto, es resultado más de la hipersensibilidad al parásito que de éste mismo.⁴

2.3.1 Mecanismos de transmisión:

La transmisión se hace de una persona a otra, de piel , por contacto sexual (se decía que la escabiosis era más venérea que la sífilis) y por fómites: ropa de camas, toallas, ropa del paciente, ya que se sabe que las larvas pueden permanecer vivas unas 30 horas fuera del organismo, por lo que acostarse en una cama donde ha dormido un enfermo dentro de ese lapso o usar su ropa, puede ser motivo de adquirir escabiosis sin contacto con ninguna otra persona.⁴ 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.⁶ La promiscuidad y el desaseo favorecen la transmisión.⁴

2.4 EPIDEMIOLOGÍA:

En los últimos años diferentes autores se han ocupado del problema que representa el aumento observado en la frecuencia de esta parasitosis cosmopolita (Alexander, 1967; Borelli, 1970; Lyell, 1967; Shrank y Alexander, 1967); este fenómeno, de observación mundial, lo mismo ha incidido en los pacientes que asisten a los grandes hospitales como entre aquéllos que son atendidos en los consultorios privados. En 1968 Shrank y Alexander comunicaron que su frecuencia se había triplicado en el St. John's Hospital para enfermedades de la piel de Londres en el curso de tres años, constituyendo un 2.9%. Estos mismos autores señalaron que las epidemias de escabiosis ocurren en ciclos de 30 años, existiendo un espacio de 15 años entre el final de una epidemia y el inicio de la siguiente; éstas usualmente duran cerca de 15 años. Si aceptamos que la actual epidemia comenzó en la mayor parte del mundo en 1967, ésta debió acabar hacia 1979 (Orkin, 1971). Con todo, la enfermedad tal como la vemos a nivel mundial (y particularmente en El Salvador) no ha dado señales de conocer esta hipótesis y continúa en franco avance a lo largo de los años.¹

En el año 2017 Durante una jornada médica realizada en las bartolinas policiales de la ciudad de La Unión, el personal de la unidad comunitaria de salud del sector La Playa detectó que la principal enfermedad que sigue afectando a la población

reclusa es la escabiosis.⁵ “Pero en general afecta a personas de todas las clases sociales, de cualquier edad y sexo.”⁴

Entre las causas citadas para tal aumento se han mencionado la promiscuidad, la falta de sospecha clínica (el diagnóstico por los médicos no dermatólogos fue sospechado en menos del 50% de los casos), mecanismos inmunitarios, la falta de educación popular y “la deplorable tendencia en terapéutica dermatológica a prescribir medicamentos potentes incluyendo corticoides sistémicos antes de hacer un diagnóstico definitivo” (Shrank y Alexander, 1967).

Como decía el autor Orkin¹ la incrementada frecuencia de los viajes y las condiciones ecológicas juegan un papel definitivamente importante. Sin embargo, este mismo autor agrega que cada vez hay mayor información sugiriendo que los factores inmunológicos son los más importantes, siendo la hipersensibilidad retardada el factor primordial.

2.5 CLASIFICACIÓN:

2.5.1 ESCABIOSIS CLÁSICA

Aunque el descrito es el cuadro típico, hay variantes que conviene puntualizar: desde aquéllas en individuos descuidados con pobres hábitos higiénicos – escabiosis extensa donde predomina la piodermatitis secundaria-- hasta las formas mínimas (“sarnas de consultorios privados”), con sólo 3 a 4 pápulas excoriadas y escasa o nula impetiginización. De acuerdo a Orkin (1975) la escabiosis clásica es vista cada vez con menor frecuencia.¹

2.5.2 ESCABIOSIS NODULAR:

Nódulos escabióticos persistentes, ocurriendo en alrededor del 7% de los pacientes con escabiosis, existen nódulos pruriginosos y violáceos en partes del cuerpo generalmente cubiertas por las ropas (más frecuentemente en genitales masculinos, ingle y axilas); los nódulos persisten largo tiempo (a veces más de un año) a pesar de la terapia antiinflamatoria y antiescabiótica; histológicamente se ven como granulomas predominantemente histiocitarios, pero a veces pueden simular linfomas o picaduras de artrópodos. De ellos no es posible recuperar el parásito.¹

2.5.3 ESCABIOSIS NORUEGA:

Es una variedad descrita en Noruega en Pacientes con Lepra⁴. Predominan las escamo costras extensas, gruesas y poli estratificadas, “en coraza”, sobre superficies húmedas y secretantes. Aquí los Parásitos son extremadamente numerosos y fáciles de demostrar, las lesiones no respetan las líneas de Hebra

y predominan en ella escamas, las costras melicéricas y la hiperqueratosis, hay distrofia ungueal y en cambio el prurito es mínimo a pesar de lo aparatosos del cuadro⁴.

Aparentemente tal modalidad estaría determinada por déficit inmunitario y se la ha visto asociada a estados caquectizantes, SIDA, leucemias, linfomas y cánceres viscerales avanzados; no es rara en instituciones para enfermos mentales. Se ha visto relacionada con cardiopatías reumáticas o congénitas graves¹ como el Síndrome de Down, de Silver Rousell, Turner, atraso mental, etc.⁴

Si bien lo habitual es que existan entre 10 y 20 hembras adultas en un paciente infestado, en la escabiosis noruega pueden existir miles, siendo extremadamente contagiosa.³

La presencia de lesiones exudativas y costrosas es debida a la impetiginización por *Staphylococcus aureus* y, con menor frecuencia, por *Streptococcus pyogenes*.³

2.6 DIAGNÓSTICO

- CLÍNICO:

El síntoma fundamental es el prurito de predominio nocturno que suele afectar a varios miembros de una familia o comunidad cerrada. Inicialmente es localizado y en pocos días se generaliza. Probablemente se debe a una sensibilización a antígenos del ácaro. En lactantes menores de 2 ó 3 meses, el prurito puede estar ausente.³

La Escabiosis habitual o clásica, produce intenso prurito, se dice más que en la noche, en general, todas las enfermedades pruriginosas producen este dato y por tanto este hecho no puede tomarse en serio para el diagnóstico.⁴

Las lesiones patognomónicas son el surco y la pápula acarina. El primero consiste en una elevación lineal de la piel de pocos milímetros de longitud que corresponde al túnel subcórneo excavado por la hembra del ácaro, capaz de desplazarse unos 5 mm cada día. Al final del mismo existe una pápula o vesícula de 2-3 mm de diámetro, donde está el parásito.

En niños pequeños es frecuente observar pápulas, pústulas y vesículas. A veces también existen pequeños nódulos eritematosos, infiltrados al tacto, preferentemente en el pene y en el escroto, e incluso ampollas. Las lesiones están enmascaradas por excoriaciones en muchos casos.

Las zonas afectadas son los espacios interdigitales de las manos, la superficie de flexión de las muñecas, los glúteos, la zona genital y la areola mamaria. En

los niños pequeños las lesiones predominan en el cuero cabelludo, en el cuello, en la cara, en los pliegues, en las palmas y en las plantas.³

Algunos autores refieren que el diagnóstico es generalmente clínico⁴, los datos sugestivos son la erupción papulosa con costras hemáticas y muy pruriginosa en los sitios ya descritos.

- DIRECTO AL MICROSCOPIO:

Pese a que es posible el por clínica, el diagnóstico definitivo se basa en la demostración del ácaro, de sus heces (escíbalos) y/o de los huevos. Para ello se debe depositar una gota de aceite en la piel, rascar la pápula acarina con un bisturí del número 15 y realizar una extensión en un portaobjetos (prueba de Müller). Al examen microscópico, *Sarcoptes scabiei* tiene una forma hemiesférica y 4 pares de patas.³

La confirmación del diagnóstico por la visualización del parásito eliminará la confusión con prurigos de otra naturaleza (insectos, medicamentos, linfoblastomas, etc.). Al investigar el parásito una regla muy importante es evitar las lesiones excoriadas, a causa de que el parásito fácilmente es removido por el rascado. Lo ideal sería obtener el material de una pápula temprana o un surco. Las mejores pápulas son aquellas ligeramente ovaladas o lineares sin marcas en la superficie.¹

- BIOPSIA:

En la biopsia, no siempre utilizada, lo definitivo es la demostración del parásito. Los cambios Histológicos propios de las lesiones papulovesiculares de la escabiosis son indistinguibles de otras reacciones por picadura de artrópodos, tales como las de los mosquitos. Típicamente se encuentra un infiltrado inflamatorio superficial y profundo perivascular mixto de linfocitos, histiocitos y Numerosos eosinófilos. La escabiosis nodular puede presentarse histológicamente como un pseudolinfoma¹.

- PCR:

En el diagnóstico deben considerarse también el PCR de la capa córnea, ELISA, el Acarotest y la video dermatoscopia, dependiendo de las posibilidades de la Institución en que se atiende al paciente.¹

2.7 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se plantea principalmente con otras erupciones pruriginosas, tales como el eccema atópico, la sudamina y las toxicodermias. Una causa infrecuente de prurito epidémico familiar es la dermatitis por fibra de vidrio, generalmente relacionada con la impregnación de la ropa al lavarla conjuntamente con otros tejidos elaborados o contaminados con este material irritante (cortinas, uniformes de trabajo, etc.).

Las lesiones vesículo-pustulosas en niños pequeños pueden confundirse con foliculitis estafilocócicas, acropustulosis infantil, histiocitosis de células de Langerhans o varicela. Las lesiones pápulo-nodulares eritemato-parduzcas pueden sugerir una mastocitosis (urticaria pigmentosa). La escabiosis noruega puede simular una psoriasis.³

2.8 TRATAMIENTO

2.8.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El tratamiento médico debe comprender el uso de acaricidas, el manejo del prurito, el tratamiento de las complicaciones y el restablecimiento de la integridad de la piel.⁶

- *Acaricidas:*

El tratamiento de elección es la **permetrina** al 5% en crema, un piretroide sintético (la droga original se extrae del crisantemo), es un excelente escabicida equivalente en potencia al lindane, actúa sobre las membranas de las células nerviosas, retrasando la polarización y provocando la parálisis y la muerte del parásito. La absorción sistémica es lenta e inferior al 2 % de la dosis aplicada sobre la piel, siendo el estrato córneo la principal barrera limitante, pero ya que posee baja toxicidad en los mamíferos y bajo potencial de toxicidad incluso con su uso inadecuado, muchos autores en la actualidad lo consideran como el medicamento tópico de primera elección.¹ Se absorbe muy poco y se metaboliza rápidamente. Las esterases cutáneas la inactivan con rapidez y se excreta de forma casi completa por la orina, el sudor y el sebo en pocas horas. Aplicada desde el cuello a los pies (de la cabeza a los pies en el lactante) y que se deja de 8 a 14 horas antes de enjuagar. La permetrina debe aplicarse de forma generalizada, en una capa fina y uniforme; deberían incluirse los espacios interdigitales, el ombligo, los genitales y el surco glúteo. Algunos expertos recomiendan un segundo tratamiento con permetrina una semana después del

tratamiento inicial.¹⁶ No se aconseja el uso de permetrina en infantes menores de 2 meses de edad, en embarazadas o en mujeres lactando. Sin embargo, no hay evidencia real de problemas ocurriendo en estos grupos. Las reacciones adversas más comunes son leves y transitorias y consisten de prurito y ardor por irritación sensitiva, así como exacerbación o recurrencia del prurito.¹

La **ivermectina**, un agente antiparasitario usado extensamente en la práctica veterinaria, es la droga de elección para la oncocercosis humana y para la gnatostomiasis. Es producto de la fermentación del actinomiceto *Streptomyces avermitilis*, siendo vermícida y ectoparasiticida contra nemátodos, arácnidos e insectos que parasitan animales domésticos. Debido a que se usa por vía oral, se evitan los inconvenientes de la aplicación tópica. No se conoce con exactitud el modo de acción de la ivermectina contra el *Sarcoptes scabiei*, pero se especula que incrementa la permeabilidad para el ion cloro en la membrana celular del parásito, lo cual es mediado por el ácido gamma aminobutírico (GABA), el cual, al ser liberado en las terminaciones nerviosas presinápticas, se fija en los receptores post sinápticos, bloqueando el impulso nervioso, produciendo así parálisis y muerte del ácaro.¹ La droga no penetra en el SNC de los mamíferos, de ahí su relativa seguridad en humanos. En escabiosis se recomienda una dosis oral única de 200 µg/kg, pero no se le conoce efecto ovicida. En casos rebeldes, se puede administrar una segunda dosis al cabo de 2 semanas. No obstante, debemos recordar que a pesar de que se utiliza para el tratamiento de la sarna en animales, no debe administrarse en niños menores de 5 años y que en la escabiosis no es una indicación aprobada.³

La loción **lindane (hexacloruro de gammabenceno)** al 1%; ampliamente utilizado en el pasado, debería reservarse solamente para cuando haya fracasado otros muchos tratamientos más seguros; continua siendo una alternativa terapéutica válida para la escabiosis, a pesar de su posible toxicidad y de la aparición de resistencias.³ Potencialmente neurotóxico, debe utilizarse con precaución en niños de menos de 50 kg de peso, en mujeres embarazadas o lactantes y en pacientes con traumatismos o abrasiones cutáneas; El preparado permanecerá en contacto con la piel durante 6 ó 12 horas y después se lavará, no es necesario tomar un baño pretratamiento, ya que ello probablemente incrementaría la absorción percutánea de la droga y no mejoraría su efectividad. Se absorbe aproximadamente un 10% de la dosis aplicada tópicamente.¹⁶ De forma infrecuente se han descrito alteraciones neurológicas (convulsiones), focomelia y anemia aplásica, que en la mayoría de casos se deben a su empleo inadecuado (aplicaciones repetidas e innecesarias, baños calientes antes del tratamiento, ingesta accidental, erosiones y úlceras extensas, etc.). La droga ha sido estudiada extensamente en múltiples modelos animales y no ha mostrado ser ni teratogénica ni mutagénica. Sólo cuando ha sido administrada en dosis tan grandes que el animal embarazado ha quedado seriamente enfermo, puede

producir abortos. En todo caso, el lindane nunca se ha reportado que cause malformaciones fetales o abortos en seres humanos. Probablemente lo más importante sería advertir a la mujer embarazada con escabiosis que la seguridad de la droga durante la gestación no ha sido nunca estudiada en humanos (lo cual es también cierto con respecto a todos los otros agentes usados para tratar la escabiosis).¹

El **benzoato de bencilo** al 20-25 % en un vehículo alcohólico o en emulsión, solo o asociado con sulfiram al 25 %, se aplicará durante 6 ó 12 horas en niños menores de 5 años y durante 2 días consecutivos a partir de esta edad, no debe ser aplicado en la cara, los ojos, las membranas mucosas o el meato uretral. Sus principales inconvenientes son la neurotoxicidad (similar a la del lindane), su mal olor y la intensa irritación que provoca en las pieles sensibles y en las mucosas.³

El **azufre** ha sido durante más de un siglo un escabicida eficaz y barato, que se sigue empleado en muchas zonas del mundo. El *azufre precipitado al 6%* en petrolato ha sido frecuentemente recomendado como una alternativa al uso del lindane en niños. Es muy irritante, incómodo de aplicar y de olor desagradable, habiendo sido usado a lo largo de siglos. Se utiliza azufre precipitado al 6-10% en una base lavable (pasta al agua) o en vaselina, aplicado durante 3 noches consecutivas, realizando un lavado a las 24 horas de la última aplicación. Algunos pacientes se quejan de su mal olor o de irritación cutánea, mancha la ropa y, a pesar de que suele ser el tratamiento escogido para niños menores de 2 meses y en mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, excepcionalmente también puede producir efectos tóxicos e incluso muertes en lactantes.¹

La crema de **crotamitón** al 10 % (1 ó 2 aplicaciones separadas por 24 horas y lavado a los 2 ó 3 días después del último tratamiento) es antipruriginosa y su eficacia es próxima al 60 %. A pesar de que su toxicidad es poco conocida, algunos expertos lo recomiendan en niños pequeños y en las mujeres en periodo de lactancia. El índice de curación oscila entre un 50 y un 60% (comparado con el 90 a 95% obtenido con el lindane). El medicamento es ocasionalmente irritante si se usa por largos períodos o en piel agudamente inflamada. Ha habido reportes de sensibilización al crotamitón después del uso prolongado en pacientes eczematizados.¹

- *Manejo del prurito:*

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.⁶

- *Tratamiento de las complicaciones.*

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.⁶

- *Restablecimiento de la integridad de la piel:*

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. 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.⁶

2.8.2 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO:

El tratamiento no médico se recomienda después de completar cualquiera de los anteriores tratamientos; cambiar la ropa utilizada y lavarla y/o secarla a temperatura superior a 60°. Cuando esto no es posible, resulta igualmente eficaz para evitar las reinfestaciones guardarla en una bolsa cerrada durante 9-10 días (el parásito es capaz de sobrevivir fuera de la piel más de 4 días), una educación para la salud que explique los mecanismos de transmisión debería ser difundida permanentemente a las poblaciones de riesgo para evitar contagio. Es fundamental realizar diagnóstico oportuno y un tratamiento eficaz. Tratamiento de todos aquellos que conviven con el paciente, tengan o no sintomatología. Higiene personal diaria; lavado de vestimentas, toallas y ropa de cama; evitar situaciones que favorecen el contacto físico (hacinamiento en el hogar, campamentos infantiles, regimientos, otros); educación al paciente y sus contactos sobre la correcta administración de tratamiento. No es necesario desinfectar los colchones, camas, alfombras, sillas y otros muebles. El *Sarcoptes* no es una criatura particularmente móvil y no puede vivir fuera del cuerpo humano por más de unas pocas horas. Sus huevos probablemente no son viables a la temperatura ambiente por más de una semana o dos. Para evitar las excoriaciones y las posibles sobreinfecciones asociadas, se recomienda limpiarse los dedos periódicamente y mantener cortas las uñas. Además, los restos cutáneos presentes bajo las uñas deben ser eliminados, ya que podrían ser vehículos de transmisión de la infección, las medidas generales son de un alto valor en el tratamiento de la escabiosis. El mejor medicamento, el más ampliamente probado de todos, va a darnos fallas terapéuticas si no se usa en la forma adecuada. La elección del medicamento específico debe ser conversada claramente con el paciente, considerando la relación riesgos contra beneficios. Debe aclararse que todos los medicamentos utilizados en el tratamiento tópico de la escabiosis poseen potenciales efectos adversos tales como irritación, sensibilización o toxicidad por absorción transcutánea. Esta última cuestión ha trascendido hasta las publicaciones populares y probablemente muchos pacientes están mal informados al respecto. La regla de oro en el tratamiento de la escabiosis de que el medicamento debe ser aplicado en todo el cuerpo y en todos a la vez, sigue teniendo un inapreciable valor. En esta situación, es preferible tratar más personas que lo necesario en un medio familiar, y no menos. Esto evitará la aparición de las llamadas infestaciones en “ping-pong”, las cuales son tan desagradables para la familia como incómodas de explicar por el médico tratante. Para evitar reinfecciones, es necesario examinar todas las personas con las que se tenga contacto directo y tratarlas simultáneamente. Si se sospecha que la infección pudiera ser debida a los animales domésticos, estos deben ser examinados por un veterinario y si es necesario tratarlos convenientemente. El estado de hipersensibilidad desarrollado en esta enfermedad debe ser

considerado siempre. Es deseable aconsejar al paciente sobre la naturaleza de su enfermedad. Siguiendo a la terapia efectiva pueden necesitarse varias semanas hasta que los síntomas y signos desaparezcan ya que el estado de hipersensibilidad no cesará inmediatamente que se destruyan los parásitos. Esto es particularmente válido en individuos atópicos en quienes el prurito y las lesiones eccematosas pueden persistir. Un tratamiento bien llevado usualmente cura la enfermedad.¹

CAPÍTULO 3: SISTEMA DE HIPÓTESIS

3.1 HIPÓTESIS DE TRABAJO

Hi: la prevalencia de recidivas de escabiosis en los niños de 0-7 años en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica Morro Grande, en el municipio de Guaymango, de Ahuachapán en los meses de marzo a agosto de 2018, es mayor del 50% en los casos, evaluados.

Hi: Les aplican de forma adecuada el medicamento para el tratamiento de la escabiosis a los niños de 0-7 años que pertenecen a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica Morro Grande, en el municipio de Guaymango, de Ahuachapán, en los meses de marzo a agosto de 2018

3.2 HIPÓTESIS NULA

Ho: Los grupos familiares de los niños infectados de 0-7 años que pertenecen a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica Morro Grande, en el municipio de Guaymango, de Ahuachapán, en los meses de marzo a agosto de 2018, no realizan las prácticas de higiene y prevención recomendadas para la eliminación de la escabiosis.

CAPÍTULO 4: DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

- **Transversal:** porque se realizó en un periodo corto de tiempo, con seguimiento posterior, a corto plazo, recolectando información, de las unidades de análisis establecidas.
- **Descriptivo:** porque en él se detalló la incidencia en la falla en el tratamiento farmacológico y no farmacológico de la escabiosis en los niños de 0-7 años de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica Morro Grande.
- **Cuali-cuantitativo:** es un estudio cualitativo porque se obtuvieron respuestas a fondo acerca de lo que piensan y sienten las personas con respecto a la enfermedad de la escabiosis en la comunidad, así como su respectivo conocimiento de ella. Y es un estudio cuantitativo porque se hizo la medición del fenómeno, y cómo este afecta a los niños, principalmente en las edades de 0-7 años de dicho territorio de la Unidad comunitaria de Salud Familiar Morro Grande de Guaymango, Ahuachapán; y como trae consigo un aumento de las recidivas de escabiosis por la falla del tratamiento médico y no médico en las edades antes citadas.

4.2 POBLACIÓN:

Según la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica Morro Grande, la población a trabajar la constituye todo niño/a que consulta por lesiones dermatológicas sugestivas a Escabiosis en el período de estudio de marzo a agosto de 2018 y que cumpla con los criterios de inclusión los cuales fueron un total de 32 usuarios.

4.3 CRITERIOS PARA DETERMINAR LA POBLACIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Grupo etario de 0-7 años
- que pertenezcan al área geográfica de influencia del territorio de estudio.
- Que acepten participar voluntariamente en el estudio mediante el consentimiento informado.
- Usuarios diagnosticados con la enfermedad.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Usuarios mayores de 7 años de edad.
- Usuarios que no pertenezcan al área geográfica de influencia del territorio de estudio.
- Responsable del menor, que no acepta participar en el estudio.
- Usuarios que no han sido diagnosticados con la enfermedad del estudio.

4.4 UNIDAD DE ANÁLISIS

Usuarios que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica Morro Grande, del municipio de Guaymango de Ahuachapán.

4.5 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:

DOCUMENTAL BIBLIOGRÁFICA: para la recopilación de información, que fundamenta el estudio, sobre una base teórica, se utilizaron: libros de dermatología; dermatología pediátrica.

DOCUMENTAL HEMEROGRÁFICA: para la complementación de la bibliografía se recopiló información de revistas de pediatría, publicaciones y artículos sobre escabiosis en pediatría, publicaciones de periódicos nacionales sobre la escabiosis.

TÉCNICAS DE CAMPO:

- **FUENTES PRIMARIAS:** se utilizó la entrevista estructurada (ver anexo 2) ya que esta nos proporcionara información fidedigna, acerca del objeto de estudio ya que con ella es posible establecer un contacto directo con la persona responsable del cuidado de niño/a, que presenta la enfermedad de estudio.
- **FUENTES SECUNDARIAS:** se utilizó la revisión de expedientes, para dar seguimiento desde el diagnóstico, al manejo, y resolución o recidiva de la escabiosis (ver anexo 3).

4.6 INSTRUMENTOS:

El instrumento que se utilizó para recolectar la información será la entrevista estructurada (ver anexo 2) que se dirija a los responsables de los niños de 0-7

años. Y una lista de chequeo (anexo 3) donde se vaciarán los datos obtenidos de la revisión de expedientes.

4.7 MATERIAL Y EQUIPO

MATERIAL:

- Alcohol gel
- Guantes
- Lámpara
- Lupa

4.8 VARIABLES Y OPERACIONALIZACION DE LAS HIPÓTESIS

Hipótesis	Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicador
Hi: La prevalencia de recidivas de escabiosis en los niños de 0 a 7 años en la unidad comunitaria de salud familiar básica Morro Grande, en el municipio de Guaymango, de Ahuachapán en los meses de marzo a agosto de 2018, es mayor del 50% en los casos, evaluados.	La prevalencia de recidiva de escabiosis	Es el número total de niños de 0 a 7 años que presentan recidivas de escabiosis; dividido entre el número total de niños de 0-7 años que se detectó la escabiosis, multiplicado por 100.	Exploración física Lesiones características de la escabiosis	Examen físico detallado de la piel mediante la observación directa del individuo. Clasificar el tipo de lesión que presenta el paciente. Prurito: localizado o generalizado y de periodo nocturno.

<p>Hi: A los niños de 0-7 años que pertenecen a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica Morro Grande, en el municipio de Guaymango, del departamento de Ahuachapán, en los meses de marzo a agosto del año 2018, les aplican de forma adecuada el medicamento para el tratamiento de la escabiosis.</p>	<p>Aplicación adecuada del medicamento</p>	<p>El responsable del niño aplica el medicamento en el área corporal que se le indica y en el tiempo estipulado para que haga efecto el medicamento.</p>	<p>Preguntarle al responsable del niño la forma en la cual ha aplicado el medicamento.</p> <p>Preguntarle al responsable del niño por cuanto tiempo le dejo aplicado el medicamento en el cuerpo.</p> <p>Preguntarle al responsable del niño si algún otro miembro de la familia presento la enfermedad se le aplico el medicamento también, para evitar así la reinfestación.</p>	<p>Ha recibido tratamiento para la escabiosis</p> <p>Cuál es el tratamiento que se le indico para tratar la enfermedad</p> <p>Como se le indico que tiene que aplicar el medicamento al niño</p> <p>Sabe cuánto es el tiempo que se le tiene que dejar aplicado el medicamento sobre la piel infectada del niño</p> <p>Algún otro miembro de la familia con dicha enfermedad se le aplico el medicamento de igual manera, para disminuir la reinfestación en el hogar.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Ho: Los grupos familiares de los niños infectados de 0-7 años que pertenecen a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica Morro Grande, en el municipio de Guaymango, de Ahuachapán, en los meses de marzo a agosto de 2018, no realizan las prácticas de higiene y prevención recomendadas para la eliminación de la escabiosis.</p>	<p>Cumplimiento de medidas higiénicas contra la reinfestación de escabiosis.</p>	<p>Responsable del niño, realiza cada una de las medidas higiénicas que tiene que realizar en el hogar para eliminar la escabiosis.</p>	<p>Conocer si algún miembro de la familia del niño presenta o ha presentado escabiosis.</p> <p>Ha seguido al pie de la letra las medidas generales para evitar el contagio y reinfestación de la escabiosis, por parte del responsable del niño.</p> <p>Se le ha brindado una pequeña charla durante la consulta donde se le</p>	<p>Algún miembro de su familia tiene o ha tenido escabiosis.</p> <p>Que pasos ha seguido para eliminar los ácaros que producen la escabiosis.</p> <p>Ha lavado la ropa y sabanas con agua caliente de los miembros infectados con escabiosis.</p> <p>Ha tenido la precaución de no compartir ropa, sabanas, y toallas en el hogar, del niño que tiene escabiosis.</p> <p>Para disminuir la reinfestación se ha guardado la ropa y todo material contaminado en una bolsa cerrada durante aproximadamente; 10 días.</p> <p>Durante la consulta se le brindo una pequeña charla sobre la transmisión de la</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			explica el mecanismo de transmisión del parasito que produce la escabiosis	escabiosis, y cuáles son las medidas que tiene que tomar para disminuir su transmisión.
--	--	--	----------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------

CAPÍTULO 5: DESARROLLO

5.1 PLANIFICACIÓN

Se gestionó con el coordinador de la Unidad de Salud Familiar Básica Morro Grande, Guaymango, quien nos brindó información acerca de la presencia de Escabiosis en la población de niños que consulta en dicha Unidad, por ello se seleccionó el tema de “FACTORES FARMACOLÓGICOS Y NO FARMACOLÓGICOS QUE INCIDEN EN LA FALLA DE TRATAMIENTO DE ESCABIOSIS EN NIÑOS DE 0-7 AÑOS EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR BÁSICA MORRO GRANDE, EN EL MUNICIPIO DE GUAYMANGO, DE AHUACHAPÁN EN LOS MESES DE MARZO A AGOSTO DE 2018”; fue relevante llevar a cabo esta investigación debido a que no se cuenta con estudios de este problema. Después se procedió a la elaboración de un perfil de investigación, luego se redactó el protocolo modificándolo para la realización del informe final.

5.2 EJECUCIÓN:

Se realizó la primera visita a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica Morro Grande, donde se solicitó la autorización de la coordinadora del centro de salud para el desarrollo de la investigación, donde se organizó una reunión con los tres promotores correspondientes a la zona a quienes se les dio a conocer el trabajo de investigación que se desarrolló en el establecimiento para que convocaran a los pacientes con su respectivo responsable y se indicó la fecha y la hora para realizar la entrevista.

Se efectuó una segunda visita según el día establecido con los promotores de salud, con el objetivo de realizar la entrevista (ver anexo 2) a los responsables del paciente y que previamente se les entregó un consentimiento informado (ver anexo 1), el cual fue firmado por cada uno de los responsables del menor, posteriormente se les pasó al consultorio para realizar una evaluación médica si persistían o no las lesiones. Luego se realizó la revisión de expedientes con las consultas de marzo a agosto según la lista de chequeo (ver anexo 3). Al finalizar se impartió una breve charla sobre la prevención de escabiosis en la familia.

5.3 PLAN DE ANALISIS

Para el procesamiento de datos se utilizó el programa de Microsoft Excel versión 2016, con el cual se hicieron los análisis estadísticos que hacen referencia a la población en estudio.

5.4 RIESGOS Y BENEFICIOS

RIESGO

El principal riesgo de la investigación fue el contagio de la escabiosis al examinar a los pacientes.

BENEFICIO

Los resultados generados a partir de esta investigación proporcionaron beneficios a la población en estudio, en cuanto a su salud, sino que también al establecimiento de salud, debido a que se puede incurrir en cuál es la falla del tratamiento de la escabiosis hasta el momento que se da.

5.5 CONSIDERACIONES ETICAS

La participación de los usuarios fue totalmente confidencial manteniendo el secreto médico, en el cual se les informo sobre el objetivo y los beneficios de dicha investigación, a través del consentimiento informado (ver anexo 1).

Se realizaron las entrevistas (ver anexo 2) que fueron llenadas por el grupo investigador de la universidad de El Salvador y de igual forma el examen médico.

CAPÍTULO 6: RESULTADOS

6.1 RESULTADOS

En la investigación realizada en el periodo de marzo a agosto de 2018, se analizaron los datos correspondientes a la incidencia en la falla de tratamiento de Escabiosis en niños de 0-7 años que consultaron en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica de Morro Grande, en el municipio de Guaymango, de Ahuachapán, y se dan a conocer los resultados de la recopilación de datos obtenidos de la unidad de entrevista y a partir de la revisión de expedientes.

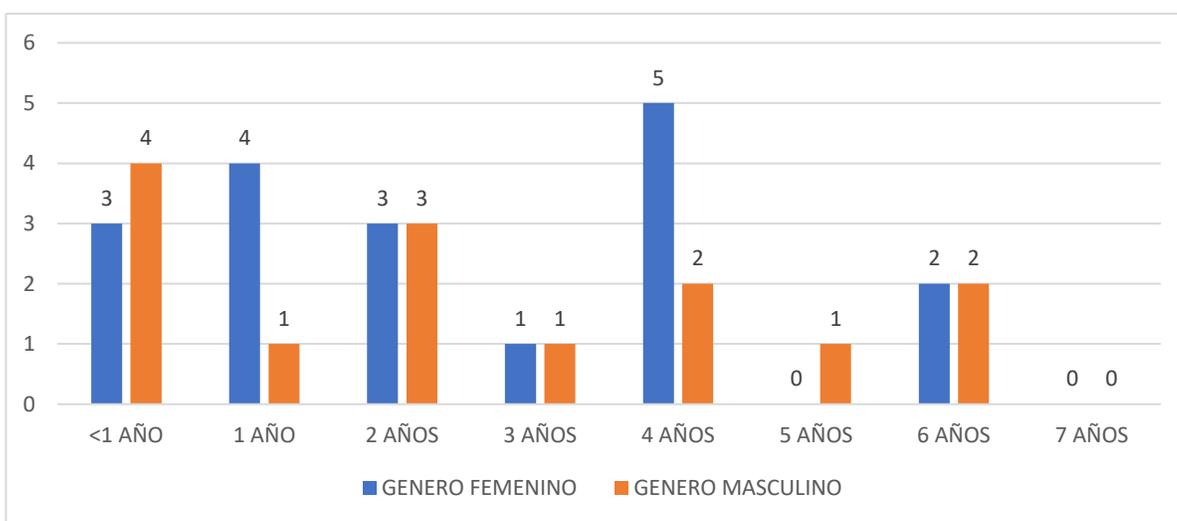
Se presenta la tabulación, el análisis e interpretación de los resultados obtenidos de la unidad de entrevista elaborada con preguntas específicas al tema, y de la revisión de expedientes, por medio de gráficos y tablas que permiten un mejor análisis con valores porcentuales para una fácil interpretación de los resultados.

Tabla 1: DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO

EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
<1 AÑO	3	9.38	4	12.5	7	21.88
1 AÑO	4	12.5	1	3.12	5	15.62
2 AÑOS	3	9.38	3	9.38	6	18.76
3 AÑOS	1	3.12	1	3.12	2	6.24
4 AÑOS	5	15.63	2	6.25	7	21.88
5 AÑOS	0	0.00	1	3.12	1	3.12
6 AÑOS	2	6.25	2	6.25	4	12.50
7 AÑOS	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	18	56.26	14	43.74	32	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista estructurada de niños de 0-7 años que presentaron escabiosis, UCSF B Morro Grande.

GRÁFICA 1. DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO



FUENTE: Cédula de entrevista estructurada de niños de 0-7 años que presentaron escabiosis, UCSF B Morro Grande.

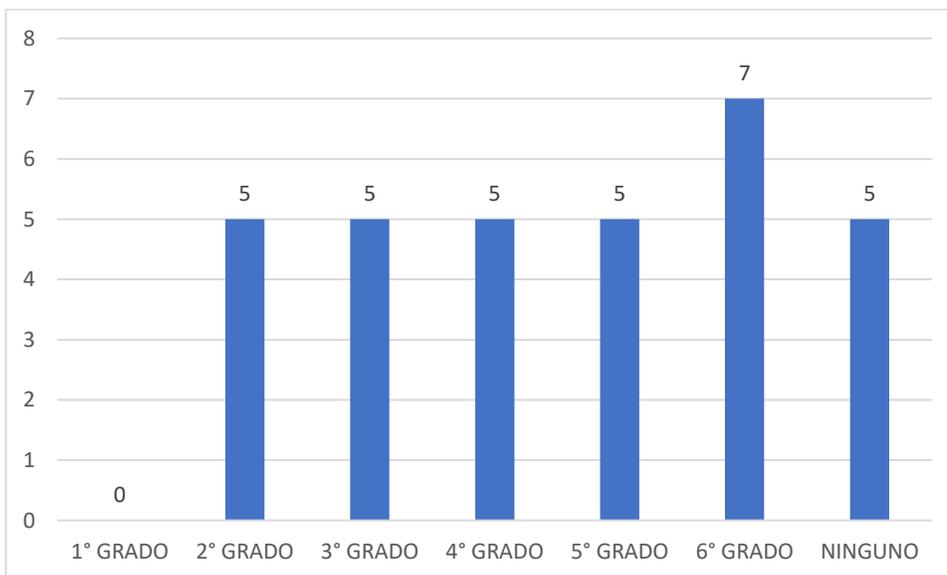
INTERPRETACIÓN: El sexo con mayor porcentaje es el femenino con 56.26%, y el rango de edad prevalente fue el de menor de un año y el de 4 años con un 21.88%; además el rango con menos usuarios fue el de 5 años con un 3.12%; algo muy importante es que en la edad de 7 años como se dejó plasmado que se realizó la investigación hasta esa edad no se detectó algún caso.

Tabla 2. NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LOS RESPONSABLES DE LOS NIÑOS

Escolaridad	SEXO			
	FEMENINO		MASCULINO	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
1° GRADO	0	0	0	0
2° GRADO	5	15.62	0	0
3° GRADO	5	15.62	0	0
4° GRADO	5	15.62	0	0
5° GRADO	5	15.62	0	0
6° GRADO	7	21.9	0	0
NINGUNO	5	15.62	0	0
TOTAL	32	100.00	0	0

FUENTE: Cédula de entrevista estructurada de niños de 0-7 años que presentaron escabiosis, UCSF B Morro Grande.

GRÁFICA 2. NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LOS RESPONSABLES



FUENTE: Cédula de entrevista estructurada de niños de 0-7 años que presentaron escabiosis, UCSF B Morro Grande.

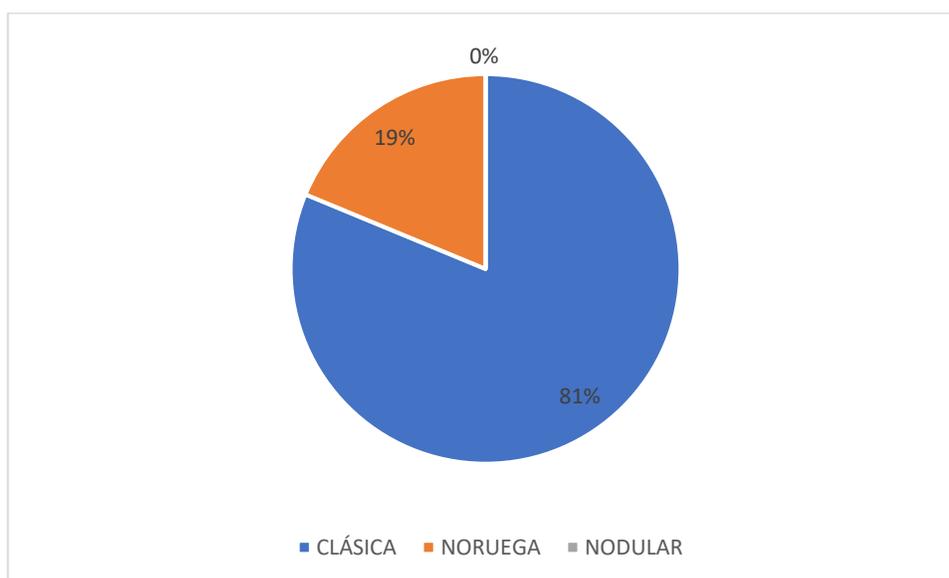
INTERPRETACIÓN: La escolaridad predominante es sexto grado, sin embargo, pudimos determinar qué segundo, tercer, cuarto, quinto grado y ningún de escolaridad presentan la misma frecuencia.

Tabla 3. TIPO DE ESCABIOSIS QUE PRESENTARON LOS NIÑOS DE 0 7 AÑOS

TIPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CLÁSICA	26	81.25
NORUEGA	6	18.75
NODULAR	0	0
TOTAL	32	100.00

FUENTE: Revisión de expedientes de niños de 0-7 años que presentaron escabiosis, UCSF B Morro Grande.

GRÁFICA 3. TIPO DE ESCABIOSIS QUE PRESENTARON LOS NIÑOS DE 0 7 AÑOS



FUENTE: Revisión de expedientes de niños de 0-7 años que presentaron escabiosis, UCSF B Morro Grande.

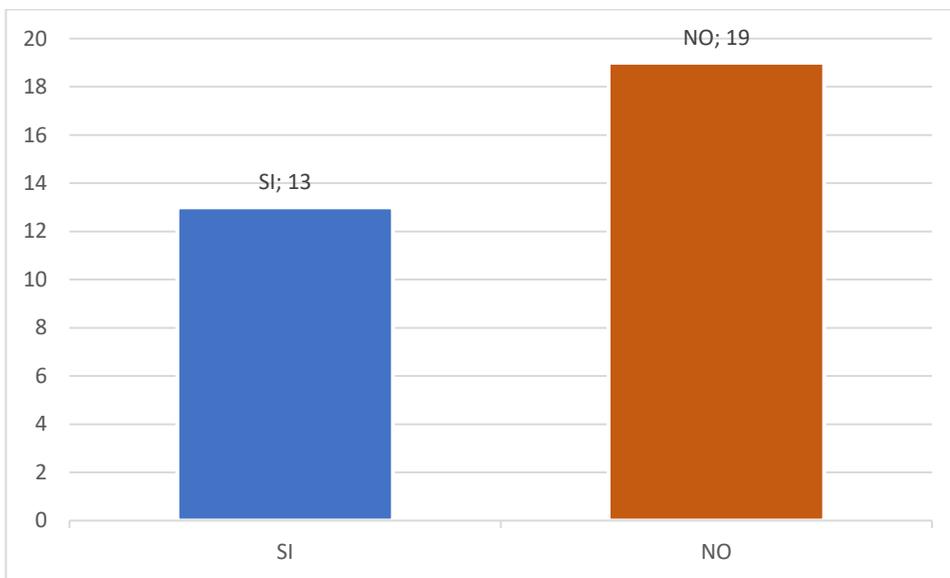
INTERPRETACIÓN: el tipo más frecuente de escabiosis diagnosticada en la zona es la del tipo clásica con 85%, siendo raro el caso observado del tipo noruego con el 19%, no observándose ningún caso del tipo nodular.

Tabla 4. RESPONSABLES QUE CONOCEN QUE ES LA ESCABIOSIS

SABE QUE ES ESCABIOSIS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	13	40.63
NO	19	59.37
TOTAL	32	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista de niños de 0-7 años que presentaron escabiosis, UCSF B Morro Grande.

GRÁFICA 4. RESPONSABLES QUE CONOCEN QUE ES LA ESCABIOSIS



FUENTE: Cédula de entrevista de niños de 0-7 años que presentaron escabiosis, UCSF B Morro Grande.

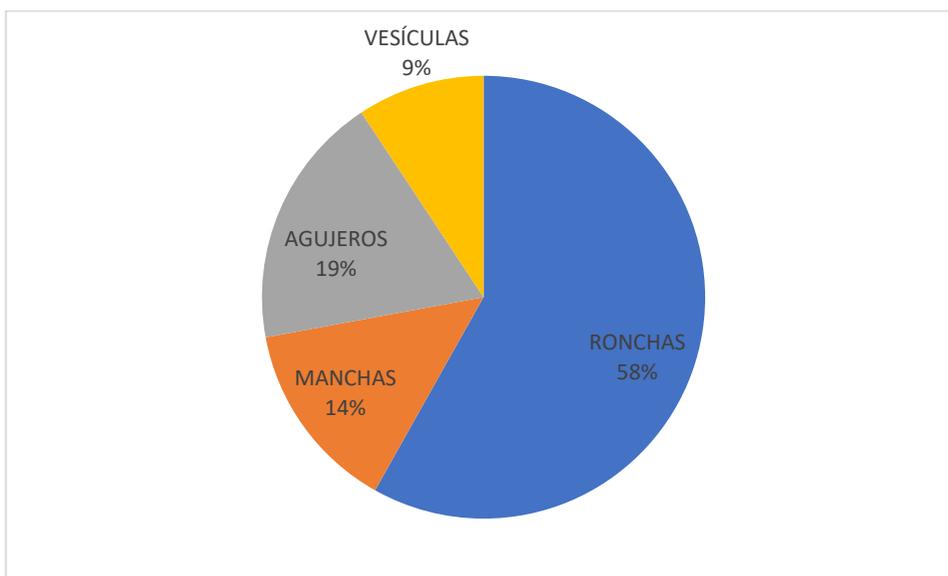
INTERPRETACIÓN: pese a que al 100% de responsables se les ha explicado durante la consulta qué es la escabiosis, aun el 59% no sabe explicar qué es la enfermedad que se les ha diagnosticado.

Tabla 5. CÓMO DESCRIBEN LAS LESIONES LOS RESPONSABLES

CÓMO DESCRIBEN LAS LESIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RONCHAS	25	58.14
MANCHAS	6	13.95
AGUJEROS	8	18.60
VESÍCULAS	4	9.31
TOTAL	43	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista de niños de 0-7 años que presentaron escabiosis, UCSF B Morro Grande.

GRÁFICA 5. CÓMO DESCRIBEN LAS LESIONES LOS RESPONSABLES DE LOS NIÑOS



FUENTE: Cédula de entrevista de niños de 0-7 años que presentaron escabiosis, UCSF B Morro Grande.

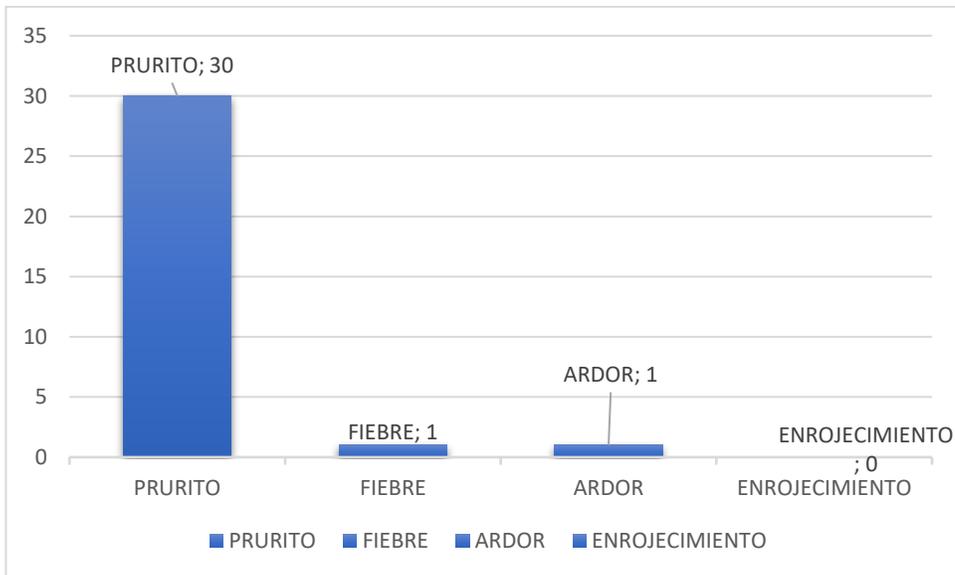
INTERPRETACIÓN: un 58% sabe describir la lesión como roncha, sin embargo, el 19% no sabe cómo describir las lesiones presentadas y únicamente deciden describirlas como agujeros pese a que no haya relación con la lesión original.

Tabla 6. MANIFESTACIONES QUE PRESENTARON

SÍNTOMAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRURITO	30	93.7
FIEBRE	1	3.12
ARDOR	1	3.12
ENROJECIMIENTO	0	0.00
TOTAL	32	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista de niños de 0-7 años que presentaron escabiosis, UCSF B Morro Grande.

GRÁFICA 6. MANIFESTACIONES CLÍNICAS QUE PRESENTARON



FUENTE: Cédula de entrevista de niños de 0-7 años que presentaron escabiosis, UCSF B Morro Grande.

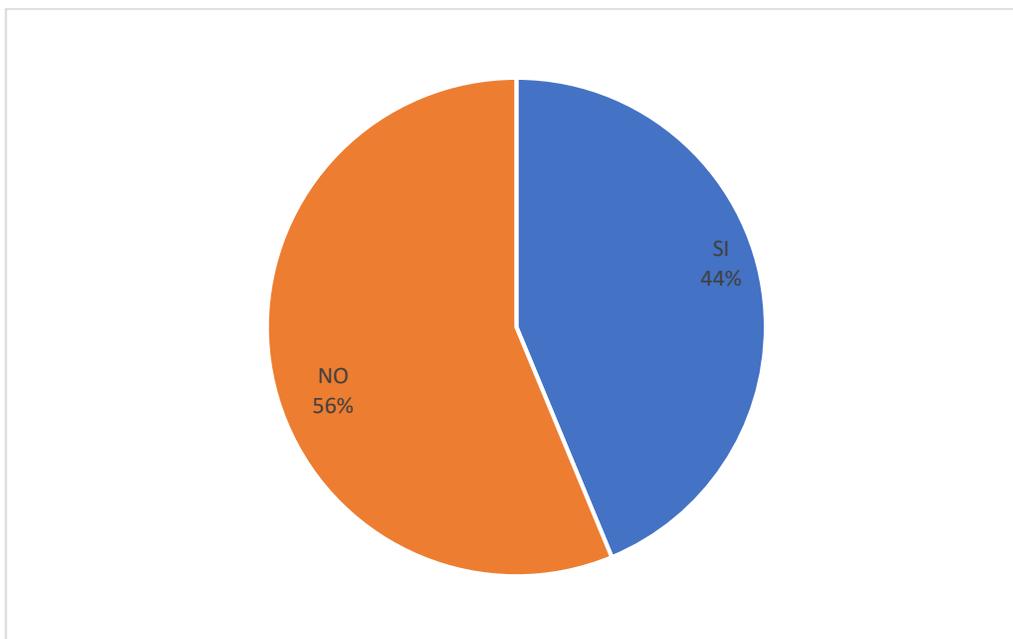
INTERPRETACIÓN: La mayor parte de la población refiere el prurito como principal síntoma, sin embargo, en algunos casos que se presentó sobreinfección presentaron sintomatología febril o tipo ardor.

Tabla 7. EXISTE REGISTRO PREVIO DE DIAGNÓSTICO DE ESCABIOSIS

REGISTRO PREVIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	14	43.75
NO	18	56.25
TOTAL	32	100.00

FUENTE: Revisión de expedientes clínicos de niños de 0-7 años que presentaron escabiosis, UCSF B Morro Grande.

GRÁFICA 7. REGISTRO PREVIO DE DIAGNÓSTICO DE ESCABIOSIS



FUENTE: Revisión de expedientes clínicos de niños de 0-7 años que presentaron escabiosis, UCSF B Morro Grande.

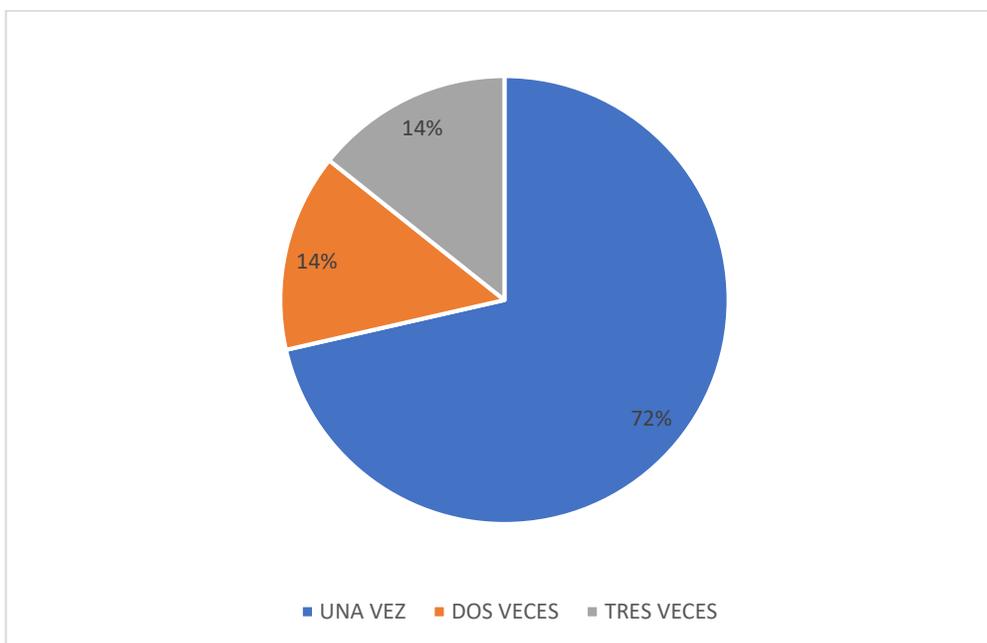
INTERPRETACIÓN: La mayoría de los casos, 56.25% se detectaron en la consulta por primera vez como diagnóstico de escabiosis, no existiendo registro previo de la enfermedad, del 100% de la población total de estudio; solamente un 43.75% si tienen registro previo de diagnóstico de escabiosis en el expediente clínico.

Tabla 8. CUÁNTAS VECES HA RECIDIVADO LA ESCABIOSIS

RECIDIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
UNA VEZ	10	72
DOS VECES	2	14.00
TRES VECES	2	14.00
TOTAL	14	100.00

FUENTE: Revisión de expedientes clínicos de niños de 0-7 años que presentaron escabiosis, UCSF B Morro Grande.

GRÁFICA 8. CUÁNTAS VECES HA RECIDIVADO LA ESCABIOSIS



FUENTE: Revisión de expedientes clínicos de niños de 0-7 años que presentaron escabiosis, UCSF B Morro Grande.

INTERPRETACIÓN: la mayoría de los casos, 72% (10) ha recidivado la escabiosis una vez; en cuanto un 14% (2) ha recidivado dos veces, y otro 14% (2) ha recidivado tres veces; del 100% (14) de los pacientes en los cuales existe registro previo de recidiva de la enfermedad de escabiosis en el expediente clínico.

Tabla 9. EXISTE COMORBILIDAD

COMORBILIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	3	9.37
NO	29	90.63
TOTAL	32	100.00

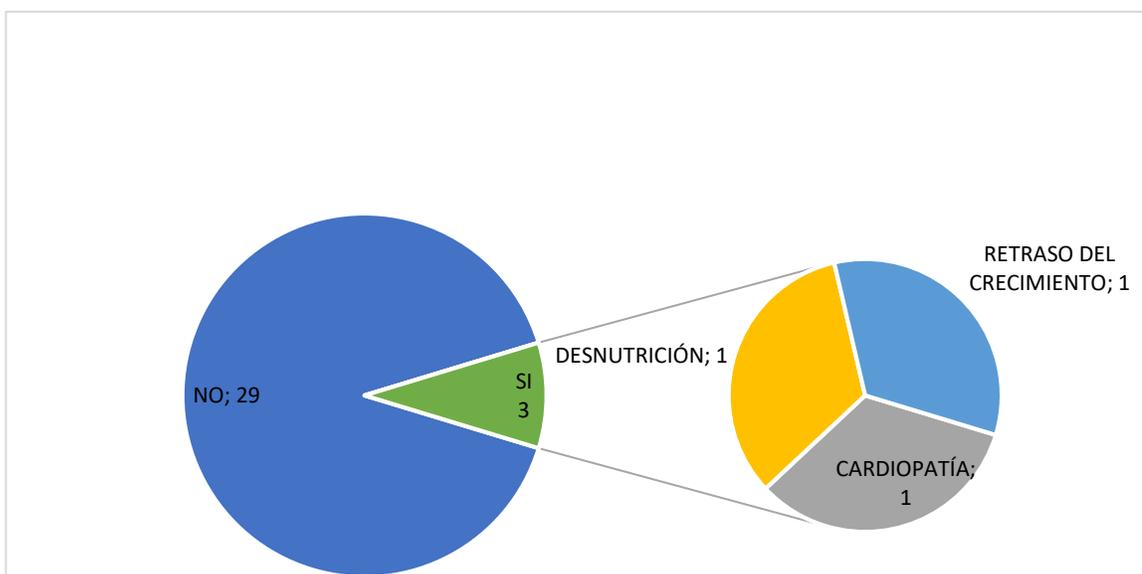
FUENTE: Revisión de expedientes clínicos de niños de 0-7 años que presentaron escabiosis, UCSF B Morro Grande.

Tabla 10. CUÁLES COMORBILIDADES EXISTEN

COMORBILIDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CARDIOPATÍA CONGÉNITA	1	33.33
DESNUTRICIÓN	1	33.33
RETRASO DEL CRECIMIENTO	1	33.33
TOTAL	3	100.00

FUENTE: Revisión de expedientes clínicos de niños de 0-7 años que presentaron escabiosis, UCSF B Morro Grande.

GRÁFICA 9. EXISTE COMORBILIDAD Y CUÁLES SON



FUENTE: Revisión de expedientes clínicos de niños de 0-7 años que presentaron escabiosis, UCSF B Morro Grande.

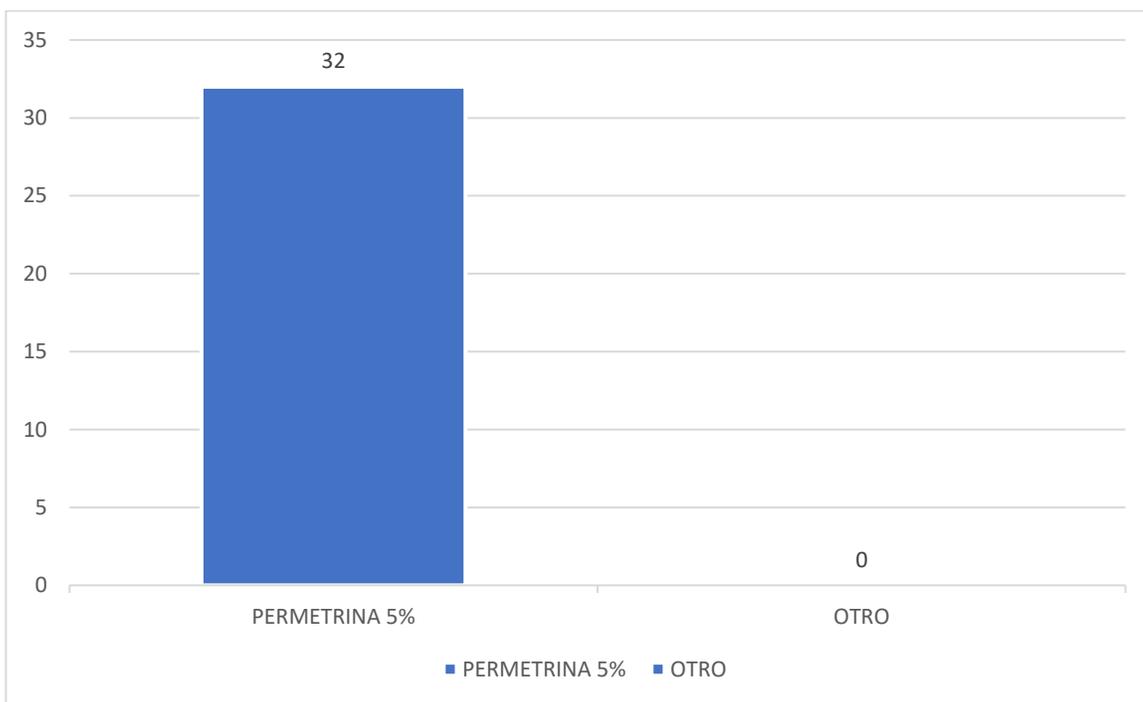
INTERPRETACIÓN: a pesar que la mayoría de pacientes no presento alguna comorbilidad al momento del diagnóstico de escabiosis 90.63% (29); un 9.37% (3) presentaron comorbilidad al momento de diagnosticar escabiosis (tabla 10); estas fueron cardiopatía congénita 3.33% (1), desnutrición 3.33% (1) y retraso del crecimiento 3.33% (1); del 100% (32) de los pacientes diagnosticados con escabiosis.

Tabla 11. QUÉ ESCABICIDA SE HA INDICADO

ESCABICIDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PERMETRINA 5%	32	100.0
OTRO	0	0.00
TOTAL	32	100.0

FUENTE: Revisión de expedientes clínicos de niños de 0-7 años que presentaron escabiosis, UCSF B Morro Grande.

GRÁFICA 10. QUÉ ESCABICIDA SE HA INDICADO



FUENTE: Revisión de expedientes clínicos de niños de 0-7 años que presentaron escabiosis, UCSF B Morro Grande.

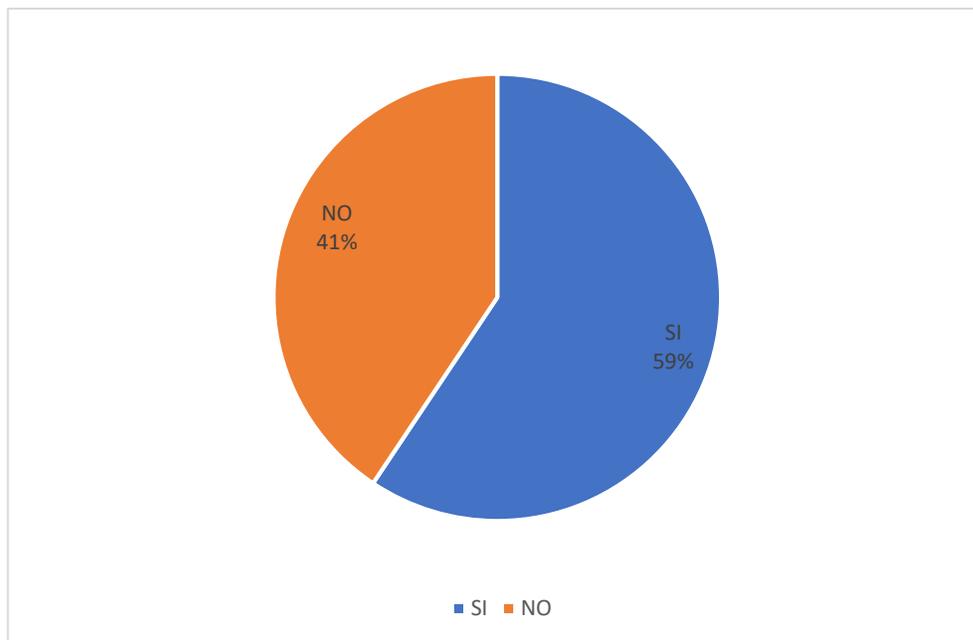
INTERPRETACIÓN: 100% de los niños diagnosticados con escabiosis, se les dio como tratamiento la permetrina al 5%, ya que es el tratamiento de elección para tratar dicha enfermedad, además que es el medicamento que se cuenta para tratar la enfermedad en el establecimiento de salud.

Tabla 12. RESPONSABLES DE LOS NIÑOS DE 0 7 AÑOS QUE PRESENTARON ESCABIOSIS

SABE EL NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DATOS	PORCENTAJE
SI	19	59.37
NO	13	40.63
TOTAL	32	100.00

FUENTE: Cédula de entrevistas de niños de 0-7 años que presentaron escabiosis, UCSF B Morro Grande.

GRÁFICA 11. RESPONSABLES DE LOS NIÑOS DE 0 7 AÑOS QUE PRESENTARON ESCABIOSIS



FUENTE: Cédula de entrevistas de niños de 0-7 años que presentaron escabiosis, UCSF B Morro Grande.

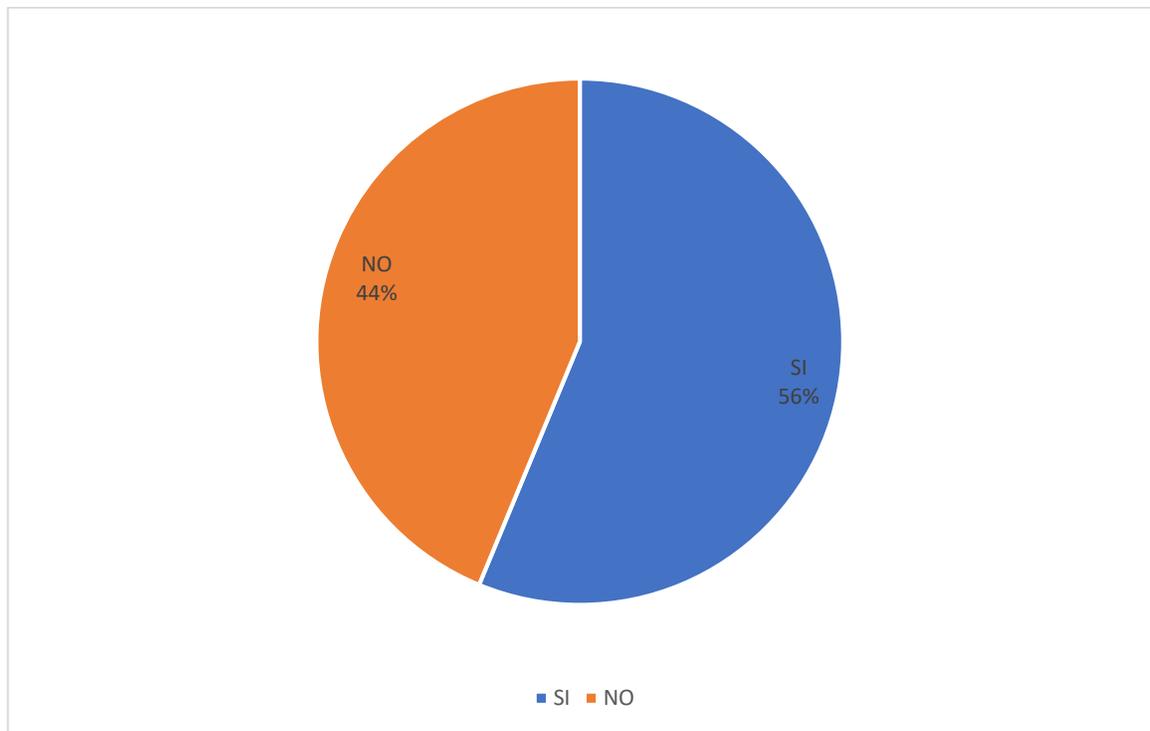
INTERPRETACIÓN: la mayoría de responsables conoce el medicamento que se administró a los menores del siendo este 19 con un 59.27% de los 32 entrevistados.

Tabla 13. SE HA INDICADO TRATAMIENTO PARA EL MANEJO DEL PRURITO

MANEJO DEL PRURITO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	18	56.25
NO	14	43.75
TOTAL	32	100.00

FUENTE: Revisión de expedientes de niños de 0-7 años que presentaron escabiosis, UCSF B Morro Grande.

GRÁFICA 12. SE HA INDICADO TRATAMIENTO PARA EL MANEJO DEL PRURITO



FUENTE: Revisión de expedientes de niños de 0-7 años que presentaron escabiosis, UCSF B Morro Grande.

INTERPRETACIÓN: En la mayoría de casos se brindó tratamiento coadyuvante para el prurito siendo 18 de los 32 casos. Representando un 56.25%. El medicamento utilizado fue Loratadina (5mg/5ml).

Tabla 14. SE HA INDICADO OTRO MEDICAMENTO ADEMÁS DEL TRATAMIENTO PARA EL PRURITO

OTRO MEDICAMENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	16	50.00
NO	16	50.00
TOTAL	32	100.0

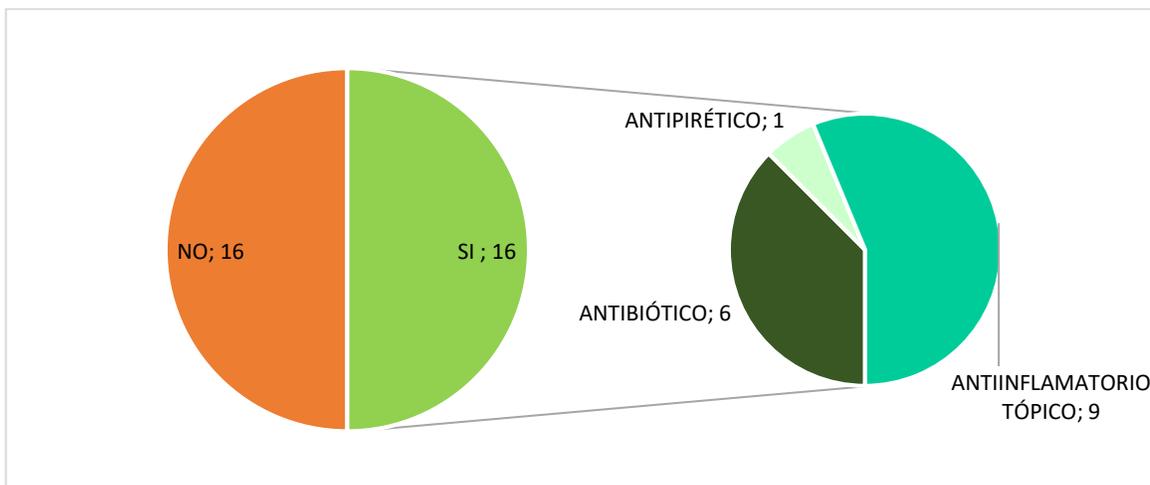
FUENTE: Revisión de expedientes de niños de 0-7 años que presentaron escabiosis, UCSF B Morro Grande.

Tabla 15. QUE OTRO MEDICAMENTO SE INDICÓ

MEDICAMENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANTIBIÓTICO	6	37.5
ANTIPIRÉTICO	1	6.25
ANTIINFLAMATORIO TÓPICO	9	56.25
TOTAL	16	100.00

FUENTE: Revisión de expedientes de niños de 0-7 años que presentaron escabiosis, UCSF B Morro Grande.

GRÁFICA 13. SE HAN INDICADO OTROS MEDICAMENTO Y CUÁLES



FUENTE: Revisión de expedientes de niños de 0-7 años que presentaron escabiosis, UCSF B Morro grande.

INTERPRETACIÓN:

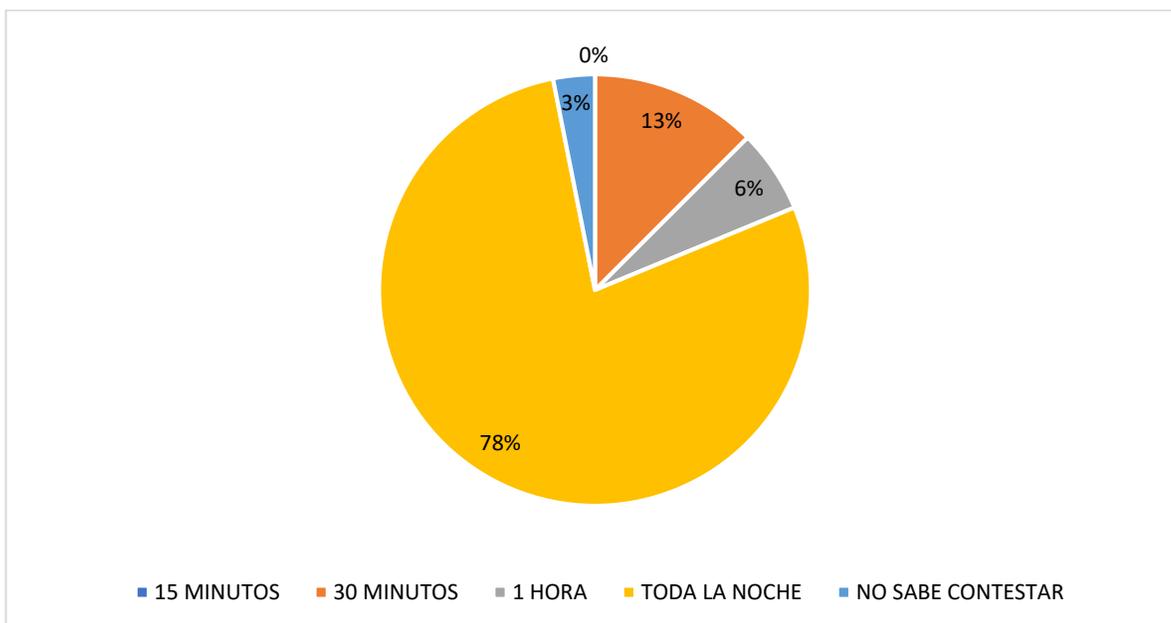
De los 32 menores, a la mitad; 16 de ellos se le brindó otro medicamento, a 6 antibiótico como lo es para el caso de los pacientes que presentaron la variedad sobre infectada, mientras que a 9 se les agregó un tópico y únicamente a 1 que presentó fiebre se le indicó antipirético.

Tabla 16. TIEMPO DE APLICACIÓN DEL MEDICAMENTO

TIEMPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15 MINUTOS	0	0
30 MINUTOS	4	13.00
1 HORA	2	6.00
TODA LA NOCHE	25	78.00
NO SABE CONTESTAR	1	3.00
TOTAL	32	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista niños de 0-7 años que presentaron escabiosis, UCSF B Morro Grande.

GRÁFICA 14. TIEMPO DE APLICACIÓN DEL MEDICAMENTO



FUENTE: Cédula de entrevista niños de 0-7 años que presentaron escabiosis, UCSF B Morro Grande.

INTERPRETACIÓN:

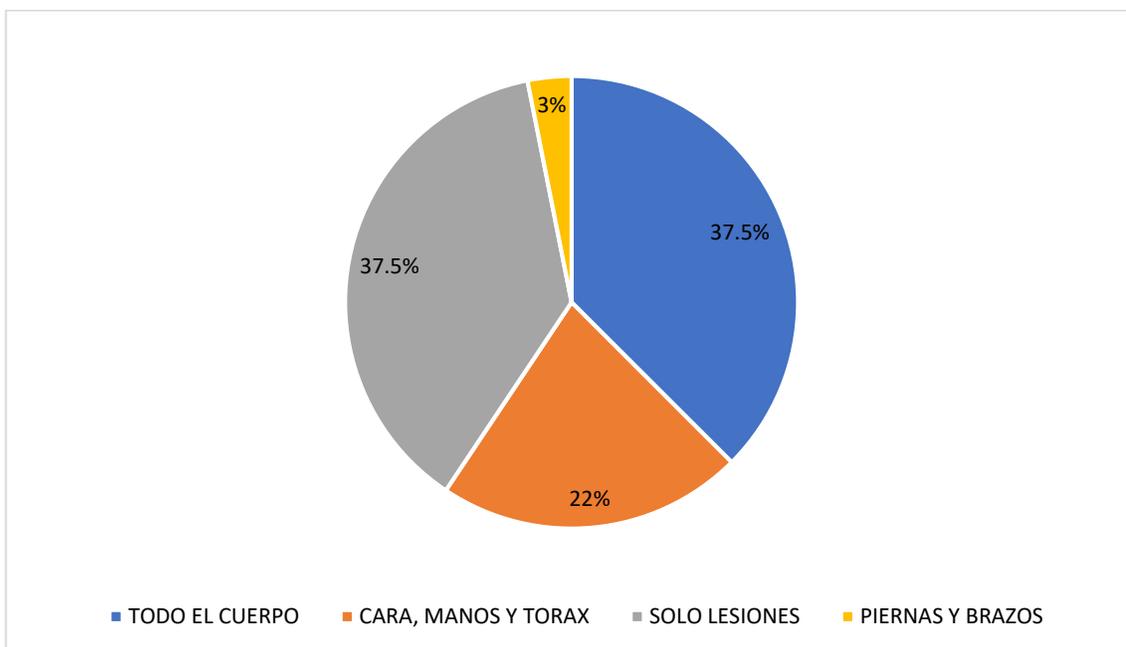
El mayor número de personas aplican el medicamento toda la noche, seguido de la aplicación por 30 minutos, 1 hora y solo una persona no sabe responder.

Tabla 17. SITIOS EN QUE APLICARON EL MEDICAMENTO

SITIOS DE APLICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TODO EL CUERPO	12	37.5
CARA, MANOS Y TORAX	7	22.0
SOLO LESIONES	12	37.5
PIERNAS Y BRAZOS	1	3.00
TOTAL	32	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista niños de 0-7 años que presentaron escabiosis, UCSF B Morro Grande.

GRÁFICA 15. SITIOS EN QUE APLICARON EL MEDICAMENTO



FUENTE: Cédula de entrevista niños de 0-7 años que presentaron escabiosis, UCSF B Morro Grande.

INTERPRETACIÓN: En cuanto los sitios de aplicación del medicamento hacia los menores por los responsables; la mayoría los aplica solo en las lesiones o en todo el cuerpo, seguido de cara, manos y tórax y por último en piernas y brazos.

Tabla 18. EXISTEN MIEMBROS DE LA FAMILIA CON ESCABIOSIS

OTRA PERSONA EN LA FAMILIA CON ESCABIOSIS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	19	59.37
NO	13	40.63
TOTAL	32	100.00

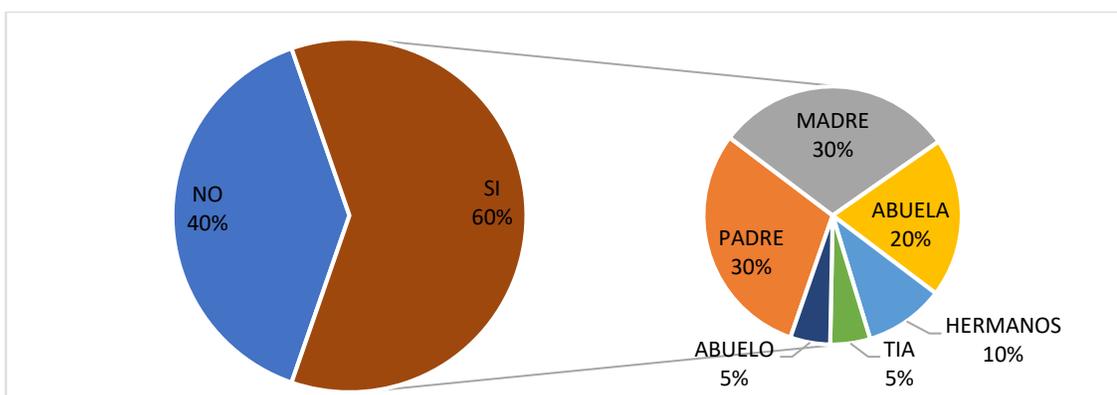
FUENTE: Cédula de entrevista niños de 0-7 años que presentaron escabiosis, UCSF B Morro Grande.

Tabla 19. QUÉ MIEMBROS DE LA FAMILIA PRESENTARON ESCABIOSIS

TRATAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ABUELA	4	20.00
ABUELO	1	5.00
PADRE	6	30.00
MADRE	6	30.00
TÍA	1	5.00
HERMANOS	2	10.00
TOTAL	20	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista niños de 0-7 años que presentaron escabiosis, UCSF B Morro Grande.

GRÁFICA 16. EXISTEN MIEMBROS DE LA FAMILIA CON ESCABIOSIS Y QUIENES DE ELLOS



FUENTE: Cédula de entrevista niños de 0-7 años que presentaron escabiosis, UCSF B Morro Grande.

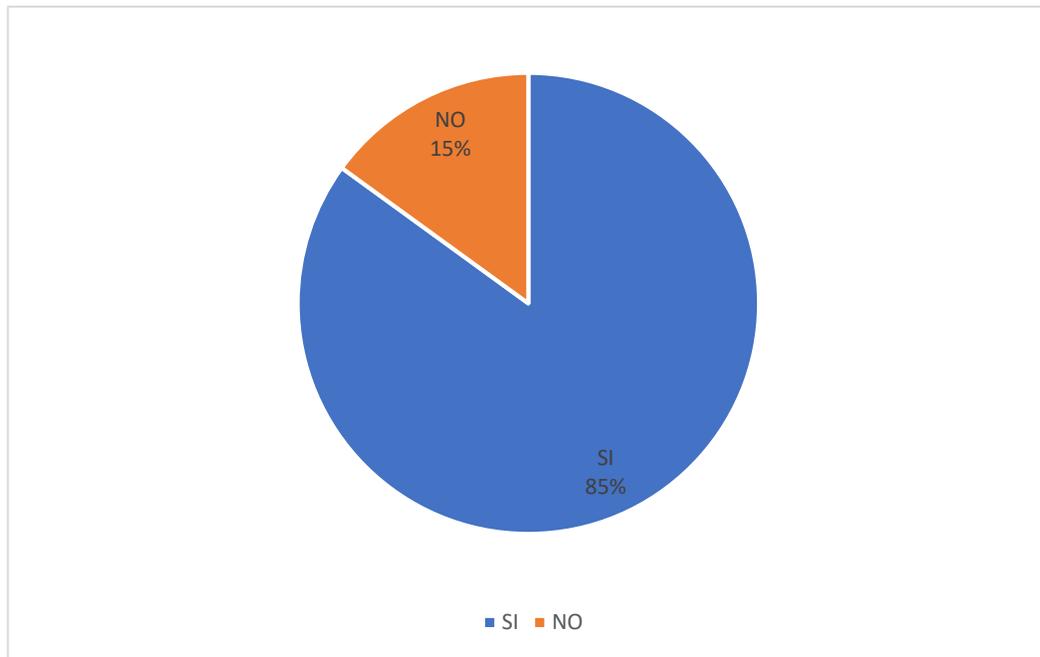
INTERPRETACIÓN: Podemos determinar que de los 19 niños que sí presentaron familiares con escabiosis simultáneamente, los miembros de la familia que más comúnmente presentan la enfermedad son ambos padres debido al mayor contacto con los menores, y en algunos casos las abuelas debido a la cercanía con ellos.

Tabla 20. FAMILIARES QUE TAMBIÉN PRESENTARON LA ENFERMEDAD Y APLICARON TRATAMIENTO

APLICARON TRATAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	17	85.00
NO	3	15.00
TOTAL	20	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista niños de 0-7 años que presentaron escabiosis, UCSF B Morro Grande.

GRÁFICA 17. FAMILIARES QUE PRESENTARON LA ENFERMEDAD TAMBIÉN APLICARON TRATAMIENTO



FUENTE: Cédula de entrevista niños de 0-7 años que presentaron escabiosis, UCSF B Morro Grande.

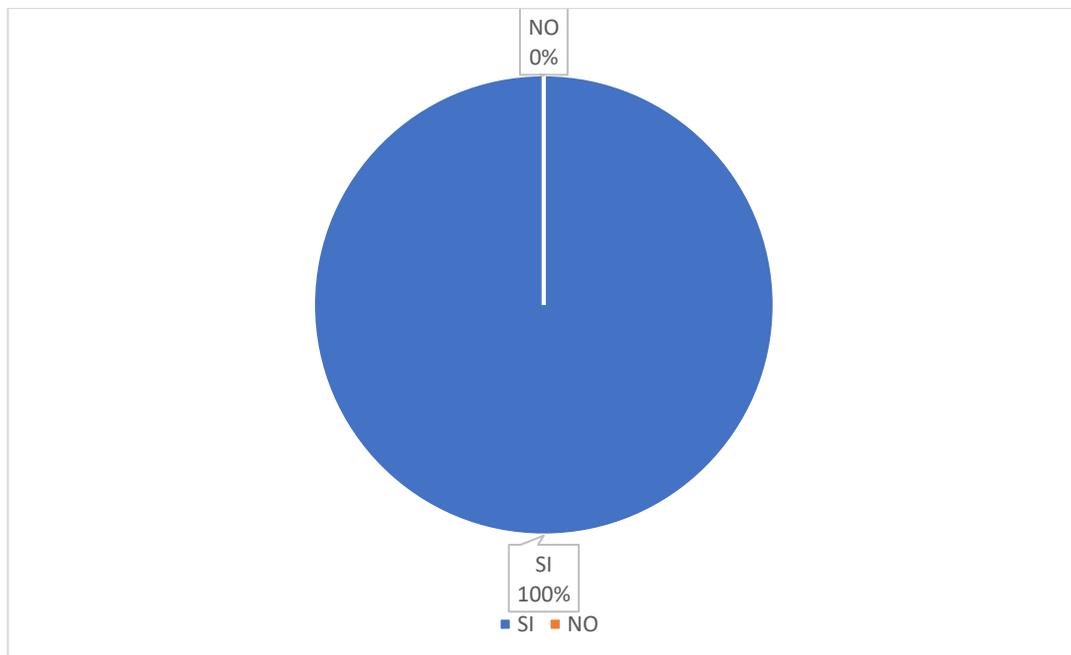
INTERPRETACIÓN: un 85% de los contactos contagiados si han sido tratados para la enfermedad por lo que existe la posibilidad de que esto contribuya a disminuir el riesgo de reinfestación en estos niños, el 15% no utilizaron medicamento ni consultaron sobre la afectación.

Tabla 21. RESPONSABLES QUE RECIBIERON CONSEJERÍA DURANTE LA CONSULTA

CONSEJERÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	32	100.00
NO	0	0.0
TOTAL	32	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista niños de 0-7 años que presentaron escabiosis, UCSF B Morro Grande.

GRÁFICA 18. RESPONSABLES QUE RECIBIERON CONSEJERÍA DURANTE LA CONSULTA



FUENTE: Cédula de entrevista niños de 0-7 años que presentaron escabiosis, UCSF B Morro Grande.

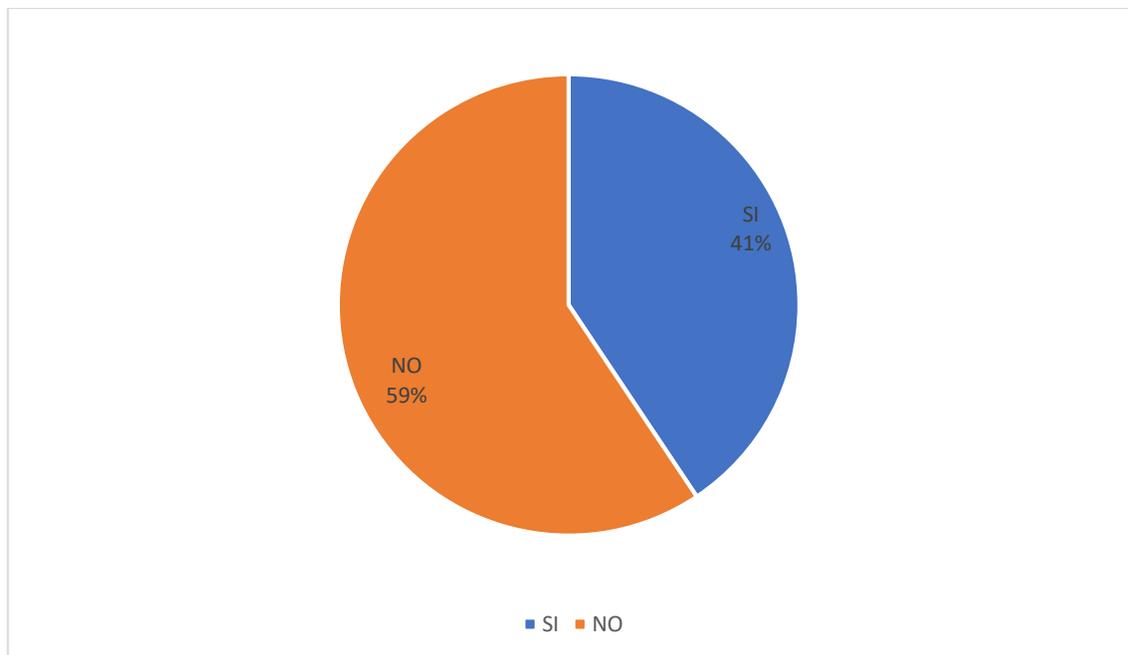
INTERPRETACIÓN: el 100% de los responsables de los menores recibieron consejería sobre forma de aplicación del medicamento y medidas higiénicas para combatir la escabiosis y evitar la reinfestación.

Tabla 22. RESPONSABLES QUE SIGUIERON MEDIDAS HIGIÉNICAS RECOMENDADAS

SIGUIERON MEDIDAS	POBLACION	PORCENTAJE
SI	13	41.00
NO	19	59.00
TOTAL	32	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista niños de 0-7 años que presentaron escabiosis, UCSF B Morro Grande.

GRÁFICA 19. RESPONSABLES QUE SIGUIERON MEDIDAS HIGIÉNICAS RECOMENDADAS



FUENTE: Cédula de entrevista niños de 0-7 años que presentaron escabiosis, UCSF B Morro Grande.

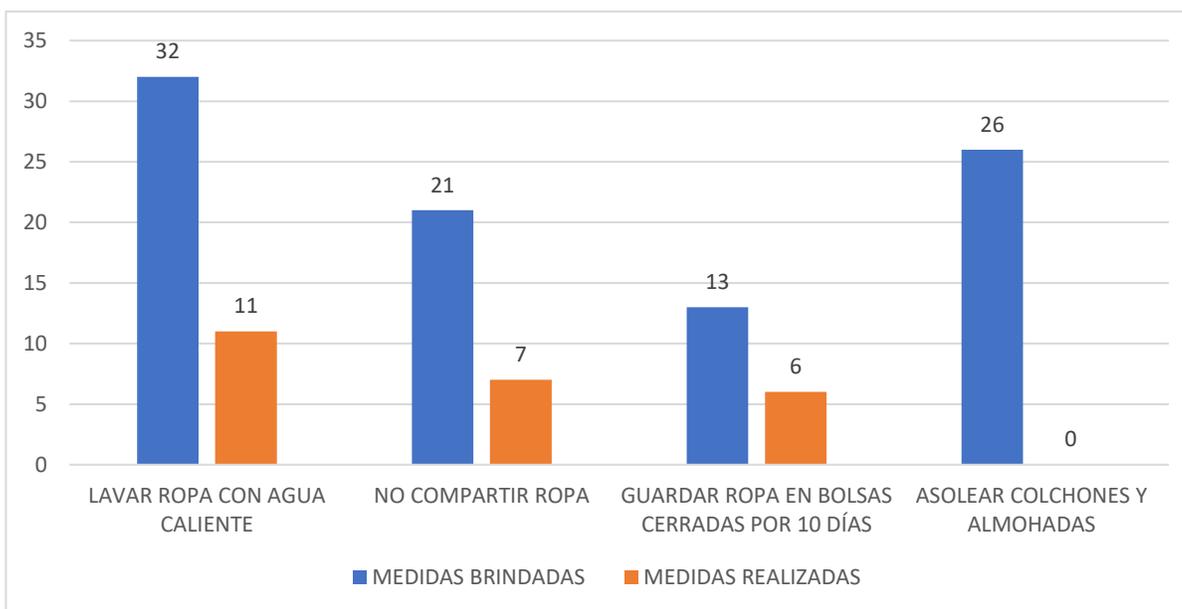
INTERPRETACIÓN: podemos correlacionar el resultado de la tabla 21 con el de la tabla 17, ya que el 59% (19) que manifiesta no haber realizado al menos una medida higiénica en el hogar para la prevención del contagio por escabiosis también presenta el mismo dato con miembros de la familia padeciendo la infestación.

Tabla 23. COMPARACIÓN ENTRE MEDIDAS HIGIÉNICAS RECOMENDADAS EN LA CONSULTA Y MEDIDAS HIGIÉNICAS REALIZADAS POR LOS RESPONSABLES

MEDIDAS	MEDIDAS ACONSEJADAS	MEDIDAS REALIZADAS	CUMPLIMIENTO %
LAVAR ROPA CON AGUA CALIENTE	32/32	11/32	34.3
NO COMPARTIR ROPA	21/32	7/21	33.3
GUARDAR ROPA EN BOLSAS CERRADAS POR 10 DÍAS	13/32	6/13	45.15
ASOLEAR COLCHONES Y ALMOHADADAS	26/32	0/26	0
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO			28.18%

FUENTE: Cédula de entrevista y revisión de expedientes niños de 0-7 años que presentaron escabiosis, UCSF B Morro grande.

GRÁFICA 20. COMPARACIÓN ENTRE MEDIDAS HIGIÉNICAS RECOMENDADAS EN LA CONSULTA Y MEDIDAS HIGIÉNICAS REALIZADAS POR LOS RESPONSABLES



FUENTE: Cédula de entrevista y revisión de expedientes niños de 0-7 años que presentaron escabiosis, UCSF B Morro grande.

INTERPRETACIÓN:

A los 32 responsables de los menores se les brindo consejería durante la consulta.

Sobre la medida recomendada de lavar la ropa en agua caliente se le aconsejó a 32 de los responsables y únicamente 11 llevaron a cabo la medida (34.3%)

De la medida de no compartir ropa se le aconsejó a 21 de los 32 responsables y solamente 7 llevaron a cabo la medida (33.3%)

Sobre guardar ropa en bolsas cerradas por 10 días como medida, se le aconsejó a 13 de los 32 miembros durante la consulta y únicamente lo realizaron 6 (45.15%)

De la medida de asolear colchones y almohadas, se les recomendó a 26 de los 32 responsables y ninguno lo llevó a cabo.

Dando un porcentaje en promedio del cumplimiento de las medidas del 28.8%.

6.2 PRUEBA DE HIPÓTESIS

Dado que el enunciado de la hipótesis de trabajo está en función de porcentaje, se utilizó la prueba estadística de distribución de proporciones muestrales para comprobarla.

Paso 1:

Hipótesis de trabajo $H_1: p > 0.50$

Hipótesis nula $H_0: p \leq 0.50$

Paso 2:

Se estableció que el nivel de significancia 0.05 es decir con un 95% de confiabilidad y solo 5% en contra, por lo tanto, $Z_t=1.65$

Paso 3:

Se calcula valor Z para la muestra dado que $n > 30$ para lo que:

$$Z_c = \frac{\hat{p} - p}{\sigma_P}$$

Donde:

Z_c : el valor crítico para realizar la prueba y que se calcula con los datos de la muestra.

\hat{p} : es el valor de la proporción para casos positivos obtenidos en el estudio.

P : es el valor de la proporción poblacional, el que se propone en la hipótesis de trabajo.

σ : es el error cometido al estimar la proporción poblacional mediante los datos de la muestra.

n : es el tamaño de la muestra.

Sustituyendo:

$$\sigma_P = \frac{\sqrt{(1-p)}}{n} = \frac{\sqrt{0.50(0.5)}}{32} = 0.0883883$$

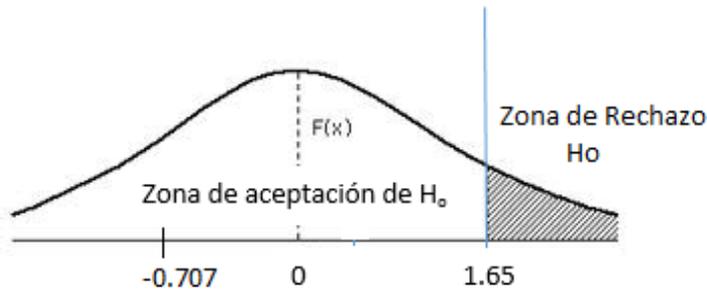
$$Z_c = \frac{\hat{p} - p}{\sigma_P} = \frac{14/32 - 0.50}{0.0883883} = \frac{0.4375 - 0.50}{0.0883883} = \frac{-0.0625}{0.0883883} = -0.7071071$$

Paso 4: Regla de decisión.

Si $Z_c < Z_t$ se acepta H_0

Si $Z_c > Z_t$ se rechaza H_0

Paso 5: decisión estadística



Se acepta hipótesis nula porque Si $Z_c < Z_t$

- Estadísticamente se rechaza la hipótesis de trabajo: la prevalencia de recidivas de escabiosis en los niños de 0-7 años en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica Morro Grande, en el municipio de Guaymango, de Ahuachapán en los meses de marzo a agosto de 2018, es menor del 50% en los casos, evaluados.
- Se acepta la hipótesis de trabajo a través de las cédulas de entrevista que: Les aplican de forma adecuada el medicamento para el tratamiento de la escabiosis a los niños de 0-7 años que pertenecen a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica Morro Grande, en el municipio de Guaymango de Ahuachapán, en los meses de marzo a agosto de 2018.
- Se acepta la hipótesis nula mediante la cédula de entrevista: Los grupos familiares de los niños infectados de 0-7 años que pertenecen a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica Morro Grande, en el municipio de Guaymango, de Ahuachapán, en los meses de marzo a agosto de 2018, no realizan las prácticas de higiene y prevención recomendadas para la eliminación de la escabiosis.

6.3 CONCLUSIONES:

En base a los resultados obtenidos en la investigación “los factores farmacológicos y no farmacológicos que inciden en la falla de tratamiento de escabiosis en niños de 0-7 años en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica Morro Grande se concluye lo siguiente:

- Se determinó mediante la revisión de expedientes que el registro previo de diagnóstico de escabiosis es de 43.75%; contra un 56.25% que no presentaron registro previo de la enfermedad.
- La prevalencia según sexo; es de un 56.26% en el sexo femenino y un 43.74 del sexo masculino.
- Según las edades establecidas en la investigación, la mayor prevalencia de escabiosis se obtuvo en el rango de menor de 1 año, y en el de 4 años, con un 21.88% ambas edades, esto es debido a que los niños están más expuestos a factores de riesgo como compartir cama, ropa, y mala higiene personal.
- Se determinó si existe comorbilidad, de los niños que se diagnosticaron con escabiosis de 0 a 7 años; del 100% de la población de estudio, solamente un 9.37% presento comorbilidad con el diagnóstico de escabiosis.
- En base a los resultados obtenidos en la revisión de expedientes el tipo de escabiosis que presentaron los niños de 0 a 7 años fue de un 81.25% para la escabiosis de tipo clásica y un 18.75% para la escabiosis de tipo noruega.
- Se determinó que existen miembros de la familia con escabiosis, de los niños de 0 a 7 años con diagnóstico de escabiosis esto representa un 59%, y un 41% no existían miembros de la familia del niño con escabiosis; y en cuanto a si los responsables de los niños de 0 a 7 años con diagnóstico de escabiosis siguieron las medidas higiénicas recomendadas para la eliminación de la enfermedad, solo lo cumple el 41% y no lo cumplen el 59%; es por eso que las medidas higiénicas (factor no farmacológico); representa la principal causa para que se dé la incidencia en la falla del tratamiento de la escabiosis y esto lleva a que se dé la recidiva de la enfermedad, porque no se trata de manera adecuada a todas las personas que se encuentran alrededor del niño con la enfermedad y esto se vuelve un ciclo que siempre va estar presente y que nunca va a resolver definitivamente.

6.4 RECOMENDACIONES

Al personal de salud de la Unidad de Salud Básica Morro Grande Guaymango.

Brindarle mayor importancia a la patología estableciendo más consejerías o un programa educativo dirigidas a padres de menores, sobre la forma de aplicación correcta del fármaco, y lo más importante según los resultados concientizar a los usuarios sobre la importancia de realizar medidas higiénicas posterior a la aplicación del fármaco para evitar recidivas.

Realizar visitas domiciliarias y seguimiento más cercano por promotores de salud a los menores y familiares, con el fin de incidir en las practicas higiénicas de los encargados de los menores y detectar nuevos casos dentro de la misma familia o posibles recidivas.

A la población en general

Acudir todo miembro de la familia a la unidad de salud ante cualquier sintomatología anteriormente presentada, y realizar todas las medidas higiénicas recomendadas por el personal de salud en la medida de lo posible, a pesar de existir en la mayoría de casos limitantes sociales.

A ser voceros dentro de la comunidad y ayudar a divulgar las medidas higiénicas a practicar contra la escabiosis.

A los estudiantes de medicina

Incentivar a que realicen futuros trabajos sobre escabiosis, preocuparse por las recidivas de esta patología brindándole seguimiento a los pacientes

7. BIBLIOGRAFÍA

¹ Enrique H.P. Prúrigo. Escabiasis. En: Dr. Jorge A, José BG. Editores. Clínica Dermatológica 4a ed. San salvador, El Salvador; 2005.p. 320-341

² Maria TP, Causín S, Duro M, Agudo P, Martínez R y Sánchez de la NM. Hablemos de Escabiosis: revisión y actualización. Scielo [internet], 2002 [citado 15 de marzo de 2018]; 12(7):disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002000700004

³ García PB, Protocolos en dermatología de la asociación pediátrica española. FMC [internet] 2007 [citado 15 de marzo 2018] 20(1) 159-161. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/escabiosis>.

⁴ Rosa MD, Carmen V at Díaz de A. Historia del acaro de la sarna. Sciencedirect [internet].2003 [citado 15 de marzo de 2018]; 18(9): 89,139, 2011 Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213925103727592>.

⁵ Sistema Nacional de Salud. [internet] El Salvador, Boletín Mensual Epidemiología; 1993 [20 de octubre de 2013, citado 17 de marzo 2018]. Disponible en: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/boletin/1993/9.pdf>

⁶ Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.[internet]. El Salvador Escabiosis.Boletín Semanal Epidemiología; 25 al 31 Julio 2010[20 de octubre de 2013, citado 17 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/boletin/2010/sem30.pdf>

⁷ María de los AR. Guía para manejo de urgencias, En Luis CS. Guia para el manejo de urgencias.3a ed. Colombia. Imprenta Nacional de Colombia;2009. p.1141.

⁸ Costa GM, Rodríguez HO, García PA, Rodríguez EN. Aspectos epidemiológicos de la escabiosis infantil en el municipio Cabimas, estado Zulia, Venezuela. Revista AMC [internet]. 2008[citado 17 de marzo de 2018]; 12 (2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000200008_91

⁹ Hilda DR, Lilian DC. Factores influyentes en la aparición de escabiosis en las poblaciones Mercedes Umaña y Estanzuelas [Tesis] El Salvador. Universidad de El Salvador, 2003

¹⁰ Ministerio De Salud [internet] El Salvador. Sistemas de Información en Salud: SIMMOW.2017, [1 de enero de 2017 al 31 de diciembre de 2017; citado el 20 de marzo de 2018]. Disponible en: http://simmow.salud.gob.sv/ctagrp1.php?s_grupo=184&s_causa=0&s_dep=0&s_est=99&s_fecha=03%2F01%2F2017&s_fecha1=30%2F12%2F2017&s_lista=2&s_munic=0&s_tipodiag=0&

¹¹Reyes H. y Neghme A. Parasitología clínica. En Sarna, otras acariasis y garrapatas. Vol 65. 3a ed. Mac Graw Hill 1991.p. 540-552.

¹²Amelia P. Parasitosis cutáneas. En Javier de LP. Editor. Lecciones dermatológicas, 16a ed. México D.F: Mac Graw-Hill; 2015.p. 107-110. 235, 239

¹³La prensa gráfica [internet] El Salvador [actualizado 9 de mayo de 2017; citado 15 marzo de 2018] Disponible en: www.laprensagrafica.com/elsalvador/Reos-de-celdas-de-la-PNC-padecen-de-escabiosis-20170509-0088.html.

¹⁴Fabián RZ, Paola CC. Manejo práctico de la escabiosis en niños. Revistasnew.unab [internet], 2002 [citado 16 marzo 2018]; 5 (14): 160. Disponible en: revistasnew.unab.edu.co/index.php/medunab/article/download/346/273

¹⁵El Universal [internet]. Cartagena. Adolfo GA; 2012 [citado 24 de marzo de 2018] disponible en: <http://www.eluniversal.com.co/columna/la-sarna-humana-tiene-su-historia>

¹⁶ Daniel PK. Escabiosis. En Lexus editor. Dermatología pediátrica. 1a ed. Barcelona España. Grupo Ars; 2012. p. 233-237

8. ANEXOS

ANEXO 1. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDICPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Respetable usuario de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica Morro Grande de Guaymango, reciba un cordial saludo.

La presente es para solicitar su autorización, y a la vez colaboración para pasar una entrevista en la cual se evaluará los factores farmacológicos y no farmacológicos que inciden en la falla de tratamiento de escabiosis en niños de 0-7 años en la unidad comunitaria de salud familiar básica Morro Grande, en el municipio de Guaymango, de Ahuachapán en los meses de marzo a agosto de 2018. En el cual se evaluará los factores que producen que exista un elevado número de recidivas de escabiosis en los niños de dicha área geográfica de la UCSFB de Morro Grande, Guaymango; después que se les ha indicado el tratamiento para dicha enfermedad.

Esperando contar con su valiosa colaboración, de antemano de le damos nuestro más sincero agradecimiento. Egresados de la carrera de Doctorado en Medicina de la Universidad de El Salvador, Facultad Multidisciplinaria de Occidente. La información que se dará en la entrevista es confidencial.

Usuario (Nombre y firma/huella):

Egresado de la carrera de doctorado en medicina:

ANEXO 2. Unidad de Entrevista



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA
UNIDAD DE ENTREVISTA

Objetivo: Recolectar información para identificar los factores farmacológicos y no farmacológicos que inciden en la falla de tratamiento de escabiosis en niños de 0-7 años en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica Morro Grande, en el municipio de Guaymango, de Ahuachapán en los meses de marzo a agosto de 2018.

PARTE ÉTICA: CONSENTIMIENTO INFORMADO

DATOS DEL NIÑO/A 0-7AÑOS:

Nombre del menor: _____ Sexo: M__F__

Edad del menor:

Procedencia:

DATOS DEL RESPONSABLE ENTREVISTADO:

Nombre del responsable: _____ Sexo: M__F__

Ocupación del responsable:

Nivel educativo del responsable:

Estado Civil:

Soltero (a) Casado(a) Acompañado(a) Divorciado(a) Viudo

Número de personas que habitan la vivienda: _ Adultos: _ menores de 7 años: __

1. ¿Sabe usted que es la escabiosis?

SI

NO

2. Las lesiones que posee en la piel el menor. ¿Cómo las describiría?

Ronchas

Manchas rojas

Pequeños agujeros en la piel

Vesículas con líquido en ellas

3. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones clínicas, cree usted que causa la escabiosis?

Prurito (picazón)

Fiebre

Enrojecimiento

Ardor

4. ¿Es la primera vez que presenta la patología?

SI

NO

5. ¿Cuántas veces ha presentado la enfermedad con anterioridad?

Hace cuánto: _____

6. ¿Se le brindo tratamiento farmacológico para escabiosis en la unidad de salud?

SI

NO

7. ¿Conoce el nombre del tratamiento indicado por el médico?

SI

NO

Menciónelo: _____

8. ¿Cuánto tiempo tiene que dejar actuar el medicamento?

15 minutos

30 minutos y repetir siguiente día

1 hora y repetir hasta que desaparezcan las lesiones

Toda una noche y repetir en una semana

9. ¿En qué lugares del cuerpo aplica el medicamento?

Todo el cuerpo

Cara, manos y tórax

Solo en las lesiones

Piernas y brazos

10. ¿En el hogar del menor existe otra persona con síntomas iguales?

SI

NO

Quien/quienes: _____

11. Si la respuesta es afirmativa. ¿Se aplicó tratamiento en el mismo periodo de tiempo?

SI

NO

12. ¿Durante la consulta el médico le impartió una pequeña charla sobre la transmisión de la escabiosis y que medidas debe tomar en el hogar del menor?

SI

NO

13. ¿Ha realizado alguna medida higiénica en su hogar?

SI

NO

14. ¿Qué pasos ha seguido para la eliminación de la enfermedad en el hogar?

Ninguno

Lavar ropa con agua calientela

No compartir ropa

Guardar ropa en bolsas cerradas por 10 días

ANEXO 3. Revisión de Expedientes



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA
REVISION DE EXPEDIENTES

Objetivo: Recolectar información para identificar los factores farmacológicos y no farmacológicos que inciden en la falla de tratamiento de escabiosis en niños de 0-7 años en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica Morro Grande, en el municipio de Guaymango, de Ahuachapán en los meses de marzo a agosto de 2018.

DATOS DEL NIÑO/A 0-7AÑOS:

Nombre del menor: _____ Sexo: M__F__

Edad del menor: _____

Procedencia:

Expediente: _____

1. ¿Se ha diagnosticado la enfermedad?
SI NO

2. ¿Qué tipo de escabiosis se ha diagnosticado?
 - Clásica
 - Noruega
 - Nodular

3. Existe registro previo de diagnóstico de la enfermedad
SI NO

4. ¿Cuántas veces ha recidivado la enfermedad? _____

5. ¿Existe comorbilidad?
SI NO
¿Cuál?

6. ¿qué escabicida se ha indicado y bajo qué indicación?

7. ¿Se ha indicado tratamiento para el manejo del prurito?

SI NO

Cual:

8. ¿Se ha indicado otro medicamento?

SI NO

¿Cuál?

9. ¿Qué consejería sobre medidas no farmacológicas en el hogar se brindó?

Ninguno

Lavar ropa con agua hirviendo

No compartir ropa

Guardar ropa en bolsas cerradas por 10 días

Asolear colchones, almohadas

ANEXO 4. Presupuesto y financiamiento

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
100	Fotocopias	\$0.03	\$3.00
10	Anillados	\$2.00	\$20.00
200	Impresiones	\$0.15	\$30.00
5	Bolígrafos	0.25	\$1.25
1	Resma de papel bond	\$4.50	\$4.5
5	Lápiz	\$0.25	\$1.25
3	Marcadores	\$1.00	\$3.00
1	Alcohol gel	\$2.00	\$2.00
1	Caja de guantes	\$8.00	\$8.00
3	Lupa	\$7.00	\$21.00
3	Transporte	\$20.00	\$60.00
25	Horas de navegación en internet	\$1.00	\$25.00
	TOTAL		\$179.00

La investigación fue financiada por los estudiantes de la carrera Doctorado en Medicina de la Universidad de El Salvador:

- Arroyo Bernal, Marcela de Los Ángeles
- Arriola Trigueros, Alcides Alejandro
- Castaneda Martínez, Karen Cecilia

