

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**



INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN:

**CONOCIMIENTO SOBRE LOS FACTORES PREDISONENTES A LAS
REINFESTACIONES POR SARCOPTES SCABIEI EN LOS PACIENTES QUE
CONSULTAN EN LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR DE
CACAOPELA Y SUNSULACA MUNICIPIO DE CACAOPELA DEPARTAMENTO
DE MORAZÁN AÑO 2021**

**PRESENTADO POR:
KARLA ELIZABETH RODRIGUEZ SEGOVIA**

**PARA OPTAR AL TÍTULO DE:
DOCTORA EN MEDICINA**

**DOCENTE ASESOR:
DR. OSCAR OMAR PORTILLO GARCÍA**

12 FEBRERO DE 2022

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES**

**MAESTRO ROGER ARMANDO ARIAS
RECTOR**

**DOCTOR RAÚL ERNESTO AZCÚNAGA LÓPEZ
VICERRECTOR ACADÉMICO**

**INGENIERO JUAN ROSA QUINTANILLA
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO**

**INGENIERO FRANCISCO ALARCÓN
SECRETARIO GENERAL**

**LICENCIADO RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARÍN
FISCAL GENERAL**

**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
AUTORIDADES**

**MAESTRO CRISTÓBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ
DECANO**

**DOCTOR OSCAR VILLALOBOS
VICEDECANO**

**MAESTRO ISRAEL LÓPEZ MIRANDA
SECRETARIO INTERINO**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA
AUTORIDADES**

**MAESTRA ROXANA MARGARITA CANALES ROBLES
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO
COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN DE LA
CARRERA DE MEDICINA**

ASESORES

DR. OSCAR OMAR PORTILLO GARCÍA
DOCENTE ASESOR

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO
ASESORA METODOLÓGICA

TRIBUNAL CALIFICADOR

PRESIDENTE

SECRETARIO

DR. OSCAR OMAR PORTILLO GARCÍA
VOCAL

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de El Salvador: por permitirme formar parte del grupo de profesionales de la salud, formados por la excelencia y el rigor académico que caracteriza a nuestra alma mater y hacernos mejores profesionales cada día.

A mis docentes: por cultivar en nosotros la semilla del conocimiento y por formarnos con paciencia y dedicación.

A la Maestra Elba Margarita Berrios: Por su paciencia, dedicación y esfuerzo en el proceso de realización del trabajo de investigación.

A mis asesores: por saber guiarme: dedicar su tiempo y compartir sus conocimientos a través de este largo camino para ayudarme a mi formación.

Al personal de la UCSFI “Cacaoopera”: Agradecimientos al personal de salud por permitirme poder realizar esta investigación en la unidad y por su orientación.

Al personal de la UCSF "Sunsulaca”: Agradecimiento al personal de salud que me ayudo a entrevistar a las personas consultantes de esta unidad, ya que fue un valioso aporte a la investigación.

A la población en estudio: Por su confianza y colaboración porque sin ellos no hubiese sido posible esta investigación.

DEDICATORIA

A DIOS: Por siempre darme esa fortaleza, dedicación, perseverancia y nunca permitirme renunciar a mi sueño de ser Doctora a pesar de todas las adversidades y dificultades en el camino.

A MIS PADRES: María Irma Segovia Bado por darme su apoyo incondicional desde el primer día que inicie este largo viaje, por sus consejos y sus palabras de aliento durante todos estos años para luchar por lograr mi sueño. Julio Adalberto Rodríguez por todos esos días de desvelo y madrugadas siempre tratando de ser puntual para que yo llegara con bien a mis clases de la universidad, practicas del hospital y a mi unidad de salud, por su apoyo económico y estar siempre apoyándome y motivando a salir adelante.

A MIS HERMANAS Y HERMANO: Cindy Rodríguez, Sheyla Rodríguez por darme siempre apoyo y tenerme paciencia en mis horas de estudio. Cristian Rodríguez, por todas las veces que también estuvo dándome ánimos y hacer tiempo para que llegara con bien a mis clases y prácticas de la universidad y hospital cuando mi papá no podía hacerlo.

A MI FAMILIA: gracias a todos aquellos que de una u otra forma estuvieron ahí apoyándome y dándome ánimos para que no me rindiera y pudiera lograr mi sueño.

A MI PERSONITA: por estar siempre apoyándome y dándome ánimos para no abandonar mi sueño, por sus consejos y regaños, por cada noche fuera del hospital lloviendo o no, esperándome con mi cena para que pudiera soportar la guardia.

A MIS AMIGOS: los que no llevan mí misma carrera, pero siempre estuvieron dándome ánimos a luchar por mi sueño y a los que porque estando en las mismas situaciones, compartiendo desvelos, regaños y consejos, pudimos salir adelante.

A MIS DOCENTES: Gracias a todos ellos, incluyendo residentes, porque cada uno tuvo paciencia, dedicación y esmero en compartir sus conocimientos para que yo pudiera aprender y ser mejor profesional cada día.

A MIS PACIENTES: Gracias a cada uno de ellos por la confianza y paciencia hacia mi persona, gracias a ustedes también soy la profesional que siempre quise ser.

A MI ASESOR: por el tiempo y la dedicación durante todo este proceso.

A LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR: por darme la oportunidad de crecer profesionalmente.

AL PERSONAL DE LA UNIDAD DE SALUD FAMILIAR INTERMEDIA DE CACAOPERA: Por acogerme, enseñarme, y permitirme formar parte de su equipo, gracias por su valiosa amistad y compañerismo de cada uno de ustedes, gracias por formar parte de mi formación profesional, siempre los llevare en mi corazón.

Tabla de contenido	Pág.
Lista de tablas.....	xi
Lista de gráficas.....	xiii
Lista de figuras.....	xv
Lista de anexos.....	xvi
RESUMEN:.....	17
INTRODUCCION.....	19
1. Planteamiento del problema.....	201
2. MARCO TEORICO.....	25
3. SISTEMA DE HIPÓTESIS.....	43
4. DISEÑO METODOLÓGICO.....	45
5. RESULTADOS.....	50
6. DISCUSIÓN.....	94
7. CONCLUSIONES.....	96
8. RECOMENDACIONES.....	97
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	99

Lista de tablas	Pág.
Tabla N° 1 Distribución de la población de las unidades comunitarias de salud familiar (UCSF) en estudio.....	46
Tabla.2 Edad de la población en estudio	47
Tabla.3 Sexo de la población en estudio.	51
Tabla.4 Escolaridad de las personas entrevistadas	53
Tabla.5 Ocupación de las personas entrevistadas.	54
Tabla.6 ¿Unidad de salud a la que consulta?	56
Tabla.7 ¿Sabe usted que es la escabiosis o sarna?	57
Tabla.8 ¿Que conocimiento tiene usted sobre esta enfermedad?	58
Tabla.9 ¿Según sus conocimientos quien puede transmitir la enfermedad?	60
Tabla.10 ¿Sabe usted como se transmite Sarcoptes scabiei?	61
Tabla.11 ¿En base a su conocimiento cuales considera son los factores de riesgo para contraer la enfermedad por Sarcoptes scabiei?	62
Tabla.12 ¿Quien considera usted que puede contraer la enfermedad?.....	65
Tabla.13 ¿Quien considera tiene mayor riesgo de contraer escabiosis?	66
Tabla.14 ¿En base a sus conocimientos cuales manifestaciones clínicas cree que produce Sarcoptes scabiei?.....	68
Tabla.15 ¿Que partes del cuerpo cree usted que afecta Sarcoptes scabiei?.	69
Tabla.16 ¿Cuál de los siguientes considera usted un método preventivo, para prevenir la enfermedad por Sarcoptes scabiei?	71
Tabla.17 ¿Ha padecido usted o algún miembro de la familia la enfermedad de la escabiosis?.....	72
Tabla.18 ¿Acudió inmediatamente a la unidad de salud cuando presento los síntomas?	74
Tabla.19 ¿Ha recibido usted o un familiar suyo tratamiento y consejería para la enfermedad producida por Sarcoptes scabiei?.....	75
Tabla.20 ¿Noto o ha notado mejoría con el tratamiento?	77
Tabla.21 ¿Después de su diagnóstico le explicaron cuáles son las medidas preventivas para evitar la enfermedad de Sarcoptes scabiei?	78

Tabla.22 ¿Qué medidas preventivas a seguido para eliminar el parasito en su casa	80
Tabla.23 ¿Es primera vez que padece la enfermedad?.....	81
Tabla.24 ¿Tiene animales en su casa?	82
Tabla.25 ¿Comparte cama?	84
Tabla.26 ¿Considera usted que necesita más información de la enfermedad?	85
Tabla 27. Promedio de aciertos y desaciertos en las categorías de preguntas del instrumento de investigación.....	87
Tabla 28. Proporción de aciertos y desaciertos en los 25 ítems del instrumento de investigación.....	91
Tabla 29. Comparación de valores de prueba (zc) que se obtendrían partir de diferentes proporciones de aciertos en el instrumento de investigación y su respectiva conclusión estadística.	93

Lista de gráficas	Pág.
Gráfica 1 Edad de la población en estudio.....	51
Gráfica 2 Sexo de la población en estudio.....	52
Gráfica 3 Escolaridad de las personas entrevistadas	54
Gráfica 4 Ocupación de las personas entrevistadas	55
Gráfica 5 ¿Unidad de salud a la que consulta?.....	57
Gráfica 6 ¿Sabe usted que es la escabiosis o sarna?.....	58
Gráfica 7 ¿Que conocimiento tiene usted sobre esta enfermedad?	59
Gráfica 8 ¿Según sus conocimientos quien puede transmitir la enfermedad	61
Gráfica 9 ¿Sabe usted como se transmite Sarcoptes scabiei?	62
Gráfica 10 ¿En base a su conocimiento cuales considera son los factores de riesgo para contraer la enfermedad por sarcoptes scabiei?.....	64
Gráfica 11 ¿Quien considera usted que puede contraer la enfermedad?	66
Gráfica 12 ¿Quien considera tiene mayor riesgo de contraer escabiosis?	67
Gráfica 13 ¿En base a sus conocimientos cuales manifestaciones clínicas cree que produce Sarcoptes scabiei?	69
Gráfica 14 ¿Que partes del cuerpo cree usted que afecta Sarcoptes scabiei?	70
Gráfica 15 ¿Cuál de los siguientes considera usted un método preventivo, para prevenir la enfermedad por Sarcoptes scabiei?	72
Gráfica 16 ¿Ha padecido usted o algún miembro de la familia la enfermedad de la escabiosis?	73
Gráfica 17 ¿Acudió inmediatamente a la unidad de salud cuando presento los síntomas?	75
Gráfica 18 ¿Ha recibido usted o un familiar suyo tratamiento y consejería para la enfermedad producida por Sarcoptes scabiei?	76
Gráfica 19 ¿Noto o ha notado mejoría con el tratamiento?	78
Gráfica 20 ¿Después de su diagnóstico le explicaron cuáles son las medidas preventivas para evitar la enfermedad de Sarcoptes scabiei?	79
Gráfica 21 ¿Qué medidas preventivas a seguido para eliminar el parasito en su casa?	81

Gráfica 22 ¿Es primera vez que padece la enfermedad?	82
Gráfica 23 ¿Tiene animales en su casa?.....	83
Gráfica 24 ¿Comparte cama?.....	84
Gráfica 25 ¿Considera usted que necesita más información de la enfermedad?	86

Lista de figuras	Pág.
Figura 1 Lactante con escabiosis	101
Figura 2 Ciclo de vida y etapas de la escabiosis	101
Figura 3 Manifestaciones clínicas	102
Figura 4 Signo característico de la escabiosis	102
Figura 5 Escabiosis del lactante	103
Figura 6 Áreas corporales afectadas por Sarcoptes scabiei según edades.	103
Figura 7 Diagnostico mediante técnica de tinta	104
Figura 8 Sarcoptes scabiei prueba de cinta.....	104
Figuras 9 y 10 Microfotografía de escabiosis con ácaro y sarna noruega. .	105
Figura 11. Complicaciones de la escabiosis.....	105

Lista de anexos	Pág.
ANEXO 1. Presupuesto	106
ANEXO 2. Cronograma de actividades	107
ANEXO 3. Cuestionario en línea	108
ANEXO 4. Glosario.....	116

RESUMEN:

La Escabiosis es una enfermedad parasitaria de la piel causada por la hembra de un acaro el cual excava un surco entre la epidermis, donde deposita sus huevos creando así la erupción de vesículas, acompañado de un vivo escozor, la incidencia de esta enfermedad es influenciada por diversos factores de los cuales muchas personas desconocen por lo cual el **Objetivo** de esta investigación es Determinar el conocimiento de los factores predisponentes a la reinfestación, en los usuarios que consultan en las unidades comunitarias de salud familiar Cacaopera y Sunsulaca Municipio de Cacaopera departamento de Morazán del año 2021. **La metodología** del estudio es descriptiva, cuali-cuantitativa, transversal y bibliográfico en los cuales se aplicó criterio de inclusión y exclusión, la unidad de información se basará en la historia clínica y examen físico. **El resultado** se obtuvo una proporción global de aciertos del 32%, con una proporción desaciertos variable del 68% para el conocimiento general, 83% conocimiento específico, 72%, conocimiento de síntomas y medidas preventivas 72%, tratamiento y prevención de enfermedad 55% seguimiento de medidas recomendadas por medico al momento de diagnóstico 42% factores reinfestantes 74%, requerimiento de conocimientos 98%. Las mayores proporciones de desaciertos se obtuvieron para las preguntas acerca del conocimiento específico de la enfermedad, como actuó al enterarse de que padecía la enfermedad y si ha seguido medidas preventivas, con un alza en los factores reinfestantes por Sarcoptes Scabiei. **CONCLUSIONES:** Con una proporción media de aciertos del 32% y un intervalo de confianza del 95 % se acepta que el conocimiento de la población sobre los factores predisponentes tiene relación con la reinfestación por Sarcoptes Scabiei en los usuarios que consulta en las unidades de salud familiar de Cacaopera y Sunsulaca en el año 2021

ABSTRACT

Scabies is a parasitic skin disease caused by the female of a mite which excavates a groove between the epidermis, where it deposits its eggs thus creating the eruption of vesicles, accompanied by a live stinging, the incidence of this disease is influenced by various factors of which many people are unaware of which the **Objective** of this research is to determine the knowledge of the predisposing factors to re-infestation, in the users who consult in the community units of family health Cacaopera and Sunsulaca Municipality of Cacaopera department of Morazán of the year 2021. **The methodology** of the study is descriptive, qualitative, cross-sectional and bibliographic in which inclusion and exclusion criteria were applied, the information unit will be based on the clinical history and physical examination. **The result** was obtained an overall proportion of successes of 32%, with a variable proportion of mistakes of 68% for general knowledge, 83% specific knowledge, 72%, knowledge of symptoms and preventive measures 72%, treatment and prevention of disease 55% follow-up of measures recommended by doctor at the time of diagnosis 42% reinfestant factors 74%, knowledge requirement 98%. The highest proportions of mistakes were obtained for questions about the specific knowledge of the disease, how it acted upon learning that it suffered from the disease and whether it has followed preventive measures, with an increase in reinfestant factors by *Sarcoptes Scabiei*. **CONCLUSIONS:** With an average success rate of 32% and a confidence interval of 95%, it is accepted that the population's knowledge of predisposing factors is related to the re-infestation by *Sarcoptes Scabiei* in users consulted in the family health units of Cacaopera and Sunsulaca in 2021

INTRODUCCION

La sarna, tal vez la dermatosis parasitaria más frecuente en el mundo occidental hasta hace 50 años, disminuyó gradualmente hasta casi desaparecer de Europa y América, desde 1970 se observa en los países iberoamericanos y en España un

gradual incremento del número de casos, señalándose verdaderas epidemias. en gran parte este incremento es debido al desconocimiento de la enfermedad por varias generaciones de médicos que se formaron sin ocasión de observar un solo enfermo de esta afección. Se trata de una patología con un porcentaje de curación potencial del 100% mediante un simple tratamiento, lo cual implica la importancia de su correcto diagnóstico y manejo por el médico que lo ve en primer lugar (generalmente médicos de guardia o atención primaria).⁴

La Escabiosis es conocida por la humanidad desde el principio de su historia, en los humanos es causada por el acaro *Sarcoptes Scabiei* var *hominis* un arácnido del orden acarino de la familia Trombididae, cuya transmisión es por contacto directo. También es conocida como sarna, akari, Physika, psora, scabies, kratze, gale, la comezón de los 7 años, picor de campo, picor de Michigan, picor de la armada y picor de la tienda de campaña.

La escabiosis es una parasitosis que afecta al hombre y tiene gran connotación. Según se cuenta es conocido desde la época de los judíos en Egipto cuando fue enviada como una de las 10 plagas que atormentaron a los opresores. Se asegura que en el siglo IV AC, Aristóteles conocía el parásito y fue el primero en utilizar el término “akari” para designar a un acaro mordedor de madera; luego el medico árabe Abu el Hasan Ahmed el Tabari, quien vivió alrededor del año 970 en Tabaristan describió esta condición; en el siglo XII Santa Hildegard (1098-1179) lo descubrió por primera vez y escribió un libro llamado “Physika” en el cual incluye la primera referencia al parásito *Acarus scabiei* así como el tratamiento con azufre.⁴

Por esa misma época Avenzoar (1091-1162) un médico moro sevillano que practicaba en España habla del Souab o sarna en su libro *Taisir etmedaouat oua eltedbir*, en el que describió al acaro como un animalillo que sale de la piel de los pacientes afectados, pero atribuyo a la enfermedad alteraciones humorales. Posteriormente en los siglos XV y XVI, varios autores lo describen, relacionándolo de nuestros antepasados, por lo que se dice que la sarna ha infectado a seres humanos desde hace más de 2000 años, con el prurito y los túneles labrados por la hembra en la piel de los humanos.

En el siglo XVIII Giovanni Bonome hace una descripción del agente causal, sus huevos, el surco y la contagiosidad de la enfermedad; también en el propio siglo XVIII Linneo lo clasifica como *Acarus humanus subcutáneo* y, en el siglo XIX, se demuestra que la presencia de este ácaro es el causante de las lesiones de la piel humana, pudiendo parasitar al hombre tanto en la forma adulta como la larval e invadir la piel sólo para alimentarse o para completar su ciclo vital

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Antecedentes del problema

Circunstancias como la pobreza, el hacinamiento y las malas condiciones higiénicas son factores de riesgo. Cuya incidencia y prevalencia aumenta claramente si aparecen estos factores de riesgo. La prevención exige el fomento de

la higiene y confort en personas, familia, vivienda y el entorno comunitario seguido, por consiguiente, por las personas quienes deben actuar por medio de prácticas cotidianas en favor de evitar la infección.³

Actualmente la enfermedad producida por *Sarcoptes Scabiei* es una enfermedad dermatológica muy frecuente pero poco conocida por la población. Esta representa un problema de salud y saneamiento, provocando la persistencia si no es tratada u ocasionar complicaciones dermatológicas severas.

En países desarrollados se le considera una endemia que ocurre cada 7 a 15 años y refleja el estado inmunológico de la población. Mientras que en los países subdesarrollados esta endemia afecta a millones de personas, sin predilección de sexo o raza. En Estados Unidos presento variaciones en su incidencia: de 5.4% en 1945, 0.0% en 1955, 1.0% 1960, 33,6% en 1979 con una reducción en los años posteriores.

Se calcula que la prevalencia en niños africanos es del 40 al 80%. En México, la morbilidad por escabiosis varía entre 6 y 27% en la población en general. Es más común en otoño e invierno, cuando el hacinamiento suele ser mayor, En un estudio realizado en Turquía se encontró una prevalencia de 9.9% de la población en edad escolar³

En Chile durante los años 1975 y 1981 se demostró una prevalencia en la ciudad de Santiago de 0.5% y 0.3% respectivamente. Estudios entre 1981 y 1987 en escolares de procedencia suburbana u rural del país de Chile, demostrando una prevalencia de 24%, con mayor predominio en el sexo femenino. En 1990, un estudio que se realizó en adultos internados en un Hospital psiquiátrico de Putaendo, Chile demostró un 7.2%.

En Venezuela según el informe anual de epidemiología en el año 2001 un 3.1% de los pacientes en edades pediátricas se infestaron con el *Sarcoptes scabiei* var *hominis*, en el año 2002 aumento la morbilidad en un 10% 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* var *hominis*.

En mayo de 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.

En el año 2020 en la unidad comunitaria familiar de Cacaopera se detectaron 14 casos y en la unidad comunitaria de Sunsulaca se detectaron 8 casos que incluye tanto a adultos, mayores de edad y niños/as. Para el año 2021 se detectaron 35 casos de los cuales 20 de estos fueron reinfestantes. El cual es de vital importancia debido a la existencia de factores predisponentes para la infestación y reinfestación del parásito (hacinamiento, clima tropical, pobreza, patrones socioculturales e higiénicas).

La siguiente investigación se realizó con el fin de actualizar y aportar conocimiento de patologías dermatológicas frecuentes en el primer nivel de atención medica eligiendo a la escabiosis por ser una enfermedad muy contagiosa y frecuente, se identificó del mismo modo el factor de riesgo que contribuyen a su reinfestación y que es poco consultada debido a que los usuarios desconocen su esencia por falta de información y conocimiento de las lesiones elementales que la conforman, de igual manera las formas leves dificultan su detección oportuna.

Al igual que se implementó la importancia de realizar actividades en pro- de la prevención misma y promoción de estilos de vida saludables, fortaleciendo las ya existentes analizando cada uno de los factores que predisponen a que se de esta enfermedad, para generar así una mayor promoción y prevención de esta parasitosis, con el objetivo de disminuir su incidencia a través del primer nivel de atención, de igual manera frenar las complicaciones generadas por esta.

Esta investigación contribuirá de igual manera a mejorar el proceso de disminución de las recurrencias en los cuadros de escabiosis, brindando educación

en la población en general sobre las medidas necesarias a tomar para evitar se presente el problema

De igual forma con los resultados obtenidos en ambas unidades comunitarias de salud familiar de Morazán se puede valorar la implementación de un enfoque epidemiológico de la enfermedad producida por *Sarcoptes Scabiei*.

Al igual que a la persona investigadora, como profesional de la salud, ya que este estudio permitirá aumentar los conocimientos teóricos y prácticos con respecto a la presente enfermedad.

1.2 Enunciado del problema

En base a lo anteriormente establecido se deriva el problema de investigación de la siguiente manera:

¿Tiene relación el conocimiento sobre los factores predisponentes de los usuarios que consultan en UCSF de Cacaopera y Sunsulaca a la reinfestación e infestación por *Sarcoptes Scabiei*?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo General

Determinar el conocimiento sobre los factores predisponentes de reinfestación e infestación de *Sarcoptes Scabiei* en usuarios que consultan en las unidades comunitarias de salud familiar Cacaopera y Sunsulaca municipio de Cacaopera departamento de Morazán del año 2021

1.3.2 Objetivos Específicos

Demostrar los conocimientos sobre los factores predisponentes sobre la reinfestación e infestación de *Sarcoptes Scabiei*, en los usuarios que consultan en las unidades de salud de Cacaopera y Sunsulaca departamento de Morazán

Identificar por grupo etario quienes son los más vulnerables a una reinfestación e infestación por *Sarcoptes Scabiei*.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Definición escabiosis

Es una enfermedad cutánea también llamada sarna, causada por el ácaro *Sarcoptes scabiei*, un parásito microscópico que se encuentra en la piel lesionada, la cual presenta túneles epidérmicos donde deposita sus huevos y pápulas pruriginosas. (fig.1)¹

2.2 Fisiopatología

La piel es la interfase con el ambiente y tiene muchas funciones cruciales para la supervivencia, como protección contra elementos y termorregulación, la piel está constituida por dos capas mutuamente dependientes; la externa o epidermis, y la interna o dermis; ambas acojinadas sobre el tejido subcutáneo que contiene la grasa y el panículo adiposo.⁷

La epidermis celular estratificada contiene dos zonas principales de células (queratinocitos) una región más interna de células viables, el estrato germinativo, y una capa externa de células sin núcleo, que se conoce como estrato corneo o capa cornea, en la capa germinativa se identifican tres estratos celulares; la capa basal, espinosa y granular, cada una representa etapas progresivas de diferenciación y queratinización de células epidérmicas a medida que evolucionan hacia las células del estrato corneo muertas, estrechamente unidas en la superficie de la piel.¹⁴

El parásito humano *Sarcoptes Scabiei* afecta al hombre desde hace por lo menos 2,500 años; se trata de un acaro muy pequeño que vive en la piel, y ocasiona una enfermedad muy pruriginosa que se conoce con el nombre de Escabiosis. El síndrome prurigo engloba toda una serie de procesos dermatológicos caracterizados por la presencia de pápulas y pruritos.¹⁴

2.3 Características del parásito *Sarcoptes Scabiei*

Es una ectoparasitosis ocasionada por *Sarcoptes scabiei hominis*, es un arácnido del orden acarino, de la familia *Trombididae*.¹³

MORFOLOGIA:

HUEVO: mide 150 micras, son ovoides, extremos redondeados y son colocados en hileras a medida que el parásito progresa excavando el túnel epidérmico.¹¹

LARVA: morfológicamente similares a los adultos, globosas, con 3 pares de patas (con ventosas en los pares 1 y 2)¹¹

NINFAS: semejante al parásito adulto, pero más pequeñas y sin órganos sexuales.¹¹

ADULTOS: la hembra mide aproximadamente 0,35 mm de longitud es redonda, blanco amarillento y tiene 3 pares de patas cortas, unas chupadoras y otras erizadas, con muchas espinas.⁴ Se aloja en la superficie de la piel del huésped y, atraída por el calor y el olor, la hembra penetra en ésta cavando túneles de 5-15 mm de longitud donde deposita sus huevos y segrega sustancias, las cuales, provocan reacciones alérgicas (por sensibilización a las proteínas y las heces del parásito). No pueden volar ni saltar; se arrastran 2,5 cm por minuto a través de la piel caliente.² El macho es más pequeño, aproximadamente 0,2 mm, tiene menos espinas y tras la copula muere.⁴ El proceso puede durar varias semanas. El parásito sólo puede sobrevivir fuera del huésped por 3-4 días o algo más en contacto con queratina y humedad (figura 2).²

PERIODO DE INCUBACION:

El periodo de incubación de la escabiosis es de 1 a 3 semanas.

La primoinfección es de 5 a 15 días

La reinfestación de 1 a 4 días¹¹

CICLO DE VIDA

La hembra adulta es la responsable de la enfermedad. La hembra labra los túneles en el estrato corneo de la epidermis, la copulación ocurre en la zona más superficial, luego la hembra deposita los huevos (40 a 50 huevos por cada hembra) a las 5 semanas fallece finalizada la puesta. El ciclo vital dura 18-20 días y pasa por las fases de huevo, larva, ninfa (protoninfa y tritoninfa) y adulto (macho y hembra).⁴

Las larvas salen a través de la piel al tercer o cuarto día, horadan el epitelio y a los 12-16 días ya son infectantes. Solo el 10% de los huevos llegan a ser adultos (figura 2).⁴

2.4 Epidemiología

En algunas zonas de Sudamérica y América Central, la prevalencia es de casi 100%. En Bangladesh, el número de niños con sarna supera al de aquellos con enfermedades diarreicas y de las vías respiratorias superiores. La transmisión es por el contacto entre la piel y los fómites. Los ácaros pueden permanecer vivos durante más de dos días en las prendas de vestir o en la ropa de cama.

Se estima que, en cualquier momento en que se calcule, la cifra de personas en todo el mundo que padecen sarna asciende a 200 millones.⁶

Hasta el 10% de los niños de las zonas con pocos recursos se ven afectados por la sarna.⁶

La sarna humana es una infestación parasitaria causada por *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*.⁶

La sarna está presente en todo el mundo, pero es más común en los países tropicales cálidos y en las zonas de alta densidad de población.⁶

En 2017, la sarna y otros ectoparásitos se incluyeron como enfermedades tropicales desatendidas (DTN), en respuesta a las solicitudes de los Estados

Miembros y a las recomendaciones del Grupo de Asesoramiento Estratégico y Técnico de la OMS sobre Enfermedades Tropicales Desatendidas.⁶

La sarna está presente en todo el mundo. Ahora bien, los grupos más vulnerables —los niños pequeños y las personas de edad de las comunidades de escasos recursos— son especialmente vulnerables a la enfermedad y a las complicaciones secundarias de la infestación. Las tasas más altas de infestación se registran en países de climas cálidos y tropicales, especialmente en las comunidades en que coexisten el hacinamiento y la pobreza, y en las que el acceso al tratamiento es limitado.⁶

2.4.1 Escabiosis en El Salvador

En 1971 se publicaron resultados al revisar los expedientes pertenecientes a 332 casos nuevos de escabiosis observados durante un periodo de cinco años (1966 a diciembre de 1970) en el servicio de dermatología del Hospital Nacional Rosales.

En 2018 se publicaron resultados sobre los casos encontrados tanto en el área central, metropolitana, occidental y oriental de pacientes diagnosticados con escabiosis que consultaron en el ISSS desde enero del año 2015 hasta diciembre del año 2017 siendo un total en el área central de 572, en el área metropolitana de 1421, en el área occidental 269 y en la zona oriental 190 totalizando 2452 casos en todo el país.

2.5 Factores predisponentes a la reinfestación por *Sarcoptes Scabiei*

La sarna o escabiosis es una enfermedad de distribución mundial, son factores de riesgo para su aparición el hacinamiento, la promiscuidad sexual (es considerada como enfermedad de transmisión sexual, ETS) ya que se transmite por contacto

directo estrecho y se ha documentado su relación con otras ETS.⁴ Además de transmitirse a través de fómites como toallas, asientos, ropa de vestir, etc. ya que sobrevive más de 24 a 36 horas fuera del huésped. Vivir en campamentos, residencias, centros penitenciarios, academias militares, etcétera.

Los animales también pueden tener sarna o escabiosis, pero está causada por otro tipo de ácaro y no se puede transmitir a las personas. Tampoco es un medio de contagio bañarse en piscinas, utilizar baños públicos, o ir a saunas.

2.6 Factores de riesgo

La OMS define factor de riesgo como cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.¹⁶

2.6.1 Pobreza

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) (Haughton & Khandker, 2009). definen pobreza como la privación de bienestar de manera pronunciada, es decir, la falta de acceso a capacidades básicas para funcionar en la sociedad y de un ingreso adecuado para enfrentar necesidades de educación, salud, seguridad, empoderamiento y derechos básicos.¹⁶

La pobreza, de acuerdo con la definición que hace la Organización de Naciones Unidas (ONU), es la condición caracterizada por una privación severa de necesidades humanas básicas.¹⁵

2.6.2 Hacinamiento

Hacinamiento se refiere a la relación entre el número de personas en una vivienda o casa y el espacio o número de cuartos disponibles. Dado que el acceso de los pobres a los recursos es limitado, las instalaciones de vivienda que ocupan tienden a ser menos apropiadas que aquellas disponibles para las personas no pobres.¹⁸

2.6.3 Hábitos de higiene personal

Se define como la rama de la Higiene que se ocupa de las normas del aseo, limpieza y cuidado de nuestro cuerpo; con el objetivo de crear y mantener las condiciones óptimas de salud en las personas. La higiene personal se divide para su estudio en: Aseo personal, higiene bucal, vestuario, postura, sueño, higiene mental.¹⁷

2.6.4 Desplazamiento Social

Es definido como alguien que se ve forzado a dejar su hogar, pero que se mantiene dentro de las fronteras de su país. Dentro de las causas más frecuentes para que se propicie este fenómeno son: la violencia generalizada, conflictos armados y violaciones a los derechos humanos. En muchos casos los desplazados son amparados por su gobierno y en otros el mismo gobierno es causante del desplazamiento. A nivel global el número de desplazados se aproxima a 65,3 millones de personas. Las personas en esta condición tienen todos los derechos que poseen como ciudadanos, la protección del derecho internacional humanitario y el derecho internacional de los derechos humanos.¹⁹

2.7.5 Enfermedades médicas asociadas

Dentro de los factores de riesgo que predisponen el padecimiento de esta enfermedad podemos mencionar los siguientes; trastornos mentales (la demencia senil), síndrome de Down, personas diabéticas, personas infectadas de VIH; malnutrición (déficit de vitamina A, Beriberi) enfermedades infecciosas (tuberculosis, lepra, disentería basilar). Pacientes que han sido expuestos a radioterapia, fármacos inmunodepresores (corticoides), trastornos linforreticulares, higiene deficiente, enfermedades reumatológicas (artritis reumatoide), LES. Además, se considera también un factor muy importante la promiscuidad, el hacinamiento, el analfabetismo. Las epidemias en el pasado se atribuyeron a la pobreza, la falta de higiene y el hacinamiento debidos a las guerras, el desplazamiento de refugiados y las crisis económicas. La reciente ola de infestación en Estados Unidos y Europa se presentó en un periodo sin graves perturbaciones

sociales y afectó a personas de todos los niveles socioeconómicos, grupos y hábitos de higiene personal.²⁰

2.8 Reservorio

Sarcoptes scabiei var hominis para el humano

Sarcoptes scabiei equi para el caballo

Sarcoptes scabiei ovis para la oveja

Sarcoptes scabiei canis para el perro¹¹

2.9 Mecanismo de transmisión

Se debe a dos mecanismos

Primariamente: el cual es mediado por el contacto personal estrecho, próximo, con una persona infestada; es muy frecuente que otros miembros de la familia estén contagiados, la cual es evidente en los locales, casas de reposo, asilos entre otras instituciones cerradas. En los adultos se sostiene que la forma de transmisión es a través relaciones sexuales, siendo las de mayor riesgo las relaciones homosexuales entre hombres. La probabilidad de infestación se relaciona con el número de ácaros que porta la persona con escabiosis y el espacio de tiempo promedio de contacto, el cual varía de 15 a 20 minutos para que se dé la transmisión exitosa.²

Transmisión por fómites: a través de ropa de cama o de vestir, mantas y otros objetos inanimados. Estudios confirmaron lo antes descrito y permitió reconocer que los ácaros pueden vivir por lo menos hasta 3 días fuera de la piel humana, el cual posteriormente busca huésped donde poder vivir, además de persistir en los objetos inanimados, por lo que se concluye que la población también puede contagiarse con objetos contaminados, en casas, escuelas, clínicas para convalecientes y medioambiente de trabajo. Se demostró que los ácaros recuperados de la ropa de cama son capaces de reinfestar al paciente después de estar fuera del huésped hasta por 96 horas. Además, también se demostró que los huevos pueden permanecer viables a

bajas temperaturas por algo más de 10 días fuera del país, teniendo en cuenta que los que se desprenden de la piel son una fuente potencial de infestación (figura 3).²

2.3 Manifestaciones clínicas

El prurito de predominio nocturno, es el síntoma fundamental de la enfermedad (debido a que la hembra deposita los huevos en el transcurso de la noche) el cual suele afectar, a varios miembros de una familia o comunidad cerrada, inicialmente es localizada y en pocos días se generaliza. Probablemente se debe a una sensibilización a antígenos del acaro.¹⁰ En el lactante menor de 2 o 3 meses el prurito puede estar ausente.⁷

Las lesiones patognomónicas son el surco y la pápula acarina (figura 4), el surco consiste en una elevación lineal de la piel, de pocos milímetros de longitud que corresponde al túnel subcorneo excavado por la hembra del acaro, que es capaz de desplazarse unos 5 mm cada día, al final del mismo existe una pápula o vesícula de 2 a 3 mm de diámetro de donde está el parasito ¹⁰.

Otras lesiones típicas de la sarna son las siguientes:

Vesículas en los bordes de los pies (en el caso de lactantes).

Pápulas eritemato nodulares de 10 a 12 mm en pliegues, pene y areola, que persisten incluso sin el parásito.

Pápulas urticariales en zonas de flexión (por reacción de hipersensibilidad en el que se objetiva aumento de la IgE local y sistemáticamente).

Excoriaciones producidas por el rascado.

Piodermitis causada por sobreinfección bacteriana (se ha descrito una variante llamada *escabiosis incógnita*, que consiste en tratar las lesiones con corticoides tópicos, por lo que no aparece ninguna lesión típica y la enfermedad queda sin diagnóstico).

Lesiones de rascado, a veces impetiginizado.⁴

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, en algunos casos las lesiones se encuentran enmascaradas por excoriaciones (figura 5).¹⁰ Las zonas afectadas son: los espacios interdigitales de las manos, eminencias tenar e hipotenar, las superficies de flexión de las muñecas, los glúteos y la zona genital, en las mujeres afecta las areolas mamarias, pliegues submamarios y pezones, en hombres afecta a nivel de escroto pene y glande, a diferencia de los adultos en los niños pequeños las lesiones predominan en el cuero cabelludo, cuello, cara, en los pliegues de las palmas y las plantas de los pies (figura 6).

La presencia de lesiones exudativas y costrosas es debido a la impetiginización por *Estafilococos Aureus* y con menor frecuencia por *Streptococcus Pyogenes*. En Pacientes inmunodeprimidos especialmente afectados de SIDA, o tratados con corticoides tópicos o sistémicos de forma prolongada es posible observar infestaciones masivas que provocan lesiones hiperqueratosis en manos y pies (costras), acompañadas de adenopatías eosinofilia y escaso prurito, si bien lo habitual es que existan entre 10 y 20 hembras adultas en un paciente infestado.¹⁰

Este respeta cabeza, cuello y pies, estas áreas se llaman líneas de Hebra las cuales son líneas imaginarias que se trazan a nivel de hombros y por detrás de las rodillas, las cuales delimitan las zonas respetadas.

En los ancianos, se muestran pocas lesiones, pero el prurito es muy intenso en una piel xerótica: inclusive puede haber ausencia de lesiones inflamatorias, por lo muchas ocasiones son diagnosticados como prurito senil. Un rasgo característico es que estos pacientes es que suele afectarse la espalda con frecuencia cuando se encuentran encamados o postrados.²

2.11 Formas Clínicas de la Escabiosis

3.11.1 Escabiosis del Lactante

Este cuadro es clínicamente variable, ya que tiende a ser más generalizada, por lo tanto, su diagnóstico es difícil en especial cuando se trata de diferenciar con dermatitis atópica.¹¹

Esta debe sospecharse en todo niño que tiene prurito y lesiones en la piel observándose así vesículas, pápulas y pústulas en la palma de las manos, plantas de los pies y pliegues interdigitales (figura 5). La cual se diferencia de la clásica ya que esta compromete al cuero cabelludo, axila, palmas y plantas de los pies, el rostro es muy inhabitual en menores de 5 años.¹¹ En los preescolares (2-6) involucra manos, pliegues interdigitales, pies, tronco y extremidades; en los escolares es más frecuente en el tronco y extremidades.⁹ El estado general del niño se ve afectado por la privación del sueño que genera el prurito continuo y el consecuente rascado. Puede también manifestarse fiebre y adenopatías en caso de existir sobreinfección microbiana.²

2.11.2 Escabiosis Noruega

Conocida como "*sarna costrosa*" descrita por Danielsen y Boeck (1848). se denominó así porque fue descubierta en los Leprosos de Noruega.⁹ La cual se presenta como una dermatosis psoriasiforme, con lesiones descamativas de gran extensión de color amarillento o grisáceo, simétricas.¹¹

Afecta frecuentemente a los inmunocomprometidos (VIH, trasplante y corticoterapia, diabéticos, alcohólicos, linfomas y leucemias) y personas sin hogar.⁹ Esta es muy habitual en pacientes pediátricos sin embargo pueden presentarse, en niños con Escabiosis que han recibido tratamiento en forma errónea con corticoides tópicos. El número de ácaros en esta forma de presentación es mucho más elevado por lo cual es altamente contagiosa.¹¹

2.11.3 Escabiosis Nodular

Es una variante de Escabiosis que se presenta en forma de nódulo firme y violáceo, los cuales puede ser el único hallazgo en pacientes con prurito. Se presenta en alrededor del 7 al 10% de los pacientes con escabiosis especialmente en los niños pequeños.¹¹ Se caracteriza por la presencia de nódulos pruriginosos rosados, rojos o cafés, de 2 a 20 mm de diámetro, se ubican generalmente en genitales, ingle y axila.¹²

2.11.4 Sarna bulosa

Es una rara presentación en los pacientes ancianos. Su aspecto asemeja a un penfigoide ampoloso con sus características clínicas e histológicas.²

2.11.5 Sarna sexual

Denominada así cuando se acompaña de enfermedades de transmisión sexual, sea sífilis, gonorrea, pediculosis pubis entre otras.²

2.12 Diagnostico

Este es inicialmente clínico, para el cual es fundamental una alta sospecha e identificación de las lesiones primarias y secundarias

En la atención primaria una forma simple de realizar el diagnóstico es lograr la visualización del surco acarino y de esta manera se puede confirmar la sospecha de escabiosis.

2.12.1 Técnica

Prueba de la tinta: ayuda a localizar el surco acarino

Frotar con tinta la zona en la cual se sospecha la existencia de un surco

Limpiar el exceso de tinta con un algodón embebido en alcohol.

La tinta penetrara el surco y marcara su recorrido (figura 7).

2.12.2 Cinta Adhesiva

Se coloca la cinta sobre las zonas sospechosas, la cual se adhiere a un portaobjetos y posteriormente se visualiza en el microscopio (figura 8).²

2.12.3 Test diagnósticos

El diagnostico de escabiosis puede ser confirmado por aislamiento del acaro o de sus huevos desde piel infectada, sin embargo, se recomienda recurrir a esto solo en caso de duda diagnostica. Entre los test diagnostico disponibles se encuentran:

2.12.4 Acaro test (en laboratorio dermatológico)

Test solicitados con mayor frecuencia para confirmar los casos dudosos de escabiosis.¹²

Es un examen operador dependiente, debido a que requiere tomar una muestra de piel infestada desde una lesión primaria.¹² Se realiza un rascado el cual no debe contener sangre, se levanta la capa cornea de la eminencia acarina con aguja número 15 y se extrae un punto negro (parasito) luego se coloca sobre la lámina portaobjeto y se añade solución de hidróxido de potasio al 20% se cubre con una lámina cubreobjetos y se observa por el microscopio. Es un test de sensibilidad variable según el operador, que lo realice, siendo de gran utilidad cuando es positivo. ²

2.12.5 Test inmunológico

Pese a su utilidad teórica, los test inmunológicos han fracasado en su utilidad clínica, lo anterior debido al parecido existente entre el *Sarcoptes Scabiei* y el acaro del polvo.¹²

2.12.6 Biopsia cutánea

Estudio microscópico o histopatológico de la lesión, se toma la muestra de las pápulas acarinas que ponen de manifiesto la presencia del túnel subcorneo con el parasito en su interior, así como una dermatitis espongiótica (figura 9 y 10).²

2.13 Diagnostico diferencial

Dentro de las cuales se encuentran eccema atópico, la sudamina, dermatitis de contacto, urticaria papular o prurigo simple, picadura de insectos, urticaria, erupciones por fármacos, liquen plano 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 lavar conjuntamente con otros tejidos elaborados o contaminados con este material irritante (cortinas uniformes de trabajo etc.).¹⁰

Además de dermatitis vesiculares o ampollas del tipo penfigoide buloso y dermatitis herpetiforme.

Las lesiones vesícula-pustulosas en niños pequeños, pueden confundirse con funiculitis Estafilocócicas, acropustulosis infantil, histiocitos de células de Langerhans o varicela. Las lesiones pápalo-nodulares, eritemato-parduzcas pueden sugerir una mastocitosis (urticaria pigmentosa), la escabiosis noruega puede simular una psoriasis.¹⁰

2.14 Tratamiento

El cual debe ser simultaneo a todos los contactos del paciente infectado, mayores de 2 meses de vida, aunque no convivan o no tengan prurito, por ejemplo, padres, hermanos, parejas, personas que colaboran con las tareas del hogar o cuidados de los niños sin vivir con ellos.¹²

Es importante la implementación del lavado de manos, cepillar las uñas, pues el rascado acumula el parasito debajo de estas, se debe mejorar la higiene personal: baño diario, cambio de ropa, recorte de uñas etc. y aseo de la vivienda.¹²

Se recomienda el uso de antihistamínicos orales (hidroxicina, difenhidramina etc.) que solo usarse en la noche cuando el prurito es más intenso, o durante el día. En el de niños pequeños que no necesitan estado de vigilancia, y lubricación de la piel. La dosis de hidroxicina 1 a 2 mg/kg/día y se reparte en dos dosis, la dosis difenhidramina es igual solo que se reparte en 3 dosis durante el día (jarabe con 12.5 mg/ml) el tratamiento debe de extenderse al menos 2 semanas. La segunda opción son las preparaciones tópicas antipruriginosas como el mentol, y la calamina que se aplican a necesidad durante el día.¹²

La ropa de cama debe ser lavada con agua caliente y también planchadas, el lavado en seco también mata el parasito, además este muere en 4 días si no está en contacto con el huésped humano, por lo que los artículos que no se pueden lavar deben ser puestos en bolsas plásticas, por 7 a 10 días.¹²

Se considera importante identificar la fuente del contagio, para su correcto tratamiento y seguimiento de la cadena epidemiológica. Hay que dar aviso a establecimientos escolares u hospitalarios, frente a un caso de escabiosis para evitar brotes epidémicos.¹²

La aplicación de escabicida debe hacerse en todo el cuerpo desde el cuello a los pies, aplicarlo en todas las uñas, es mejor usarlo en piel seca, en niños se recomiendo usarlo en cuero cabelludo. Debe repetirse el tratamiento a los 7 días porque no hay tratamientos ovicidas. Terminado el tratamiento puede presentarse un nuevo contagio si no se toman en cuenta las medidas generales.¹²

2.15.1 Tratamiento tópico

Dentro de los escabicidas más utilizados esta la permetrina al 5% derivado sintético piretroide, de muy baja toxicidad y alta eficacia. El cual actúa como neurotóxica que produce parálisis y muerte del acaro; se aplica en loción por 12 a 24 horas según las recomendaciones, y se reaplica en una semana por lo que se ha comprobado una eficacia mayor del 92%. Actualmente se considera la mejor medida terapéutica utilizada en niños y adolescentes, se ha aprobado el uso en niños desde los 20 días, pero no se ha establecido aun uso en embarazadas.¹²

La permetrina tópica pareció ser más efectiva que la ivermectina oral (140 participantes, 2 ensayos), el crotamitón tópico (194 participantes, 2 ensayos) y el Lindano tópico (753 participantes, 5 ensayos). La permetrina también pareció ser más eficaz para reducir la persistencia de la picazón que el crotamitón (94 participantes, 1 ensayo) o el Lindano (490 participantes, 2 ensayos).

Otro escabicida tópico ampliamente utilizado es el Lindano al 1% que ha sido el tratamiento de elección antes del uso de la permetrina, se aplica por 12 a 24 horas por todo el cuerpo, previo baño y se repite a la semana, si bien se han descrito algunos casos de resistencia, la falla al tratamiento es poco frecuente si se está realizando de forma correcta, este producto tiene un alto nivel de toxicidad sistémica, y neurotoxicidad. La FDA advirtió que estos efectos son más frecuentes en niños que en personas mayores y aquellos individuos con un peso menor de 50kg, debido a que estas personas poseen una mayor absorción sistémica, y susceptibilidad neurológica, por lo que se recomienda que este medicamento debe utilizarse como segunda línea. Debe de emplearse en pacientes con defectos de la barrera epidérmica, prematuros y condiciones que aumenta la absorción percutánea y tampoco en embarazadas. Además, esta droga está contraindicada, en pacientes con trastornos epilépticos y alto riesgo de convulsiones (paciente con tratamiento antirretroviral, antipsicótico, atimalario, corticoides sistémicos, quinolonas, abuso de alcohol o benzodiacepinas).¹²

Además de la permetrina y el Lindano, también la vaselina azufrada (5 al 10%) es utilizada en forma tópica y ha sido el tratamiento de elección en embarazadas, recién nacidos y lactantes. Se aplica por tres noches consecutivas lavándose cada vez antes de cada aplicación. Se debe de repetir a los 7 días. El azufre tiene la ventaja de ser barato y muchas veces constituye la única alternativa de tratamiento donde la necesidad de terapia masiva y la pobre economía requieren de una alternativa escabicida (8). La eficacia de la vaselina azufrada ha sido reportada en varias publicaciones alcanzando un 82%, un estudio tailandés reciente publicado mostro una eficacia de 14 71% a la cuarta semana de tratamiento con azufre al 5 y 10%, en el control de escabiosis en niños internado en un orfanato.¹²

La crema crotamitón 10% es mucho menos eficaz que los tratamientos anteriores, pero tienen la ventaja de ser anti pruriginoso y muestra poca toxicidad sistémica, su eficacia es de aproximadamente 60% a las 4 semanas.¹²

Ivermectina tópica: al 1% se prepara diluyendo 1 gramo en 100 ml de propilenglicol. Se aplica en toda la piel y se deja actuar por 8 horas. Una de las desventajas es que no es ovocida por lo cual es necesario una segunda dosis después de 7 a 14 días.²

2.15.2 Tratamiento sistémico

En junio de 2010, se realizaron búsquedas en el Registro Especializado del Grupo Cochrane de Enfermedades Infecciosas (Cochrane Infectious Diseases Group), CENTRAL (*The Cochrane Library* 2010, número 2), MEDLINE, EMBASE, LILACS e INDMED. En agosto de 2010, también se realizaron búsquedas de ensayos registrados en la literatura gris y en las fuentes. También se verificaron las listas de referencias de los estudios recuperados.

Se incluyeron veintidós ensayos pequeños con 2676 personas. Un ensayo fue controlado con placebo, 18 compararon dos o más tratamientos farmacológicos, tres compararon regímenes de tratamiento y uno comparó diferentes vehículos farmacológicos.

Al séptimo día se produjeron menos fracasos del tratamiento con ivermectina oral en comparación con placebo en un ensayo pequeño (55 participantes).

Ivermectina es antihelmíntico, la dosis recomendada es única de 200 a 300 µg/Kg, la cual se administran en dos pulsos (uno por semana) en ayunas y sin comer hasta 2 horas después, no se deben de dar simultáneamente los barbitúricos que se suspenderán 24 horas antes y 24 horas después. Su vida media es de 18 horas. No es ovocida por lo que se recomienda tomar 2 dosis separadas en un intervalo de tiempo de 1 a 2 semanas. Está contraindicado en embarazadas, lactancia y menores de 15 Kg de peso, los índices de curación son 97 al 100% en 4 semanas.¹²

Si después del tratamiento el prurito no mejora, puede ser que persiste la infestación, una respuesta de hipersensibilidad que sede lentamente (nódulos pos-

escabioticos) o a la irritación por los medicamentos, que resulta muy frecuente, sobre todo cuando se aplica repetidamente. Por ello se debe de recalcar que no es preciso no realizar más tratamiento que el indicado pesar de que el prurito continúe por una o dos semanas más.¹²

La Ivermectina de 12 mg dosis única oral, también es usada para tratar la escabiosis noruega; esta aplicación siempre va acompañada a la aplicación de ungüento de ácido salicílico. Tiabendazol 10 a 20 mg/Kg/día durante 10 días Flubendazon 25 mg/Kg/día por 5 días.¹²

2.16 Complicaciones

Impetiginazion, infección bacteriana piógena agregada de las lesiones producidas por el rascado (figura 11). Los microorganismos principalmente involucrados Staphylococcus aureus y estreptococos del grupo A /puede provocar glomerulonefritis aguda). Eczematización de las lesiones producidas por las aplicaciones en la piel de sustancias irritantes, generalmente se trata de producto utilizado sin indicación médica. También se ha descrito la existencia de lesione tipo urticariforme y lesiones subungueales.¹² Otra complicación que suele ser frecuente es el prurigo escabiotico una reacción de hipersensibilidad, caracterizada por lesiones papulares eritematoescamosas muy pruriginosas.²

2.17 Tratamiento de las complicaciones

Tratamiento antibiótico que debe de extenderse por 7 días y de debe de tener en cuenta la etiología mixta de estas. Sobre infecciones especialmente S. aureus y S. Pyogenes, las opciones terapéuticas incluyen dicloxacilina y la cefalosporina de primera generación (cefalexina, cefradina, cefadroxilo) en dosis de 50 mg/Kg/día; las opciones tópicas incluyen mupirocina, bacitracina y ácido fusídico aplicados 3 veces al día por 7 días (4)

2.18 Medidas preventivas

Como prevención primaria se debe promover educación escolar y sanitaria sobre las medidas preventivas y administración correcta de medicamento , implementar el lavado de manos frecuente y cepillado de uñas diario, baño y cambio de ropa diario, lavado y secado de prendas personales, desinfección de todos los objetos que hayan estado en contacto con la persona infectada, evitar el contacto sexual hasta que ambas partes completen el tratamiento, implementar uso de preservativo, evitar promiscuidad y hacinamiento. Uso de acaricidas, desinfectantes, control veterinario de animales y control vectorial. Uso de guantes.⁵

3. SISTEMA DE HIPÓTESIS

3.1 Hipótesis de trabajo

Hi: El conocimiento de la población sobre los factores predisponentes tiene relación con la infestación y reinfestación por *Sarcoptes Scabiei* en los usuarios que consulta en las unidades de salud familiar de Cacaopera y Sunsulaca en el año 2021

3.2 Hipótesis nula

Ho: El conocimiento de la población sobre los factores predisponentes no tiene relación con la infestación y reinfestación por *Sarcoptes Scabiei* en los usuarios que consulta en las unidades de salud familiar de Cacaopera y Sunsulaca en el año 2021

3.3 Operacionalización de variables

Hipótesis	Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores
4.1.1 hi El conocimiento de la población sobre los factores predisponentes tiene relación con la infestación y reinfestación por Sarcoptes Scabiei en los usuarios que consulta en las unidades de salud familiar de Cacaoopera y Sunsulaca en el año 2021	Conocimiento de la población en estudio. Conocimiento sobre factores predisponentes de la enfermedad de Escabiosis	Facultad del ser humano para comprender la naturaleza, relaciones y cualidades de las cosas, por medio de la experiencia o comprensión teórico practica de la realidad. Toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud	Hacinamiento	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Número de personas en una sola vivienda ✓ Pobreza ✓ Espacio de Vivienda
			Hábitos Higiénicos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Higiene de hogar ✓ Higiene personal ✓ Creencias
	Sarcoptes Scabiei	Enfermedad altamente contagiosa de la piel, producida por un acaro (hembra) que excava originando un surco entre la epidermis donde deposita sus huevos, generando una erupción de vesículas, acompañado de un vivo escozor	Desplazamiento Social	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Violencia ✓ Conflictos armados ✓ Violación de derechos humanos
			Condición médica asociada	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Enfermedades crónicas ✓ Enfermedades transmisibles ✓ Personas de la tercera edad ✓ Niños menores de 5 años ✓ Enfermedades mentales
			Salud	Paciente con escabiosis

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudio

El estudio fue descriptivo, transversal de campo y bibliográfico con enfoque cuantitativo para determinar el conocimiento de la población acerca de los factores predisponentes a la reinfestación por *Sarcoptes Scabiei*

4.1.1 Tipo de investigación

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información fue:

4.1.2 Transversal

Porque se estudiaron las variables de *Sarcoptes Scabiei* en lo que lleva del año 2021.

4.1.3 Descriptivo

Se dirigió a determinar las variables sobre el conocimiento de *Sarcoptes Scabiei* en la población usuaria del área geográfica de las unidades comunitarias de salud familiar de Cacaopera y Sunsulaca del departamento de Morazán en el año 2021.

4.1.4 Bibliográfico o Documental

Se realizó una revisión documental bibliográfica profunda y extensiva en documentos y bibliografías nacionales e internacionales, incluyendo artículos médicos, de revistas, fuentes de internet, periódicos, lineamientos de OMS y OPS.

4.1.5 Campo

El estudio no se realizó en un ambiente controlado ni se tuvo intervención alguna sobre las variables de investigación. Este se desarrolló en el primer nivel de atención del sistema de salud salvadoreño, la evaluación fue no participativa y los datos se recolectaron de forma indirecta empleando encuesta en línea.

4.1.6 Enfoque cuantitativo

Se formularon hipótesis y posteriormente se emplearon técnicas estadísticas para el análisis e interpretación de los datos recolectados por el instrumento de investigación, los cuales permitieron aceptar o rechazar las hipótesis formuladas.

4.2 Universo y muestra

4.2.1 Universo

De acuerdo a la población que consulta en las unidades de salud familiar y aplicando los criterios de exclusión se toma un total de 140 personas

TABLA N° 1 Distribución de la población de las unidades comunitarias de salud familiar (UCSF) en estudio.

Unidad comunitaria de salud familiar	Usuarios
Cacaopera	100
Sunsulaca	40
Total	140

Fuente: Sala situacional de Cacaopera

4.2.2 Muestra

La muestra corresponde a 140 de los individuos que cumplen los criterios de inclusión.

4.3 Criterios para establecer la población de estudio

4.3.1 Criterios de inclusión

Consultar en las unidades de salud en estudio

Personas entre 18 y 80 años de edad

4.3.2 Criterios de exclusión

Personas analfabetas

Personas menores de 18 y mayores de 80 años

Personas con otras enfermedades dermatológicas.

4.4 Tipo de muestreo

Muestreo discrecional: se empleará un muestreo no probabilístico de tipo discrecional. Se seleccionarán los sujetos, que, a discreción y en base a la experiencia de los investigadores, se consideran idóneos para adoptar datos de interés a la investigación.

4.4.1 Cálculo de la muestra:

$$n = \frac{Z^2 P Q N}{(N - 1) E^2 + Z^2 P Q}$$

En donde: n= Tamaño de muestra

Z= Valor Z curva normal (1.96)

P= Probabilidad de éxito (50%)

Q= Probabilidad de fracaso (50%)

N= Población (140)

E= Error muestral (50%)

Sustituyendo la fórmula: $n = \frac{(1.96)^2 (0.50) (0.50) (140)}{(140) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.50) (0.50)}$

n= 134.4

0.35 + 0.9604

n = 134.4

1.31

n = 104

4.5 Técnicas de recolección de datos

Encuesta en línea: se elaborará una serie de preguntas con la aplicación de administración de encuestas Google. Posteriormente, se entrevistará a cada participante para contestar el cuestionario de forma individual sin límite de tiempo, se realizará mediante esta modalidad debido a uso de medidas preventivas para evitar contagio Covid-19.

4.6 Instrumento

Se empleará cuestionario de opinión en línea como instrumento para la recolección de datos, el cual consta de 25 preguntas dicotómicas y de opción múltiple, todas concisas y coherentemente escritas, dispuestas en un orden lógico y secuencial para facilitar la comprensión por parte de los participantes. En el encabezado del instrumento se colocarán las preguntas correspondientes a las características sociodemográficas de la población. El resto de preguntas se distribuirá en 5 apartados, que corresponderán a las variables en estudio. Dichos apartados son: conocimiento general, conocimiento específico, alguien ha padecido la enfermedad, recibió tratamiento y que medidas seguir sobre su prevención, cree necesario recibir más información de la enfermedad.

Al final del instrumento se incluirá un espacio para la anotación de comentarios u observaciones que emergieron durante la aplicación del mismo.

4.7 Plan de análisis

Se tabularán los datos obtenidos por el instrumento de investigación auxiliándose del programa informático Microsoft Office Excel 2019. Se creará una base de datos con las respuestas de cada pregunta, las cuales serán analizadas y puestas en cuadros y graficas para la conformación e interpretación de resultados.

4.8 Consideraciones éticas.

La participación en el estudio fue consciente, voluntaria y confidencial. Para ello se explicó a cada participante la importancia, alcances y limitaciones del estudio, así como también la importancia de una participación activa, honesta e individual, que garantizan la veracidad de los datos aportados. Para ello, previo a la administración del cuestionario en línea, se incluyó una casilla para verificar el consentimiento informado de los participantes.

5. RESULTADOS

5.1 Presentación de resultados

5.1.1 Características sociodemográficas de la población en estudio

Tabla.2 Edad de la población en estudio

Edades	Frecuencia	Porcentaje
a) 14-19 años	15	14%
b) 20-29 años	36	33%
c) 30-49	34	31%
d) 50-69	18	17%
e) 70-80	6	6%
Total	109	100%

Fuente: cuestionario en línea aplicado.

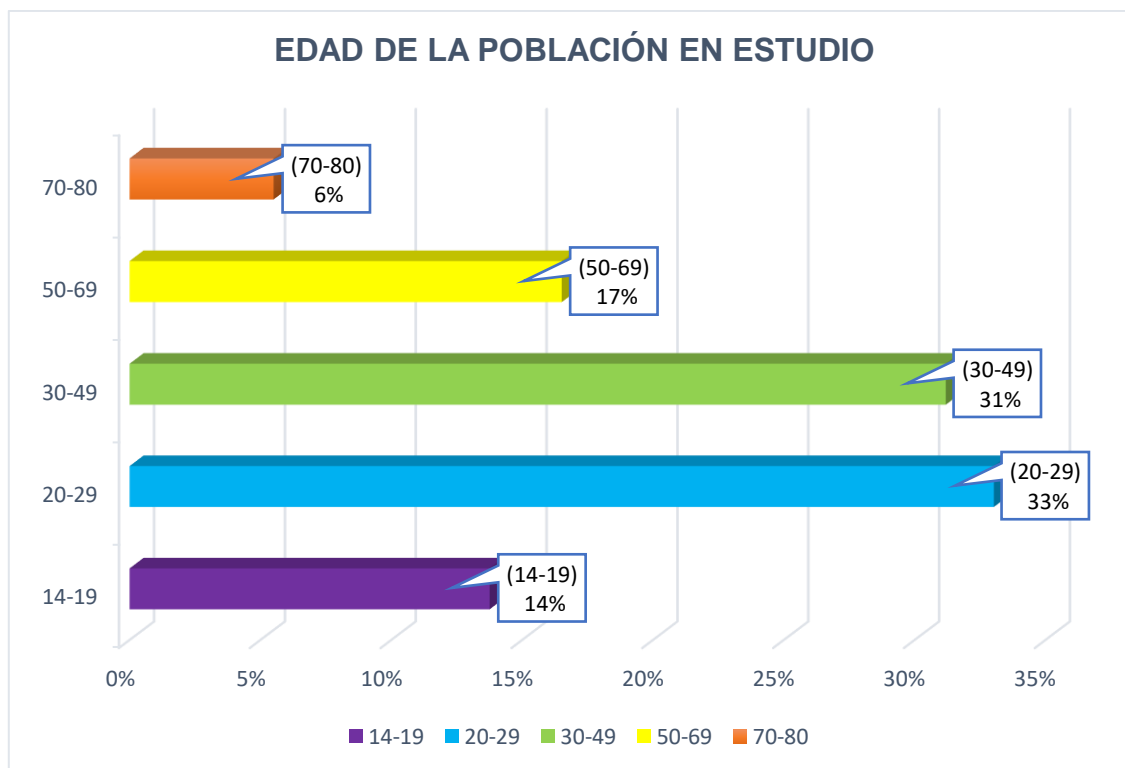
Análisis:

En esta tabla se puede observar que de las personas entrevistadas el 6% corresponde a las edades entre 70 y 80 años, el 17% a edades entre 50-69 años, el 31% corresponde a las edades entre 30-49 años el 33% a las edades de 20-29 años y el 14% a edades entre 14 y 19 años.

Interpretación:

Como podemos observar en la siguiente tabla la mayor cantidad de la población entrevistada corresponde a las edades entre 20 a 49 años que es la que más frecuentemente consulta a las unidades de salud

Gráfica 1 Edad de la población en estudio



Fuente: tabla 2

Tabla.3 Sexo de la población en estudio.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
a) Femenino	82	75%
b) Masculino	27	25%
Total	109	100%

Fuente: cuestionario en línea aplicado.

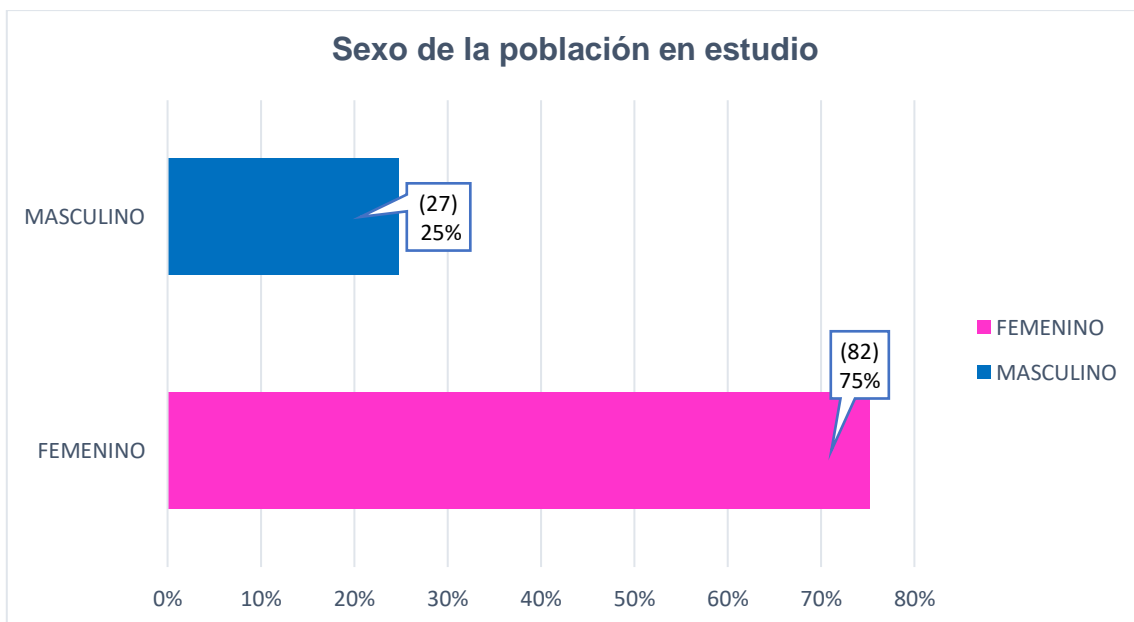
Análisis:

En la presente tabla podemos observar que 75% de la población que consulta en ambas unidades de salud son del sexo predominante femenino y un 25% son del sexo masculino.

Interpretación:

La mayoría de la población que consulta en las unidades de salud es el sexo femenino en comparación con el masculino, por lo tanto, significa que ellas son las que más se preocupan por su salud.

Gráfica 2 Sexo de la población en estudio.



Fuente: **tabla 3**

Tabla.4 Escolaridad de las personas entrevistadas.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
a) Primaria	41	38%
b) Básica	49	45%
c) Bachillerato	2	2%
d) Universidad	6	6%
e) Ninguno	11	10%
Total	109	100%

Fuente: cuestionario en línea aplicado.

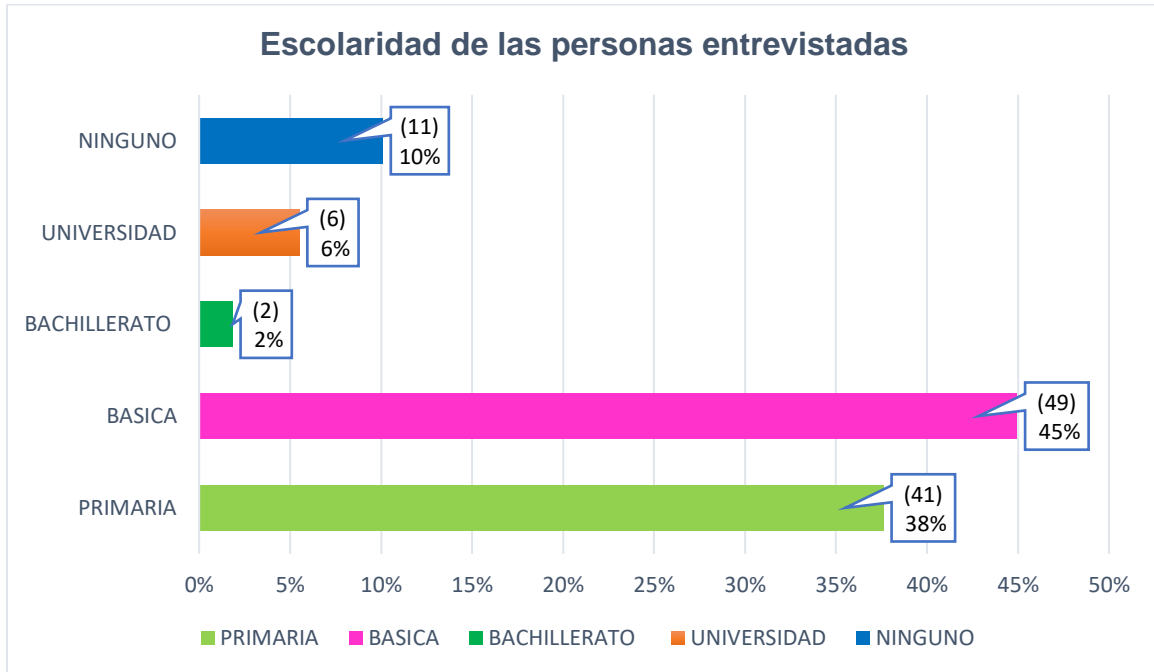
Análisis:

En la presente tabla se observa que 45% de las personas entrevistadas de la población estudio hasta básica, el 38% hasta primaria 6% hasta la universidad, 2% bachillerato mientras que un 10% no realizo ningún estudio.

Interpretación:

Se puede apreciar que una gran mayoría de la población entrevistada solo culmino sus estudios hasta básica mientras que otra mayoría tuvo solo se preparó hasta primaria y en una menor proporción hasta bachillerato, universidad y ninguno. Lo que se interpreta que la mayoría sabe leer y escribir mientras que la demás población es analfabeta.

Gráfica 3 Escolaridad de las personas entrevistadas



Fuente: tabla 4

Tabla.5 Ocupación de las personas entrevistadas.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
a) Comerciante	5	5%
b) Ama de casa	68	62%
c) Estudiante	18	17%
d) Agricultor	14	13%
e) Otros	4	4%
Total	109	100%

Fuente: cuestionario en línea aplicado.

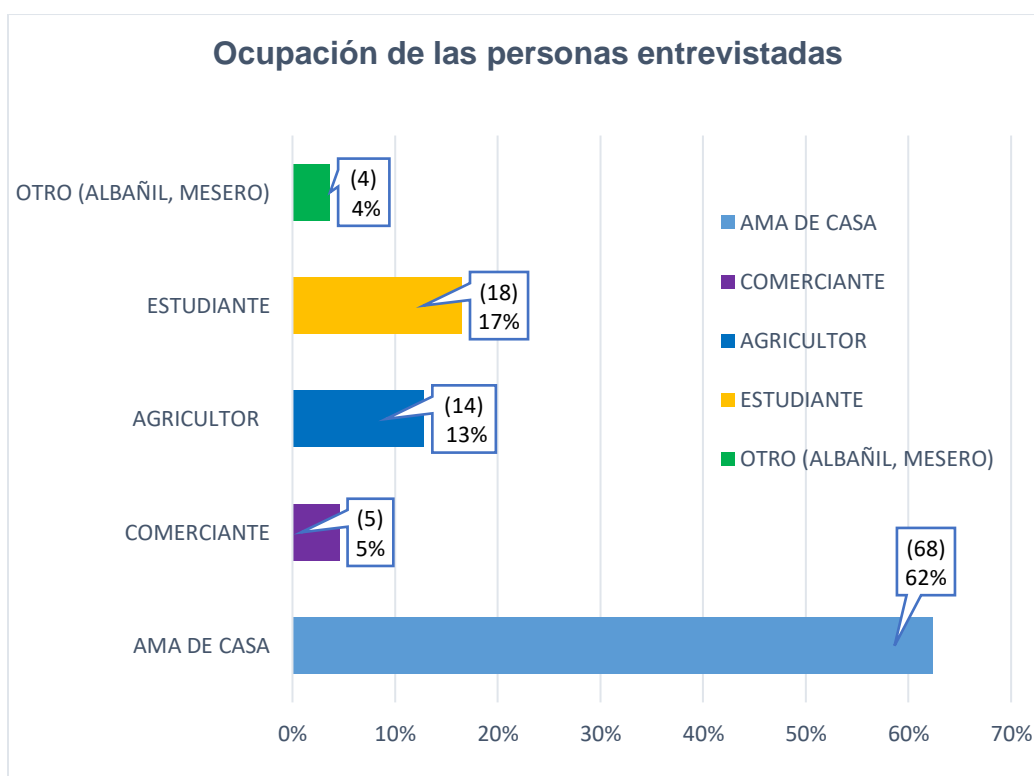
Análisis:

En la presente tabla se observa que 62% personas de la población entrevistada se dedica a oficios domésticos, 17% son estudiantes, 13% agricultor 5% comerciante y 4% se dedican a otras ocupaciones como albañil y mesero.

Interpretación:

La ocupación de la mayoría de las personas encuestadas está relacionada con el trabajo en el hogar, por lo tanto, significa que la mayoría de ellas están al pendiente su salud, así como del hogar y en mínima proporción se observó que las demás personas entrevistadas tenían una profesión por grado académico.

Gráfica 4 Ocupación de las personas entrevistadas



Fuente: **tabla 5**

Tabla.6 ¿Unidad de salud a la que consulta?

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
a) Cacaopera	68	61%
b) Sunsulaca	41	39%
Total	109	100%

Fuente: cuestionario en línea aplicado.

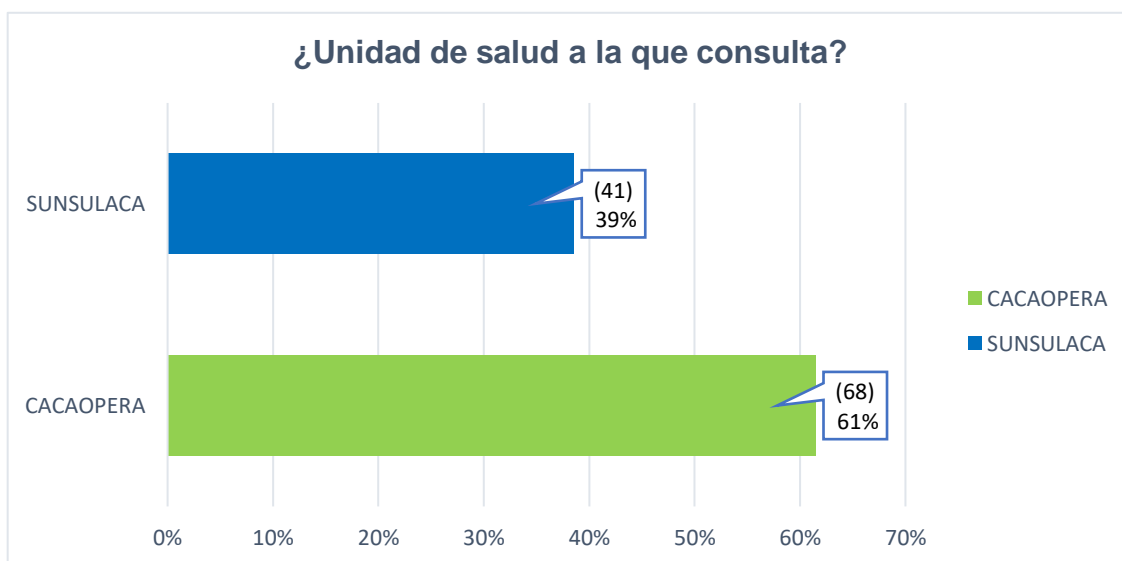
Análisis:

En esta tabla observamos que alrededor de 61% personas de la población entrevistada que consulta procede de Cacaopera y que el 39% de Sunsulaca

Interpretación:

La mayoría de la población que se entrevistó y que consulta con mayor frecuencia es la de Cacaopera mientras que Sunsulaca lo hacen en un menor porcentaje.

Gráfica 5 ¿Unidad de salud a la que consulta?



Fuente: tabla 6

Tabla.7 ¿Sabe usted que es la escabiosis o sarna?

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
a) Si	40	37%
b) No	69	63%
Total	109	100%

Fuente: cuestionario en línea aplicado.

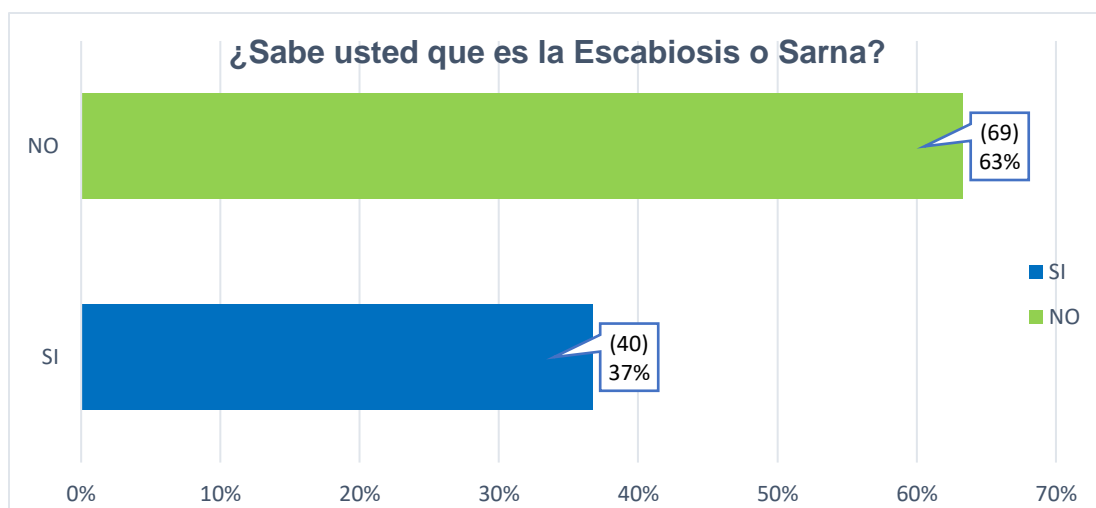
Análisis:

En el siguiente grafico se observa que alrededor de 63% personas entrevistadas de la población no tiene conocimiento de la escabiosis mientras que 37% sí.

Interpretación:

La mayoría de las personas entrevistadas no saben que es la escabiosis mientras que una minoría si tiene conocimiento de la enfermedad por lo cual revela que es un factor de riesgo para que padezcan la enfermedad producida por *Sarcoptes Scabiei*.

Gráfica 6 ¿Sabe usted que es la escabiosis o sarna?



Fuente: **tabla 7**

Tabla.8 ¿Que conocimiento tiene usted sobre esta enfermedad?

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
a) Ninguno	72	66%
b) Solo sabe que es escabiosis, pero no como se transmite	27	25%
c) Tiene conocimiento y sabe que se transmite de persona a persona	8	7%
d) Sabe que es causado por hacinamiento	0	0%
e) Sabe todo sobre escabiosis modo de transmisión y medidas preventivas	2	2%
Total	109	100%

Fuente: cuestionario en línea aplicado.

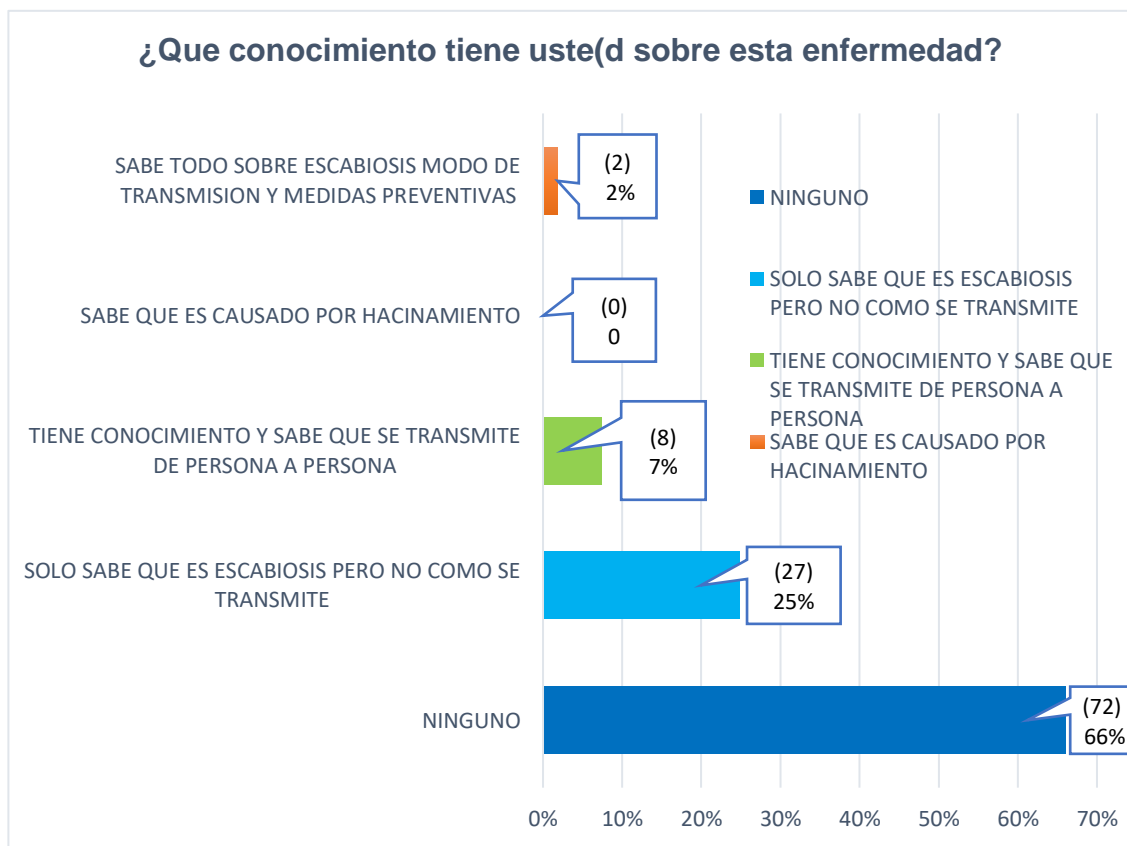
Análisis:

En la presente grafica se observa que el 66% de las personas de la población entrevistada no tiene ningún conocimiento de la enfermedad, el 25% solo sabe que es escabiosis, pero no como se transmite, 7% tienen conocimiento y sabe que se transmite de persona a persona, el 2% sabe todo de la enfermedad mientras que un 0% no sabe que es causado por hacinamiento

Interpretación:

Se observa que la mayor parte de la población no tiene ningún conocimiento de la enfermedad lo cual aparte de contribuir para padecer la enfermedad también se considera un factor de riesgo para que se dé una reinfestación de esta en la población y que ya la hayan padecido sin darse cuenta, mientras que la minoría de la población si tiene conocimiento de ella.

Gráfica 7 ¿Que conocimiento tiene usted sobre esta enfermedad?



Fuente: tabla 8

Tabla.9 ¿Según sus conocimientos quien puede transmitir la enfermedad?

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
a) Pulgas	26	22%
b) Ácaros	45	38%
c) Garrapatas	18	15%
d) Mosquitos	26	22%
e) No sabe	2	2%
Total	117	100%

Fuente: cuestionario en línea aplicado.

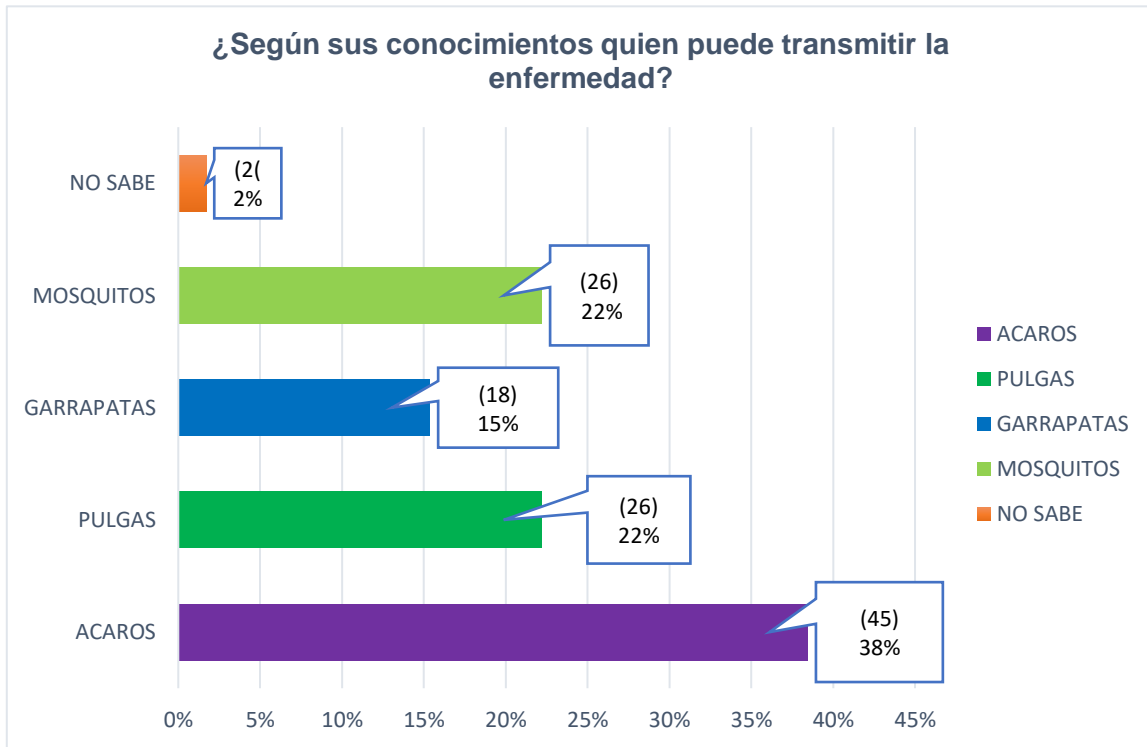
Análisis:

Se observa que 38% de las personas entrevistadas respondió que la enfermedad es transmitida por ácaros, el 22% por pulgas, 22% mosquitos, el 15% por garrapatas, mientras que el 2% no saben quién lo transmite.

Interpretación:

La mayoría de la población entrevistada conoce el patógeno causante de la enfermedad mientras que la demás no sabe cuál es el patógeno que la transmite lo cual indica que no todos tienen conocimiento de la enfermedad.

Gráfica 8 ¿Según sus conocimientos quien puede transmitir la enfermedad?



Fuente: tabla 9

Tabla.10 ¿Sabe usted como se transmite Sarcoptes scabiei?

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
a) Si	21	20%
b) No	88	80%
Total	109	100%

Fuente: cuestionario en línea aplicado.

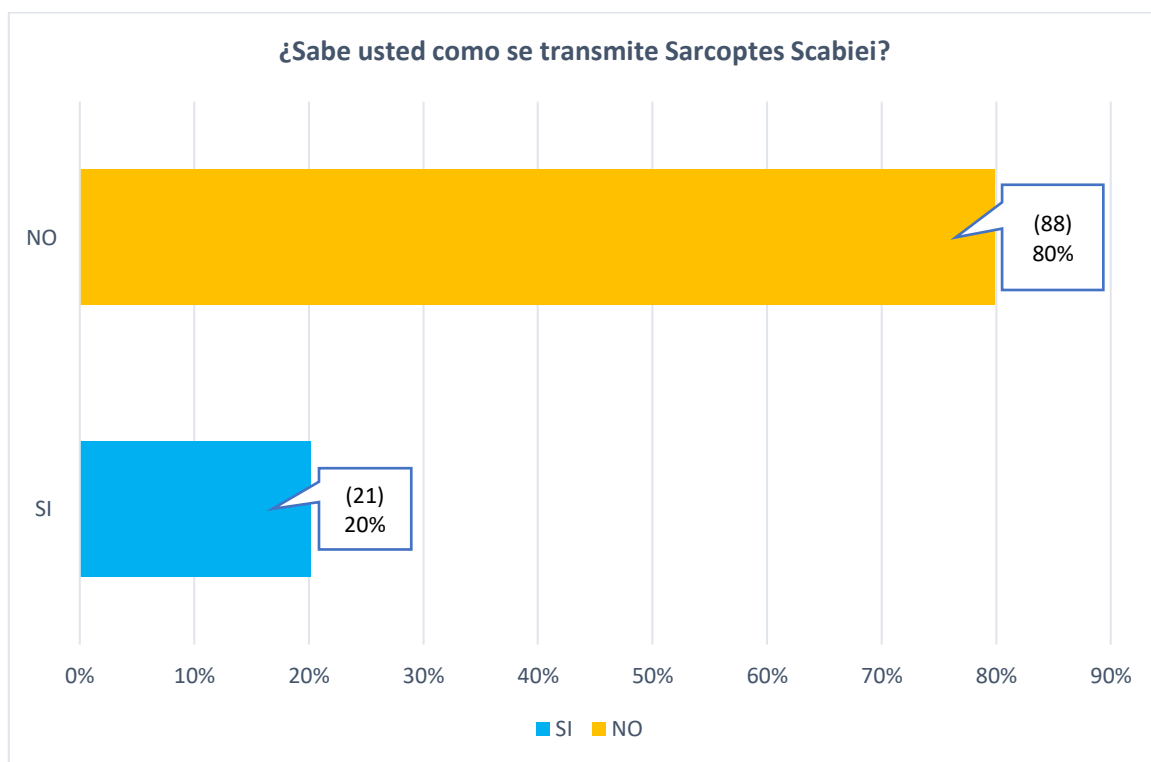
Análisis:

Se observa que un 80% personas de la población entrevistada no sabe cómo se transmite la enfermedad, mientras que 20% si saben cómo se transmite.

Interpretación:

Se puede apreciar que la mayor parte de las personas entrevistadas no saben cómo se transmite *Sarcoptes Scabiei* lo cual indica que tienen mayor riesgo de haber padecido la enfermedad o haber tenido una reinfestación sin saberlo.

Gráfica 9 ¿Sabe usted como se transmite *Sarcoptes scabiei*?



Fuente: **tabla 10**

Tabla.11 ¿En base a su conocimiento cuales considera son los factores de riesgo para contraer la enfermedad por *Sarcoptes scabiei*?

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
a) Poca higiene personal	21	19%
b) Relaciones sexuales sin protección	0	0%
c) Compartir objetos personales	6	6%
d) Tener animales en casa	9	8%
e) Aglomeraciones	0	0%
f) Todas	71	65%
g) No sabe	2	2%
Total	109	100%

Fuente: cuestionario en línea aplicado.

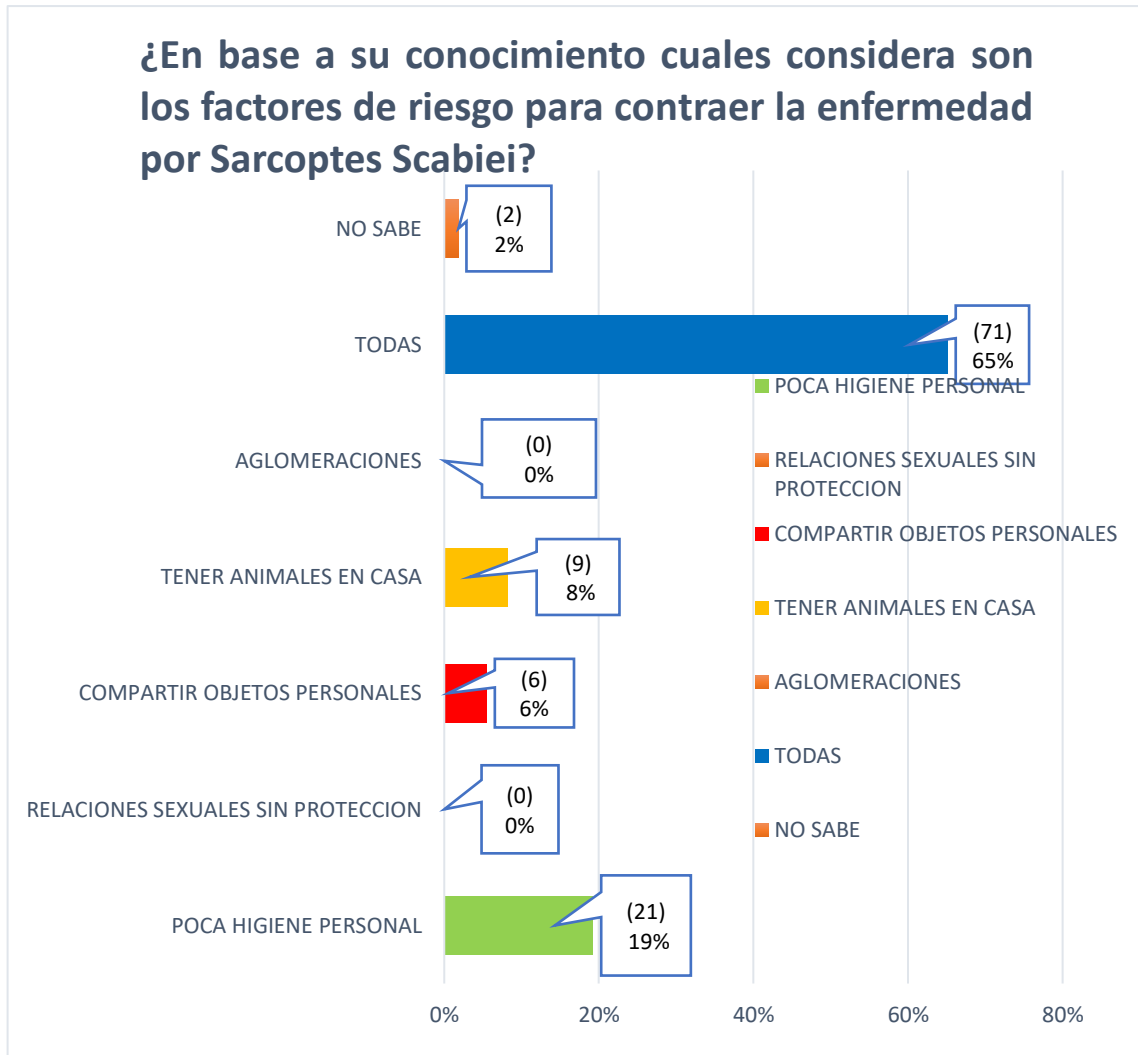
Análisis:

Se observa que 65% personas de las personas entrevistadas considera que todos son factores de riesgo para contraer la enfermedad producida por *Sarcoptes scabiei* mientras que un 19% suponen que es por poca higiene personal, 6% por compartir objetos personales, el 8% por tener animales en casa mientras que un 2% no saben.

Interpretación:

Se puede apreciar que la mayoría de la población si tiene conocimiento de los factores de riesgo establecidos para contraer la enfermedad mientras que una minoría no los conoce teniendo una alta probabilidad de contraer o reinfestar con la enfermedad.

Gráfica 10 ¿En base a su conocimiento cuales considera son los factores de riesgo para contraer la enfermedad por Sarcoptes scabiei?



Fuente: **tabla 11**

Tabla.12 ¿Quién considera usted que puede contraer la enfermedad?

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
a) Personas	8	7%
b) Animales	5	5%
c) Ambos	96	88%
d) Ninguno	0	0%
Total	109	100%

Fuente: cuestionario en línea aplicado.

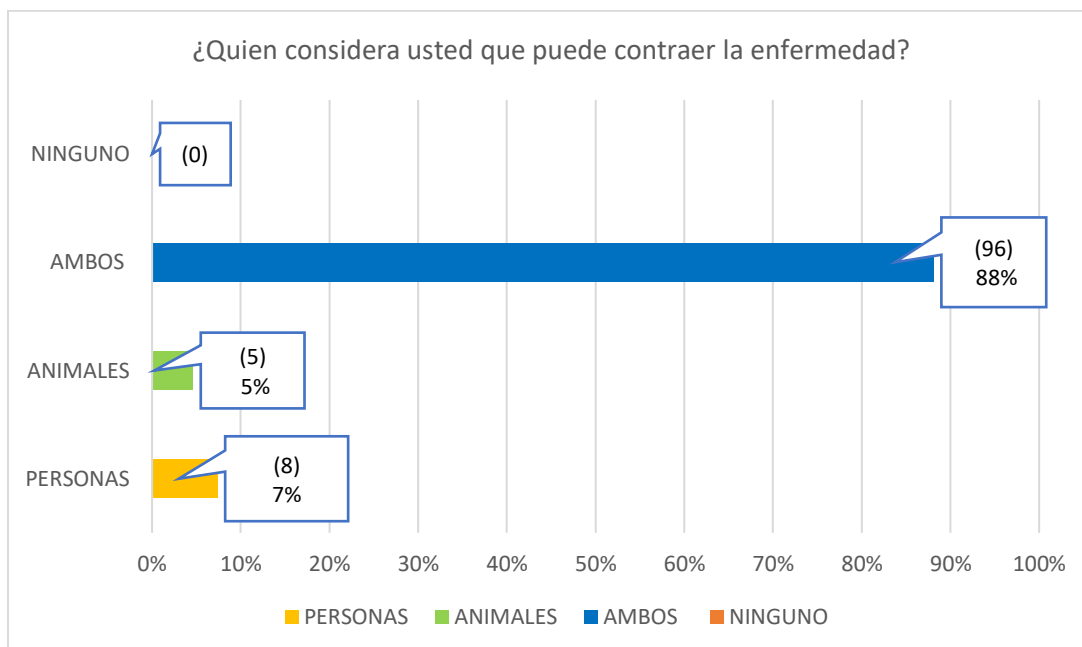
Análisis:

Se observa que un 88% de las personas consideran que ambos pueden contraer la enfermedad mientras que un 7% considera que solo personas la contraen y un 5% considera que solo los animales la pueden contraer.

Interpretación:

La mayoría de los entrevistados si sabe que tanto animales y personas pueden contraer la enfermedad producida por *Sarcoptes Scabiei* mientras que una minoría no.

Gráfica 11 ¿Quién considera usted que puede contraer la enfermedad?



Fuente: tabla 12

Tabla.13 ¿Quién considera tiene mayor riesgo de contraer escabiosis?

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
a) Personas con defensas bajas, ancianos y niños	106	97%
b) Personas sanas	1	1%
c) Animales	2	2%
d) No sabe	0	0%
Total	109	100%

Fuente: cuestionario en línea aplicado.

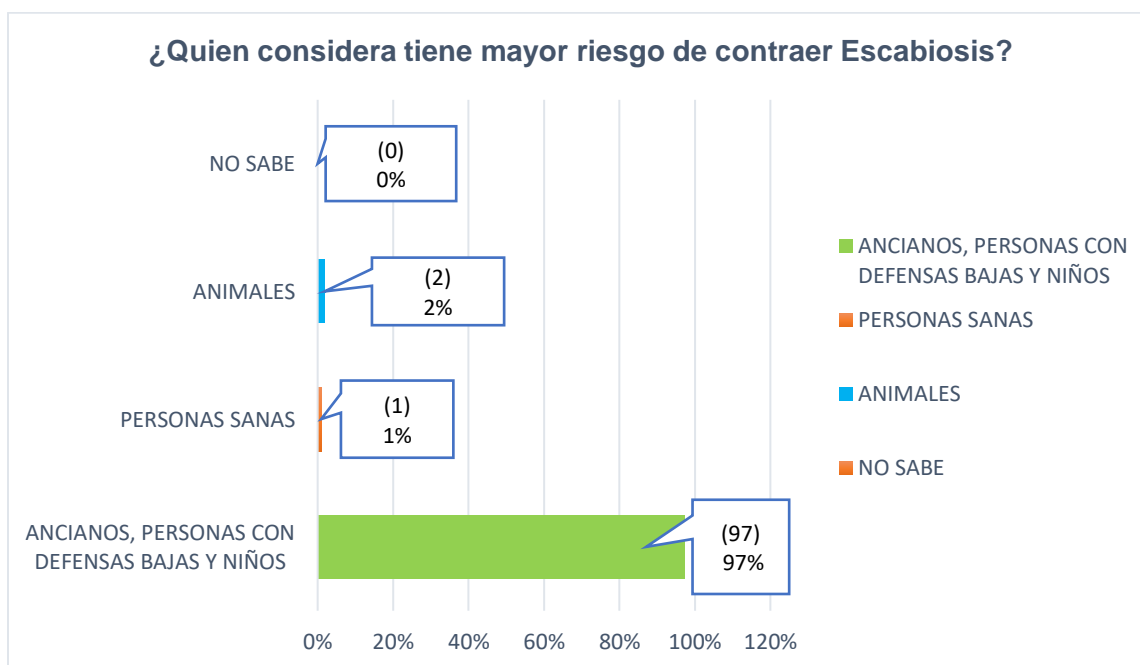
Análisis:

El 97% de las personas de la población entrevistada manifiesta que los que tiene mayor riesgo de contraer escabiosis son los ancianos, personas con defensas bajas y niños mientras que 1% considera que las personas sanas y 2% que los animales tienen mayor riesgo de contraerla.

Interpretación:

La mayor parte de la población si sabe que los que tienen mayor riesgo de padecer la enfermedad son los ancianos, personas con defensas bajas y niños ya que estos no tienen un buen cuidado de sí mismos y dependen de otra persona para poder realizar sus actividades diarias, mientras que la minoría piensa que los animales y las personas sanas son las más propensas a padecerla.

Gráfica 12 ¿Quien considera tiene mayor riesgo de contraer escabiosis?



Fuente: tabla 13

Tabla.14 ¿En base a sus conocimientos cuales manifestaciones clínicas cree que produce *Sarcoptes scabiei*?

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
a) Prurito	73	37%
b) Fiebre	78	39%
c) Náuseas	6	3%
d) Vómitos	22	11%
e) Ardor	19	10%
Total	198	100%

Fuente: cuestionario en línea aplicado.

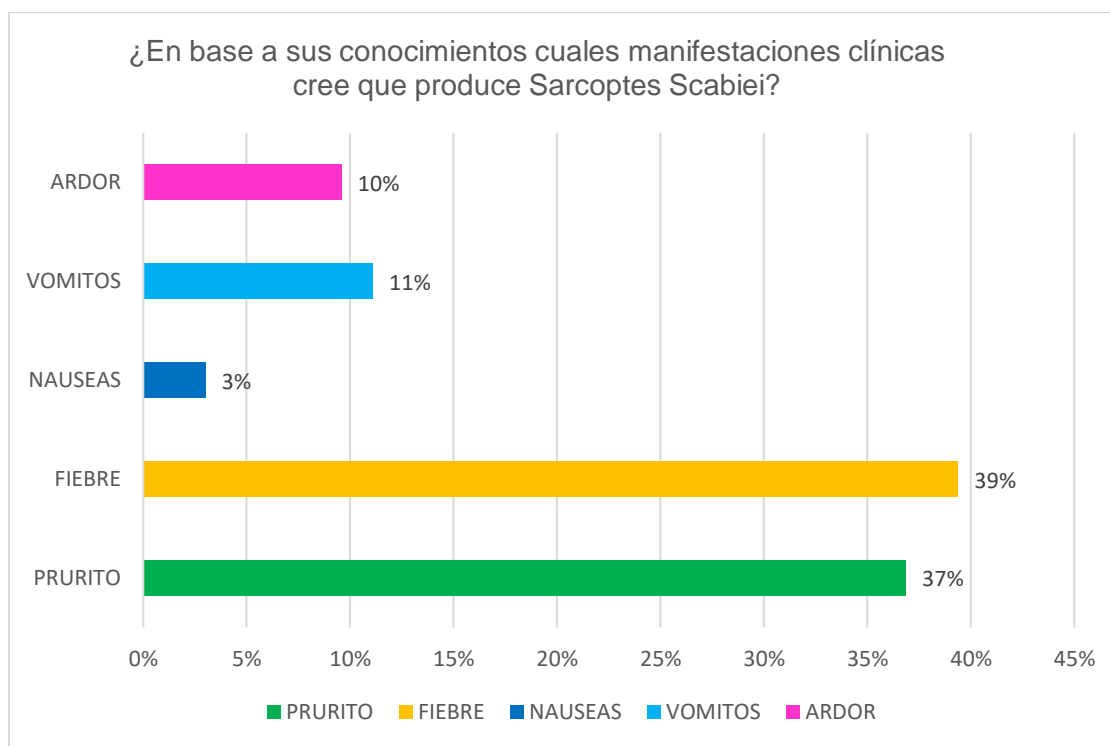
Análisis:

El 39% de las personas de la población entrevistada cree que la enfermedad ocasiona fiebre, el 37% que ocasiona prurito, 10% que ocasiona ardor, 3% que ocasiona náuseas y 11% vómitos.

Interpretación:

La mayoría de la población si tiene conocimiento de las manifestaciones clínicas de la enfermedad que ocasiona *Sarcoptes Scabiei* y una minoría no sabe cuáles son.

Gráfica 13 ¿En base a sus conocimientos cuales manifestaciones clínicas cree que produce *Sarcoptes scabiei*?



Fuente: tabla 14

Tabla.15 ¿Que partes del cuerpo cree usted que afecta *Sarcoptes scabiei*?

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
a) Cara	0	0%
b) Genitales	0	0%
c) Extremidades	2	2%
d) Tórax	2	2%
e) Espalda	6	6%
f) Todas	90	83%
g) No sabe	9	8%
Total	109	100%

Fuente: cuestionario en línea aplicado.

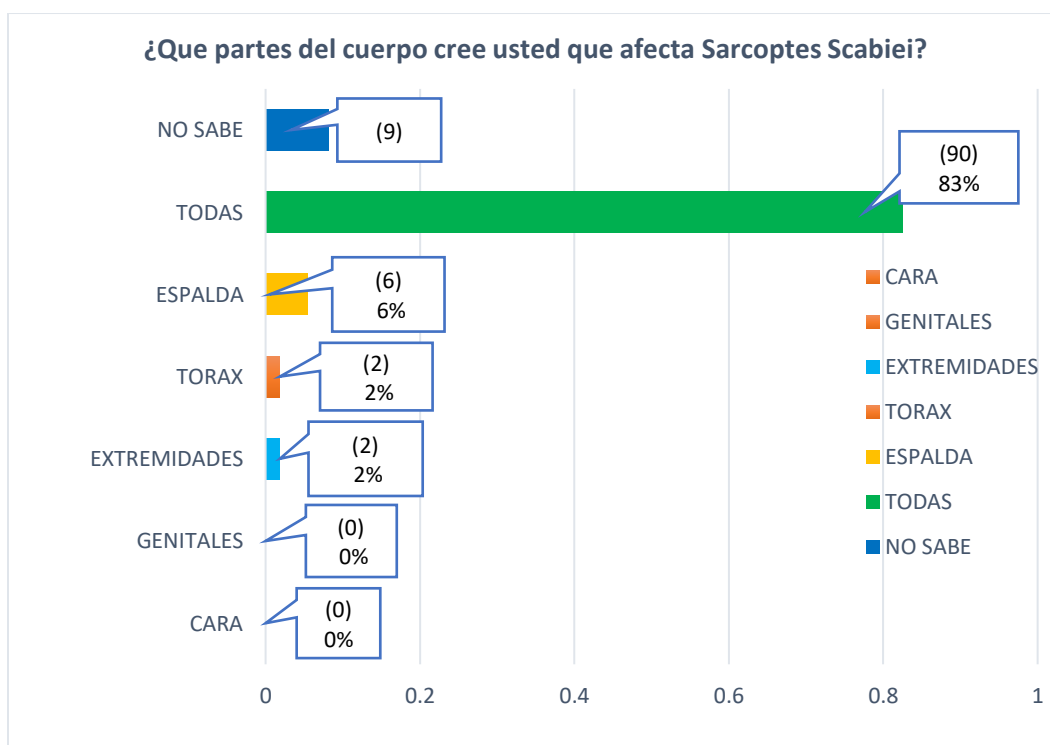
Análisis:

El 83% de las personas entrevistadas manifiestan que todas son las partes afectadas por *Sarcoptes scabiei* mientras que 8% refiere que no sabe, 6% creen que solo afecta espalda, 2% creen que afectan tórax y 2% las extremidades.

Interpretación:

En base a las respuestas de las personas entrevistadas se determina que la mayoría si está consciente que el parásito *Sarcoptes scabiei* afecta a todo el cuerpo, mientras que la minoría cree que solo afecta una pequeña parte corporal.

Gráfica 14 ¿Que partes del cuerpo cree usted que afecta *Sarcoptes scabiei*?



Fuente: **tabla 15**

Tabla.16 ¿Cuál de los siguientes considera usted un método preventivo, para prevenir la enfermedad por *Sarcoptes scabiei*?

Método preventivo	Frecuencia	Porcentaje
a) Vacunas	5	4%
b) Uso de acaricidas	3	2%
c) Medidas preventivas	27	22%
d) Todas	67	55%
e) Desinfectantes	19	16%
Total	121	100%

Fuente: cuestionario en línea aplicado.

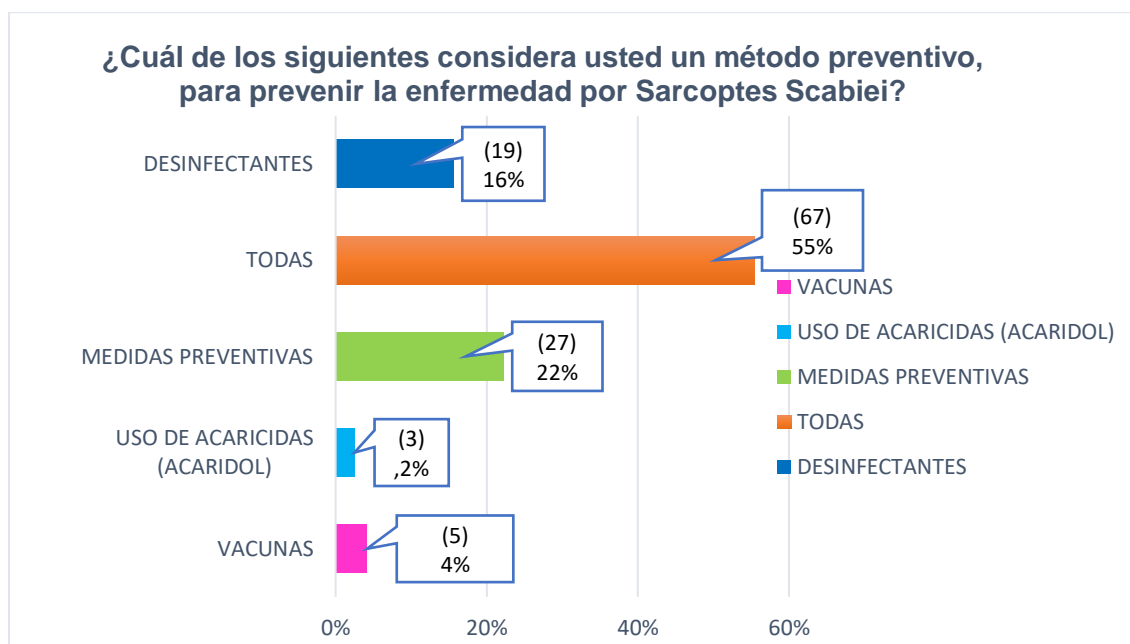
Análisis:

Se puede observar que 55% de las personas de la población entrevistada cree que todas son métodos preventivos para evitar la enfermedad por *Sarcoptes scabiei*, 22% cree que se puede prevenir solo con medidas preventivas, 16% creen que se previene con el uso de desinfectantes, el 4% con vacunas mientras que 2% con uso de acaricidas.

Interpretación:

Se puede apreciar que la mayoría si sabe que la mejor forma de prevenir la infestación y reinfestación de la enfermedad es utilizando todos los métodos mencionados, mientras que una minoría cree que utilizándolos individualmente son suficientes para poder prevenirla.

Gráfica 15 ¿Cuál de los siguientes considera usted un método preventivo, para prevenir la enfermedad por *Sarcoptes scabiei*?



Fuente: tabla 16

Tabla.17 ¿Ha padecido usted o algún miembro de la familia la enfermedad de la escabiosis?

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
a) Si	60	55%
b) No	49	45%
Total	109	100%

Fuente: cuestionario en línea aplicado.

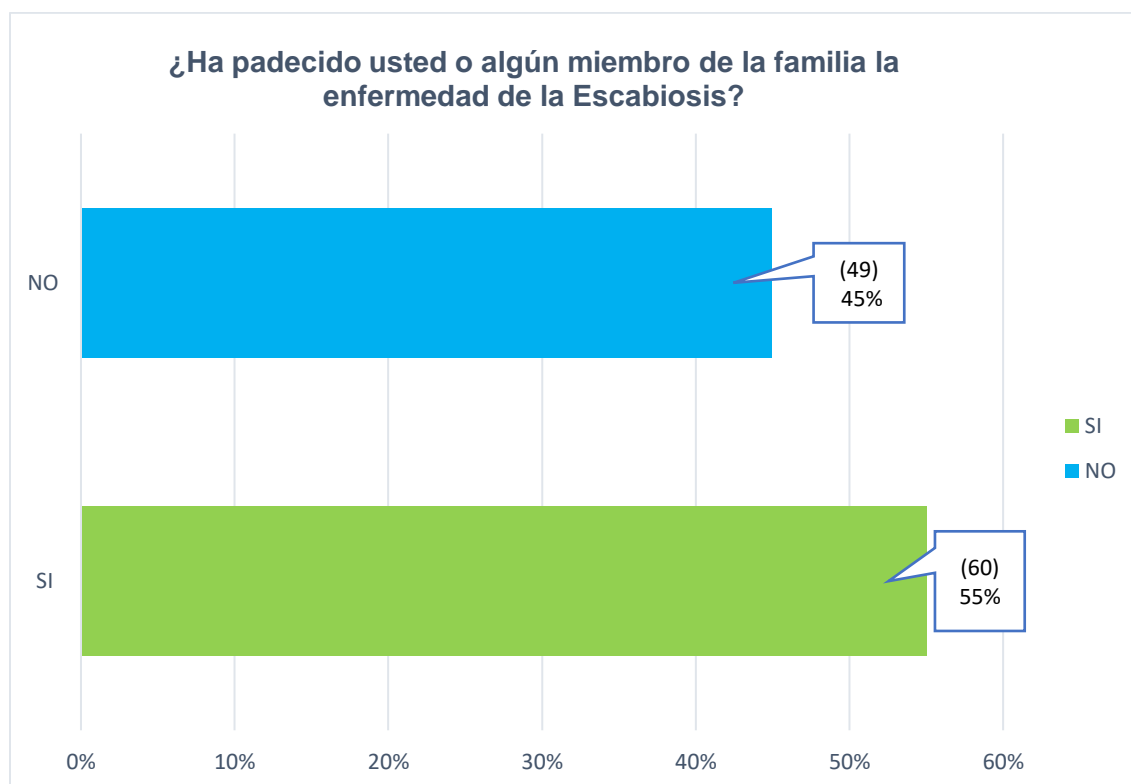
Análisis:

Se puede observar que 55% personas de la población entrevistada manifiesta que ellos o un miembro de su familia ha padecido de la enfermedad, mientras que un 45% refieren que no.

Interpretación:

La mayoría de la población refiere que al menos un miembro de su familia o el ah sufrido de la enfermedad transmitida por *Sarcoptes Scabiei* mientras que el otro parte ninguno la ha padecido, lo cual puede confirmar que la mayoría pudo haber sufrido una reinfestación.

Gráfica 16 ¿Ha padecido usted o algún miembro de la familia la enfermedad de la escabiosis?



Fuente: **tabla 17**

Tabla.18 ¿Acudió inmediatamente a la unidad de salud cuando presento los síntomas?

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
a) Si	21	19%
b) No	88	81%
Total	109	100%

Fuente: cuestionario en línea aplicado.

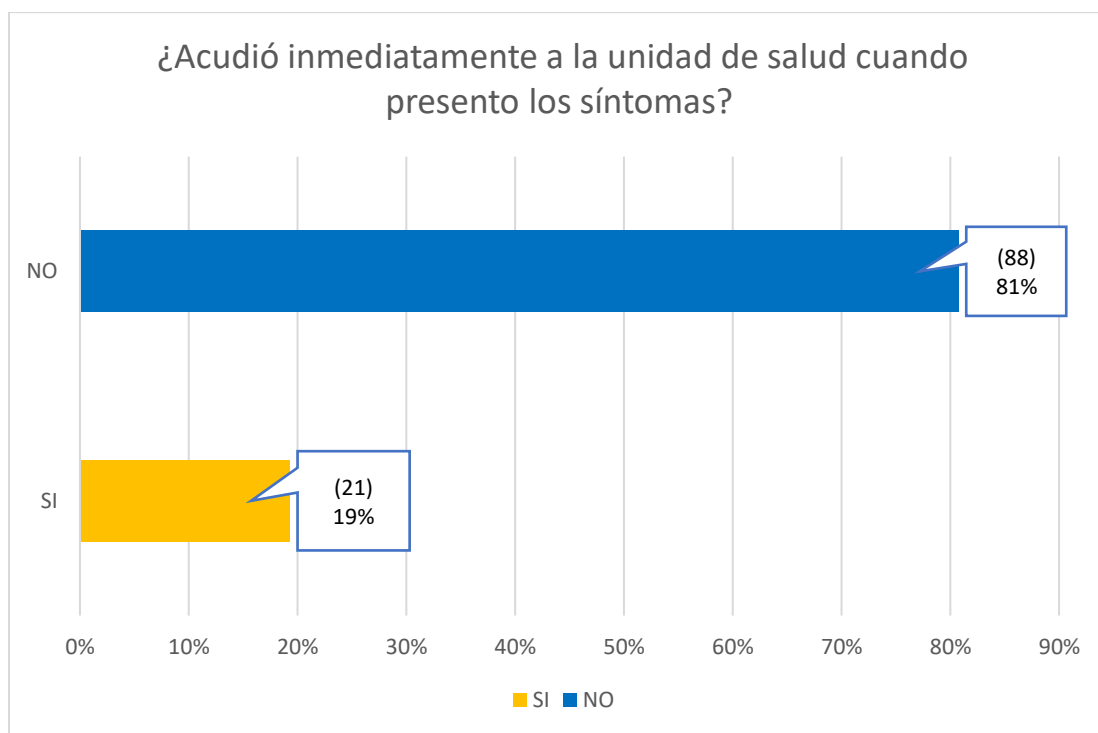
Análisis:

Se observa que la mayoría de las personas que sufrieron la enfermedad 19% no consultaron de forma inmediata, mientras que el 81% si lo hicieron

Interpretación:

Se determina que la mayoría de la población que padeció la enfermedad no consulto de forma inmediata al padecer la enfermedad lo cual es un factor de riesgo para infestar a los demás miembros de la familia e inclusive ocasionar una reinfestación en alguien que ya haya padecido la enfermedad mientras que la minoría refiere que si consulto de forma inmediata lo cual refiere que esta población si está bien informada sobre la enfermedad y que están conscientes que deben de consultar inmediatamente a las unidades de salud ante cualquier síntoma

Gráfica 17 ¿Acudió inmediatamente a la unidad de salud cuando presento los síntomas?



Fuente: tabla 18

Tabla.19 ¿Ha recibido usted o un familiar suyo tratamiento y consejería para la enfermedad producida por *Sarcoptes scabiei*?

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
a) Si	60	55%
b) No	49	45%
Total	109	100%

Fuente: cuestionario en línea aplicado.

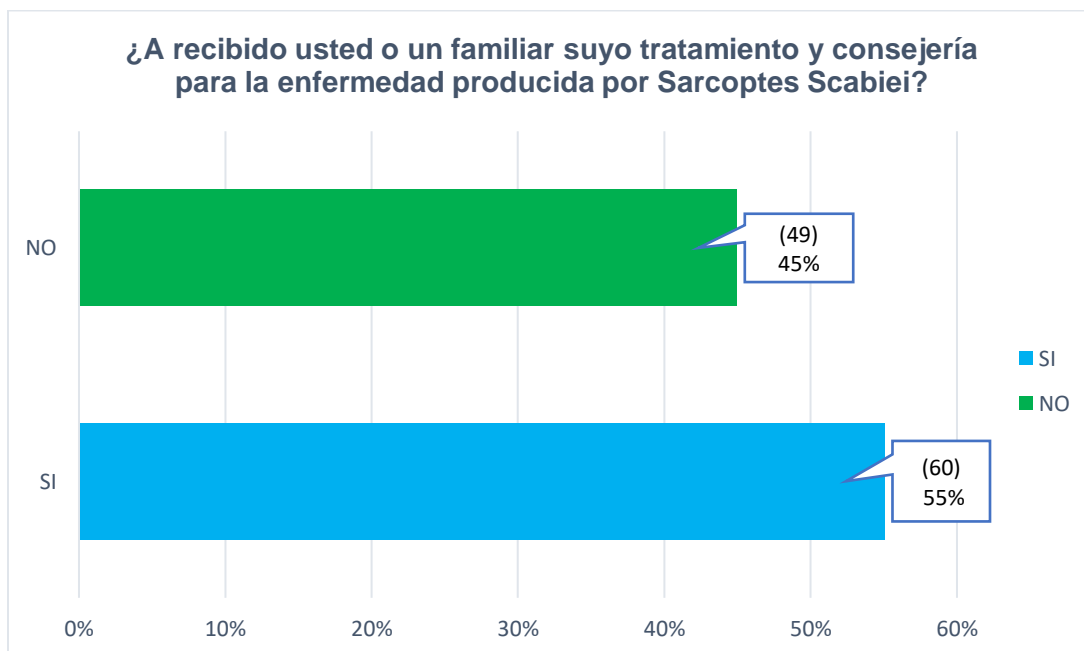
Análisis:

Se observa que alrededor 55% personas de la población que padeció la enfermedad recibió tratamiento y consejería sobre la enfermedad, mientras que 45% refieren que no.

Interpretación:

La mayoría de la población al consultar en base a las encuestas recibió tratamiento y consejería sobre la enfermedad esto puede reducir el índice de infestación entre los miembros de la familia inclusive una reinfestación.

Gráfica 18 ¿Ha recibido usted o un familiar suyo tratamiento y consejería para la enfermedad producida por *Sarcoptes scabiei*?



Fuente: tabla 19

Tabla.20 ¿Noto o ha notado mejoría con el tratamiento?

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
a) Si	60	55%
b) No	49	45%
Total	109	100%

Fuente: cuestionario en línea aplicado.

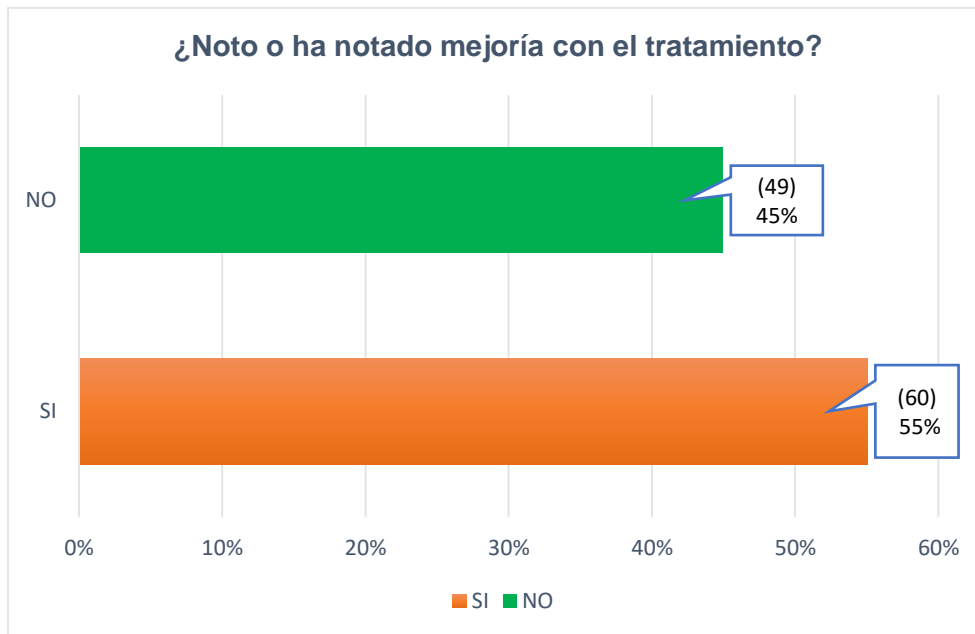
Análisis:

Se observa que 55% personas de la población que padeció la enfermedad notaron mejoría con el tratamiento y que 45% no notaron mejoría

Interpretación:

De la mayor parte de la población que noto mejoría con el tratamiento se puede decir que estos siguieron las recomendaciones tal y cual se las indico el médico y que del menor porcentaje que no noto mejoría estos no siguieron las recomendaciones o no utilizaron de forma correcta el medicamento indicado.

Gráfica 19 ¿Noto o ha notado mejoría con el tratamiento?



Fuente: tabla 20

Tabla.21 ¿Después de su diagnóstico le explicaron cuáles son las medidas preventivas para evitar la enfermedad de *Sarcoptes scabiei*?

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
a) Si	59	54%
b) No	50	46%
Total	109	100%

Fuente: cuestionario en línea aplicado.

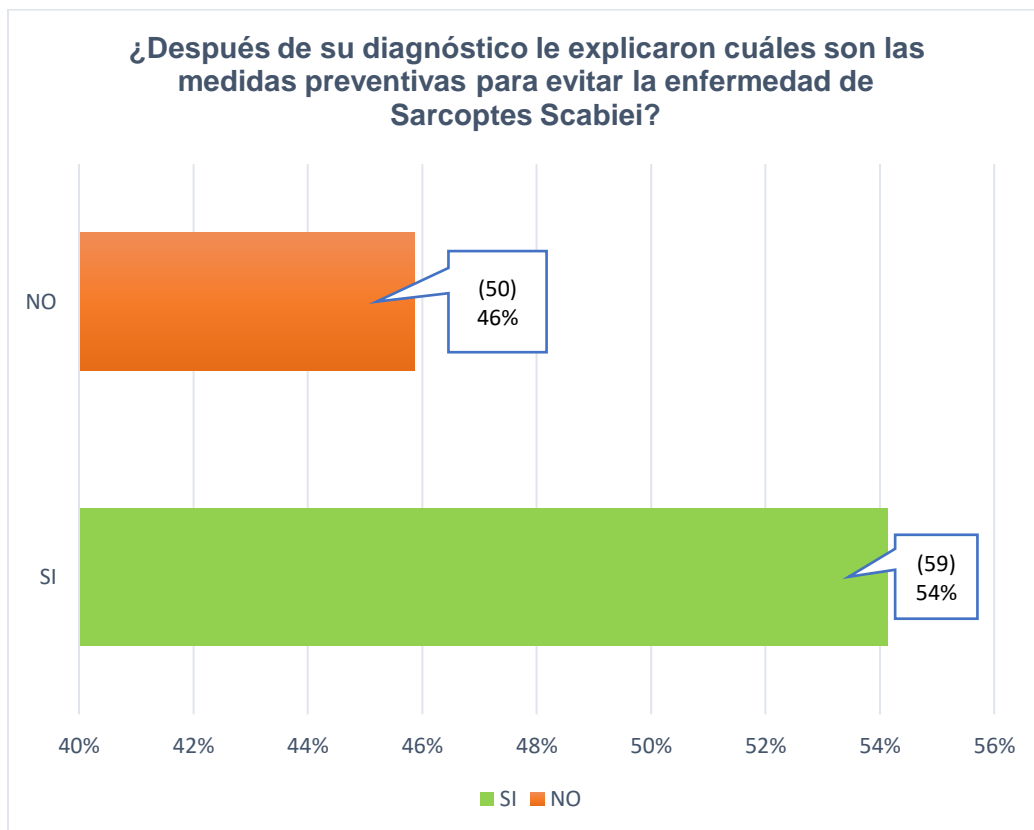
Análisis:

Se observa que 95% personas de la población refiere que le explicaron que medidas preventivas debía seguir para evitar la enfermedad y 5% refieren que no recibió ninguna explicación de estas.

Interpretación:

La mayoría de la población que consulto recibió consejería sobre las medidas preventivas que debían seguir para evitar infestaciones y reinfestaciones en su familia y los que no recibieron esta consejería tienen el riesgo de sufrir reinfestaciones e infestar a miembros de su familia.

Gráfica 20 ¿Después de su diagnóstico le explicaron cuáles son las medidas preventivas para evitar la enfermedad de *Sarcoptes scabiei*?



Fuente: **tabla 21**

Tabla.22 ¿Qué medidas preventivas a seguido para eliminar el parasito en su casa?

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
a) Lavar la ropa con agua caliente	16	15%
b) No compartir objetos personales	7	6%
c) Uso de preservativo	0	0%
d) Ninguno	57	52%
e) Todos	29	27%
Total	109	100%

Fuente: cuestionario en línea aplicado.

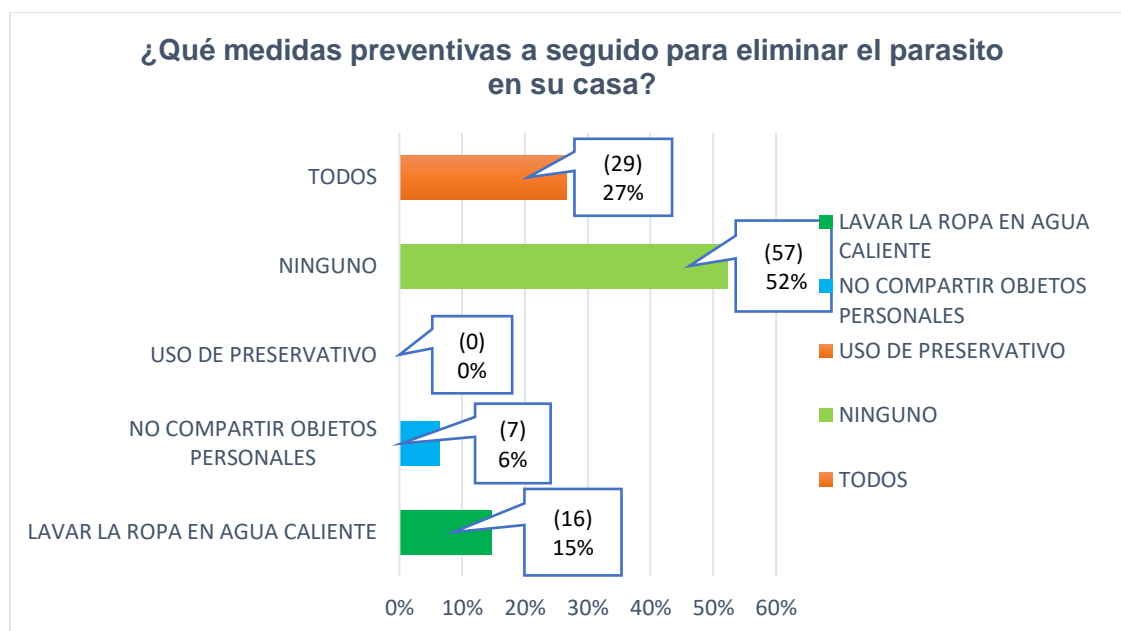
Análisis:

Se puede observar que 41% personas de la población que padeció la enfermedad han seguido todas las medidas preventivas, 26% no ha seguido ninguna, 23% refieren que han lavado la ropa en agua caliente y 10% no compartió objetos personales.

Interpretación:

Podemos observar en la siguiente grafica que la minoría si recibió asesoramiento y siguió las recomendaciones que el medico les explico mientras que una mayoría no siguió las recomendaciones explicadas por el médico y otros hicieron caso omiso a estas, pudiendo ocasionar que se produzcan nuevas infestaciones y el índice de reinfestación sea alto.

Gráfica 21 ¿Qué medidas preventivas a seguido para eliminar el parásito en su casa?



Fuente: tabla 22

Tabla.23 ¿Es primera vez que padece la enfermedad?

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
a) Si	45	73%
b) No	17	27%
Total	62	100%

Fuente: cuestionario en línea aplicado.

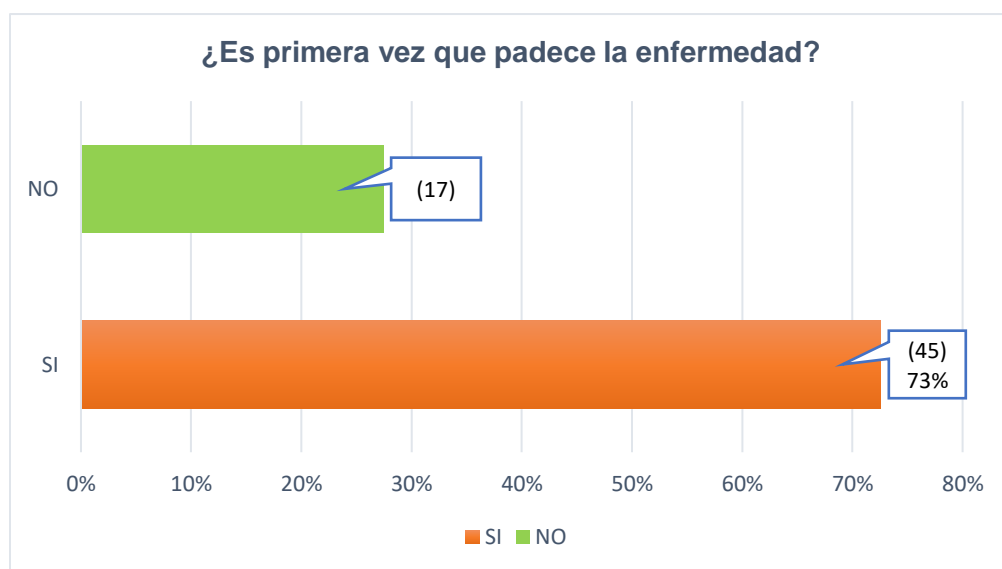
Análisis:

Se observa que 73% de las personas entrevistadas que padecieron la enfermedad refieren que es la primera vez mientras que el 27% refieren que no es la primera vez.

Interpretación:

Podemos determinar que la mayoría de los pacientes que han consultado padecieron la enfermedad por primera vez y que el otro porcentaje que no corrió el riesgo de sufrir una reinfestación por no seguir con la consejería médica.

Gráfica 22 ¿Es primera vez que padece la enfermedad?



Fuente: tabla 23

Tabla.24 ¿Tiene animales en su casa?

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
a) Si	102	94%
b) No	7	6%
Total	109	100%

Fuente: cuestionario en línea aplicado.

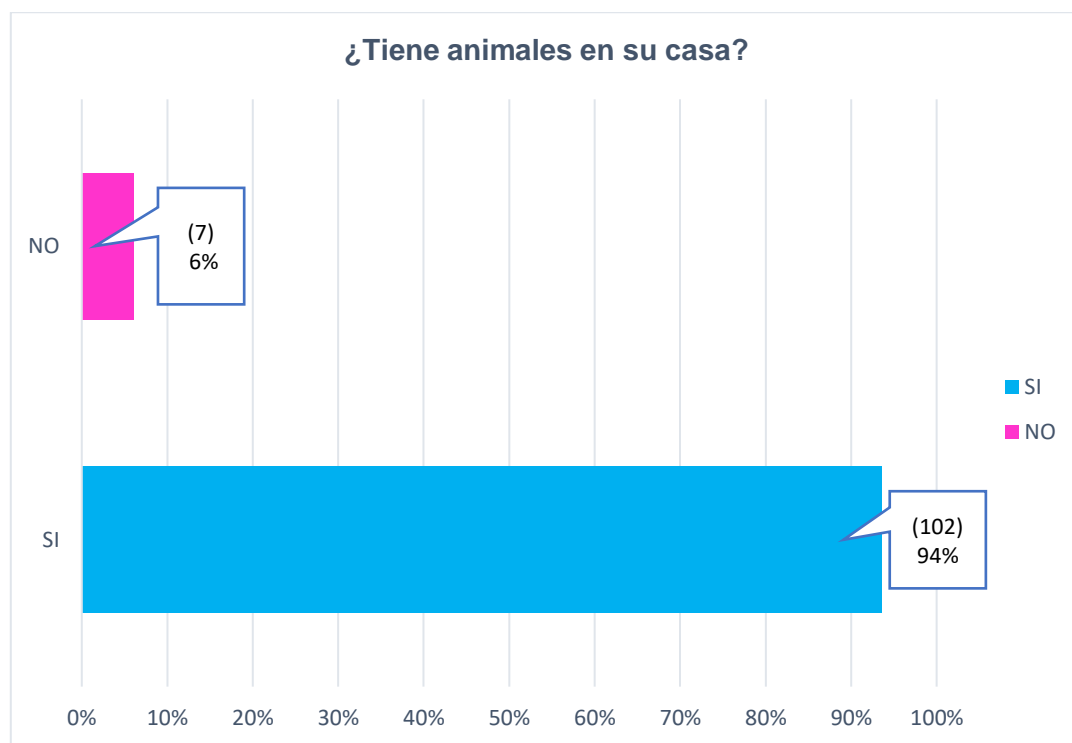
Análisis:

Podemos observar que 94% de las personas de la población entrevistada tiene animales en casa y que 6% no poseen animales en casa.

Interpretación:

podemos determinar que la mayoría de las personas que tienen animales en casa corren el riesgo de que estos también sean infestados por *Sarcoptes Scabiei* y esto también podría producir una reinfestación en los miembros de la familia.

Gráfica 23 ¿Tiene animales en su casa?



Fuente: **tabla 24**

Tabla.25 ¿Comparte cama?

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
a) Si	60	55%
b) No	49	45%
Total	109	100%

Fuente: cuestionario en línea aplicado.

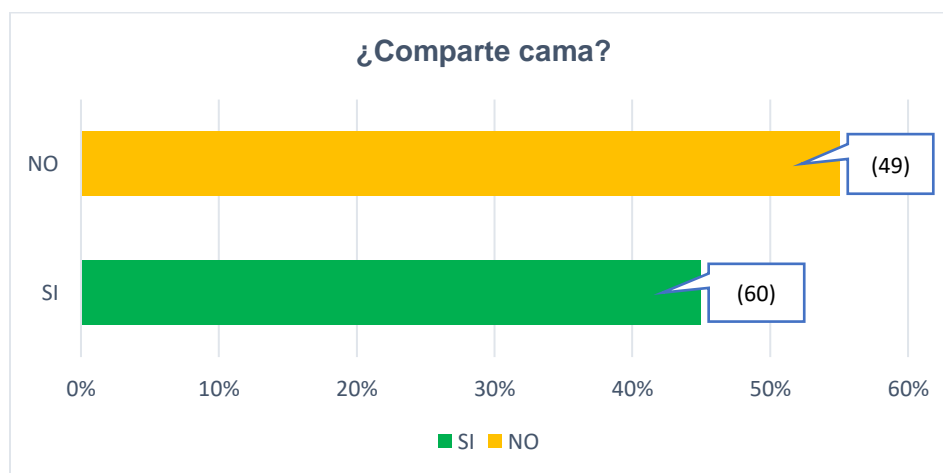
Análisis:

En la población entrevistada se observa que el 55% de las personas comparte cama mientras que el 45% no lo hace.

Interpretación:

La mayoría de la población no comparte cama lo que indica que hay una menor probabilidad que se infesten por el parasito mientras que la población que si comparte cama tiene una mayor probabilidad de padecerla y de reinfestar.

Gráfica 24 ¿Comparte cama?



Fuente: **tabla 25**

Tabla.26 ¿Considera usted que necesita más información de la enfermedad?

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
a) Si	107	98%
b) No	2	2%
Total	109	100%

Fuente: cuestionario en línea aplicado.

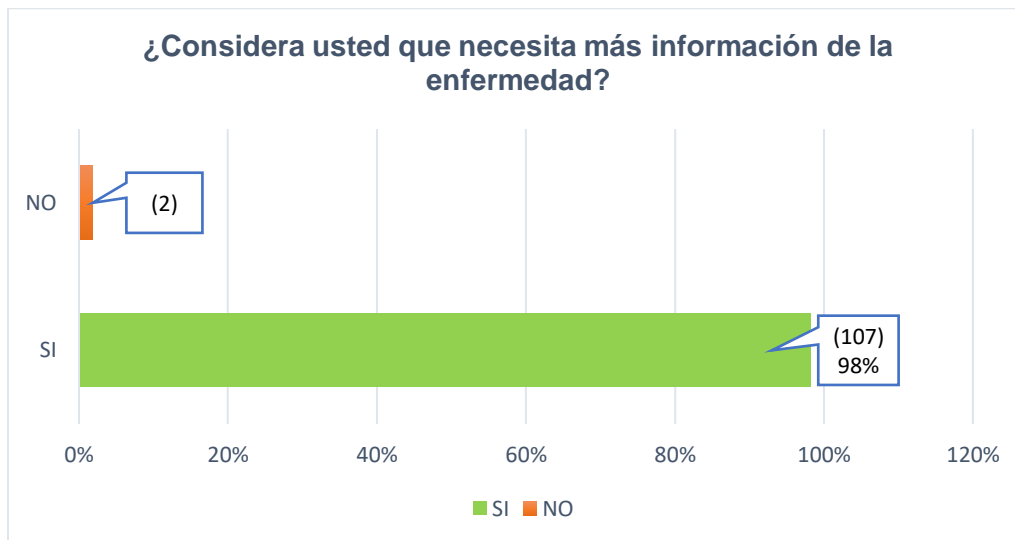
Análisis:

El 98% personas de la población entrevistada refiere que necesita más información de la enfermedad mientras que 2% refirieron que no.

Interpretación:

La mayoría de la población manifiesta que necesita más conocimiento de la enfermedad y debido a esto se observa que ha habido reinfestaciones entre la población e inclusive nuevos casos de escabiosis en ella, solo una minoría refiere que no necesita información y esto conlleva a que no sigan las medidas preventivas y que tarde o temprano ellos padezcan la enfermedad.

Gráfica 25 ¿Considera usted que necesita más información de la enfermedad?



Fuente: **tabla 26**

5.1.2 PROPORCIÓN DE ACIERTOS Y DESACIERTOS EN EL CUESTIONARIO APLICADO.

Tabla 27. Promedio de aciertos y desaciertos en las categorías de preguntas del instrumento de investigación.

Categoría de preguntas	Aciertos	Desaciertos	Total
Conocimiento general (preguntas 6 – 9)	32% (143)	68% (301)	100%
Conocimiento específico (preguntas 10 – 12)	83% (233)	17% (54)	100%
Conocimiento de síntomas y medidas preventivas (preguntas 13 – 15)	72% (308)	28% (120)	100%
Cuál fue su actuar al enterarse padeció la enfermedad (preguntas 16 – 17)	37% (81)	63% (137)	100%
Tratamiento y prevención de enfermedad (preguntas 18 – 20)	55% (179)	45% (148)	100%
Ha seguido medidas recomendadas por medico al momento del diagnostico (preguntas 21)	42% (29)	58% (40)	100%
Factores re infectantes de pacientes que padecieron la enfermedad por primera vez y subsecuente Preguntas (22 – 24)	74% (207)	26% (73)	100%
Necesidad por parte de la población para adquirir más conocimiento (Preguntas 25)	98% (107)	2% (2)	100%
Promedio	60% (1287)	40% (687)	100%

Fuente: cuestionario en línea aplicado.

Análisis e interpretación: como se detalla en la anterior tabla, se obtuvo una proporción global de aciertos del 32%, con una proporción desaciertos variable del 68% para el conocimiento general, 83% conocimiento específico, 72%, conocimiento de síntomas y medidas preventivas 72%, tratamiento y prevención de enfermedad 55% seguimiento de medidas recomendadas por medico al momento de diagnóstico 42% factores reinfestantes 74%, requerimiento de conocimientos 98%. Las mayores proporciones de desaciertos se obtuvieron para las preguntas acerca del conocimiento específico de la enfermedad, como actuó al enterarse de que padecía la enfermedad y si ha seguido medidas preventivas, con un alza en los factores reinfestantes por *Sarcoptes Scabiei*.

5.2. Prueba de hipótesis

La variable conocimiento se evaluó determinando la proporción de aciertos y desaciertos en cada pregunta del instrumento de investigación, considerando una muestra finita de 109 individuos seleccionados de forma no probabilística. Sobre dicha muestra se calculó el estadístico z para proporciones muestrales, el cual varió con una aproximación de distribución normal.

Para la prueba de hipótesis se plantearon estadísticamente las mismas, se determinó el nivel de significancia aceptado por los investigadores y se identificó el valor crítico y valor de prueba, posteriormente se formularon las reglas de decisión estadística y se elaboraron las conclusiones.

A continuación, se describen los pasos para la prueba de hipótesis:

PASO 1

5.3 Planteamiento de la hipótesis estadística

Hipótesis nula (H_0): El conocimiento de la población sobre los factores predisponentes no tiene relación con la infestación y reinfestación por *Sarcoptes Scabiei* en los usuarios que consulta en las unidades de salud familiar de Cacaoopera y Sunsulaca en el año 2021

$H_0: P \leq 50\%$

Donde P es la proporción de desaciertos en las preguntas del instrumento de investigación.

Hipótesis alternativa (H_1): El conocimiento de la población sobre los factores predisponentes tiene relación con la infestación y reinfestación por *Sarcoptes Scabiei* en los usuarios que consulta en las unidades de salud familiar de Cacaoopera y Sunsulaca en el año 2021

$H_1: P > 50\%$

Donde P es la proporción de aciertos en las preguntas del instrumento de investigación.

PASO 2

5.4 Determinación del nivel de significancia

Para la prueba de hipótesis se utiliza como criterio de decisión el nivel de significancia (también denominado margen de error), el cual representa el riesgo máximo que está dispuestos a asumir el investigador para decidir si un evento es producto del azar, o si, por el contrario, se trata de un evento estadísticamente significativo.

Por conveniencia se acepta un nivel de significancia del 0.05 (5%), este valor denota la probabilidad de error al decidir rechazar la hipótesis nula asumiendo que es verdadera (denominado “error tipo I” o “falso positivo”). Si el valor de prueba, también denominado “valor p”, valor práctico o calculado, cumple con la condición de ser menor que un nivel de significancia impuesto (por conveniencia 0.05), este se considera como un resultado estadísticamente significativo y, por lo tanto, permite rechazar la hipótesis nula.

Nivel de significancia (alfa, α) = 0.05 = 5%

Intervalo de confianza (1 – alfa) = 0.95 = 95%

PASO 3

5.5 Identificación del valor crítico y valor de prueba

Se utilizó el estadístico z para la identificación del valor crítico (valor teórico, Z teórico) en la tabla de distribución normal para prueba de hipótesis con curva de Gauss de cola unilateral derecha, por lo que para un nivel de significancia del 0.05 y un intervalo de confianza del 0.95, se tiene que:

Valor crítico = Z teórico (Z_t) = 1.64

Para la obtención del valor de prueba (valor práctico, Z calculado, Z_c) se empleó la fórmula del estadístico z para proporciones de una muestra:

$$Z = \frac{\hat{P} - P}{\sqrt{\frac{P \cdot Q}{n}}}$$

Donde:

\hat{P} : Proporción de aciertos en el cuestionario aplicado.

P: Probabilidad de éxito para la hipótesis (H_0).

Q = 1 - P: probabilidad de fracaso para la hipótesis (H_0).

n: Tamaño de muestra.

Del cuestionario de 25 ítems aplicado a las 109 personas del estudio, se extrae que cada participante contestó en promedio 60% aciertos y 40% desaciertos, como se resume en la siguiente tabla:

Tabla 28. Proporción de aciertos y desaciertos en los 25 ítems del instrumento de investigación

Proporción de aciertos y desaciertos	Frecuencia	Porcentaje
Aciertos	1287	60%
Desaciertos	687	40%
Total	1974	100%

Fuente: cuestionario en línea aplicado.

Por lo que se tiene que la proporción de aciertos en el cuestionario aplicado (\hat{P}) será del 60%, con una probabilidad de éxito (P) del 50% y una probabilidad de fracaso (Q) del 50%, que sustituyendo en la fórmula se obtiene el resultado siguiente:

$$Z = \frac{\hat{P} - P}{\sqrt{\frac{P \cdot Q}{n}}} = \frac{0.60 - 0.5}{\sqrt{\frac{(0.5 * 0.5)}{109}}} = \frac{0.1}{0.047}$$

$$Z = 2.12$$

Valor de prueba = Z calculado (Z_c) = 2.12

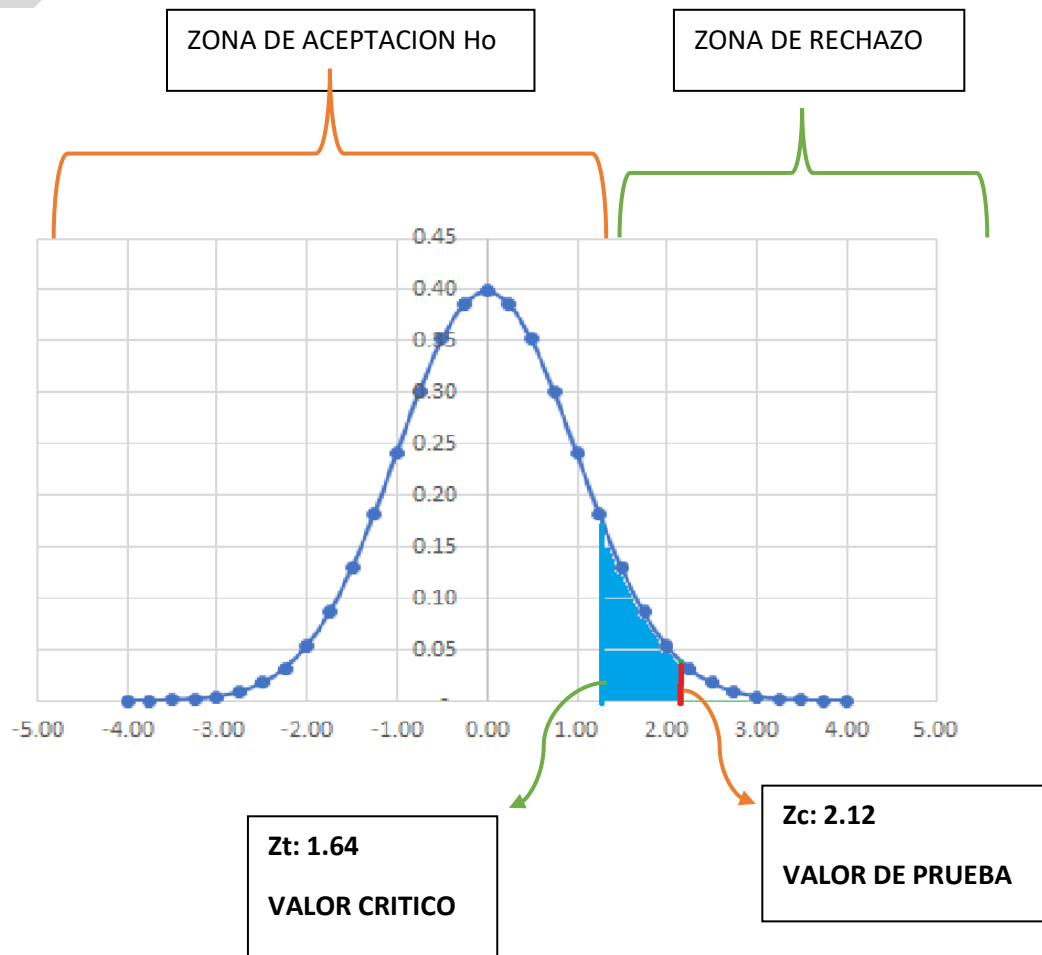
PASO 4

5.6 Formulación del criterio de prueba estadístico (regla de decisión)

Si valor de prueba (Z_c) > valor crítico (Z_t), se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alternativa (H_1).

Si valor de prueba (Z_c) < valor crítico (Z_t), se acepta la hipótesis nula (H_0) y se rechaza la hipótesis alternativa (H_1).

5.7 Elaboración de las conclusiones estadísticas



Decisión estadística

Dado que el Z_c (2.12) > Z_t (1.64), se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alternativa (H_1).

Conclusión estadística

Con un nivel de significancia del 5% y un intervalo de confianza del 95% se rechaza que:

H_0 : El conocimiento de la población sobre los factores predisponentes no tiene relación con la reinfestación e infestación por *Sarcoptes Scabiei* en los usuarios que consulta en las unidades de salud familiar de Cacaopera y Sunsulaca en el año 2021.

En la siguiente tabla comparativa se resumen los valores de prueba (Z_c) que asumiría el estadístico Z ante diferentes proporciones de aciertos en los 25 ítems del instrumento, cabe recalcar que en el estudio se obtuvo un valor de prueba (Z_c) = 2.12

Tabla 29. Comparación de valores de prueba (z_c) que se obtendrían partir de diferentes proporciones de aciertos en el instrumento de investigación y su respectiva conclusión estadística.

Proporción de aciertos	Valor de prueba (Z_c)	Valor teórico (Z_t)	Conclusión estadística
25%	-4.031	1.64	Se acepta H_0
50%	0	1.64	Se acepta H_0
60%	2.12	1.64	Se rechaza H_0
75%	4.031	1.64	Se rechaza H_0
90%	6.44	1.64	Se rechaza H_0
100%	8.062	1.64	Se rechaza H_0

*** Resultado obtenido en el estudio.**

Análisis e interpretación: cómo se puede apreciar, el personal de salud con una proporción media de aciertos del 60% en los 40 ítems del instrumento de investigación obtuvo un valor de prueba del 2.12, el cual es un resultado muy superior al valor teórico de 1.64, lo que permitió rechazar estadísticamente la hipótesis nula (H_0).

La tabla a su vez demuestra que, se requería una proporción media de aciertos $\geq 61\%$ para poder rechazar la hipótesis nula, y de esta forma poder aceptar estadísticamente la hipótesis alternativa, El conocimiento de la población sobre los factores predisponentes tiene relación con la reinfestación por *Sarcoptes Scabiei* en los usuarios que consulta en las unidades de salud familiar de Cacaoopera y Sunsulaca en el año 2021

6. DISCUSIÓN

Se calcula que la prevalencia en niños africanos es del 40 al 80%. En México, la morbilidad por escabiosis varía entre 6 y 27% en la población en general. Es más común en otoño e invierno, cuando el hacinamiento suele ser mayor. En México, la morbilidad por escabiosis varía entre 6 y 27% en la población en general. En un estudio realizado en Turquía se encontró una prevalencia de 9.9% de la población en edad escolar³

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

En un trabajo de investigación elaborado el 2014 en Ecuador se demostró que, en Europa, el 1% de la población puede llegar a padecer sarna una vez en su vida, mientras que en Latinoamérica tiene una frecuencia entre el 1 y 5% teniendo mayor frecuencia en personas ancianas en un 15 %. Aparte de ello manifiesta que la mayor parte de la población infestada era del sexo masculino, en comparación nuestro estudio donde la mayoría es del sexo femenino lo cual puede deberse a que son las que mayormente se ocupan de la salud de su familia y a que estas no tienen un trabajo demandante por su grado académico.⁴

En el estudio sobre conocimiento sobre los factores predisponentes a las reinfestaciones por *Sarcoptes scabiei* en los pacientes que consultan en las unidades comunitarias de salud familiar de Cacaopera y Sunsulaca municipio de Cacaopera departamento de Morazán año 2021 se aplicó un cuestionario en línea para determinar el conocimiento de los 109 participantes del estudio, los resultados obtenidos demostraron que:

Se dio a conocer mediante la encuesta realizada con una muestra de 109 personas, conformada por 27 hombres y 82 mujeres, los cuales conforman en equipo personal que consulta en las unidades de salud familiar en estudio, en donde respectivamente en UCSFI Cacaopera hay 68 participantes, UCSF Sunsulaca hay 41, con edades comprendidas entre 14 a 80 años.

Los porcentajes revelan que el sexo femenino y que las edades ente los 20 a 40 años son las más vulnerable a sufrir una infestación y reinfestación. Además, se demuestra que estas personas no tienen conocimiento de la enfermedad, así como también, sobre los factores predisponentes para padecerla, los cuales son considerablemente mayores y que estos no tienen un seguimiento adecuado de las recomendaciones ni medidas preventivas explicadas por el médico.

Durante la investigación se pudo constatar que hay muchos aspectos que las personas encuestadas desconocen acerca del tema en estudio, por ejemplo, no tiene ningún conocimiento de la enfermedad, desconocen la forma en cómo se transmite, los que la padecieron no consultaron de forma inmediata al presentar los síntomas, algunos de ellos que padecieron la enfermedad y volvieron a reinfestarse, no siguen las medidas preventivas.

Otro aspecto que aumenta el índice de infestación y reinfestación de estas personas es que la mayoría de estas no culmino sus estudios, lo cual aumenta los casos de padecer la enfermedad producida por *Sarcoptes scabiei*. Esto evidencia que el conocimiento de la población sobre los factores predisponentes que tienen sobre la enfermedad si influye en la infestación y reinfestación de la población

7. CONCLUSIONES

Sarcoptes Scabiei es un parasito que afecta a la población vulnerable y es posible prevenir si se detecta a tiempo y si la población que la padece consulta al presentar los primeros síntomas.

En lo que respecta se determina que el conocimiento que la población en estudio tiene sobre la enfermedad es escaso ya que la mayoría no conoce mucho sobre la enfermedad y hay poca información brindada por los establecimientos de salud sobre esta, así como también se pudo constatar que Cacaopera es una zona de amplia densidad poblacional, y cuenta con múltiples zonas rurales, por lo cual es muy frecuente observar hacinamiento en los hogares y estos tienden a compartir cama en un mismo cuarto.

Por lo tanto, en la mayoría de la población que consulta por estos casos sufre una infestación y reinfestación ya que no conocen los factores que intervienen en el padecimiento de esta enfermedad, así como también no siguen las medidas implementadas para evitar su reinfestación e infestación.

Es de suma importancia poder brindarle a la población que consulta en estas unidades información sobre esta enfermedad, indicarles que deben cumplir con las recomendaciones médicas, sobre el tratamiento y medidas preventivas, además de darles el seguimiento necesario a aquellas personas que la padecen para así poder evitar reinfestaciones e infestaciones entre los mismos miembros de la familia u otras personas cercanas a estas y así evitar un aumento de los casos.

Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de trabajo, basados en los resultados obtenidos en la investigación, ya que como pudimos demostrar en la regla de decisión, el valor de prueba es mayor al valor crítico, presentando un total de aciertos suficientes como para determinar que el conocimiento de los factores predisponentes si tiene relación con la reinfestación e infestación de Sarcoptes Scabiei.

8. RECOMENDACIONES

Para el Ministerio de Salud:

Implementar y promover estrategias que permitan al personal de salud identificar adecuadamente la patología, para que este mismo pueda ejecutar acciones de promoción y prevención.

Que se realicen capacitaciones constantes al personal que labora en los diferentes niveles de atención en salud, en especial en el primer nivel de atención acerca de enfermedades dermatológicas producidas por *Sarcoptes Scabiei*, para que estos puedan brindar una buena atención a la población.

Que haga hincapié al personal de cada unidad de salud sobre la importancia de poder brindarle a cada paciente que consulta con cuadro clínico de Escabiosis una breve explicación de en qué consiste la enfermedad, como puede prevenirla, que medidas debe seguir para evitar infestar o reinfestar a los miembros de su familia y sobre el tratamiento que este debe seguir aparte del seguimiento de este.

Para las Unidades Comunitarias de Salud Familiar:

Que el personal de las diferentes Unidades Comunitarias de Salud Familiar oriente y concientice a la población a consultar inmediatamente presenten los primeros síntomas de la enfermedad para poder brindarle una atención oportuna y evitar así las infestaciones y reinfestaciones.

Que se programen capacitaciones o sesiones educativas al personal del primer nivel de atención sobre Escabiosis y que dichos conocimientos sean transmitidos a las asistentes a los establecimientos de salud.

Que el personal de salud de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar como lo son médicos, personal de enfermería, promotores de salud, sean capacitados para la consejería y charlas de prevención, educación y sobre la importancia de consultar inmediatamente se presenten los primeros síntomas de la enfermedad.

Que el personal de salud desarrolle una actitud de auto aprendizaje para adquirir un mayor conocimiento acerca de *Sarcoptes Scabiei* para poder aplicarlo a diario en la consulta, por medio de charlas a la población.

A la población en estudio:

A los pacientes que consultan en las diferentes unidades de salud se les orienta a que:

Fomentar hábitos higiénicos que incluyan baño diario, evitar compartir cama, y que se utilice ropa limpia después del baño, realizar cambio semanal de la ropa de cama, no lavar la ropa de la persona que padece la enfermedad junto con la de otros miembros de la familia.

Además, se recomienda consultar inmediatamente a las unidades de salud al presentar síntomas.

Evitar la medicación o uso de remedios caseros sin consulta previa con médico.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. David Botero MR. Parasitosis humanas. 5th ed.; 2012.
2. Tincopa-Wong: OW. revisión de Escabiosis (sarna) revision epidemiológica, clínica, patogénica y terapéutica. Scribd. [Online].; 2017. Acceso 3 de abril de 2021. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/460154641/revista-aAKj-02->.
3. Simão Aiex L1 OPA,CRM. Escabiosis o sarna: cuándo la debemos sospechar, y cómo tratarla, Vol.20 N° 2. [Online].; 2019. Acceso 3 de abril de 2021. Disponible en: [v20n2_RR_escabiosis.pdf \(samfyc.es\)](v20n2_RR_escabiosis.pdf).
4. M.ª. T. CAMPILLOS PÁEZ SCSEDMSAPMOMRJMSDLNM. Escabiosis: revisión y actualización VOL. 12. [Online].; 2002. Acceso 3 de abril de 2021. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n7/hablemos.PDF>.
5. trabajo. INdsy. Sarcoptes Scabiei. [Online].; 2019. Acceso 17 de abril de 2021. Disponible en: [Sarcoptes scabiei \(insst.es\)](Sarcoptes scabiei (insst.es)).
6. (OMS) OMdIS. Sarna. [Online].; 2020. Acceso 3 de Abril de 2021. Disponible en: [Sarna \(who.int\)](Sarna (who.int)).
7. BFSNFSREB RMK.. Escabiosis. In Nelson Tratado de Pediatría. Silo (libro en internet)19° Ed. Volumen 1. [Online].Acceso 3 de mayo de 2021. Disponible en: [\[PDF\] 19. a edicion. Volumen 1 - Free Download PDF \(silo.tips\)](#).
8. McGrewHill. R A. Enfermedades Parasitarias de la piel. In Dermatología Atlas, Diagnostico y tratamiento; 2010.
- 9.
10. Antonio Plascencia Gómez HPTNELCADCCR. Escabiosis: una revisión volumen-11. [Online].; julio-septiembre-2013. Acceso 5 de mayo de 2021. Disponible en: [Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica - Escabiosis: una revisión \(dcmq.com.mx\)](Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica - Escabiosis: una revisión (dcmq.com.mx)).
11. Briones VGP. Escabiosis. [Online].Acceso 10 de mayo de 2021. Disponible en: [untitled \(aeped.es\)](untitled (aeped.es)).
12. SALAZAR. CLBDGCPRTWYS. PREVALENCIA DE ESCABIOSIS EN USUARIOS QUE CONSULTAN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR TECAPÁN, DEPARTAMENTO DE USULUTÁN DE

- MAYO A JULIO DE 2014 (tesis laboratorio clínico) el salvador: universidad de el salvador. [Online].; 2014. Acceso 3 de abril de 2021. Disponible en: [50108152.pdf \(ues.edu.sv\)](#).
13. Ripalda. KES. Estrategia educativa para disminuir la incidencia de Escabiosis en niños de 3 a 8 años, en el subcentro de salud San Miguelito, cantón Pilaro, Provincia de Tungurahua en el periodo de Enero- Agosto (tesis doctoral en internet). [Online].; 2014. Acceso 13 de mayo de 2021. Disponible en: [TUAMEQ013-2015.pdf \(uniandes.edu.ec\)](#).
 14. Heymann DL. Manual de Control de enfermedades transmisibles. decima novena ed. ed.; 2011.
 15. Hill M. R A. Enfermedades Parasitarias de la piel. In Dermatologia Atlas, Diagnostico y tratamiento. 7th ed.; 2010.
 16. OMS. Economipedia. [Online] Acceso 23 de juniode 2021. Disponible en: [Pobreza - Qué es, causas y consecuencias | 2021 | Economipedia | 2021 | Economipedia](#).
 17. [Online].
 18. OMS Ddps. Harvard.edu. [Online] Acceso 12 de mayode 2021. Disponible en: [201508_mexicopoverty.pdf \(harvard.edu\)](#).
 19. higiénicos. Ddh. researchgate.net. [Online] Acceso 23 de mayode 2021. Disponible en: [\(PDF\) La higiene personal y la salud \(researchgate.net\)](#).
 20. PNUD AA. Alerta del peligro de una marcha atrás en los avances de la lucha contra la pobreza. El país. 2014.
 21. BUfaheATyTA. C. Poverty and development in the 1990s. Crow. 1990 .
 22. ZONOSIS Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES COMUNES AL HOMBRE Y A LOS ANIMALES. Tercera edición Volumen III ed. Washington, DC ; 2003.

FIGURAS



Figura 1 Lactante con escabiosis

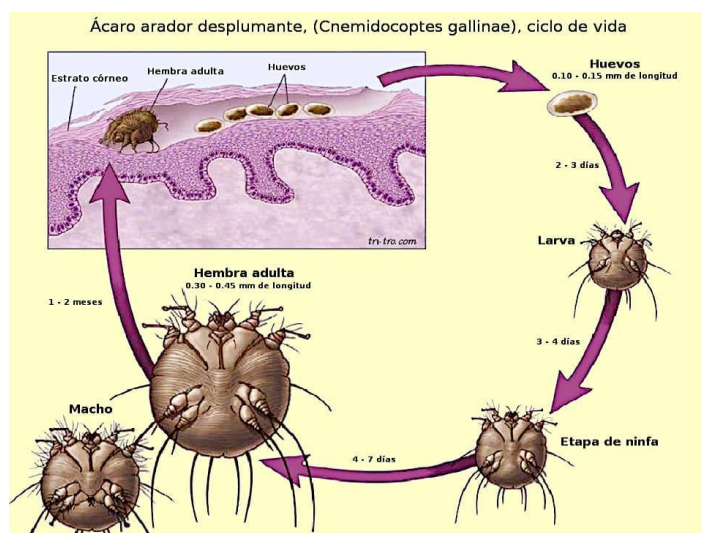


Figura 2 Ciclo de vida y etapas de la escabiosis



Figura 3 Manifestaciones clínicas



Figura 4 Signo característico de la escabiosis



Cátedra de Dermatología
Facultad de Ciencias Médicas
U.N.L.P.

ESCABIOSIS O SARNA HUMANA CLÁSICA

- Lactantes y niños pequeños



Tronco

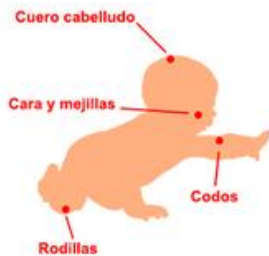


Axila y tronco

Figura 5 Escabiosis del lactante

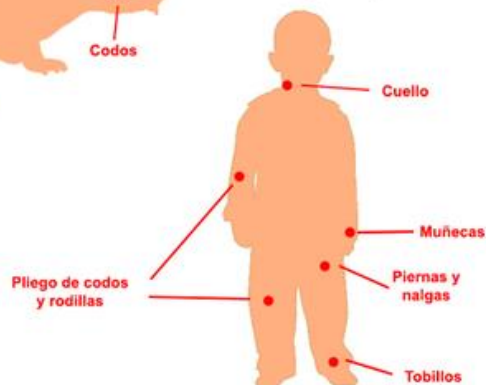
Bebés

Erupciones
Piel seca y escamada
Picores, infecciones y supuraciones



Niños

Erupciones
Piel escamada
Picores
Piel engrosada y endurecida



Adultos

Picor continuo
Piel muy seca y escamda
Falta de sueño
Estrés

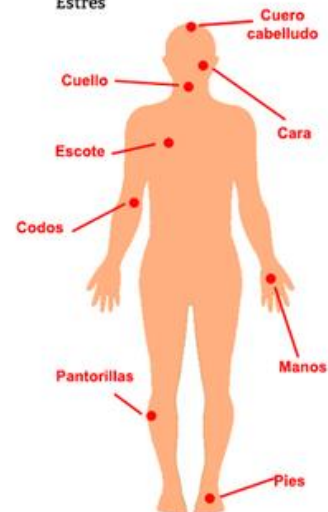


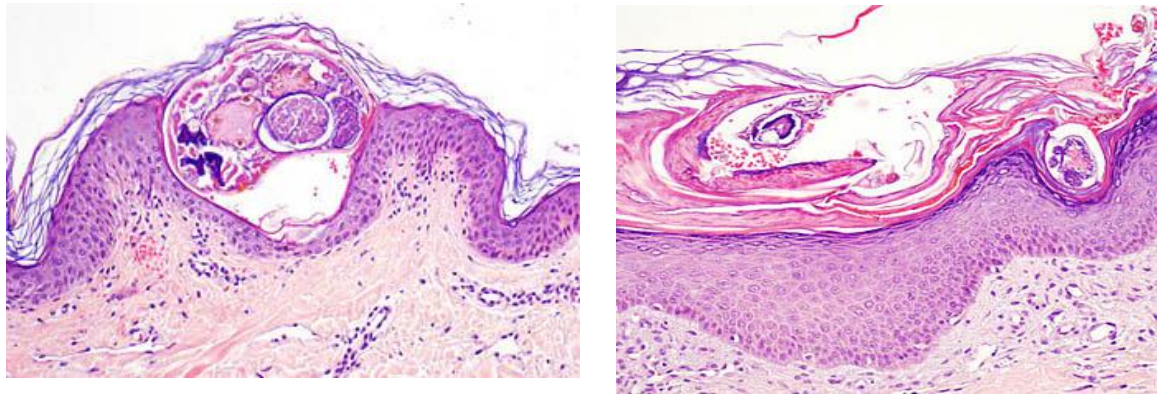
Figura 6 Áreas corporales afectadas por *Sarcoptes scabiei* según edades.



Figura 7. Diagnostico mediante técnica de tinta se observa cómo se marca la trayectoria de *Sarcoptes scabiei*.



Figura 8. *Sarcoptes scabiei* prueba de cinta con visualización microscópica.



Figuras 9 y 10. Microfotografía de escabiosis común con ácaro intracórneo e inflamación linfocitaria, superficial, leve. he, x 100. (9). microfotografía de sarna noruega con numerosos ácaros intracórneos con hiperortoqueratosis. he, x 100 (10).

CUADRO CLÍNICO

○ Complicaciones:

- Impétigo
- Pústulas
- Costras melicéricas

○ Signo del cirujano



- Dermatitis por contacto
- Sarna de los limpios



Figura 11. Complicaciones de la escabiosis

ANEXOS

12. Presupuesto

RUBROS	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO EN USD	PRECIO TOTAL EN USD
RECURSOS HUMANOS			
Estudiantes en año social	1		
MATERIALES Y SUMINISTRO DE OFICINA			
Papel bond tamaño carta	8 resmas	\$5.00	\$40.00
Lápices	8	\$0.15	\$1.20
Bolígrafos color azul	12	\$0.25	\$3.00
Bolígrafos color negro	12	\$0.25	\$3.00
Folder de papel tamaño carta	100	\$0.10	\$10.00
Caja de Fastener	2	\$1.50	\$3.00
Caja de clip	1	\$0.8	\$0.80
Engrapadora	1	\$8.00	\$8.00
Sacagrapas	1	\$1.00	\$1.00
Fotocopias blanco y negro	500	\$0.05	\$25.00
Anillados	10	\$3.00	\$30.00
MATERIALES Y SUMINISTROS INFORMATICOS			
Tinta de color negro	3	\$40.00	\$120.00
Tinta de colores	1	\$50.00	\$50.00
Internet	Mensual	\$25.00	\$275.00
Memoria USB	1	\$12.00	\$12.00
CDs
EQUIPO			
Computadora portátil	1	\$855.19	\$855.19
Tablets	1	\$279.00	\$279.00
TOTAL		\$1281.29	\$1716.19

13. Cronograma de actividades

Meses	Abril/2021				Mayo/2021				Junio/2021				Julio/2021				Agosto/2021				Sept/2021				Oct/2021				Nov/2021				Dic/2021			
Semanas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Actividades																																				
1. Reuniones Generales con la coordinación del Proceso de Graduación y asesorías																																				
2. Elaboración del perfil de investigación																																				
3. Presentación del perfil de investigación a la Subcomisión																																				
4. Elaboración del Protocolo de Investigación																																				
5. Presentación del Protocolo de Investigación									Entrega 25 de junio de 2021																											
6. Ejecución de la Investigación																																				
7. Procesamiento de los datos																																				
8. Elaboración de la discusión y prueba de hipótesis																																				
9. Elaboración de Conclusiones y recomendaciones																																				
10. Redacción del Informe Final																																				
11. Entrega del Informe Final																																				
12. Exposición de Resultados y Defensa del Informe final de Investigación																																				

14. Cuestionario en línea



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA
ORIENTAL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA

CUESTIONARIO EN LINEA

 kers0191@gmail.com (no compartidos) [Cambiar de cuenta](#)  Borrador guardado

OBJETIVO
Recopilar información que ayude a determinar el conocimiento sobre Sarcoptes Scabiei de la población que consulta en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de Cacaopera y Sunsulaca. Departamento de Morazan.

INDICACIONES
El presente cuestionario consta de preguntas entre ellas preguntas dicotómicas de selección única y múltiples. Se solicita contestar cada una de ellas para avanzar en el cuestionario, tiempo limite ninguno, las respuestas seran guardadas una vez presione el boton "Enviar" al finalizar el cuestionario

CONSENTIMIENTO INFORMADO
Sus respuestas son confidenciales y valiosas para la ejecucion de este estudio. Agradezco su participacion, por favor conteste en base a su conocimiento

Nombre

Tu respuesta

Edad

Tu respuesta _____

Sexo

Femenino

Masculino

Unidad de salud a la que consulta

Cacaopera

Sunsulaca

Sabe leer o escribir?

Sí

No

Nivel de Educacion

Primaria

Basica

Universitario

Tecnico

Ninguno

Otro: _____

Ocupacion

- Ama de casa
- Estudiante
- Agricultor
- Comerciante
- No trabaja
- Albañil
- Otro
- Otro: _____

Sabe usted que es la Escabiosis o Sarna?

- Sí
- No

Que conocimiento tiene sobre esta enfermedad?

- Ninguno
- Solo sabe que es la escabiosis pero no como se transmite
- Tiene conocimiento y sabe que se transmite de persona a persona
- Sabe que es causado por hacinamiento
- Sabe todo de escabiosis modo de transmision y medidas preventivas
- Otro: _____

Segun su conocimiento quien cree puede transmitir la enfermedad

- Araña
- Garrapata
- Pulga
- Acaro (Sarcoptes Scabiei)
- Mosquitos
- Otro: _____

Sabe usted como se transmite Sarcoptes Scabiei

- Sí
- No

En base a sus conocimientos cuales considera son factores de riesgo para contraer la enfermedad producida por Sarcoptes Scabiei?

- Poca higiene personal
- Relaciones Sexuales sin Proteccion
- Compartir objetos personales
- Tener animales en casa
- Aglomeraciones
- Todas
- Otro: _____

Quien considera usted puede contraer la enfermedad?

- Personas
- Animales
- Ambos
- Ninguno
- Otro: _____

Quien considera tienen mayor riesgo de contraer la Escabiosis?

- Ancianos, personas con defensas bajas y niños
- Personas sanas
- Animales
- No sabe
- Otro: _____

En base a sus conocimientos cuales manifestaciones clinicas cree que produce Sarcoptes Scabiei?

- Prurito
- Fiebre
- Ardor
- Nauseas
- Vomitos
- Otros
- Otro: _____

Que partes del cuerpo cree usted afecta mas Sarcoptes Scabiei?

- Torax
- Extremidades
- Cara
- Espalda
- Todas
- Otro: _____

Cual de los siguientes considera usted un metodo preventivo para prevenir la enfermedad por Sarcoptes Scabiei?

- Vacunas
- Uso de acaricidas (Acaridoil)
- Medidas preventivas
- Todas
- Otro: _____

A padecido usted o algun miembro de la familia la enfermedad de Escabiosis?

- Si
- No

Acudio inmediatamente a la unidad de salud cuando presento los sintomas?

- Si
- No

A recibido usted o un familiar suyo tratamiento y consejeria para la enfermedad producida por Sarcopres Scabiei?

- Sí
- No

Noto o ah notado mejoría con el tratamiento?

- Sí
- No

Despues de su diagnostico le explicaron cuales son las medidas preventivas para evitar la enfermedad por Sarcopres Scabiei?

- Sí
- No

Que medidas preventivas a seguido para eliminar el parasito de su casa?

- Lavar la ropa en agua caliente
- No compartir objetos personales
- Uso de preservativo
- Todas
- Otro: _____

Tiene animales en su casa?

- Sí
- No

Considera usted que necesita mas informacion sobre esta enfermedad?

Sí

No

Enviar

Borrar formulario

Nunca envíe contraseñas a través de Formularios de Google.

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. [Notificar uso inadecuado](#) - [Términos del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

Google Formularios

GLOSARIO

Ácaro: Bicho muy pequeño (muchas veces microscópico) relacionado con las arañas, pero no tiene separación entre abdomen y el tórax. La mayoría son depredadores o *saprófitos*. La palabra *ácaro* viene del latín *Acarus* y este del griego *ακαρι* (*akari* = *cosa pequeña, garrapata, ácaro de queso*).

Acaricida: insecticida de amplio espectro de control, que puede ser usado en tratamientos preventivos y/o curativos.

Afección: enfermedad o dolencia en determinada parte del organismo

Atención: Del latín *attentio, attentionis* que significa acción y efecto de tener en cuenta o extenderse hacia el que está hablando.

Caso: un ejemplo registrable en una población o grupo de estudio de una enfermedad en particular, un trastorno de la salud o una condición bajo investigación. En ocasiones un individuo con una condición en particular.

Cefalotórax: parte anterior del cuerpo de los arácnidos y muchos crustáceos constituida por la fusión de la cabeza con el tórax y separada del abdomen.

Copula: penetración del órgano genital del macho en la hembra.

Criterio de exclusión: condiciones que evitan la entrada de candidatos en una investigación aun cuando ellos presentan criterios de inclusión.

Conocimiento: deriva del verbo conocer.

Comunidad: es el conglomerado social de familias, ciudadanos y ciudadanas, que habitan en un área geográfica determinada, que comparten una historia e intereses comunes, se conocen y relacionan entre sí, usan los mismos servicios públicos y comparten necesidades y potencialidades similares.

Costra: lesión elemental dermatológica formada por serosidad, pus, sangre o la mezcla de ellas.

Diagnóstico: identificación del estado de salud o enfermedad en un individuo o población animal, así como los factores que están implicados en su presentación.

Ectoparásito: Organismo que vive en el exterior de otro organismo (el huésped) y se beneficia de la relación a expensas de este.

Entrevista: método para recolectar información estadística de una población, contactando a cada uno de los elementos de la misma o a una parte de ella (muestra), con el objetivo de deducir características de conjunto relativas a esta población, en un momento dado, o relativas a su evolución en el transcurso del tiempo.

Enfermedad: del latín *infirmitas- atis*. Estado que se presenta en un ser vivo, que consiste en un cambio de su estado normal de salud, y que puede ser producido por factores de diversa índole, tanto internos como externos al organismo que tiene alterada su salud.

Epidemia: es la ocurrencia de un número de casos de una enfermedad o daño específico mayor que los esperados en un área dada, en un periodo de tiempo establecido también se conoce con el término de brote.

Epidemiología: el estudio de los modelos de determinantes y antecedentes de enfermedad en poblaciones humanas. La epidemiología utiliza biología medicina clínica, y estadísticas en un esfuerzo de entender la etiología (causas) de enfermedad.

Eritema: enrojecimiento de la piel por congestión capilar.

Escabiosis: nombre técnico o científico de la *sarna* que es parasitosis contagiosa de la piel, caracterizada por intenso prurito o comezón, con pequeñas pápulas rojizas, excoriaciones y lesiones causadas por las galerías que hacen los ácaros que la causan.

Estrategia: Principios y rutas fundamentales que orientaran el proceso administrativo, para alcanzar los objetivos que se desean obtener.

Etiología: Estudio de los factores que causan una enfermedad.

Evaluación: revisión detallada y sistemática de un proyecto, plan u organismo en su conjunto, con el objetivo de medir el grado de eficacia, eficiencia y congruencia con

que está operando en un momento determinado, para alcanzar los objetivos propuestos.

Exacerbación: es el aumento transitorio de la gravedad de un síntoma o de una enfermedad.

Excoriación: erosión secundaria al rascado.

Factores: elemento, causa o circunstancia, que influye para producir una situación o resultados determinados.

Factores sociales: Son aquellas cosas que afectan a los seres humanos en su conjunto, sea en el lugar y en el espacio en que se encuentre.

Factores Culturales: Como el conjunto de condiciones o aspectos culturales presentes en el proceso de desarrollo de los individuos, grupos, colectivos, comunidades, naciones, países, que influyen positiva o negativamente en el desarrollo cultural.

Factor de Riesgo: característica o factor, que se ha observado que está asociado con un aumento de la probabilidad de que aparezca una enfermedad.

Incidencia: El número de nuevos casos de enfermedad o de personas que caen enfermas durante un periodo de tiempo específico en una población dada que es susceptible de enfermarse y en un lugar preciso, porque no presenta la enfermedad de interés.

Hacinamiento: fenómeno a partir del cual muchas personas conviven amontonadas en un espacio.

Hexápodo: que tiene 6 patas.

Hipersensibilidad: reacción inmunitaria exacerbada que produce un cuadro patológico causando trastornos, incomodidad y a veces la muerte súbita.

Impetiginización: inoculación de un impétigo sobre una herida o sobre una lesión cutánea (eczema).

Hospedador: Organismo capaz de sustentar el crecimiento de un simbiote (por ejemplo, de un parásito). En parasitología, se denomina hospedador definitivo, o final, a aquel en el que el parásito alcanza la madurez sexual.

Nódulos: acumulación de células o fibras orgánicas que forman una masa más o menos redonda, abultada y dura.

Pápulas: pequeñas lesiones cutáneas elevadas o hinchadas.

Patognomónico: se utiliza para calificar un síntoma que aparece únicamente en el marco de una enfermedad específica.

Periodo de latencia: periodo de tiempo entre una infección y la aparición de los primeros síntomas

Permetrina: Escabicida tópico que se utiliza en el tratamiento de las infestaciones por *Sarcoptes scabiei*, actúa sobre las membranas de células nerviosas de estos ectoparásitos provocando parálisis.

Piodermitis: enfermedad cutánea causada por gérmenes piógenos, sobre todo por *Streptococcus* y *Staphylococcus*, incluyendo la erisipela, flemones, abscesos y las formas crónicas y vegetantes, aunque no las dermatosis sobre infectadas.

Población: Grupo suficientemente grande de personas, cosas o valores de medición.

Prevención: La prevención es, sobre todo, definida como la protección contra los riesgos, las amenazas del ambiente, lo que significa, inevitablemente la acción mancomunada de las instituciones de salud, de las comunidades, y de las personas que más que integrarlas las instituyen.

Primoinfección: primera infección que sufre un organismo por un germen patógeno

Protocolo: es un conjunto de normas de procedimiento. Es la aplicación de una norma a situaciones individuales. Es un instrumento para la acción.

Prurigo: afección cutánea que ocasiona picazón, caracterizada por pápulas que, al marchitarse, forman costras negruzcas.

Prurito: del latín *prurire* que significa picor, comezón y a veces sensación de quemazón.

Pústula: pequeña vejiga inflamada en la piel que generalmente contiene pus.

Reacción inflamatoria: primer proceso defensivo del cuerpo ante una agresión, ya sea por un agente químico por virus o bacterias.

Salud: La organización Mundial de la Salud (OMS) la define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de molestias o enfermedades.

Sarna: Afección cutánea contagiosa provocada por un ácaro o arador, que excava túneles bajo la piel, produciendo enrojecimiento, tumefacción y un intenso prurito.

Sensibilidad (de una prueba diagnóstica): La proporción de personas verdaderamente enfermas, según la norma de oro, que es identificada como enferma por la prueba en estudio.

Tegumento: tejido orgánico que cubre el cuerpo de un animal o alguno de sus órganos internos.

Usuario: toda persona física que adquiere el derecho a utilizar bienes o servicios de salud.

Urticaria: erupción de la piel con ardor y picor similar al que produce el roce con una ortiga.

Variable: Todo lo que varía y se puede medir. Es una característica que se mide en un estudio, que puede tener múltiples resultados.

Vigilancia Epidemiológica: La recopilación sistémica, el análisis, y la interpretación en desarrollo, de datos de salud esenciales a la planificación, implementación y evaluación de la práctica de salud pública, integrados de cerca a la difusión oportuna de estos datos a quienes necesitan saberlos.