

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
CARRERA DE LICENCIATURA EN LABORATORIO CLÍNICO**



TRABAJO DE GRADO

**PREVALENCIA DE ESCABIOSIS EN USUARIOS QUE CONSULTAN LA
UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR TECAPÁN, DEPARTAMENTO
DE USULUTÁN DE MAYO A JULIO DE 2014**

PRESENTADO POR:

CLAUDIA LISSETTE BENÍTEZ DE GONZÁLEZ

CLAUDIA PATRICIA REYES TORRES

WENDY YESENIA SORTO SALAZAR

**PREVIO A OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE:
LICENCIADA EN LABORATORIO CLÍNICO**

DOCENTE DIRECTOR:

MAESTRO: ÓSCAR ENRIQUE DÍAZ HERNÁNDEZ

NOVIEMBRE DE 2014

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMERICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

INGENIERO MARIO ROBERTO NIETO LOVO.
RECTOR

MAESTRA ANA MARÍA GLOWER DE ALVARADO.
VICERRECTORA ACADÉMICA

MAESTRO ÓSCAR NOÉ NAVARRETE
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

DOCTORA ANA LETICIA ZA VALETA DE AMAYA.
SECRETARIA GENERAL

LICENCIADO FRANCISCO CRUZ LETONA.
FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL.

AUTORIDADES

MAESTRO CRISTÓBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ.
DECANO

LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ.
VICEDECANO

MAESTRO JORGE ALBERTO ORTEZ HERNANDEZ
SECRETARIO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

DOCTOR FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY.
JEFE DEL DEPARTAMENTO

MAESTRA LORENA PATRICIA PACHECO HERRERA.
COORDINADORA DE LA CARRERA DE LABORATORIO CLÍNICO

MAESTRA OLGA YANETT GIRÓN DE VÁSQUEZ.
**COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN
DE LA CARRERA DE LABORATORIO CLÍNICO**

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO.
**DIRECTORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL**

ASESORES

MAESTRO. ÓSCAR ENRIQUE DÍAZ
DOCENTE DIRECTOR

MAESTRA OLGA YANETT GIRÓN DE VÁSQUEZ.
ASESORA METODOLÓGICA

AGRADECIMIENTOS

Feliz y humildemente a Dios Todopoderoso; gracias por tu misericordia y bondad, por tu amistad, por tu grandeza porque tu amor no tiene límites; porque nos das la oportunidad de recibir el honor de ser profesionales, el cual es tu bendición porque “Dios da la sabiduría y de su boca viene el conocimiento”.

A LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.

Por su formación académica distinguible.

A NUESTROS PADRES:

Por todo el apoyo moral y económico, sacrificio que hoy se compensa con la culminación de esta etapa en nuestras vidas.

A NUESTROS ASESORES:

Maestro. Óscar Enrique Díaz y Mtra. Olga Yanett Girón de Vásquez, por la ayuda, paciencia, sacrificio desinteresado y amabilidad brindada para la elaboración del presente Trabajo de Graduación.

AL DOCTOR JUAN RENÉ ALFARO MACHUCA

Director de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Tecapán por su valiosa colaboración y permitirnos llevar a cabo la investigación en dichas instalaciones.

AL LIC. JOSÉ ALCIDES MARTÍNEZ HERNÁNDEZ

Jefe de la Sección de Biología de la Facultad Multidisciplinaria Oriental por facilitarnos las instalaciones del Laboratorio de Microbiología para la realización de nuestra investigación.

Claudia Lissette, Claudia Patricia y Wendy.

DEDICATORIA

AL CREADOR:

Por haberme permitido nacer rodeada de tantas bendiciones, por brindarme la oportunidad de haber finalizado satisfactoriamente mis estudios universitarios y por estar presente en cada paso de mi vida.

A MIS PADRES:

José Ricardo Benitez y Berta Concepción Guerrero de Benitez, con infinito amor por sus oraciones, comprensión, amistad, apoyo moral y todos los aspectos necesarios brindados a lo largo de mi vida; por ser las UNICAS personas que nunca dejaron de creer en mí.

A MI HIJA:

Evelyn Isabel González Benitez, por llenar de amor mi vida, por ser la mayor bendición que Dios me ha otorgado y la principal razón para salir adelante. Que Dios me de vida para un día leer su dedicatoria de tesis.

A MI ESPOSO:

Gerardo Enmanuel González Nolasco, por su amor, paciencia y comprensión en el desarrollo de esta investigación.

A MI HERMANOS:

María Isabel y José Ricardo Benitez Guerrero, por apoyarme en los momentos de alegría y tristezas, y por regalarme su cariño.

A MI QUERIDA FAMILIA:

Por su cariño, consejos y apoyo incondicional. Es un orgullo ser parte de esta hermosa familia.

Claudia Lissette Benitez de González

DEDICATORIA

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

A DIOS TODOPODEROSO:

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

A MI MADRE:

Erlinda del Carmen Torres de Reyes por apoyarme incondicionalmente en todo este recorrido lleno de sacrificios y tropiezos no fue fácil, pero nunca me dejó sola por compartir desvelos, alegrías, tristezas y triunfos.
Dios la bendiga y cuide siempre mamá.

A MI PADRE:

José Carlos Reyes por ser parte de mi vida y formación académica.

A MI TÍAS:

Margarita Reyes, Esther Reyes por su apoyo incondicional, sabios consejos y motivación a seguir adelante en momentos difíciles de mi carrera Dios las bendiga siempre.

A MI FAMILIA :

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

Y a todas esas personas entre ellas Mauricio Arriaza, Docentes de Biología que extendieron su mano desinteresadamente cuando más lo necesite ya que fueron ángeles que Dios puso en mi camino para culminar con este proceso en mi vida.

Todos los días se nos presentan oportunidades para cambiar el rumbo, para reír, para aprender algo nuevo, para conectarnos con el prójimo y el universo. No desperdiciemos ni un minuto de nuestra existencia pensando en lo que no obtuvimos sino en lo que podemos lograr.

Paulo Coelho.

Claudia Patricia Reyes Torres.

DEDICATORIA

A DIOS TODOPODEROSO:

Por derramar sus más ricas y abundantes bendiciones en mi vida y darme salud, sabiduría y paciencia; especialmente por haberme regalado una familia maravillosa que con su ayuda he logrado culminar mi carrera universitaria y por darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la confianza de salir adelante y del cual soy indigna de dedicarle este logro.

A MIS PADRES:

Con todo mi cariño y mi amor por todo el apoyo moral y económico y por el sacrificio que hicieron para que yo pudiera lograr este triunfo, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

A MI HERMANO:

Con amor por estar siempre presente y brindarme el cariño, motivación y comprensión.

A MIS FAMILIARES:

Por su apoyo y confianza brindada.

A MIS AMIGOS/AS:

Por brindarme una sincera amistad.

A MIS COMPAÑERAS DE TESIS:

Por su apoyo, amistad y comprensión durante la investigación y por haber compartido momentos agradables en nuestra formación académica.

Wendy Yesenia Sorto Salazar

ÍNDICE

	Pág.
LISTA DE TABLAS	XI
LISTA DE GRÁFICAS	XIII
LISTA DE FIGURAS.....	XV
LISTA DE ANEXOS.....	XVI
RESUMEN.....	XVII
INTRODUCCIÓN.....	XVIII
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	23
3. MARCO REFERENCIAL.....	24
2.1 MARCO HISTÓRICO.....	24
2.2 MARCO TEÓRICO.....	24
4. SISTEMA DE HIPÓTESIS.....	31
5. DISEÑO METODOLÓGICO.....	34
6. RESULTADOS.....	38
7. DISCUSIÓN.....	61
8. CONCLUSIONES.....	62
9. RECOMENDACIONES.....	63
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64

LISTA DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1: Distribución de la población según la edad y el sexo.....	39
TABLA 2: Distribución de la población según el sexo y la ocupación.....	40
TABLA 3: Conocimiento de la Escabiosis.....	41
TABLA 4: Conocimiento del agente causal de la Escabiosis.....	42
TABLA 5: Conocimiento de cómo se transmite la Escabiosis.....	43
TABLA 6: Conocimiento de la manifestación clínica de la Escabiosis.....	44
TABLA 7: Conocimiento de la localización del parásito de Escabiosis.....	45
TABLA 8: Conocimiento de los factores de riesgo de Escabiosis.....	46
TABLA 9: Usuarios que tienen o han tenido familiares con Escabiosis.....	47
TABLA 10: Presencia de animales en la vivienda de los usuarios.....	48
TABLA 11: Medidas que realiza para eliminar el ácaro.....	49
TABLA 12: Usuarios que han recibido tratamiento para la Escabiosis.....	50
TABLA 13: Número de dormitorios en uso en las viviendas de los usuarios.....	51
TABLA 14: Resultados de laboratorio de las muestras obtenidas de raspado de lesión.....	52
TABLA 15: Población total según su procedencia y resultados obtenidos de las muestras de raspado de lesión.....	53
TABLA 16: Población total según el sexo y resultados obtenidos de las muestras de raspado de lesión.....	54
TABLA 17: Población total con muestras positivas a Escabiosis según la edad y el sexo	55
TABLA 18: Nivel educativo de la población adulta y madres de familia de niños menores de edad con muestras positivas a Escabiosis.....	56

TABLA 19: Factores de riesgo investigados en los usuarios con muestras positivas a Escabiosis.....	57
TABLA 20: Lesiones observadas en los usuarios y estadios de <i>Sarcoptes scabiei</i> encontradas en las muestras obtenidas de esas lesiones.....	58

LISTA DE GRÁFICAS	Pág.
GRÁFICA 1: Distribución de la población según la edad y el sexo.....	39
GRÁFICA 2: Distribución de la población según el sexo y la ocupación.....	40
GRÁFICA 3: Conocimiento de la Escabiosis.....	41
GRÁFICA 4: Conocimiento del agente causal de la Escabiosis.....	42
GRÁFICA 5: Conocimiento de cómo se transmite la Escabiosis.....	43
GRÁFICA 6: Conocimiento de la manifestación clínica de la Escabiosis.....	44
GRÁFICA 7: Conocimiento de la localización del parásito de Escabiosis.....	45
GRÁFICA 8: Conocimiento de los factores de riesgo de Escabiosis.....	46
GRÁFICA 9: Usuarios que tienen o han tenido familiares con Escabiosis.....	47
GRÁFICA 10: Usuarios que han recibido tratamiento para la Escabiosis.....	48
GRÁFICA 11: Presencia de animales en la vivienda de los usuarios.....	49
GRÁFICA 12: Medidas que realiza para eliminar el ácaro.....	50
GRÁFICA 13: Número de dormitorios en uso en las viviendas de los usuarios.....	51
GRÁFICA 14: Resultados de laboratorio de las muestras obtenidas de raspado de lesión.....	52
GRÁFICA 15: Población total según su procedencia y resultados obtenidos de las muestras de raspado de lesión.....	53
GRÁFICA 16: Población total según el sexo y resultados obtenidos de las muestras de raspado de lesión.....	54
GRÁFICA 17: Población total con muestras positivas a Escabiosis según la edad y el sexo	55
GRÁFICA 18: Nivel educativo de la población adulta y madres de familia de niños menores de edad con muestras positivas a Escabiosis.....	56

GRÁFICA 19: Factores de riesgo investigados en los usuarios con muestras positivas a Escabiosis.....	57
GRÁFICA 20: Lesiones observadas en los usuarios y estadios de <i>Sarcoptes scabiei</i> encontradas en las muestras obtenidas de esas lesiones....	58

LISTA DE FIGURAS	Pág.
FIGURA 1: Morfología de <i>Sarcoptes scabiei var hominis</i>	68
FIGURA 2: Ciclo de vida de <i>Sarcoptes scabiei</i>	68
FIGURA 3: Localizaciones más frecuentes de las lesiones de Escabiosis.....	69
FIGURA 4: UCSF de Tecapán, donde se realizó la investigación.....	69
FIGURA 5: Grupo investigador con el Docente Director.....	70
FIGURA 6: Grupo investigador preparando el lugar para impartir charla a los usuarios de la UCSF de Tecapán.....	70
FIGURA 7: Parte de los usuarios esperando que se imparta la charla.....	71
FIGURA 8: Investigadora impartiendo la charla antes de la toma de muestra.....	71
FIGURA 9: Investigadora realizando entrevista a usuarios sugestivos Escabiosis..	72
FIGURA 10: Investigadora entrevistando madre de posible caso de Escabiosis.....	72
FIGURA 11: Investigadora tomando muestra usando la técnica ácaro –test.....	73
FIGURA 12: Investigadora tomando muestra en la región de la espalda en lesión característica de la enfermedad	73
FIGURA 13: Lesiones: surco ácarino.....	74
FIGURA 14: Surco ácarino y vésiculas.....	74
FIGURA 15: Lesión de brazo, vesícula perlada.....	75
FIGURA 16: Lesión vesicular.....	75
FIGURA 17: Lesión en zona periumbilical.....	76
FIGURA 18: Lesión en los pies.....	76
FIGURA 19: Lamineros en los que se transportaron las muestras de lesiones.....	77
FIGURA 20: Investigadora observando al microscopio las muestras obtenidas.....	77
FIGURA 21: Investigadora observando al microscopio las muestras obtenidas.....	78
FIGURA 22: Adulto de <i>Sarcoptes scabiei</i>	78
FIGURA 23: Adulto de <i>Sarcoptes scabiei</i>	79
FIGURA 24: Huevo de <i>Sarcoptes scabiei</i>	79

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO 1: Cédula de entrevista.....	81
ANEXO 2: Técnica de la toma de muestra ácaro –test.....	83
ANEXO 3: Consentimiento informado.....	84
ANEXO 4: Encuesta entomológica	85
ANEXO 5: Hoja de resultado de exámenes de laboratorio.....	87
ANEXO 6: Glosario.....	88
ANEXO 7: Cuadro comparativo entre los resultados obtenidos en el presente estudios y otros realizados.....	90
ANEXO 8: Cronograma de actividades generales.....	91
ANEXO 9: Cronograma de actividades específicas.....	92
ANEXO 10: Cálculo de la Prevalencia de Escabiosis en usuarios que consultan la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Tecapán.....	94
ANEXO 11: Presupuesto y financiamiento.....	95

RESUMEN

La presente investigación, tuvo como **objetivo** establecer la prevalencia de Escabiosis en los usuarios que consultaron la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Tecapán durante el período comprendido de mayo a julio de 2014. **La metodología:** el estudio fue de tipo prospectivo, transversal, descriptivo y de laboratorio. El muestreo se realizó en 63 usuarios que consultaron con sintomatología sugestiva a escabiosis y con lesiones características de la enfermedad, esta población está representada tanto por el sexo femenino como masculino, con edades que van desde 1 mes hasta 56 años; para la recolección de la información se utilizó una cédula de entrevista compuesta por 10 preguntas semi abiertas en la cual se evaluaron los factores de riesgo de la Escabiosis, también se utilizó la guía de observación para identificar lesiones características de la enfermedad y se obtuvo muestras de raspado de lesión para analizarlas en el laboratorio de Microbiología de la Facultad Multidisciplinaria Oriental de la Universidad de El Salvador para identificar la presencia o ausencia de *Sarcoptes scabiei*. **Resultado:** La prevalencia de Escabiosis encontrada fue del 22.22%, determinando que los principales factores de riesgo son: el contacto con animales domésticos con 85.71%, un 64.29 % de usuarios tienen familiares con la enfermedad y un 60.30 % no sabe que es Escabiosis. El grupo etario más afectado fue el comprendido entre las edades de 1 mes a 5 años con un 50%, por sexo predominó el femenino con 27.03% y el masculino con un 15.38%, según la procedencia un 25% corresponde a la zona rural y un 17.39% de la zona urbana. **Conclusión:** Estadísticamente se aceptó la hipótesis nula: La prevalencia de escabiosis en usuarios que consultan la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Tecapán es menor o igual al 20%. En base a los resultados obtenidos en el laboratorio se encontraron los siguientes estadios de *Sarcoptes scabiei*: huevo 92.90% y adulto un 7.10%; no se encontraron los estadios de larva y ninfa.

Palabras claves: Ácaro, *Sarcoptes scabiei*, escabiosis, lesiones dermatológicas, raspado de lesión, ácaro – test.

INTRODUCCIÓN

Desde tiempos antiguos, en los siglos antes de Cristo, Aristóteles conocía la existencia de parásitos en la piel; fue hasta XIX siglos después que varios autores la descubren como *Sarcoptes scabiei*, de ahí el nombre de Escabiosis.

La Escabiosis es una afección cutánea que afecta frecuentemente al ser humano. No es una patología de carácter mortal, pero representa un problema de salud y saneamiento de la población, en personas no tratadas puede persistir durante meses o años y ocasionar complicación dermatológica severa.

Es evidente que el aumento de la incidencia, es atribuido principalmente al producto del alto índice de pobreza en nuestro medio, que tiene como consecuencias el hacinamiento, malas condiciones higiénicas y patrones socioculturales que afectan de manera negativa y contribuyen a padecer aún más dicha patología y a facilitar su propagación.

Lo que determina que dicha enfermedad contraiga recidivas en el mismo paciente y personas que se encuentren en íntimo contacto, por lo que constituye un problema importante de salud pública.

En El Salvador en décadas anteriores no se daba mucha importancia a la documentación de este tipo de afecciones de la piel y no se incluía en los registros epidemiológicos existentes en las Unidades de Salud; en la actualidad se registra en los reportes epidemiológicos semanales, tomando en cuenta que prevalece en diferentes zonas del país, tal es el caso del municipio de Tecapán, en las cuales se reportan un número significativo de casos.

Este trabajo se aborda, debido a que se conoce poco acerca de la escabiosis en El Salvador y en ausencia de dicho estudio a nivel institucional, sumado a la prevalencia según registros diarios de consulta.

En el presente estudio se pretende determinar la prevalencia de Escabiosis en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Tecapán y descubrir los factores más importantes que condicionan dicha patología y además dar a conocer la importancia que esta enfermedad merece, porque provoca un aumento de la consulta diaria en este establecimiento de Salud.

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

Los resultados obtenidos de este estudio permiten realizar recomendaciones para implementar medidas para mejorar la prevención y control de la Escabiosis.

Entre las limitaciones del estudio se encuentran: La falta de seguimiento de casos diagnosticados, por la ausencia de los pacientes a sus controles subsecuentes.

La lejanía de los casos diagnosticados en diversos cantones y la falta de transporte disponible, no permite supervisar el cumplimiento del tratamiento y medidas preventivas para evitar recidivas en el mismo paciente o infestación a otros miembros de la familia.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

La Escabiosis es una enfermedad conocida por la humanidad desde el principio de su historia, en los humanos es causada por el ácaro *Sarcoptes scabiei var hominis* y su transmisión es por contacto directo.

Es una enfermedad de distribución mundial. La prevalencia real se desconoce, pero se sabe que está aumentando desde 1977, se estima una prevalencia global de 300 millones de afectados en todo el mundo. Circunstancias como la pobreza, el hacinamiento, y las malas condiciones higiénicas son factores de riesgo. La incidencia y la prevalencia de esta infestación aumentan claramente si aparecen estos factores de riesgo. (1)

En países desarrollados se les considera una endemia que ocurre cada 7 a 15 años y refleja el estado inmunológico de la población. En países subdesarrollados es una endemia que afecta millones de personas, sin predilección de sexo o raza (2). En Estados Unidos la Escabiosis presentó variaciones en su incidencia: de 5.4% en 1945, 0.0% en 1955, 1.0% 1960, 3.6% en 1979, con una reducción en los años posteriores.

En Chile, estudios realizados en 1975 y 1981 demostraron una prevalencia en la ciudad de Santiago de 5.0% y 3.0%, respectivamente. Estudios efectuados entre 1981 y 1987 en escolares de procedencia suburbana y rural del país de Chile, demostraron una prevalencia de 24%, con mayor predominio en el sexo femenino. En 1990, un estudio de adultos internados en un Hospital psiquiátrico de Putaendo, Chile demostró un 7.2%. (3)

Según el informe anual de epidemiología (EPI 15) en Venezuela, en el 2001 un 31.4 % de los pacientes en edades pediátricas se infestaron con el *Sarcoptes scabiei var hominis*, mientras que en el año 2002 aumentó la morbilidad en un 10% de esta enfermedad con respecto al año anterior. En el 2004 la Escabiosis se encontraba entre las primeras 24 causas de consultas ambulatorias con 223,516 casos infestados por el *Sarcoptes scabiei var hominis* según reportes del Instituto Nacional de Estadística Venezolano (INE) (4)

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

En México, la tendencia es a la baja, según reportes de la división de epidemiología de la Secretaría de Salud. En el año 2000 se notificaron 87,155 casos y para el año 2009 se registraron sólo 59,542, con una incidencia de 55 enfermos por 100,000 habitantes. Los estados más afectados se encuentran al sur del país, con la mayor

prevalencia del 20% en Tabasco y con una incidencia de 300 casos por 100,000 habitantes (Yucatán ocupó la 8ª posición con 88.9 casos por 100,000 habitantes). Del total nacional, las mujeres representaron 57% de los casos y el grupo etareo más afectado fue el de menores de 5 años. (6)

1.2 SITUACION PROBLEMÁTICA

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

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

Esta patología está determinada por ciertos factores de riesgo y es importante conocer las consecuencias que esta enfermedad produce. La Escabiosis debe considerarse no como una enfermedad aislada, sino como una interrelación entre el individuo y el medio ambiente. (7)

La infección bacteriana secundaria es una complicación frecuente en casos de Escabiosis, en las familias o grupos con dificultades para mantener una buena higiene especialmente en los climas tropicales y cálidos. En muchos casos, los niños son llevados a la clínica debido a las lesiones cutáneas infectadas con bacterias ("piodermatitis") más bien que por la Escabiosis en sí. Aunque el tratamiento de las infecciones bacterianas a veces ofrece alivio, la recurrencia casi puede garantizarse si la infestación primaria de la Escabiosis no se reconoce y trata. (8)

En la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Tecapán esta enfermedad es una causa frecuente de consulta por los Usuarios; es por eso que se vuelve importante el lugar en el cual se realiza la investigación ya que sus condiciones climáticas favorecen los factores de riesgo para adquirir dicha enfermedad.

1.3. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

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

¿Cuál es la prevalencia de Escabiosis en los usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Tecapán, departamento de Usulután de mayo a julio de 2014?

1.4. JUSTIFICACIÓN

La Escabiosis es una enfermedad de importancia clínica, su investigación y actualización se realiza con fines de aportar en el conocimiento de patologías dermatológicas muy frecuentes en el primer nivel de atención médica, eligiéndola además por ser una enfermedad muy contagiosa y frecuente, pero poco consultada por los usuarios porque se desconoce su existencia por falta de información y conocimiento de las lesiones elementales que la conforman ya que las formas leves dificultan su detección oportuna. En diversas ocasiones no se hace un diagnóstico adecuado, confundiéndose con padecimientos tales como atopías, prúrigos, piodermias, por lo tanto dándose un inadecuado tratamiento que puede llegar a causar un daño secundario como una dermatitis de contacto. En otras ocasiones el mal diagnóstico o el mal tratamiento puede llevar además a la prolongación de la enfermedad y a complicaciones agregadas como la impetiginización o el contagio continuo del resto de la familia.

Beneficio que trae el estudio:

- Con los resultados obtenidos, la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Tecapán puede valorar la implementación de un enfoque epidemiológico, que tenga por objetivo principal la determinación de la prevalencia de la Escabiosis, prevención de factores de riesgo y la promoción de estilos de vida saludables.
- Al grupo investigador como profesionales de la salud, ya que el estudio permitió aumentar los conocimientos teóricos y prácticos con respecto a dicha enfermedad poco investigada.

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION:

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la prevalencia de Escabiosis en usuarios que consultan la Unidad comunitaria de Salud Familiar Tecapán, departamento de Usulután de mayo a julio de 2014.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Clasificar a los usuarios que presentan características clínicas de Escabiosis en base a la edad y el sexo.
- Establecer los principales factores de riesgo que se relacionan con la enfermedad en los usuarios seleccionados.
- Identificar los diferentes estadios de *Sarcoptes scabiei var hominis* a partir de muestras obtenidas mediante la técnica de ácaro – test.

ALCANCES

- Este estudio permitió la obtención de la información relacionada a establecer un diagnóstico de Escabiosis de manera gratuita a los usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Tecapán
- Se determinaron los porcentajes de usuarios que sufren esta patología
- Se informó a la población en estudio sobre el modo de transmisión de Escabiosis.
- Identificación del parásito por medio del examen directo de ácaro - test.
- Realización de un examen minucioso de pies a cabeza, usando una buena fuente de luz y prestando atención especial a los pliegues de piel para facilitar un diagnóstico temprano.

LIMITACIONES

- La falta de seguimiento de casos diagnosticados, debido a la ausencia de los usuarios a sus controles subsecuentes.
- La lejanía de los casos diagnosticados en diversos cantones y la falta de tratamiento.
- Acceso a información actualizada sobre el tema en el MINSAL.

3. MARCO REFERENCIAL

3.1 MARCO HISTÓRICO

La Escabiosis es ampliamente conocida también como sarna, el término tiene una etimología no muy clara; los griegos la llamaron “psora” (de pso, yo froto); los latinos scabies (de scabere, rascar), mismo término utilizado por los anglosajones; los alemanes le llamaron Krätze; los franceses, “gale”. También se le ha llamado “la comezón de los siete años”, por su aparición clínica.

Durante siglos la Escabiosis se atribuyó a una naturaleza humoral conocida quizá por Aristóteles, quien utilizó el término “akari”, para designar al “ácaro de la madera”. A través de la historia hay datos de reportes sobre la Escabiosis y así la menciona en un manuscrito árabe el médico Abu el Hasan Ahmed el Tabari, en el año 970 en Tabaristán. En la Edad Media, las mujeres no participaban en la práctica médica fuera del hogar, sin embargo se hace alusión, a quien probablemente fué la primera mujer en contacto con la dermatología en el siglo XII, Santa Hildegard Von Bingen (Baviera), que hizo descripciones acerca de la Escabiosis. En el mismo siglo, el médico árabe sevillano Avenzoar (1092-1161), habla de la Escabiosis en su libro Taisir; atribuye la enfermedad a alteraciones humorales, pero hace referencia a la salida de un animalillo de la piel de los pacientes afectados.

En 1687, Cosimo Giovanni Bonomo, escribió un tratado sobre la sarna donde describe de forma muy aceptable sobre la enfermedad y el agente patógeno haciendo una descripción del *Sarcoptes scabiei var hominis* y menciona que el parásito excavaba túneles, se arrastraba bajo la piel, depositaba huevos y persistía por 2 o 3 días en la ropa, se equivocó en el número de patas, afirmando que tenía solamente seis, y también en el sitio donde se debe buscar el ácaro, al indicar que se encuentra en las vesículas o pústulas. Sin embargo durante esa época y hasta principios del siglo XIX, los médicos siguieron considerando que la enfermedad era producida por “humores” o “sangre incorrupta”. Durante muchos años después muchos médicos trataron de demostrar la presencia del ácaro en las lesiones, sin poder hacerlo hasta el 25 de agosto de 1834 cuando un estudiante de medicina, alumno de Alibert, de origen corso, Simn François Renucci, demostró frente a un grupo de sabios en el Hospital Saint Louis de Paris, al extraer el parásito de la piel de varios enfermos. Continuaron los estudios sobre la sarna y el ácaro; en 1844 Ferdinand von Hebra en su obra Ubre die Krätze, llegó a la conclusión de que todo aquel en cuya piel se asienta el ácaro se contagia de sarna, y que el cuadro desaparece cuando se destruye el ácaro y los huevos. ⁽⁹⁾

3.2 MARCO TEÓRICO

La Escabiosis es una dermatosis parasitaria producida por el ácaro *Sarcoptes scabiei variedad hominis*.

CLASIFICACIÓN TAXONÓMICA

Reino:	Animalia
Phylum:	Arthropoda
Clase:	Arachnida
Orden:	Acari
Familia:	Sarcoptidae
Género:	Sarcoptes
Especie:	<i>Sarcoptes scabiei var hominis</i> (10)

MORFOLOGÍA DE *Sarcoptes scabiei var hominis* (VER FIGURA 1)

- **Huevos**

Miden 150 micras, son ovoides, de extremos redondeados y son colocados en hileras a medidas que el parásito progresa excavando el túnel epidérmico.

- **Larva**

Morfológicamente similares a los adultos, globosas, con tres pares de patas (con ventosas en los pares 1 y 2)

- **Ninfas**

Semejante al parásito adulto pero más pequeñas y sin órganos sexuales.

- **Adulto**

La hembra mide de 0.33 a 0.45 mm de largo y el macho de 0.20 a 0.24 mm. Su aparato bucal posee fuertes quelíceros que le permiten masticar el estrato córneo y alimentarse de estas células. (11)

Presenta cefalotórax y abdomen unido, sin segmentación externa. Es de contorno oval, no tiene ojos y su tegumento es blando y delgado. En su parte anterior sobresale el capítulo o aparato bucal semejando una falsa cabeza. En su cara dorsal presenta espinas y pelos dirigidos hacia atrás que determinan que el parásito no pueda retroceder en su caminar. La cara ventral soporta cuatro pares de patas. Tanto en hembras como en machos los dos pares anteriores presentan ventosas y uñas, las dos posteriores terminan en cerdas, salvo el 4º par del macho que también presenta ventosas. (12)

Tiene un orificio posterior que le sirve como ano y vías genitales. Por delante del orificio anal tiene una papila copulatoria que sería la contrapartida de un clítoris femenino. No se sabe aún como cópula el macho a la hembra, ya que carece de pene. La hembra es copulada dentro de la piel y ella es capaz de expulsar huevecillos por resto de su vida. (13)

CICLO DE VIDA (VER FIGURA 2)

El ciclo del parásito se realiza en el estrato córneo de la epidermis, donde las hembras son fecundadas, ya sea en la superficie de la piel o en el interior de pequeñas galerías en el estrato córneo. Posteriormente las hembras excavan estrechas galerías o túneles que pueden medir entre unos pocos mm hasta tres centímetros, en donde va colocando sus huevos y deyecciones en un lapso de 4-6 semanas, tiempo al cabo del cual mueren.

La hembra pone sus huevos en número de tres por día, con un total de 35 a 50, tienen forma ovalada y de ellos eclosionan larvas hexápodas al cabo de 3-8 días, que se parecen a los adultos, pero con ausencia del cuarto par de patas. Dichas larvas emergen a la superficie de la piel y se transforman en ninfas octópodas al cabo de 2-3 días y mudan en dos oportunidades antes de transformarse en adultos machos y hembras.

El desarrollo completo del ácaro es de 8-14 días. La hembra vive 4-6 semanas, en tanto que el macho muere después de la cópula. (14)

EPIDEMIOLOGÍA

La Escabiosis es una enfermedad de distribución mundial. La prevalencia real se desconoce, pero se sabe que está aumentando desde 1977. (15)

En recientes publicaciones se estima una prevalencia global de 300 millones de afectados en todo el mundo. Se trata de un auténtico problema de salud pública. Circunstancias como la pobreza, el hacinamiento, la desnutrición, y las malas condiciones higiénicas son factores de riesgo. La incidencia y la prevalencia de esta infestación aumentan claramente si aparecen estos factores de riesgo. En una reciente publicación en la revista Lancet, se incluye la Escabiosis como una de las enfermedades dermatológicas más frecuentes padecidas por la población indigente de las grandes ciudades.

La última epidemia ocurrió a finales de los años sesenta y persiste hasta nuestros días. La incidencia en estos países oscila entre el 0 y el 6.5%. En España se desconoce la incidencia de Escabiosis, dado que muchos casos son diagnosticados de manera adecuada o no son declarados como enfermedad pública. (16)

PATOGENIA

La presencia de la hembra del ácaro provoca una reacción de hipersensibilidad local, las manifestaciones clínicas de la sarna expresan la respuesta inmunológica contra el ácaro, estos producen un discreto eritema donde se localizan no acompañados de síntomas. El prurito y la erupción característica no aparecen hasta pasado un mes, una vez producida la sensibilización. Las personas sensibilizadas desarrollan el prurito al día siguiente de una nueva exposición.

Hay varios tipos de respuestas inmunológicas contra el ácaro. Las predominantes afectan al componente celular del sistema inmunitario.

El examen histológico de la lesión cutánea muestra un infiltrado perivascular en el que predominan los linfocitos, histiocitos y eosinófilos. También se ha asociado con la sarna la presencia de vasculitis.

El parásito y sus huevos se hallan en la parte más alta de la epidermis, en el túnel labrado en el estrato córneo, a veces y después de un tratamiento, pueden persistir lesiones nodulares que histológicamente se manifiestan como una reacción inflamatoria crónica con muchos linfocitos en la dermis. (17)

CUADRO CLÍNICO

Entre las manifestaciones clínicas, existe un período de latencia entre el contagio y los primeros síntomas, que varía de 15 a 50 días.

En la primoinfección, el huésped puede ser asintomático durante 4 a 6 semanas, lo cual se explica porque el prurito y las lesiones son mediados por respuestas de hipersensibilidad tipo IV. En reinfecciones este período dura sólo 1 a 3 días.

Los síntomas de la Escabiosis incluyen:

- 1- Prurito: Es la manifestación más clásica de la Escabiosis. Se caracteriza por ser de predominio nocturno, momento en el cual la hembra coloca sus huevos, y que se intensifica con el calor.
- 2- Lesiones en piel: en general comprometen en orden decreciente: espacio interdigital, muñeca, codos, axilas, región periumbilical, pelvis, nalgas, pene, rodillas y bordes de los pies. El compromiso papular en escroto, pene y márgenes de la areola son característicos.

Las lesiones se clasifican en primarias y secundarias.

- Primarias: Lesiones propias de la Escabiosis: surco acarino, vesículas y nódulos.
 - a) El surco acarino es un signo patognomónico de la Escabiosis. Corresponde a un túnel intraepitelial 1 – 10 mm de longitud creado por el recorrido de la hembra. Su apariencia es grisácea y serpenteante. Representa la manifestación externa del túnel que realiza la hembra fecundada en la epidermis.
 - b) La vesícula perlada es una lesión eritematosa de alrededor de 3 mm de diámetro, es el sitio donde se ubica la hembra en la epidermis.
 - c) Nódulos escabióticos: lesiones nodulares induradas de 10-12 mm de diámetro, que corresponden generalmente a una reacción de hipersensibilidad retardada a la presencia del ácaro, aunque en muchos casos se han encontrado ácaros vivos y huevos.

- Secundarias: son propias de la reacción inflamatoria producida por la enfermedad y el grataje secundario: excoriaciones, pápulas urticariformes, que se localizan en el tronco, axilas, areolas, cintura y muslos.

La Escabiosis puede presentarse con ciertas variantes según la edad del huésped y su condición inmunológica:

Sarna del lactante: Clínica bastante variable, por lo cual es difícil su diagnóstico diferencial, en especial con dermatitis atópica.

Se debe sospechar una Escabiosis frente a todo niño que presente prurito y lesiones en piel, pudiendo observarse: vesículas, pápulas y pústulas en manos, pies y pliegues. A diferencia de la presentación clásica, la Escabiosis en el lactante compromete el cuero cabelludo, axilas, palmas y plantas.

Sarna Noruega: denominada así porque se describió por primera vez entre los leprosos noruegos. Se presenta como una dermatosis psoriasiforme, con lesiones descamativas de gran extensión. Es más frecuente en inmunocomprometidos (VIH, transplantados y corticoterapia) y personas sin hogar. Es muy inhabitual en pacientes pediátricos, sin embargo puede presentarse en niños con Escabiosis que han recibido tratamiento en forma errónea con corticoides tópicos. En esta forma de presentación el número de ácaros es muchísimo más elevado, por lo cual es altamente contagiosa.

Sarna Nodular: variante de la Escabiosis que se presenta en forma de nódulos firmes y violáceos, los cuales pueden ser el único hallazgo en un paciente con prurito. Se presenta en el 7 a 10% de los pacientes con Escabiosis, en especial en niños pequeños. (18)

PERIODO DE INCUBACIÓN:

- El periodo de incubación de la Escabiosis es de 1 a 3 semanas. (19)
- Primoinfestación (personas sin exposición previa al ácaro): 5 a 15 días.
- Reinfestación (personas que han sido infestadas previamente): 1 a 4 días. (20)

HOSPEDADOR

Sarcoptes scabiei var hominis para el humano

Sarcoptes scabiei equi para el caballo

Sarcoptes scabiei ovis para la oveja

Sarcoptes scabiei canis para el perro (21)

DIAGNÓSTICO

- Historia clínica: antecedentes de prurito intenso, especialmente en las noches, y exacerbación de este síntoma que obliga al paciente a buscar atención médica. Se debe indagar la presencia de prurito en otros miembros de la familia, compañeros sexuales y presencia de mascotas.

- Exploración Física: Consiste en realizar un examen detallado de la piel prestando atención especial a los pliegues; pelo, uñas y membranas mucosas, usando una buena fuente de luz describiendo las lesiones primarias y secundarias, la morfología de las lesiones, tanto de las lesiones individuales incluyendo el color, tamaño, consistencia, como la agrupación de las lesiones. También hay que describir la distribución de las lesiones en relación a las zonas de afectación, el patrón de distribución la extensión y las estructuras anatómicas involucradas en las lesiones cutáneas.(22)
- Las localizaciones más frecuente de estas lesiones en orden decreciente son: (FIGURA 3) espacios interdigitales, superficies flexoras de la muñeca, codo, axila, línea del cinturón, pies, parte baja de la espalda, escroto en los hombres y la areola en la mujer. Pápulas pueden ser vistas cerca de las lesiones primarias, además de lesiones secundarias a rasguños o rascado. La presencia de lesiones con apariencia de impétigo sugiere infección bacteriana secundaria.
- Examen Dermatológico: busca la presencia de restos de *Sarcoptes scabiei var hominis* o sus huevos por raspado de la zona de lesiones sugestivas de la enfermedad. Es de valor en caso de ser positivo, pero si es negativo solo indica que "no se encontraron en las muestras tomadas", pero no significa que no se esté ante esta afección. Una técnica de fácil aplicación y buen valor es colocar sobre estas lesiones unas gotas de tinta China o Parker azul y retirarlas luego de unos segundos, la presencia de surcos se observará por la persistencia de un trazo lineal azul donde la tinta ha penetrado. Examinar las muñecas, manos, areolas y genitales, usando una buena iluminación y una aguja; hay que levantar la capa cornea de la lesión acarina y extraer un punto negro (que es el parásito), colocar en un porta objetos, se añade una solución de hidróxido de potasio al 10%, colocar un cubreobjetos y observar al microscopio.(23)
- Técnica de ácaro – test: El diagnóstico es esencialmente clínico. Sin embargo, el diagnóstico definitivo se realiza raspando 6 -7 veces la lesión con la esquina de un portaobjeto, evitando el sangrado; se coloca un trozo de cinta engomada sobre el área del raspado y el material obtenido se coloca en un portaobjeto y se examina con microscopio de luz con un objetivo 10 y 40x para determinar la presencia de huevos, larvas o del propio ácaro.

Cuando se sospecha de Escabiosis Noruega, se debe añadir hidróxido de potasio al 10% al material a ser examinado con el microscopio, sustancia que disminuye los restos de queratina.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La Escabiosis debe ser diferenciada de dermatitis atópica, dermatitis por contacto, dermatitis herpetiforme, impétigo, picaduras de insectos, dermatitis seborreica, varicela, psoriasis (la sarna noruega puede diferenciar psoriasis) y sífilis entre otras. (24)

TRATAMIENTO

El objetivo del tratamiento es eliminar el parásito y disminuir la sintomatología. Todos los miembros de la familia y contactos cercanos deben recibir tratamiento.

Antiparasitarios de uso tópico:

- Permetrina crema al 5% en adultos y niños mayores de dos meses se aplica en todo el cuerpo y se deja actuar por 12 horas. Este procedimiento debe repetirse en una semana.
- Lindane 1% en loción o crema, sólo recomendado en adultos; se aplica una capa fina que se deja actuar por 10 horas, repitiendo la dosis en una semana. Puede causar neurotoxicidad, aunque es rara.
- Crotamitón en crema o loción al 10%, se aplica en todo el cuerpo durante dos noches consecutivas, retirando el medicamento con agua a las 24 horas de la última aplicación. Este medicamento es recomendado en niños y mujeres embarazadas.

Vía Oral

- La ivermectina actúa a nivel del SNC del parásito, y la dosis es de 9-18 mg por vía oral, en dos tomas separadas por una semana. Esta droga se usa cuando la medicación tópica es difícil, como en infecciones diseminadas, en asilos o en instituciones similares. (25)

PREVENCIÓN

- Higiene personal diaria.
- Lavado de vestimentas, toallas y ropa de cama.
- Evitar situaciones que favorecen el contacto físico (hacinamiento en el hogar, campamentos infantiles, regimientos, otros).
- Educación al paciente y sus contactos sobre mecanismos de transmisión, prevención y correcta administración de tratamiento.

CONTROL

Ante la presencia de casos de Escabiosis debe realizarse:

- Prevención de la propagación a través del tratamiento oportuno del caso índice y sus contactos.
- Lavado de vestimentas, toallas y ropa de cama con agua caliente o dejando remojar las ropa por 30 minutos antes de un lavado habitual. Lo que no se pueda lavar, se plancha.
- Los objetos que no puedan ser lavados deben ser aislados en bolsas plásticas por 10 días y en el caso de frazadas, cubrecamas, almohadas, etc., exponerlas al aire libre y en lo posible asolear por al menos dos días.
- Una educación para la salud que explique los mecanismos de transmisión debería ser difundida permanentemente a las poblaciones de riesgo para evitar contagio. Es fundamental realizar diagnóstico oportuno y un tratamiento eficaz. (26)

4. SISTEMA DE HIPÓTESIS

4.1 HIPÓTESIS DE TRABAJO:

Hi: La prevalencia de Escabiosis en usuarios que consultan la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Tecapán en el periodo de mayo a julio es mayor al 20%.

4.2 HIPÓTESIS NULA

Ho: La prevalencia de Escabiosis en usuarios que consultan la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Tecapán de mayo a julio es menor o igual al 20%.

4.3 UNIDAD DE ANÁLISIS

Usuarios que consultan la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Tecapán, Usulután.

4.4 VARIABLE

- Prevalencia de Escabiosis

4.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS HIPÓTESIS

Hipótesis	VARIABLES	Definición conceptual	Dimensión	Definición operacional	Indicadores
Hi: La prevalencia de Escabiosis en usuarios que consultan la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Tecapán en el periodo de mayo a julio es mayor al 20%.	Prevalencia de Escabiosis	Es el número total de personas que presentan una enfermedad durante un periodo de tiempo, dividido por la población con posibilidad de llegar a padecer dicha patología.	Exploración física Lesiones características de la Escabiosis	Examen detallado de la piel mediante la observación usando una buena fuente de luz Clasificación de lesiones primarias y secundarias	Localización de lesiones en orden decreciente: espacios interdigitales, superficies flexoras de la muñeca, codo, axila, línea del cinturón, pies, parte baja de la espalda, escroto en los hombres y la areola en la mujer. Lesiones primarias: Surco ácarino: túnel intraepitelial 1 – 10 mm de longitud de apariencia grisácea. Vesícula perlada: lesión eritematosa de 3 mm de diámetro. Nódulos escabióticos: lesiones induradas de 10-12 mm de diámetro. Lesiones Secundarias: excoriaciones, pápulas urticariformes, que se localizan en el tronco, axilas, areolas, cintura, nalgas y muslos

			<p>Técnica del raspado de lesión</p>	<p>Mediante la observación al Microscopio del material obtenido del raspado de lesión de los usuarios.</p>	<p>Características morfológicas del parásito Huevo: miden 150 micras, ovoides de extremos redondeados. Larva: globosa y con 3 pares de patas. Ninfa: más pequeña que el adulto. Y sin órganos sexuales Adulto: De contorno oval, no tiene ojos, tegumento blando y delgado. Posee 4 pares de patas, la hembra mide de 0.33 – 0.45 mm de largo y el macho de 0.20 – 0.24 mm.</p>
	<p>Usuarios</p>	<p>Usuario de un servicio de salud: toda persona física que adquiriera el derecho a utilizar bienes o servicios de salud.</p>	<p>Usuarios con sintomatología dermatológica</p>	<p>Guía de observación Examen Físico Historia Clínica</p>	<p>Prurito: localizado o generalizado y de periodo nocturno. Lesiones dermatológicas</p>
			<p>Factores de riesgo</p>	<p>Mediante la entrevista para indagar los factores de riesgo</p>	<p>Hacinamiento Mala higiene personal Antecedentes familiares Ocupación Nivel educativo Contacto con animales Procedencia Sexo Edad</p>

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE ESTUDIO:

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de información el estudio se caracterizó por ser:

Prospectiva: Porque los datos se recopilaron en los habitantes del municipio de Tecapán, cuando se inició el estudio.

Según el periodo de secuencia del estudio fue:

Transversal: Porque se realizó en un periodo corto de tiempo sin ningún seguimiento posterior, recolectando información de las unidades una sola vez.

Según el análisis y alcance de los resultados la investigación fue:

Descriptiva: Porque se detalla el valor de prevalencia sin indagar su razón o causa, mide o evalúa diversos aspectos, dimensiones o componentes.

De laboratorio: Porque los análisis clínicos se realizaron en el laboratorio de Microbiología de la Facultad Multidisciplinaria Oriental de la Universidad de El Salvador.

5.2 POBLACIÓN:

Según la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Tecapán la población a trabajar la constituye toda persona que consulta por lesiones dermatológicas sugestivas a Escabiosis en el período de estudio y que cumpla con los criterios de inclusión los cuales fueron un total de 63 usuarios.

5.3 CRITERIOS PARA DETERMINAR LA POBLACIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Usuarios con lesiones características de la enfermedad.
- Con sintomatología sugestiva a Escabiosis.
- Que pertenezcan a un área geográfica de influencia del territorio de estudio.
- Que acepten participar voluntariamente en el estudio mediante el consentimiento informado.
- Usuarios diagnosticados que han sufrido recaída.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Usuarios que consultaron por problemas de salud no dermatológicos
- Usuarios que no aceptaron participar voluntariamente en el estudio
- Usuarios diagnosticados con tratamiento y evolución satisfactoria.
- Que no pertenezcan a nuestra área geográfica de influencia del territorio de estudio.

5.4 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

DOCUMENTAL BIBLIOGRÁFICAS: para la recopilación de datos que fundamentan el estudio sobre una base teórica, por medio de libros, diccionarios, guías, entre otros más.

DOCUMENTAL HEMEROGRÁFICA: con la cual se obtuvo información de documentos, monografías, escritos y tesis.

TÉCNICAS DE CAMPO:

LA ENTREVISTA: Se utilizó la cédula de entrevista estructurada (VER ANEXO 1), ya que ésta proporcionó información confiable, pues se tuvo una comunicación interpersonal establecida entre los investigadores y los usuarios, y se obtuvo respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema en estudio.

LA OBSERVACIÓN: Se utilizó la observación mediante la exploración física detallada que proporcionó un panorama amplio del estado de salud del usuario.

TÉCNICA DE LABORATORIO: se utilizó la técnica del ácaro – test usando 1 a 3 portaobjetos limpios y desengrasados por usuario para realizar el examen directo de raspado de lesión. (VER ANEXO 2)

5.5 INSTRUMENTOS:

El instrumento que se utilizó para recolectar información fue la cédula de entrevista estructurada (VER ANEXO 1) que se dirigió a los usuarios adultos y en el caso de ser niños menores de edad a la madre o encargado.

5.6 MATERIAL Y EQUIPO

MATERIAL

- Guantes
- Láminas porta objetos
- Cinta de celulosa engomada

EQUIPO

- Microscopio compuesto de campo claro

5.7 PROCEDIMIENTO

PLANIFICACIÓN

Se coordinó con el Director de la Unidad de Salud Familiar Tecapán quien nos brindó información acerca de la presencia de Escabiosis en la población que consulta dicha Unidad, por ello se seleccionó el tema de “PREVALENCIA DE ESCABIOSIS EN USUARIOS QUE CONSULTAN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR TECAPÁN, DEPARTAMENTO DE USULUTÁN DE

MAYO A JULIO DE 2014; fue relevante llevar a cabo esta investigación debido a que no se cuenta con estudios recientes sobre este problema. Después se procedió a la elaboración de un perfil de investigación, luego se redactó el protocolo modificándolo para la realización del informe final.

EJECUCIÓN

Se realizó la primera visita a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Tecapán, donde se solicitó la autorización al Director del Centro de Salud para el desarrollo de dicha investigación, el Director coordinó una reunión con los promotores de salud en la cual el grupo investigador dio a conocer el tipo de estudio que se llevó a cabo así como los beneficios que se obtuvieron y los procedimientos que se realizaron, además se solicitó la ayuda de los promotores quienes convocaron a los usuarios indicando la fecha y la hora que se realizaría dicha actividad.

Se efectuó una segunda visita el día indicado a los usuarios a través de los promotores de salud, se procedió a impartir una charla con el objetivo de dar a conocer la sintomatología y las características sugestivas de las lesiones de Escabiosis. Después se les entregó el consentimiento informado (VER ANEXO 3) el cual fue firmado por cada uno (en el caso de niños menores de edad firmó la madre o encargado), donde se explicaba en qué consistía la investigación. Se realizó a los usuarios una guía de entrevista la cual fue útil para obtener una mayor información acerca de la investigación (niños menores de edad respondió la madre o encargado). Posteriormente a la entrevista cada uno paso al consultorio donde el médico realizó el examen físico en busca de lesiones y el grupo investigador procedió a la toma de muestras, la cual se realizó raspando la lesión con el extremo de un portaobjetos, evitando el sangrado, luego se colocó la cinta engomada en la región del raspado presionando suavemente, se desprendió la cinta y se colocó en la lámina previamente identificada con el número correlativo correspondiente a la cédula de entrevista.

Debido a que no asistió el número de personas convocadas, se tomó la decisión de una tercera visita en la cual el Director del Centro de Salud proporcionó un medio de transporte que nos facilitó el acceso a los ECOS Paso Gualache y Chapetones de la Unidad de Salud Familiar Tecapán donde se realizó con otro grupo de usuarios el mismo procedimiento de la segunda visita hasta la toma de muestras.

Los portaobjetos se colocaron en un laminero y se transportaron al Laboratorio de Microbiología, Sección de Biología de la Facultad Multidisciplinaria Oriental, las muestras se procesaron al siguiente día de ser tomadas.

Concluyendo el estudio con una cuarta visita en la cual se entregaron los resultados al Director del Centro de Salud para hacerlos llegar a los usuarios por medio de los promotores de salud.

5.8 PLAN DE ANÁLISIS

Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa estadístico IBM SPSS Statistic versión 19 con el cual se hicieron los análisis estadísticos que hacen referencia a la población en estudio, tratando con variables de proporciones cuyo diseño estadístico fue la distribución de proporciones muestrales.

5.9 RIESGOS Y BENEFICIOS

RIESGO

El riesgo principal de esta investigación fue el contagio de la Escabiosis ya que el modo de transmisión es el contacto directo.

BENEFICIO

Los resultados generados a partir de esta investigación proporciono beneficios a la población en estudio, ya que los Usuarios que resultaron positivos a la enfermedad recibieron el tratamiento correcto y oportuno a través del Ministerio de Salud. Se obtuvo datos que enriquecieron el análisis situacional de la zona geográfica investigada, con lo cual se logró un mayor involucramiento y compromiso por parte de los usuarios y del personal de salud para la prevención de la Esabiosis.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La participación de los usuarios fue totalmente anónima así como voluntaria, también se les informo sobre el objetivo de dicha investigación así como sus beneficios. Consentimiento informado (Ver ANEXO 3)

Se les proporcionó una guía de entrevistas que fue llenada por el grupo investigador de la Universidad de El Salvador, posteriormente se les entregó los resultados de sus exámenes.

6. RESULTADOS

En la investigación realizada en el periodo de mayo a julio de 2014, se analizan los datos correspondientes a la prevalencia de Escabiosis en usuarios que consultan en la unidad comunitaria de salud familiar de Tecapán, dándose a conocer los resultados de la recopilación de datos obtenidos de la cédula de entrevista y a partir del procesamiento de 63 muestras obtenidas mediante la técnica del ácaro - test, las cuales se examinaron con microscopio de luz para determinar la presencia de huevos, larvas o del propio ácaro.

Se presenta la tabulación, el análisis e interpretación de los resultados obtenidos de la cédula de entrevista elaborada con preguntas específicas al tema. Posteriormente se expone la tabulación de los datos y resultados obtenidos del procesamiento de las muestras, por medio de gráficos y tablas que permiten un mejor análisis con valores porcentuales para una fácil interpretación de los resultados.

TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EDAD Y EL SEXO

EDAD	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO			
	F	%	F	%	F	%
0 - 9 AÑOS	7	11.10	2	3.20	9	14.30
10 -19 AÑOS	10	15.90	6	9.50	16	25.40
20 - 29 AÑOS	11	17.50	11	17.50	22	35.00
30 - 39 AÑOS	6	9.50	4	6.30	10	15.80
MAYOR DE 40	3	4.80	3	4.80	6	9.50
TOTAL	37	58.70	26	41.30	63	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista

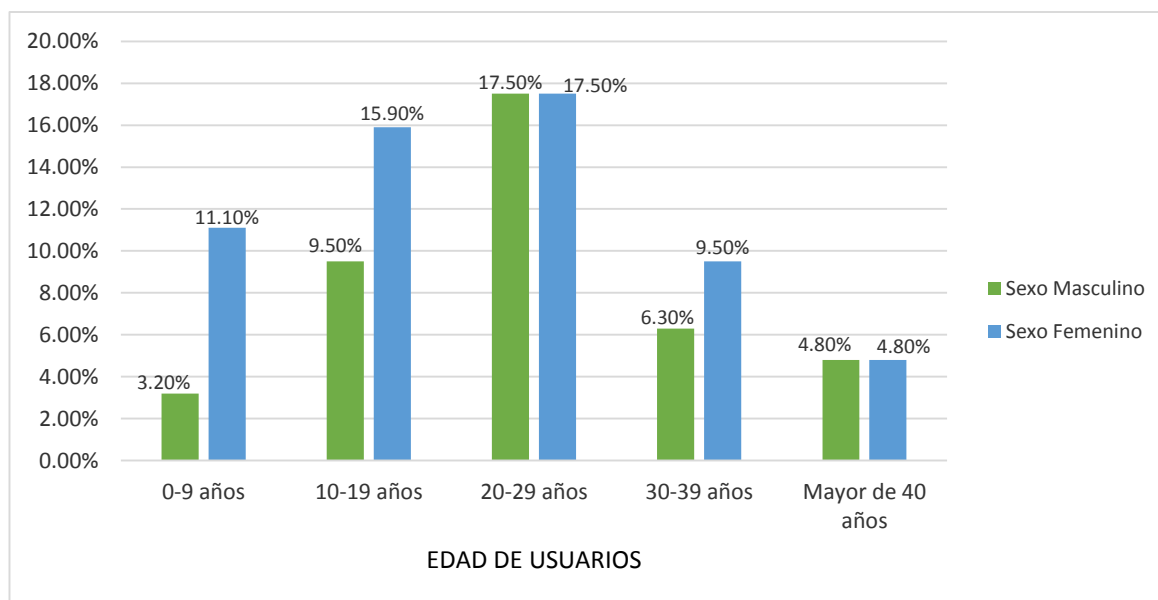
ANÁLISIS:

En la tabla se observa que del 100% (63 usuarios) un 58.70% (37) son del sexo femenino y un 41.30% (26) son del sexo masculino.

INTERPRETACIÓN:

El sexo con mayor % es el femenino con 58.70; y el rango de edad prevalente fue el de 20 – 29 años con un 35%, además el rango con menos usuarios fue el de mayores de 40 años de edad con 9.5%.

GRÁFICA 1: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EDAD Y EL SEXO



FUENTE: Tabla 1

TABLA 2: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL SEXO Y OCUPACIÓN.

OCUPACIÓN	SEXO			
	FEMENINO		MASCULINO	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
ESTUDIANTE	10	27.03	8	30.77
COMERCIANTE	5	13.51	5	19.23
AMA DE CASA	22	59.46	0	0.00
ALBAÑIL	0	0.00	10	38.46
OTROS	0	0.00	3	11.54
TOTAL	37	100.00	26	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista

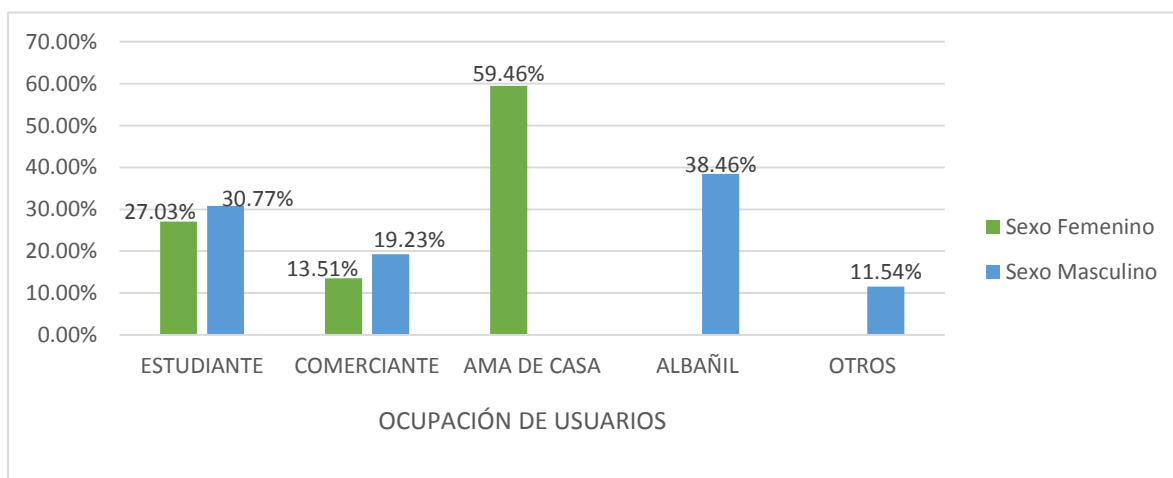
ANÁLISIS:

Se observa que de 37 Usuarios del sexo femenino: 59.46% son ama de casa, 27.03% son estudiantes y un 13.51% son comerciantes. Y del sexo masculino un 38.46% son albañiles, un 30.77% son estudiantes, un 19.23% son comerciantes y un 11.54% respondieron otros: 2 son desempleados y 1 se dedica a oficios varios.

INTERPRETACIÓN:

La ocupación predominante para el sexo femenino es ama de casa con un 59.46%, y para el sexo masculino es albañil con un 38.46%.

GRÁFICA 2: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL SEXO Y OCUPACIÓN.



FUENTE: Tabla 2

TABLA 3: CONOCIMIENTO DE LA ESCABIOSIS

SABE QUE ES ESCABIOSIS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	25	39.70
NO	38	60.30
TOTAL	63	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista

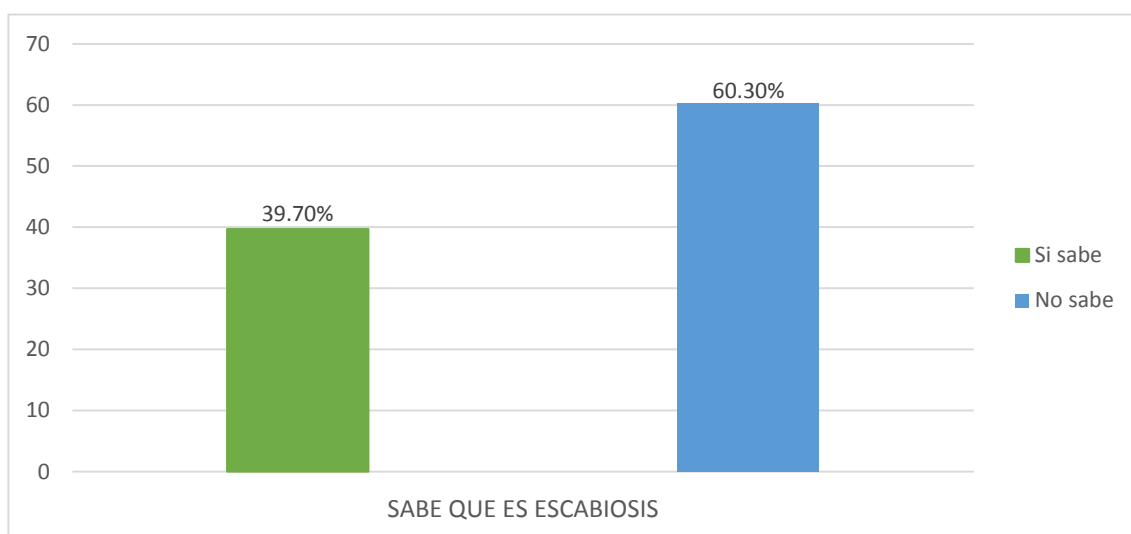
ANÁLISIS:

Se observa que del 100% de usuarios un 39.70% saben que es la Escabiosis y un 60.30% no lo sabe.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de los usuarios un 60.30% manifestaron no tener conocimiento sobre la enfermedad. El desconocimiento de una enfermedad transmisible constituye un factor de riesgo para adquirirla.

GRÁFICA 3: CONOCIMIENTO DE LA ESCABIOSIS



FUENTE: Tabla 3

TABLA 4: CONOCIMIENTO DEL AGENTE CAUSAL DE LA ESCABIOSIS

AGENTE CAUSAL	FRECUENCIA	%
BACTERIAS	16	25.40
ÁCARO	12	19.00
GARRAPATAS	3	4.80
OTROS	2	3.20
NO SABE	30	47.60
TOTAL	63	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista

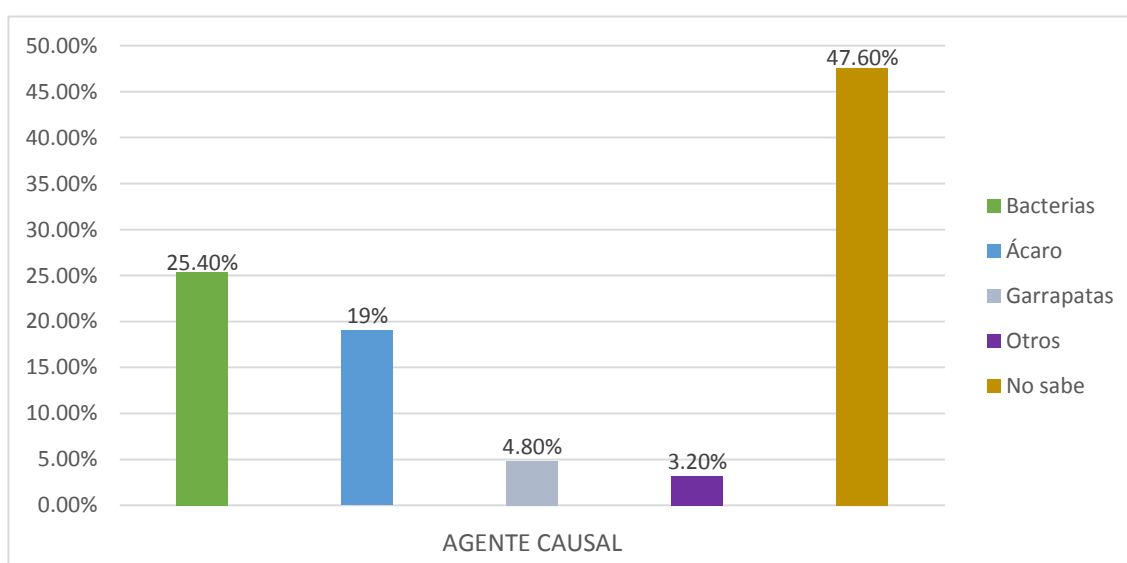
ANÁLISIS:

En la tabla se observa que un 47.60% no saben cuál es el agente causal de la Escabiosis, un 25.40% opinaron que las bacterias, un 19% respondieron que el ácaro es quien la causa, un 4.80 % indicaron que es producida por las garrapatas y un 3.20% mencionaron a otros (pulgas).

INTERPRETACIÓN:

Solo el 19 % de los usuarios respondieron correctamente indicando que el ácaro es el agente causal de la Escabiosis, también se observa que un 47.60% no saben cuál es el agente causal de la enfermedad.

GRÁFICA 4: CONOCIMIENTO DEL AGENTE CAUSAL DE LA ESCABIOSIS



FUENTE: Tabla 4

TABLA 5: CONOCIMIENTO DE CÓMO SE TRANSMITE LA ESCABIOSIS

SABE COMO SE TRANSMITE	CONTACTO CON ENFERMOS		CONTACTO CON ANIMALES		CONTACTO CON OBJETOS		NO SABE		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
SI	12	19.0	12	19.0	4	6.30	0	0.00	28	44.30
NO	0	0.00	0	0.00	0	0.00	35	55.70	35	55.70
TOTAL	12	19.0	12	19.0	4	6.30	35	55.70	63	100.00

FUENTE: Cédula de Entrevista

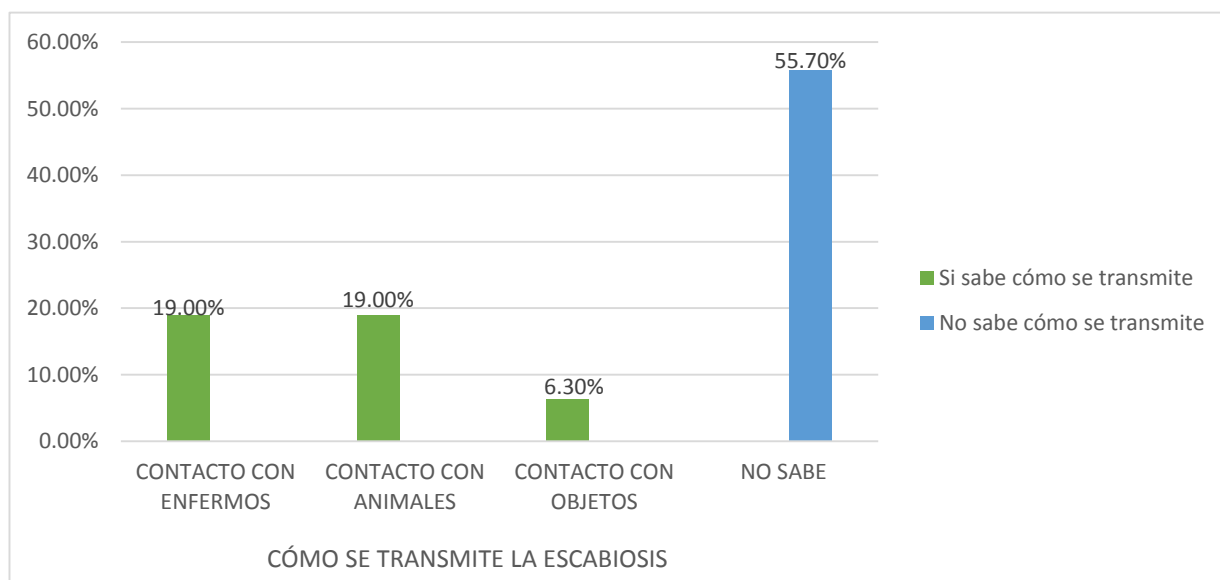
ANÁLISIS:

En la tabla se puede apreciar que en la pregunta hecha a los usuarios ¿saben cómo se transmite la Escabiosis? el 44.30 % (28) respondieron que si saben, de los cuales: un 19% indico que por el contacto directo con enfermos, otro 19 % por el contacto con animales, un 6.3 % a través de objetos contaminados (como ropa, toallas). Y un 55.70 % (31) no saben cómo se transmite la enfermedad.

INTERPRETACIÓN:

Menos de la mitad de los usuarios 44.30% saben cómo se transmite la Escabiosis, es importante mencionar que las formas de transmisión: contacto con enfermos 19%, contactos con animales 19% y contactos con objetos 6.30% son correctas. El 55.70 % de la población desconoce las formas en las cuales se puede transmitir la enfermedad volviendo a los usuarios más vulnerables a adquirirla.

GRÁFICA 5: CONOCIMIENTO DE CÓMO SE TRANSMITE LA ESCABIOSIS



FUENTE: Tabla 5

TABLA 6: CONOCIMIENTO DE LA MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE LA ESCABIOSIS

MANIFESTACIÓN CLÍNICA	FRECUENCIA	%
FIEBRE	23	36.50
PRURITO	21	33.30
ARDOR	8	12.70
OTROS	3	4.80
NO SABE	8	12.70
TOTAL	63	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista

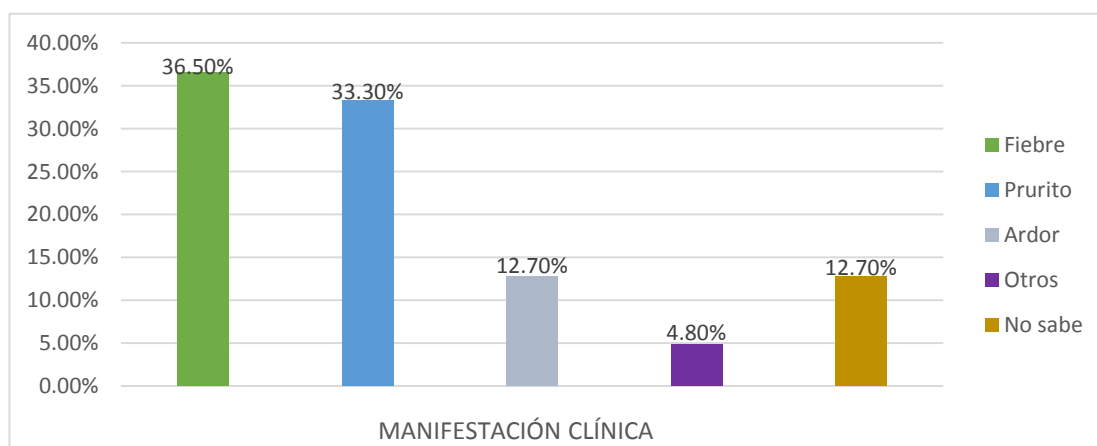
ANÁLISIS:

En la tabla se observa que al preguntarle a la población en estudio que manifestación clínica es de Escabiosis respondieron lo siguiente: el 36.50% respondió que la fiebre, el 33.30% contestaron que el prurito, el 12.70% indicaron que el ardor, 4.80% respondieron otras manifestaciones clínicas como dolor de cabeza y un 12.70% no sabe.

INTERPRETACIÓN:

Un 33.30% respondió correctamente que el prurito es la manifestación clínica de la Escabiosis, un 12.70 % no sabe sobre la manifestación clínica de la enfermedad. El resto de usuarios respondieron incorrectamente al indicar otras manifestaciones clínicas que no son propias de la Escabiosis siendo la respuesta con mayor predominio la fiebre con un 36.50%

GRÁFICA 6: CONOCIMIENTO DE LA MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE LA ESCABIOSIS



FUENTE: Tabla 6

TABLA 7: CONOCIMIENTO DE LA LOCALIZACIÓN DEL PARÁSITO DE ESCABIOSIS

LOCALIZACIÓN DEL PARÁSITO	FRECUENCIA	%
EN TODO EL CUERPO	20	31.70
NO SABE	43	68.30
TOTAL	63	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista

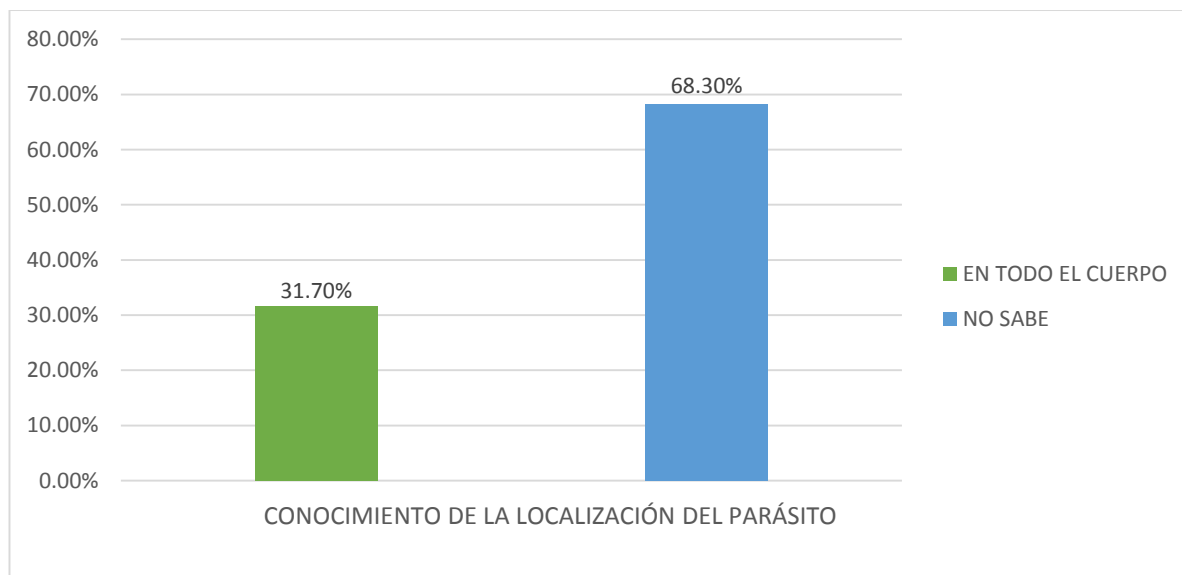
ANÁLISIS:

En la tabla N° 7 podemos observar que de la pregunta hecha a los usuarios si saben dónde se localiza el parásito respondieron lo siguiente: un 31.7% manifiestan que la localización del parásito es en todo el cuerpo, y un 68.30% no sabe dónde se localiza.

INTERPRETACIÓN:

La mayor parte de los usuarios un 68.30% no tiene conocimiento de la localización del parásito de la enfermedad.

GRÁFICA 7: CONOCIMIENTO DE LA LOCALIZACIÓN DEL PARÁSITO DE ESCABIOSIS



FUENTE: Tabla 7

TABLA 8: CONOCIMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO DE ESCABIOSIS

CONOCE FACTORES DE RIESGO	ESPECIFIQUE QUE FACTORES CONOCE										TOTAL	
	CONTACTO CON ANIMALES		HACINAMIENTO		MALA HIGIENE PERSONAL		COMPARTIR ROPA		NO SABE			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
SI	13	20.6	8	12.7	20	31.7	3	4.8	0	0.00	44	69.80
NO	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	19	30.20	19	30.20
TOTAL	13	20.6	8	12.7	20	31.7	3	4.8	19	30.20	63	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista

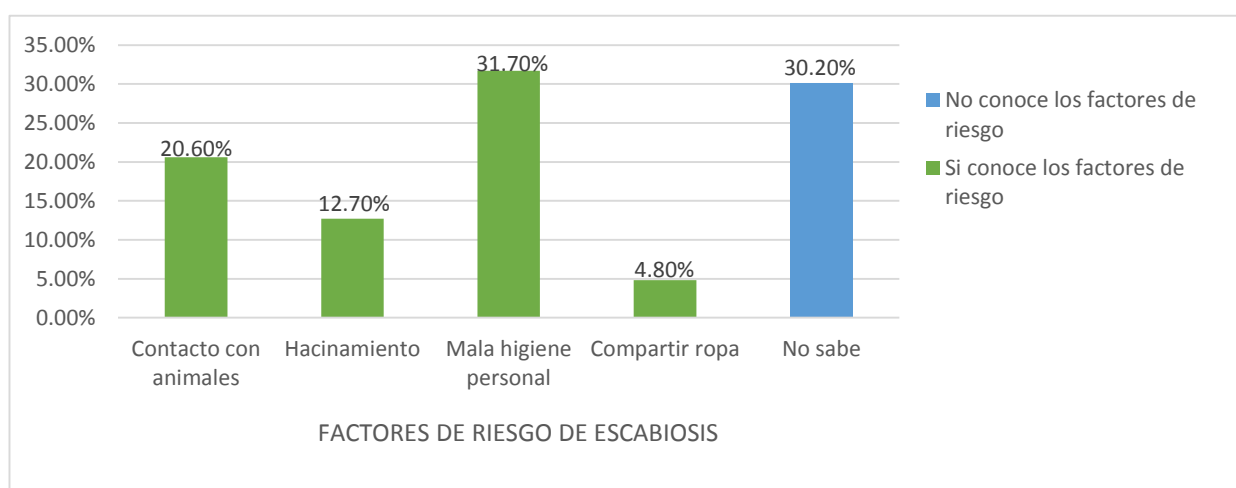
ANÁLISIS:

En la tabla anterior se observa que del total de la población en estudio un 69.8% conoce los factores de riesgo de Escabiosis respondiendo lo siguiente: un 31.7% opino que la mala higiene personal, un 20.6% manifestó que un factor de riesgo es el contacto con animales, un 12.7% indico que el hacinamiento y solo un 4.8% piensa que compartir ropa con enfermos. También se observa que un 30.2% no tiene conocimiento de los factores de riesgo.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de los usuarios están conscientes que la mala higiene personal 31.7% y el contacto con animales 20.6% son factores de riesgo para adquirir enfermedades.

GRÁFICA 8: CONOCIMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO DE ESCABIOSIS



FUENTE: Tabla 8

TABLA 9: USUARIOS QUE TIENEN O HAN TENIDO FAMILIARES CON ESCABIOSIS

TIENE O HA TENIDO FAMILIARES CON ESCABIOSIS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	24	38.10
NO	39	61.90
TOTAL	63	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista

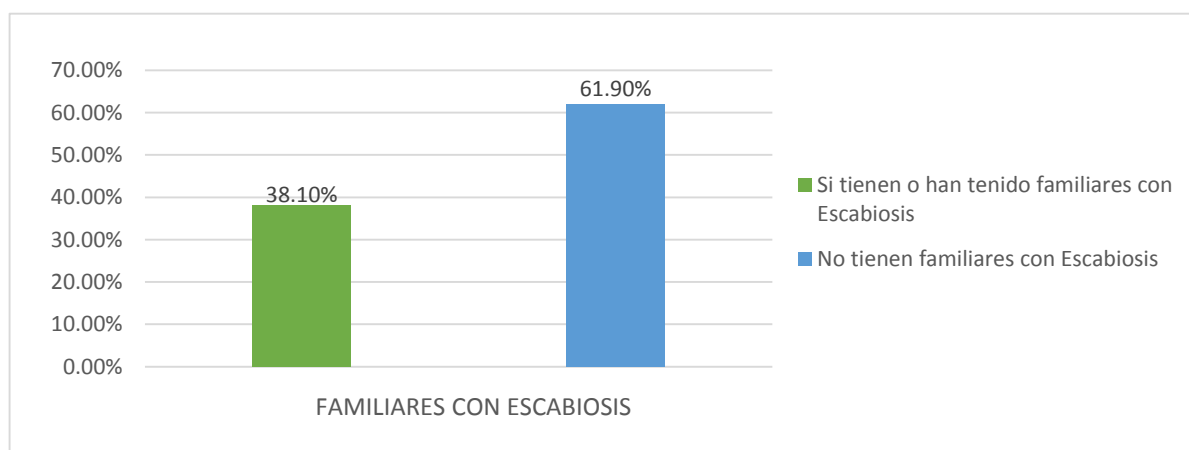
ANÁLISIS:

De la pregunta que se les hizo a los usuarios si tienen o han tenido familiares con Escabiosis respondieron lo siguiente: un 61.90% respondió que no tiene familiares con la enfermedad; un 38.10% respondieron que si hay personas con Escabiosis en su familia.

INTERPRETACIÓN:

Del 38.10% (24 usuarios) respondieron que si tienen o han tenido familiares con Escabiosis, esto es un dato importante porque la Escabiosis es una enfermedad de transmisión por contacto directo y el tener familia con la enfermedad es un factor de riesgo.

GRÁFICA 9: USUARIOS QUE TIENEN O HAN TENIDO FAMILIARES CON ESCABIOSIS



FUENTE: Tabla 9

TABLA 10: PRESENCIA DE ANIMALES EN LA VIVIENDA DE LOS USUARIOS

ANIMALES EN LA VIVIENDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PERROS	26	41.30
GATOS	5	7.90
OTROS	6	9.50
NINGUNO	26	41.30
TOTAL	63	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista

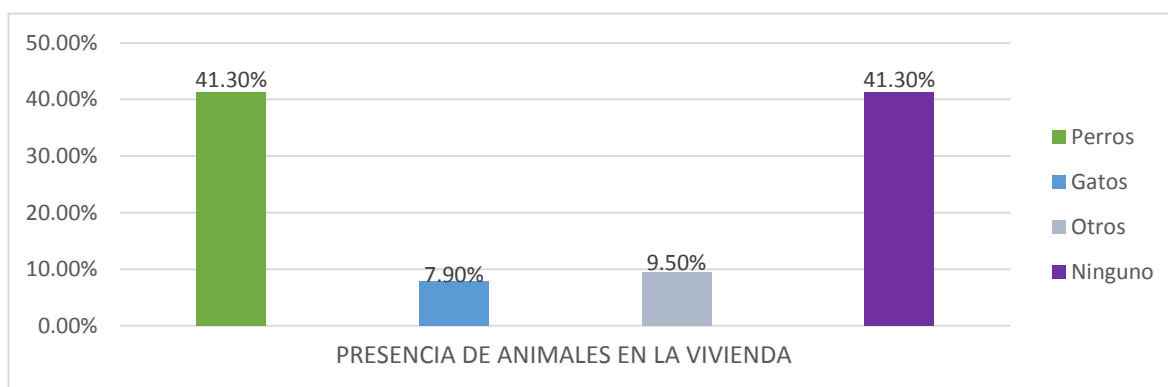
ANÁLISIS:

En la tabla se observa que de la pregunta hecha a los usuarios sobre la presencia de animales en la vivienda el 41.3% respondió que tienen perros, el 7.9% dijo que gatos, el 9.5% indicó la presencia de otros animales en sus hogares (3 respondieron que cerdos y 3 que gallinas) y el 41.3% no tiene animales en sus viviendas.

INTERPRETACIÓN:

El 58.70% (37 usuarios) tienen animales en su vivienda y el 41.30% no tiene animales en sus casas. La presencia de animales domésticos es un factor de riesgo para la aparición de enfermedades.

GRÁFICA 10: PRESENCIA DE ANIMALES EN LA VIVIENDA DE LOS USUARIOS



FUENTE: Tabla 10

TABLA 11: MEDIDA QUE REALIZA PARA ELIMINAR EL ÁCARO

QUE HACE PARA ELIMINAR EL ÁCARO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LAVA Y SE CAMBIA LA ROPA A DIARIO	6	9.50
FUMIGA LA HABITACIÓN	5	7.90
ACUDE A LA UNIDAD DE SALUD PARA RECIBIR TRATAMIENTO	19	30.20
NO HACE NADA	33	52.40
TOTAL	63	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista

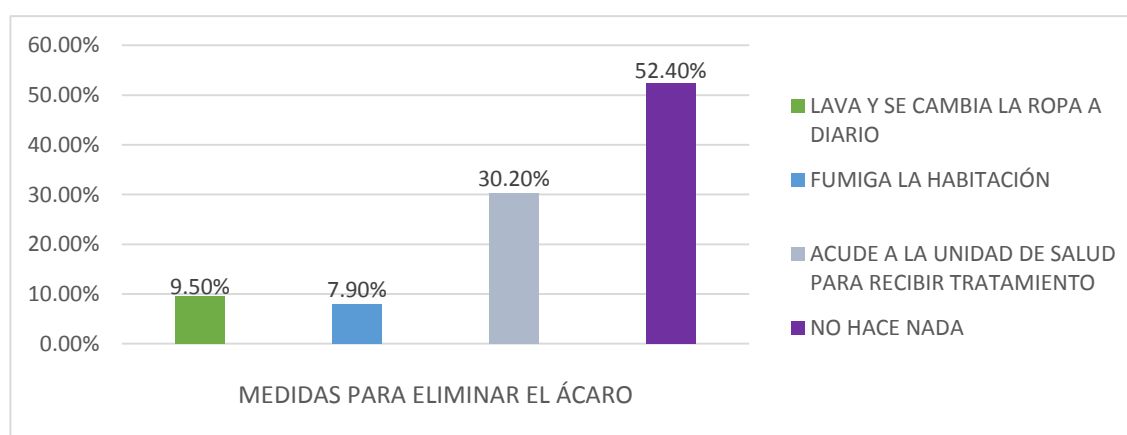
ANÁLISIS:

De la pregunta hecha a los usuarios ¿Qué medida realiza para eliminar el ácaro? Las respuestas fueron las siguientes: un 30.20% de los usuarios respondieron que acuden a la unidad de salud para recibir tratamiento, un 9.50% lava y se cambia la ropa diariamente, 7.90% fumiga la habitación y un 52.40% no hace nada como medida para la eliminación del ácaro.

INTERPRETACIÓN:

Se observa que un 52.40 % no realizan ninguna medida para eliminar el ácaro esto constituye un factor de riesgo que hace a los usuarios más vulnerables a la enfermedad y un 30.20% acude a la unidad de salud para recibir tratamiento para la enfermedad.

GRÁFICA 11: MEDIDA QUE REALIZA PARA ELIMINAR EL ÁCARO



FUENTE: Tabla 11

TABLA 12: USUARIOS QUE HAN RECIBIDO TRATAMIENTO PARA LA ESCABIOSIS

¿Ha recibido tratamiento para la Escabiosis?	F	%
Si	18	28.60
No	45	71.40

FUENTE: Cédula de entrevista

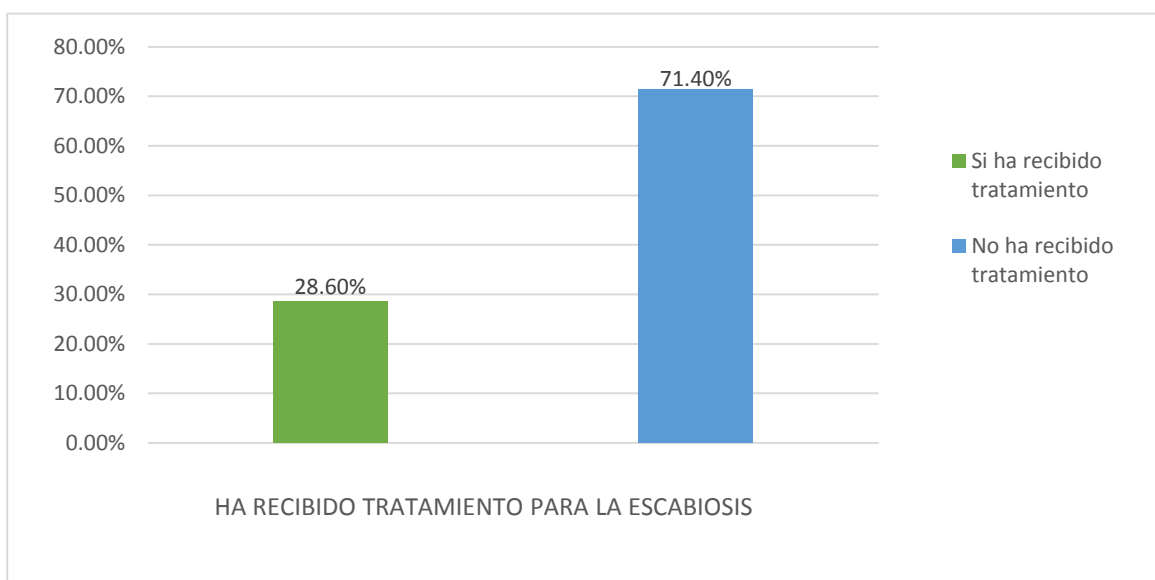
ANÁLISIS:

De la pregunta hecha a los usuarios que si han recibido tratamiento para la Escabiosis las respuestas fueron las siguientes: 28.60% respondió que si y un 71.40% nunca ha recibido ningún tipo de tratamiento.

INTERPRETACIÓN:

Se observa que la mayor parte de los usuarios 71.40% (18) nunca han recibido tratamiento para la Escabiosis a pesar de que 6 de ellos tienen familiares que han padecido la enfermedad. El objetivo del tratamiento es eliminar el parásito y todos los miembros de la familia y contactos cercanos deben recibirlo para evitar recidivas,

GRÁFICA 12: USUARIOS QUE HAN RECIBIDO TRATAMIENTO PARA LA ESCABIOSIS



FUENTE: Tabla 12

TABLA 13: NÚMERO DE DORMITORIOS EN LAS VIVIENDAS DE LOS USUARIOS Y NÚMERO DE PERSONAS QUE HABITAN LA VIVIENDA

PERSONAS \ DORMITORIOS	1 – 3 PERSONAS		4 – 6 PERSONAS		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
1 DORMITORIO	28	44.44	5	7.94	33	52.38
2 DORMITORIOS	10	15.87	17	26.98	27	42.85
3 DORMITORIOS	1	1.59	2	3.17	3	4.76
MAS DE 3 DORMITORIOS	0	0.0	0	0.0	0	0.00
TOTAL	39	61.90	24	38.09	63	100.0

FUENTE: Encuesta entomológica

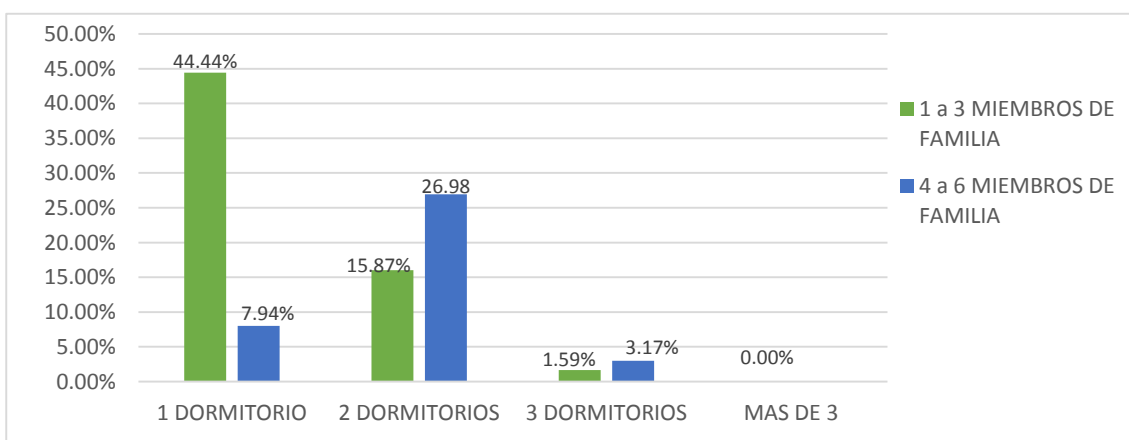
ANÁLISIS

En este cuadro se ha relacionado el número de habitaciones con el número de personas que duermen en ellas, observándose un predominio de 52.38 % en aquellas viviendas donde todos los miembros de la familia comparten la habitación; de ese porcentaje un 44.44% tienen de 1 – 3 miembros y comparten la misma habitación, un 7.94% tienen 4 – 6 miembros y también duermen en un solo cuarto. Un 42.85% tienen 2 dormitorios en su vivienda y este porcentaje se distribuye de la siguiente manera: 15.87% tienen de 1 – 3 miembros y un 26.98% tienen de 4 – 6 miembros en su núcleo familiar. Un 3.17% tienen 3 dormitorios en su vivienda y ninguna familia cuenta con más de tres habitaciones.

INTERPRETACIÓN:

Se observa que hay un predominio de viviendas de los usuarios con una sola habitación un 52.38% (33 viviendas).

GRÁFICA 13: NÚMERO DE DORMITORIOS EN USO EN LAS VIVIENDAS DE LOS USUARIOS Y NÚMERO DE PERSONAS QUE HABITAN LA VIVIENDA



FUENTE: Tabla 13

TABLA 14: RESULTADOS DE LABORATORIO DE LAS MUESTRAS OBTENIDAS DE RASPADO DE LESIÓN

RESULTADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
POSITIVO	14	22.22%
NEGATIVO	49	77.78%
TOTAL	63	100.00%

FUENTE: Resultados de laboratorio

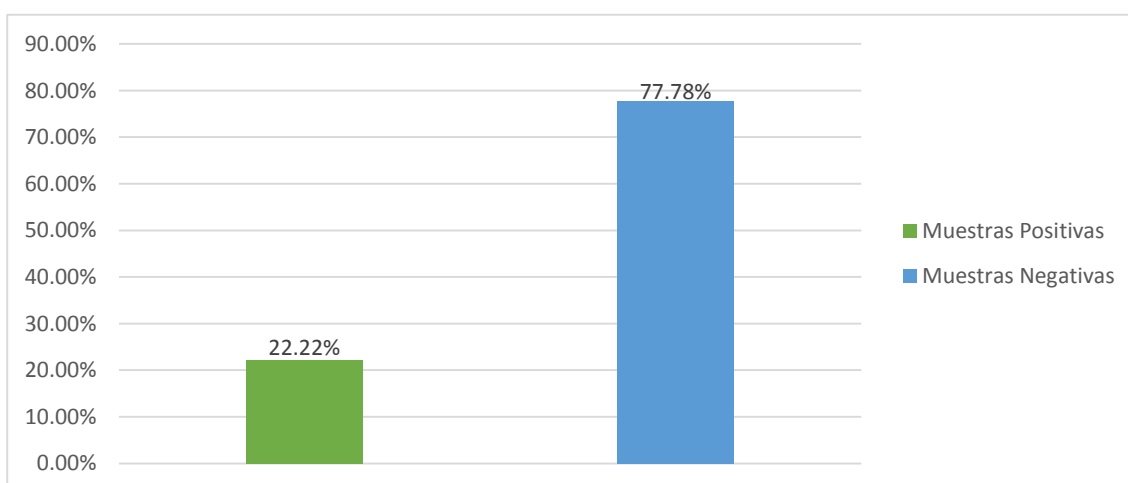
ANÁLISIS:

Se observa que un 77.78% de las muestras son negativas a *Sarcoptes scabiei* y solo el 22.22% son positivas.

INTERPRETACIÓN:

De las 63 muestras obtenidas de raspado de lesión solo en un 22.22% se observó la presencia de los estadios de *Sarcoptes scabiei*, y la mayor parte 77.78 % resultaron negativas a *Sarcoptes scabiei*

GRÁFICA 14: RESULTADOS DE LABORATORIO DE LAS MUESTRAS DE RASPADO DE LESIÓN



FUENTE: Tabla 14

TABLA 15: POBLACIÓN TOTAL SEGÚN SU PROCEDENCIA Y RESULTADOS OBTENIDOS DE LAS MUESTRAS DE RASPADO DE LESIÓN.

RESULTADO	PROCEDENCIA URBANA		PROCEDENCIA RURAL	
	F	%	F	%
POSITIVO	4	17.39	10	25.00
NEGATIVO	19	82.61	30	75.00
TOTAL	23	100	40	100

FUENTE: Cédula de entrevista y resultados obtenidos en el laboratorio

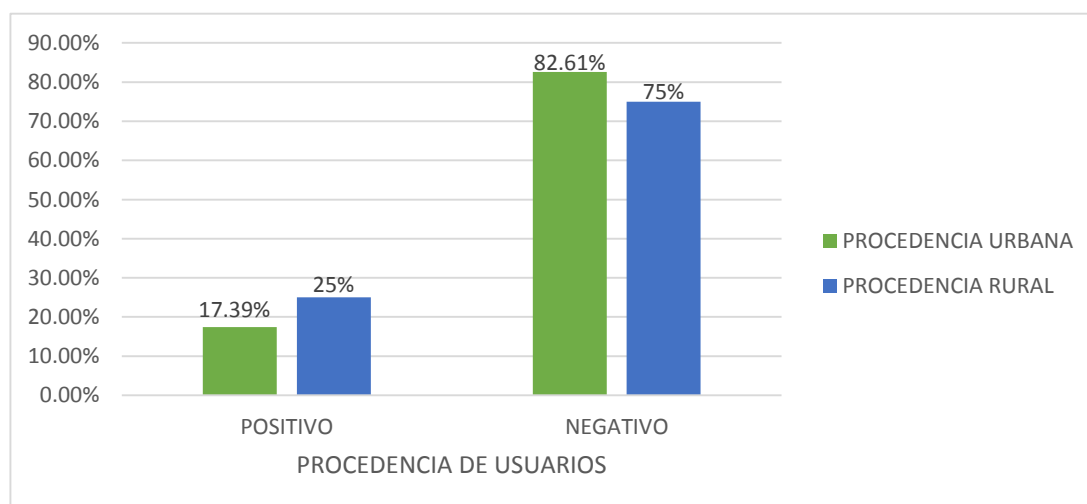
ANÁLISIS:

Podemos observar que del total de la población en estudio (63), 23 usuarios proceden de la zona urbana y de ellos un 17.39% (4) muestras de raspado de lesión son positivas a *Sarcoptes scabiei*, y 40 usuarios proceden de la zona rural de los cuales un 25 % (10) muestras resultaron positivas

INTERPRETACIÓN:

Podemos notar que la Escabiosis afecta tanto el área urbana como la rural, pero se evidencia un mayor porcentaje con un 25% (10) muestras positivas en el área rural y un 17.39 % (4) muestras positivas en el área urbana.

GRÁFICA 15: POBLACIÓN SEGÚN SU PROCEDENCIA Y RESULTADOS OBTENIDOS DE LAS MUESTRAS DE RASPADO DE LESIÓN



FUENTE: Tabla 15

TABLA 16: POBLACIÓN TOTAL SEGÚN EL SEXO Y RESULTADOS OBTENIDOS DE LAS MUESTRAS DE RASPADO DE LESIÓN.

RESULTADO	SEXO FEMENINO		SEXO MASCULINO	
	F	%	F	%
POSITIVO	10	27.03	4	15.38
NEGATIVO	27	72.97	22	84.62
TOTAL	37	100	26	100

Fuente: Cédula de entrevista y resultados obtenidos en el laboratorio

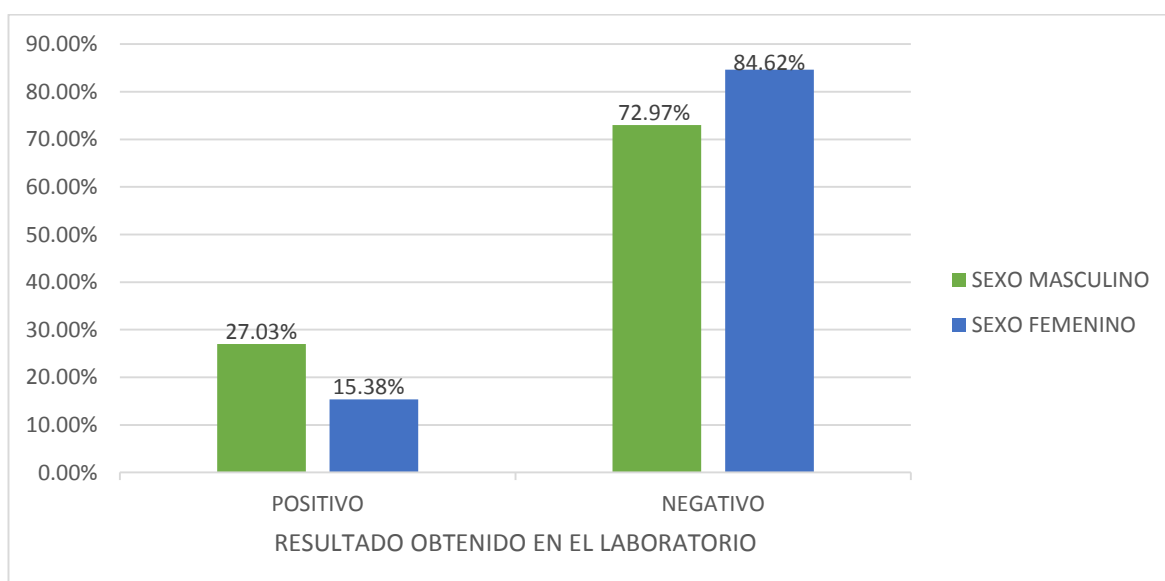
ANÁLISIS:

Se observa que de las 63 muestras del raspado de lesión se obtuvo los siguientes resultados según el sexo: femenino un 27.03 % (10) positivos y un 72.97 % (27) negativas, del sexo masculino un 15.38 % (4) positivos y un 84.62 % (22) negativos.

INTERPRETACIÓN:

Se observa que hay un mayor porcentaje de muestras positivas en el sexo femenino con un 27.03 % y en el masculino un 15.38 %

GRÁFICA 16: POBLACIÓN TOTAL SEGÚN EL SEXO Y RESULTADOS OBTENIDOS DE LAS MUESTRAS DE RASPADO DE LESIÓN



FUENTE: Tabla 16

TABLA 17: POBLACIÓN TOTAL CON MUESTRAS POSITIVAS A ESCABIOSIS SEGÚN LA EDAD Y EL SEXO

EDAD DE USUARIOS	SEXO MASCULINO		SEXO FEMENINO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
1 MES A 5 AÑOS	2	14.30	5	35.70	7	50.0
6 - 10 AÑOS	1	7.10	2	14.30	3	21.40
11 - 15 AÑOS	1	7.10	0	0.00	1	7.10
16 - 20 AÑOS	0	0.00	0	0.00	0	0.0
MAYOR DE 20 AÑOS	0	0	3	21.40	3	21.40
TOTAL	4	28.6	10	71.40	14	100.0

Fuente: Cédula de entrevista y Resultados obtenidos en el laboratorio

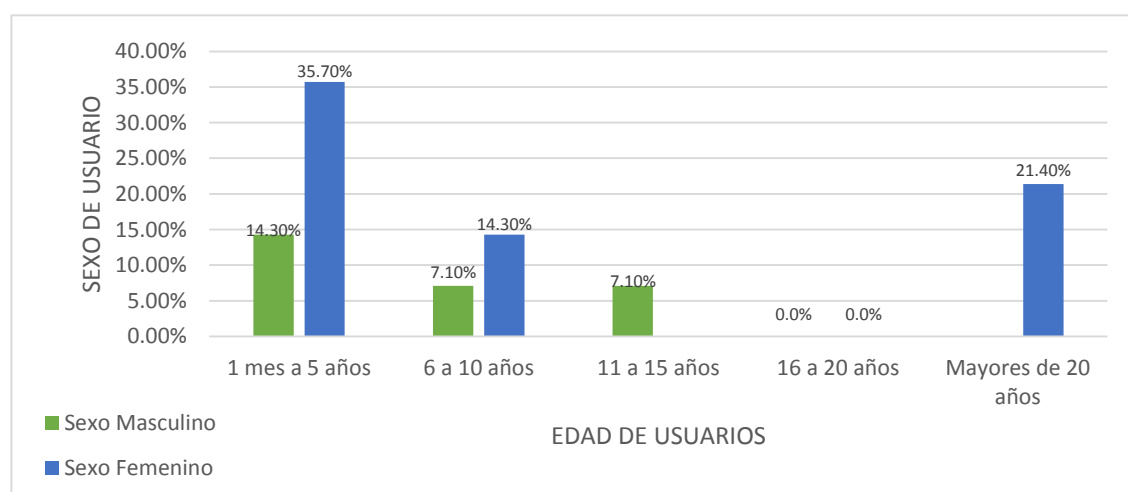
ANÁLISIS:

Se puede observar que del 100% (14) de Usuarios que dieron positivo a Escabiosis 71.4% (10) son del sexo femenino y 28.6 % (4) son del sexo masculino.

INTERPRETACIÓN:

El mayor porcentaje 71.40% son del sexo femenino y la edad que predomina es DE 1 mes a 5 años con un 35.70%, un 28.6% son del sexo masculino y la edad con un porcentaje mayor también es la de 1 mes a 5 años con un 14.30%

GRÁFICA 17: POBLACIÓN TOTAL CON MUESTRAS POSITIVAS A ESCABIOSIS SEGÚN LA EDAD Y EL SEXO



FUENTE: Tabla 17

TABLA 18: NIVEL EDUCATIVO DE LA POBLACIÓN ADULTA Y MADRES DE FAMILIA DE NIÑOS MENORES DE EDAD CON MUESTRAS POSITIVAS A ESCABIOSIS

NIVEL EDUCATIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1° - 6° GRADO	8	57.10
7° - 9° GRADO	6	42.90
TOTAL	14	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista y resultados obtenidas del laboratorio.

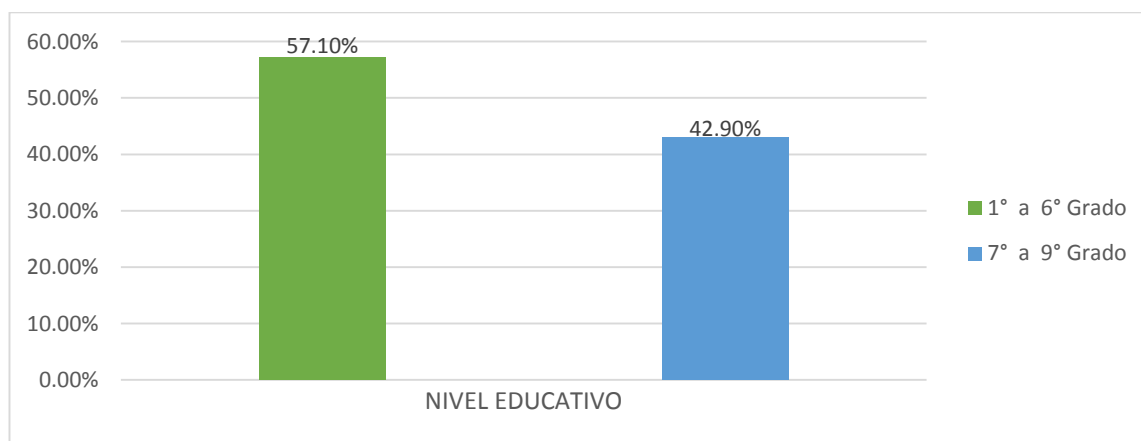
ANÁLISIS:

Se observa que un 57.10% tienen un nivel educativo de 1° a 6° y un 42.90% de 7° a 9°.

INTERPRETACIÓN:

Un 57.10% de los usuarios adultos entrevistados y de las madres de niños menores de edad tienen un nivel educativo de 1° a 6° grado. Se observa que la mayoría cuenta únicamente con educación primaria, lo cual refleja que la escabiosis es más frecuente en población con bajo nivel educativo.

GRÁFICA 18: NIVEL EDUCATIVO DE LA POBLACIÓN ADULTA Y MADRES DE FAMILIA DE NIÑOS MENORES DE EDAD CON MUESTRAS POSITIVAS A ESCABIOSIS



FUENTE: Tabla 18

TABLA 19: FACTORES DE RIESGO INVESTIGADOS EN LOS USUARIOS CON MUESTRAS POSITIVAS A ESCABIOSIS.

FACTORES DE RIESGO	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
CONTACTO CON ANIMALES	12	85.71	2	14.29	14	100.00
FAMILIARES CON ESCABIOSIS	9	64.29	5	35.71	14	100.00
PROCEDENCIA ZONA RURAL	10	71.43	4	28.57	14	100.00

FUENTE: Cédula de entrevista y resultados obtenidos en el Laboratorio

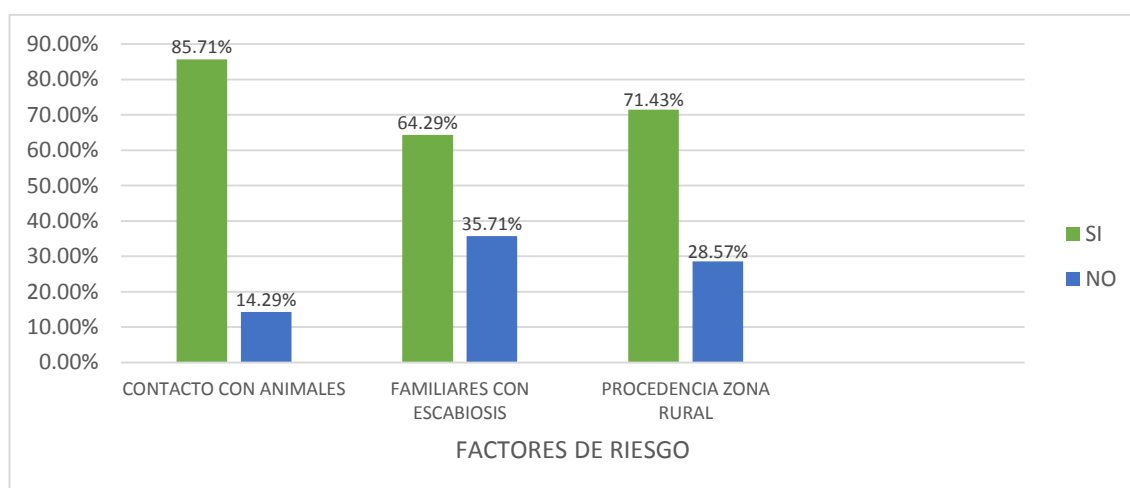
ANÁLISIS:

En la tabla anterior se observan los factores de riesgo para adquirir Escabiosis que se investigaron en los usuarios con muestras positivas a *Sarcoptes scabiei*, obteniendo los siguientes resultados: un 85.71% tienen contacto con animales, un 85.71% tienen una sola habitación en sus hogares, un 64.29% tienen familiares con Escabiosis, y un 71.4% proceden de la zona rural.

INTERPRETACIÓN:

Se observa que la mayoría de usuarios con muestras positivas a *Sarcoptes scabiei* tienen factores de riesgo para adquirir la enfermedad: predominando los factores de hacinamiento y contacto con animales ambos con un 85.71%, un 71.43 son de la zona rural y un 64.29% tienen o han tenido familiares con Escabiosis.

GRÁFICA 19: FACTORES DE RIESGO INVESTIGADOS EN LOS USUARIOS CON MUESTRAS POSITIVAS A ESCABIOSIS.



FUENTE: Tabla 19

TABLA 20: LESIONES OBSERVADAS EN LOS USUARIOS Y ESTADIOS DE *Sarcoptes scabiei* ENCONTRADOS EN LAS MUESTRAS OBTENIDAS DE ESAS LESIONES

TIPO DE LESIÓN OBSERVADA	ESTADIOS DE <i>Sarcoptes scabiei</i>				Total	
	Huevo		Adulto			
	F	%	F	%	F	%
Surco acarino	3	21.4	0	0.00	3	21.40
Vesícula perlada	1	7.10	1	7.10	2	14.30
Surco acarino y vesícula perlada	9	64.3	0	0.00	9	64.30
Total	13	92.90	1	7.10	14	100.00

FUENTE: Exploración física realizada a los usuarios y resultados de laboratorio

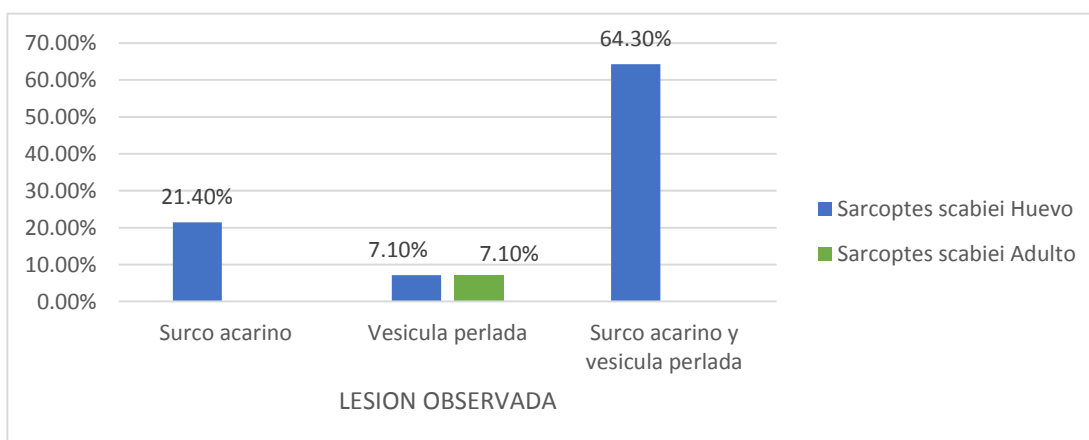
ANÁLISIS:

En la tabla 13 podemos apreciar que en el examen físico de los Usuarios con muestras positivas a Escabiosis un 64.3% (9) tenían dos tipos de lesiones: surco acarino y vesícula perlada, un 21.4% tenían solamente surco acarino y un 7.1 solamente vesícula perlada. Además se observa que el 92.9% de estadios de *Sarcoptes scabiei* encontrados en las muestras obtenidas de esas lesiones son huevos y solamente se encontró un parásito adulto 7.1%.

INTERPRETACIÓN:

Se observa que hay un predominio un 64.30% de usuarios con presencia de dos tipos de lesiones: el surco acarino y vesícula perlada, además el estadio de *Sarcoptes scabiei* encontrado en mayor cantidad fue huevo con un 92.90%

GÁFICA 20: LESIONES OBSERVADAS EN LOS USUARIOS Y ESTADIOS DE *Sarcoptes scabiei* ENCONTRADOS EN LAS MUESTRAS OBTENIDAS DE ESAS LESIONES.



FUENTE: Tabla 20

PRUEBA DE HIPÓTESIS:

Dado que el planteamiento o enunciado de las hipótesis está en función de porcentajes, entonces para comprobarla se utilizó la prueba estadística de la distribución de proporciones muestrales.

Paso 1: Establecimiento de hipótesis:

Hipótesis de trabajo $H_i: p > 0.20$

Hipótesis nula $H_o: p \leq 0.20$

Paso 2: Se estableció el nivel de significancia que fue de: 0.049 es decir con un 95% de confiabilidad, entonces $Z_t = 1.65$

Paso 3: Se calculó el valor de Z para la muestra, y dado que $n > 30$, entonces

$$Z_c = \frac{\hat{p} - p}{\sigma P}$$

Dónde:

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

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

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

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

n : es el tamaño de la muestra.

Sustituyendo:

$$\sigma P = \frac{\sqrt{p(1-p)}}{n} = \frac{\sqrt{0.20(0.8)}}{63} = 0.0504$$

$$Z = \frac{\hat{p} - p}{\sigma P} = \frac{14/63 - 0.20}{0.0504} = \frac{0.2222 - 0.20}{0.0504} = \frac{0.02}{0.0504} = 0.4409$$

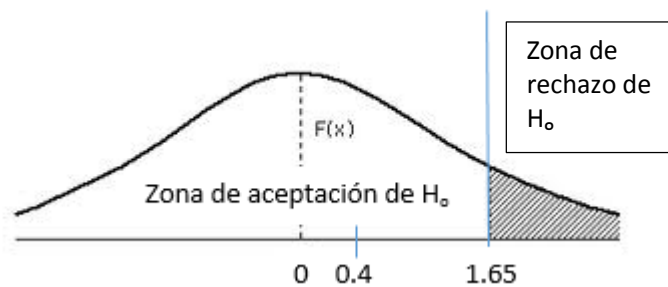
Paso 4: Regla de decisión.

Si $Z_c < Z_t$ se acepta H_0

Si $Z_c > Z_t$ se rechaza H_0

Paso 5: Decisión estadística:

Dado que Z_c calculado = 0.4409 es menor que Z_t tabla = 1.65, se acepta la hipótesis nula



Aceptar la hipótesis nula porque Z_c es menor Z_t

Que la prevalencia de Escabiosis en Usuarios que consultan en la UCSF de Tecapán estadísticamente es menor al 20%.

7. DISCUSIÓN

La escabiosis es una enfermedad parasitaria producida por el ácaro *Sarcoptes scabiei*.

Este trabajo se realizó con 63 personas que consultaron la UCSF Tecapán con el objetivo de determinar la prevalencia de Escabiosis en usuarios con lesiones dermatológicas características de la enfermedad.

Una limitante del presente estudio fue la escasa información teórica relacionada con la prevalencia de Escabiosis en El Salvador, existiendo un estudio realizado en Mercedes Umaña y Estanzuelas que se enfoca en los factores influyentes en la aparición de Escabiosis, mencionando la prevalencia de la enfermedad por el sexo y la edad de la población, sin información de las lesiones características de la Escabiosis.

En un reporte realizado por la división de epidemiología de la Secretaría de Salud en Tabasco estado de México en el año 2009 se encontró una prevalencia del 20%, esta es similar a la prevalencia encontrada en la presente investigación la cual es del 22.2%

En el presente estudio la mayor prevalencia fue para el sexo femenino coincidiendo con otro estudio realizado en Chile en 1987 donde se demostró una prevalencia del 24% con predominio del sexo femenino.

En este estudio se encontró que el 60.3% de los usuarios no tiene conocimiento de la Escabiosis estos resultados coinciden con los hallazgos encontrados en el estudio realizado en Mercedes Umaña y Estanzuelas en el año 2002 donde el 85.7% de la población no tenía conocimiento de la enfermedad.

En este estudio la prevalencia para el sexo femenino fue de 27.03% para el sexo femenino y para el masculino fue de 15.38% estos resultados obtenidos difieren con los de Mercedes Umaña y Estanzuelas donde la prevalencia para el sexo femenino 67.8% y para el masculino de 32.4%, coincidiendo solamente con el mayor predominio para el sexo femenino.

En la presente investigación se obtuvo una prevalencia para la zona rural del 25% y para la urbana un 17.39%

En esta investigación se evaluaron los factores de riesgo obteniendo los siguientes datos en los usuarios con muestras positivas a Escabiosis y se encontraron los siguiente factores de riesgo: contacto con animales un 85.71%, procedencia de la zona rural 71.43% y un 64.29% de usuarios tienen familiares con Escabiosis. (VER ANEXO 7)

8. CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos en la investigación “Prevalencia de Escabiosis en usuarios que consultan la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Tecapán” se concluye lo siguiente:

- Estadísticamente se aceptó la hipótesis nula: la prevalencia de Escabiosis en usuarios que consultan la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Tecapán es menor o igual al 20%.
- Se determinó mediante los criterios de la exploración física y resultado del laboratorio que la prevalencia de Escabiosis en los Usuarios que participaron en el estudio es de 22.22%.
- La prevalencia según el sexo es de un 27.03 % y un 15.38 % en el masculino.
- La prevalencia según la procedencia es de un 17.39 % de la zona urbana, y un 25 % de la zona rural.
- Según las edades establecidas en la investigación la mayor prevalencia de Escabiosis se obtuvo entre el rango de 1 mes a 5 años de edad con un 50%, esto es debido a que los niños están más expuestos a factores de riesgo como compartir cama, ropa, jugar con mascotas domésticas y mala higiene personal.
- En base a los resultados obtenidos en el laboratorio se encontraron los siguientes estadios de *Sarcoptes scabiei*: huevo 92.90% y adulto un 7.10%; no se encontraron los estadios de larva y ninfa.
- En los usuarios con muestras positivas a Escabiosis se encontraron los siguiente factores de riesgo: contacto con animales un 85.71%, y un 64.29% de usuarios tienen familiares con Escabiosis.
- Según la cédula de entrevista se obtuvo los siguientes resultados: un 39.7% sabe que es Escabiosis, un 19 % tiene conocimiento que el ácaro es un agente causal, un 33.30% sabe que la manifestación clínica de la Escabiosis es el prurito, un 55.7% son más vulnerables a adquirir la enfermedad porque no sabe cómo se transmite la escabiosis.

9. RECOMENDACIONES:

Al Personal de Salud de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Tecapán

- Educar a los usuarios a través del personal de salud sobre las principales manifestaciones clínicas de la Escabiosis, para que acudan de inmediato a la unidad de salud y se les brinde un diagnóstico oportuno.
- Implementar un programa educativo dirigido a los padres de familia para evitar en sus hijos los factores de riesgo que aumente la probabilidad de adquirir Escabiosis, además para que establezcan una vigilancia continua, apliquen medidas preventivas y en última instancia la obtención de un tratamiento oportuno.

A la población en general:

- Para que hagan conciencia de la importancia que tiene una buena higiene personal, evitar el contacto con animales domésticos, el hacinamiento y compartir ropa con familiares que tienen Escabiosis para evitar la transmisión del estadio adulto del parásito y así evitar la propagación de la enfermedad.

A los estudiantes de Licenciatura en Laboratorio Clínico:

- Para que realicen futuros trabajos sobre Escabiosis, le den seguimiento a los pacientes diagnosticados para conocer la evolución del tratamiento y así indagar si se obtuvo un resultado satisfactorio en la eliminación del ácaro.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rosa María Díaz Díaz, Carmen Vidaurrezaga y Díaz de Arcaya, Historia de la sarna, Historia de la Dermatología, 89,139, 2011.
2. Campillos Páez MT, Causín Serrano S, Duro Mota E, Agudo Polo S, Martínez Ramírez MO, Sánchez de la Nieta Martín JM. Escabiosis: revisión y actualización. Medifam. julio de 2002; 12 (7):40-54.
3. María de los Ángeles Roversi, MD, MSC, Guía para manejo de urgencias, Oficina de recursos educacionales, Federación Panamericana de asociaciones de facultades de Medicina, 1141.
4. Costa García ML, Rodríguez Heredia O, García Perera A, Rodríguez Escobar N. Aspectos epidemiológicos de la escabiosis infantil en el municipio Cabimas, estado Zulia, Venezuela. Revista Archivo Médico de Camagüey. abril de 2008; 12 (2).
5. Domínguez Rivera, Hilda Julia, Díaz Campos, Lilian Evelin. Factores influyentes en la aparición de escabiosis en las poblaciones de Mercedes Umaña y Estanzuelas [Tesis doctoral] El Salvador: Universidad de El Salvador; 2003.
6. Antonio Plascencio Gómez, Héctor Proy Trujillo, Claudia Calderón Rocher, Escabiosis una revisión dermatología cosmética, México Julio-Septiembre 2013,11-3,177.
7. Reyes H. y Neghme A. Sarna, otras acariasis y garrapatas, Atlas Neghme, Parasitología clínica. Tercera edición, 65: 540-552, 1991.
8. A.Ibarra, Escabiosis, Guías para manejo de urgencias ,2007,1141 <http://www.aibarra.org/Apuntes/criticos/Guias/Infecciosos/Escabiosis.pdf>
9. La sarna humana tiene su historia [Internet]. El Universal Cartagena. Recuperado a partir de: <http://www.eluniversal.com.co/columna/la-sarna-humana-tiene-su-historia>
10. Sarcoptes scabiei [Internet]. Wikipedia, la enciclopedia libre. 2014 [citado 21 de febrero de 2014]. Recuperado a partir de: http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Sarcoptes_scabiei&oldid=70811665
11. UCM FARMACIA DATOS, Parasitología, acariformes tema8.ucmfarmaciadatos.netai.net/Tercero/Parasitologia/tema%208.pdf.

12. Dra. Marisa Torres H., Parasitología, Pontificia Universidad Católica de Chile:EscueladeMedicinahttp://escuela.med.puc.cl/paginas/udas/Parasitologia/Parasitol_02.html
13. Domínguez Rivera, Hilda Julia, Díaz Campos, Lilian Evelin. Factores influyentes en la aparición de escabiosis en las poblaciones de Mercedes Umaña y Estanzuelas [Tesis doctoral] El Salvador: Universidad de El Salvador; 2003. 10
14. Marcos Silva, Microiología y Parasitología, 25 de noviembre de 2007 <http://sarcoptes-scabiei.blogspot.com/>
15. Aguado Taberné C, Del Pozo Guzmán R, García Aranda JM. Tratamiento de las infestaciones cutáneas. FMC 1996; 3 (9): 608-18.
16. Campillos Páez MT, Causín Serrano S, Duro Mota E, Agudo Polo S, Martínez Ramírez MO, Sánchez de la Nieta Martín JM. Escabiosis: revisión y actualización. Medifam. Julio de 2002;12(7):40-54.
17. Sarna o Escabiosis: Patogenia [Internet]. Sarna o Escabiosis. 2007 [citado 23 de febrero de 2014]. Recuperado a partir de: <http://sarcoptes-scabiei.blogspot.com/2007/11/patogenia.html>
18. Dra. Verónica Hitschfeld; Dra. Pamela Rojas G. ESCABIOSIS, APROXIMACIÓN CLÍNICA, *Medicina familiar* 92. <http://medicinafamiliar.uc.cl/html/articulos/092.html>
19. Sarna - Salud [Internet]. Kioskea Salud. [citado 23 de febrero de 2014]. Recuperado a partir de: <http://salud.kioskea.net/contents/250-sarna>
20. Sarna [Internet]. Wikipedia, la enciclopedia libre. 2014 [citado 23 de febrero de 2014]. Recuperado a partir de: <http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Sarna&oldid=72718153>
21. Galeon, Sarna Zoonótica y Humana, Escuela 11 melo, Sarna. <http://escuela11melo.galeon.com/sarna.htm>
22. Victor Alegre de Miguel, Aproximación al diagnóstico dermatológico, *Dermatología*. <http://www.uv.es/derma/Clindex/CL>.
23. Javier Benich, Sociedad Uruguaya de Pediatría, Escabiosis vol. <http://www.sup.org.uy/escabiosis.asp?iSelect=-184No4,3013>
24. María de los Angeles Roversi, MD, MSC, Guía para manejo de urgencias, Oficina de recursos educacionales, Federación Panamericana de asociaciones de facultades de Medicina, 1142

25. Head lice Clinical Knowledge Summaries Service. 2007 Apr.
http://www.cks.library.nhs.uk/head_lice

26. EnfermeriaUSACH, ESCABIOSIS, Prevención, blogspot, 2009,
http://escabiosis2009.blogspot.com/2009/05/prevencion_27.html.

LISTA DE FIGURAS

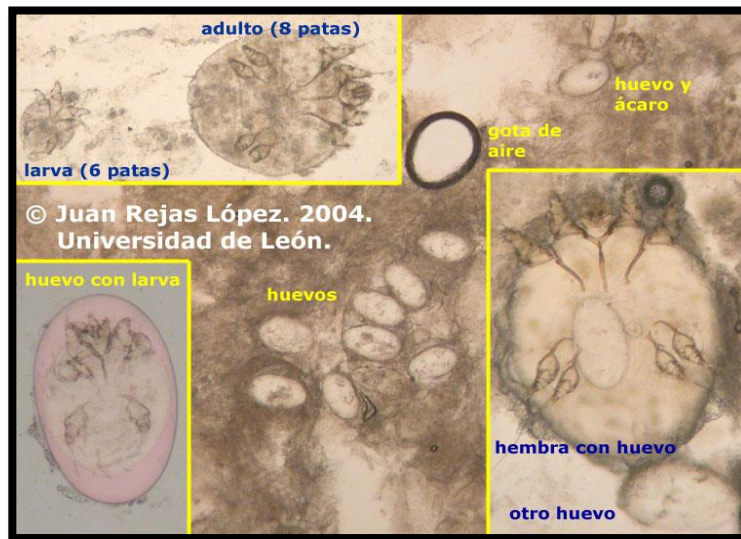


Fig. 1 Morfología de *Sarcoptes scabiei*

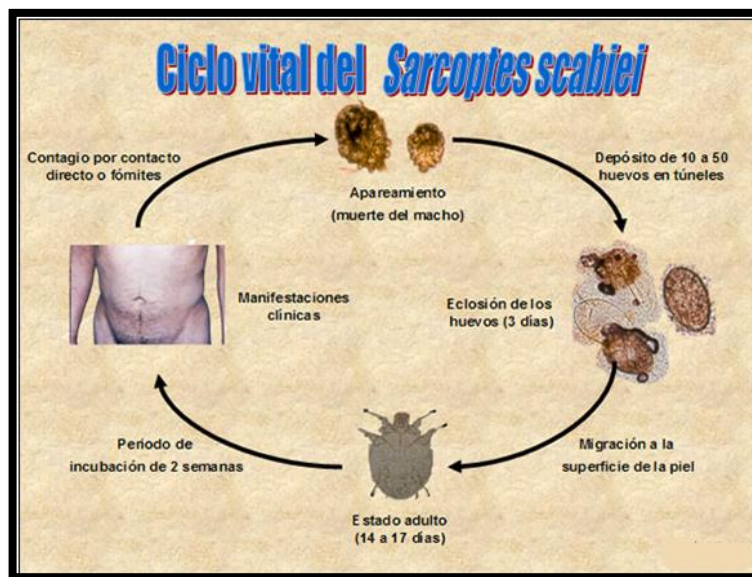


Fig. 2 Ciclo de vida de *Sarcoptes scabiei*

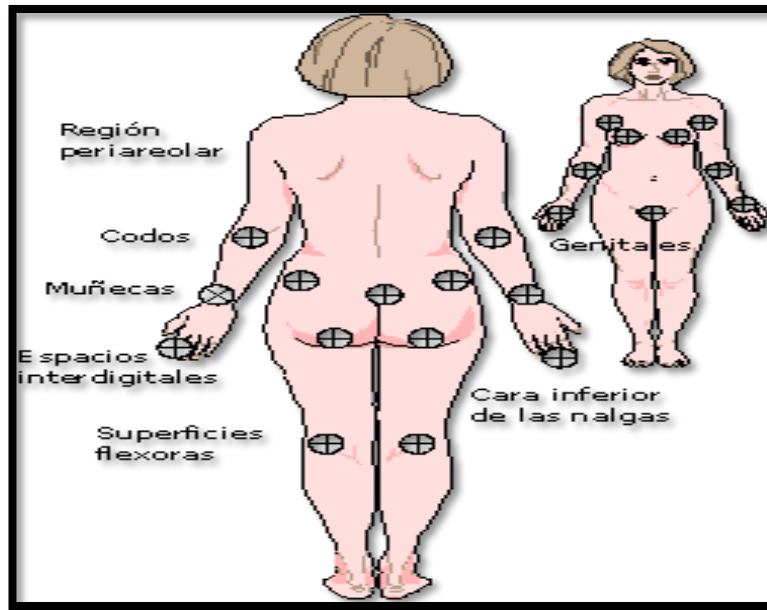


Fig. 3 Localizaciones más frecuentes en orden decreciente de las lesiones de escabiosis.



Fig. 4 Unidad Comunitaria de Salud Familiar Tecapán, donde se realizó la investigación.



Fig. 5 Grupo investigador con el Docente director



Fig. 6 Grupo investigador preparando el lugar para impartir charla a los usuarios de la UCSF Tecapán.



Fig. 7 Parte de los usuarios esperando que se imparta la charla



Fig. 8 Investigadora impartiendo la charla antes de la toma de muestra.



Fig. 9 Investigadora realizando la entrevista a usuarios sugestivos a Escabiosis.



Fig. 10 Investigadora pasando la entrevista a madre de posible caso positivo a Escabiosis.



Fig. 11 Investigadora tomando muestra usando la técnica del Ácaro-test.



Fig.12 Investigadora tomando una muestra en la región de la espalda en lesiones características de la enfermedad.

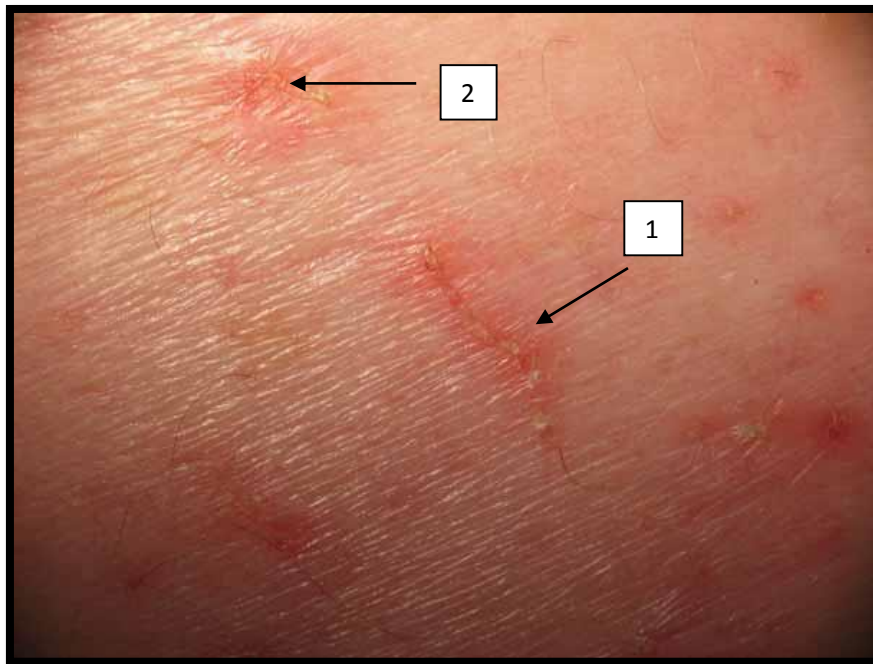


Fig. 13 Lesiones: Surco ácarino (1) signo patognomónico de la Escabiosis y vesícula perlada (2)



Fig. 14 Surco ácarino y vesículas son lesiones eritematosa

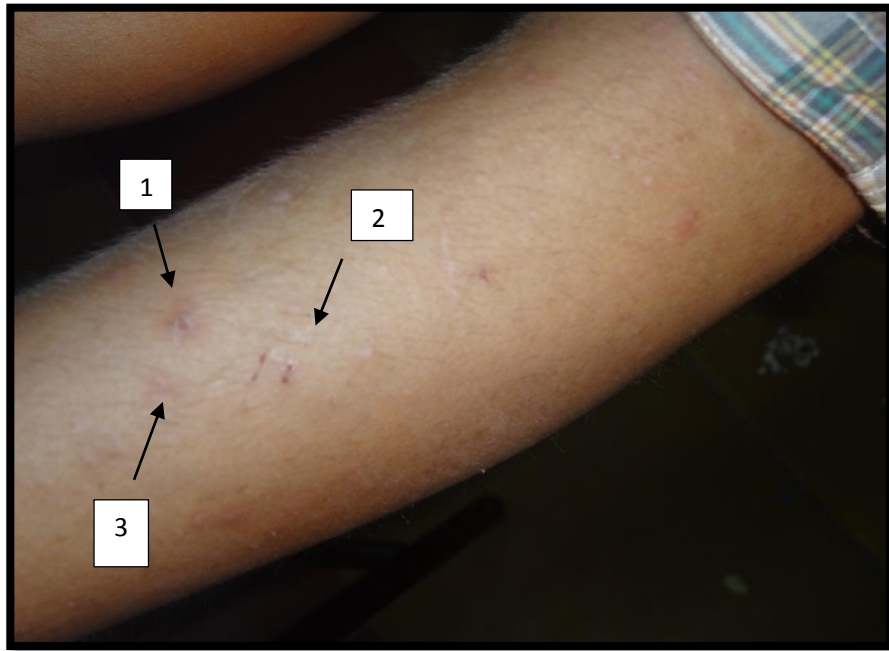


Fig. 15 Lesión de brazo: vesícula perlada (1), rasguño o rascado (2), surco acarino (3)



Fig. 16 Lesión vesicular en la región de axila una localización frecuente.



Fig. 17 Lesión en zona periumbilical



Fig. 18 Lesión en los pies, se observan varias vesículas perladas y rasguños por el rascado.



Fig. 19 Lamineros en los que se transportaron las muestras de lesiones de piel.



Fig. 20 Investigadoras observando al microscopio las muestras obtenidas en niños sospechosos de Escabiosis.



Fig. 21 Investigadora observando al microscopio las muestras obtenidas en Usuarios sospechosos de Escabiosis.



Fig. 22 Adulto de *Sarcoptes scabiei* de contorno oval, no tiene ojos. En su cara dorsal presenta espinas y pelos dirigidos hacia atrás.

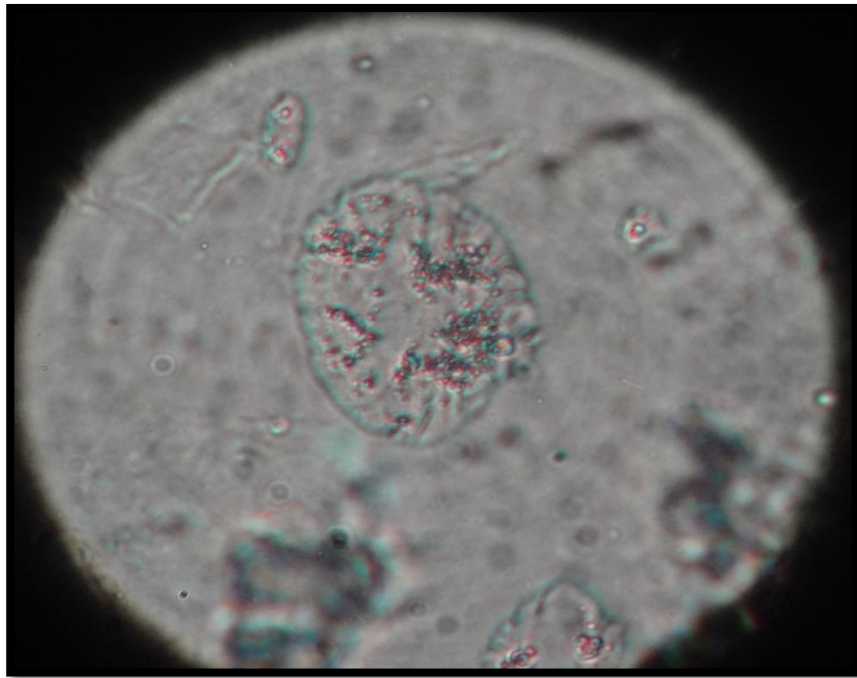


Fig. 23 Adulto de *Sarcoptes scabiei*

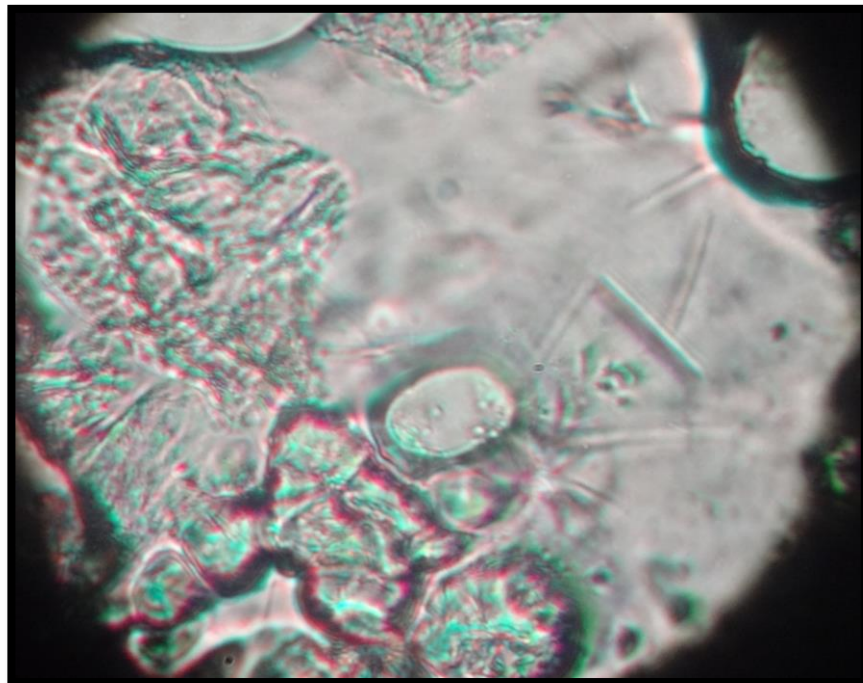


Fig. 24 Huevo de *Sarcoptes scabiei*

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA, LICENCIATURA EN LABORATORIO CLINICO

CÉDULA DE ENTREVISTA

OBJETIVO: Recopilar información que ayude al diagnóstico de nuevos casos de ESCABIOSIS y a conocer los posibles factores de riesgos que conllevan a adquirir esta enfermedad en usuarios que consultan la UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR TECAPAN, DEPARTAMENTO DE USULUTÁN.

DATOS DEL ENCUESTADO (A)

Nombre: _____ Edad: _____

Procedencia: _____ Sexo: F M

Número de personas que habitan la vivienda _____

Estado Civil:

Soltero (a) casado (a) acompañado (a) divorciado (a) Viudo (a)

Ocupación: _____ Nivel educativo: _____

1. Sabe que es la escabiosis

Si No

2. De la lista que se menciona a continuación, según su criterio el agente causal es:

Bacterias Piojos Garrapatas Pulgas

Ácaros Araña Mosquitos No sabe

3. Sabe usted como se transmite:

Si No

Si su respuesta es afirmativa, especifique: _____

4.Cuál de las siguientes manifestaciones clínicas, cree usted que causa la escabiosis

Fiebre Prurito Ardor Otros

5. Donde se localiza el parásito:

Cara Extremidades Tórax Genitales

Espalda Todas No sabe

6. Conoce usted los factores de riesgo que se relacionan con la escabiosis

Si No

Especifique: _____
(Animales, tipo de vivienda, hacinamiento, higiene y aseo personal, contacto sexual)

7. Algún miembro de su familia tiene o ha tenido escabiosis

Si No

Si su respuesta es afirmativa, diga quien la padece _____

8. Tiene animales en su casa

Si No

Si su respuesta es afirmativa mencione el tipo de mascota _____

9. Qué pasos ha seguido para eliminar los ácaros que producen la sarna

Lava la ropa diariamente Fumiga la habitación
No hace nada Acude a la Unidad de Salud

10. Ha recibido tratamiento

Si No

Si su respuesta es afirmativa, especifique: _____

ANEXO 2

Técnica de Toma de la muestra (ácaro – test)

- Se ubicaron las lesiones con erupciones recientes, en especial en zonas de pliegues (muñecas, codos, antebrazos, espacios interdigitales, axilas, espalda, región periumbílical, piernas, plantas de pies y tobillos), y rasparlas suavemente con el borde del portaobjeto (en ocasiones esto no es necesario).
- Una vez efectuado este procedimiento se tomó la cinta por los extremos, y se colocó en la zona raspada presionando suave y firmemente para asegurar adherencia del material desprendido, friccionando la cinta sobre las lesiones para obtener la mayor cantidad posible de escamas.
- Se colocó la cinta sobre el portaobjetos, cuidando de que no se arrugue o doble y se presionó con suavidad para asegurar su adherencia.
- Es aconsejable tomar más de una muestra de una misma lesión, así como efectuar el mismo procedimiento en otras regiones sospechosas.
- El material así obtenido se identificó y se transportó al laboratorio en un laminero.
- La lectura se efectuó en microscopio de luz, utilizando objetivos 10 x y 40 x, examinando a lo largo de toda la cinta en busca de algún estado vivo o muerto del ectoparásito: ninfas, hembras grávidas o huevos.
- Al identificarse algún elemento sospechoso y difícil de identificar por la abundancia de escamas, se utilizó objetivo 100 x.

ANEXO 3



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
LICENCIATURA EN LABORATORIO CLÍNICO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Respetable usuario de la Unidad Comunitaria de Salud Familia Tecapán reciba un cordial saludo.

La presente es para solicitar su autorización para la toma de muestra de raspado de lesión de piel, durante el periodo comprendido de mayo a julio del 2014 en las instalaciones de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Tecapán, de los cuales se le entregaran los resultados semanas posteriores a la toma de muestra, el objetivo de dichos análisis es para confirmar la presencia de *Sarcoptes scabiei* causante de la enfermedad Escabiosis. Diagnóstico del cual se hará de su conocimiento para evaluar un tratamiento más específico y exacto, luego del cual se le proporcionarán medidas de prevención y control.

Esperando contar con su valiosa colaboración, de antemano de le damos nuestro más sincero agradecimiento. Egresados de la carrera de Licenciatura en Laboratorio Clínico de la Universidad de El Salvador.

Usuario: _____

Egresado de la carrera de Lic. En Laboratorio Clínico _____



ANEXO 4

Universidad de El Salvador
 Facultad Multidisciplinaria Oriental
 Departamento de Medicina
 Licenciatura en Laboratorio Clínico

ENCUESTA ENTOMOLÓGICA

Departamento: _____ Municipio: _____

Cantón: _____ Caserío: _____

Nombre	Edad	Sexo	Estado Civil
Nombre	Profesión u Oficio	Tratamiento que se le da	

Condiciones de la Vivienda:

Número de habitaciones	Número de cama por habitación

Establecimiento de Salud más Cercano:

Sede del Promotor de Salud	Unidad de Salud	Hospital

Condiciones Climáticas

Clima		
Cálido	Frio	Templado

Criaderos de Animales:

Animal	Forma de tenencia	
	Suelto	Amarrado
Cerdos		
Caballos		
Conejos		
Gallinas		
Otros		

Datos de los Casos:

Nombre	Tiempo de inicio de la lesión en la piel	Tipo de lesión					Síntomas
		S	V	N	E	P	Prurito

S: Surco Acarino V: Vesícula perlada N: Nódulo Escabiotico E: Excoriaciones P: Pápulas

Otras características de las lesiones:

Nombre	Lesión Única	Lesión Múltiple	Localización

ANEXO 5

HOJA DE RESULTADOS DE EXÁMENES DE LABORATORIO

**LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA
"UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR"**

USUARIO: _____ EDAD: ____ FECHA: _____

Nº de expediente: _____

Prueba realizada: _____

Examen físico _____ raspado de la lesión _____

EXAMEN DIRECTO

RESULTADO: _____

OBSERVACIONES _____

Firma y sello del responsable de laboratorio.

ANEXO 6

GLOSARIO.

Ácaro: arácnido microscópico, generalmente parásito, portador de ciertas enfermedades, como el ácaro de la sarna.

Afección: enfermedad o dolencia de determinada parte del organismo.

Atopía: se refiere al tipo de mecanismo inmunitario que presentan las enfermedades atópicas (correctamente, enfermedades por atopía), las cuales constituyen un grupo de trastornos alérgicos mediados por el efecto y acción de anticuerpos IgE sobre las células.

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.

Cerda: Pelo grueso, duro y largo que tienen ciertos animales.

Cópula: Penetración del órgano genital del macho en el de la hembra.

Eritema: Enrojecimiento de la piel por congestión capilar.

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

Hacinamiento: es aquel fenómeno a partir del cual muchas personas conviven amontonadas en un espacio que sería ideal para menos.

Hexápodo: Que tiene seis patas.

Hipersensibilidad: se refiere a una 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).

Octópodo: (Octopoda, del griego, octó, ocho y podós, "pies") Que tiene ocho patas.

Patognomónico: se usa 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.

Piodermitis: Enfermedad cutánea causada por gérmenes piógenos, sobre todo por *Streptococcus* y *Staphylococcus*, incluyendo la erisipela, los flemones, los abscesos y las formas crónicas y vegetantes, aunque no las dermatosis sobreinfectadas. También se denomina piodermia.

Prevalencia: es el número total de personas que presentan síntomas o padecen una enfermedad durante un periodo de tiempo, dividido por la población con posibilidad de llegar a padecer dicha enfermedad.

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

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

Prurito: Picor; sensación particular que incita a rascarse.

Quelícero: Apéndice generalmente acabado en pinza de los dos que tienen algunos artrópodos, como la araña y el escorpión, delante de la boca; sirve para defenderse y atacar.

Reacción inflamatoria: es uno de los primeros procesos defensivos del cuerpo ante una agresión externa, ya sea por un agente químico o por virus o bacterias. Aumenta el flujo sanguíneo en la zona afectada para así transportar más células fagocitarias del sistema inmunológico. Se segregan histaminas y prostaglandinas.

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

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

ANEXO 7

Cuadro comparativo entre los resultados obtenidos en el presente estudio y otros realizados.

PARÁMETRO	RESULTADOS DEL ESTUDIO	OTROS ESTUDIOS
Prevalencia de Escabiosis	22.22 %	Tabasco, México en el año 2009 la prevalencia fue de 20% En Chile, 1987 demostraron una prevalencia del 24%
Prevalencia de Escabiosis según el sexo	Femenino 27.03%	En Mercedes Umaña y Estanzuelas en el año 2002, la prevalencia para el área rural fue de 72.4% y la urbana de 27.6 %
	Masculino 15.38 %	
Prevalencia de Escabiosis según la procedencia	La prevalencia de usuarios del área rural fue de un 25 % y la urbana 17.39%	En Mercedes Umaña y Estanzuelas también fue mayor la prevalencia para el área rural con un 72.4% y la urbana 27.6%
Conocimiento de los usuarios sobre la enfermedad.	Conocimiento de la población sobre Escabiosis 60.3% no tienen ningún conocimiento.	En Mercedes Umaña y Estanzuelas en el año 2002, demostró que un 85.7% de la población en estudio no tenían conocimiento sobre la escabiosis.

ANEXO 9

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS

MES		MAYO 2014				JUNIO 2014				JULIO 2014				AGOSTO 2014			
SEMANAS		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
ACTIVIDADES																	
1	Reunión con el Director de la UCSF Tecapán y con los promotores de salud, para solicitar autorización para realizar la investigación y ayuda para informar a los usuarios la fecha que se llevaría a cabo dicha actividad.																
2	Charla educativa, entrevista, examen físico y toma de muestras en la UCSF de Tecapán a los usuarios con lesiones dermatológicas sugestivas a Escabiosis																
3	Procesamiento de muestras obtenidas en la UCSF de Tecapán y clasificación de resultados																

4	Charla educativa, entrevista, examen físico y toma de muestras a los usuarios con lesiones dermatológicas sugestivas a Escabiosis en los ECOS: Paso Gualache y Chapetones de la UCSF Tecapán														
5	Procesamiento de muestras obtenidas en los ECOS Paso Gualache y Chapetones de la UCSF de Tecapán y clasificación de resultados														
6	Visita a la UCSF Tecapán para la entrega de resultados														

ANEXO 10

Prevalencia:

La prevalencia de una enfermedad es el número total personas que presentan síntomas o padecen una enfermedad durante un periodo de tiempo, dividido por la población con posibilidad de llegar a padecer dicha enfermedad. La prevalencia es un concepto estadístico usado en epidemiología.

Características de la Prevalencia:

- Es una proporción.
- No tiene dimensiones.
- Su valor oscila entre 0 y 1, aunque a veces se expresa como porcentaje.
- Es un indicador estático, que se refiere a un momento temporal.
- Indica la “carga o abundancia” del evento que soporta la población.

Fórmula: Prevalencia = N° de afectados / N° total de personas que pueden llegar a padecer la enfermedad x 100

Prevalencia: $\frac{\text{N}^\circ \text{ total de muestras positivas}}{\text{Total de muestras}} \times 100 =$

Sustituyendo = $\frac{14 \text{ muestras positivas}}{63 \text{ muestras del total de población}} \times 100 =$

0.22 X 100 = 22.22%.

Prevalencia de Escabiosis en usuarios que consultan la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Tecapán, Departamento de Usulután de mayo a julio de 2014 es del 22.22%

ANEXO 11

Presupuesto y financiamiento.

CANTIDAD	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
500	Fotocopias	\$ 0.03	\$15.00
50	Fotografías	\$0.40	\$20.00
15	Anillados	\$2.50	\$37.50
910	Impresiones	\$0.15	\$136.50
10	Bolígrafos	\$0.20	\$2.00
1	Resma de papel bon	\$4.00	\$4.00
10	Folder y Fastén	\$0.20	\$2.00
1	Computadora	\$300.00	\$300.00
30	Horas de Navegación en Internet	\$1.00	\$30.00
1	Corrector	\$1.00	\$1.00
2	Libreta de apuntes	\$1.00	\$1.00
1	Memoria USB	\$12.00	\$12.00
2	Sacapuntas	\$0.50	\$1.00
3	Lápiz	\$0.10	\$0.30
1	Borrador	\$0.50	\$0.50
2	Marcadores	\$1.00	\$2.00
2	Plumones	\$1.25	\$2.50
2	Cartulina	\$0.35	\$0.70
2	Pliegos de papel bond	\$0.25	\$0.50
1	Alcohol gel	\$1.00	\$1.00
1	Caja de guantes	\$11.50	\$11.50
1	Caja de mascarilla	\$10.00	\$10.00
10	Pago a digitadores	\$3.00	\$30.00
1	Rollo de papel toalla	\$1.25	\$1.25
4	Lápiz graso	\$2.50	\$10.00
10	Platos de comida	\$3.50	\$35.00
4	Transporte	\$60.00	\$240.00
5	Bolsas negras y rojas	\$1.00	\$5.00
1	Cinta de Celulosa engomada	\$1.00	\$1.00
2	Cajas de láminas porta objetos	\$7.00	\$14.00
	Imprevisto	\$300.00	\$300.00
	TOTAL		\$1,227.00

La investigación fue financiada por las estudiantes de la carrera Licenciatura en Laboratorio Clínico de la Universidad de El Salvador

- Claudia Lissette Benítez de González
- Claudia Patricia Reyes Torres
- Wendy Yesenia Sorto Salazar

