

UNIVERSIDAD CENTROAMERICANA
DE CIENCIAS EMPRESARIALES



Facultad de Ciencias y Tecnología
Carrera de Farmacia

*“Comportamiento y Tratamiento Farmacológico de
Las Personas Afectadas por la Escabiasis en el
Asentamiento Milogro de Dios del Distrito V de
Managua, Durante el Primer Semestre del 2002”*

(Tesis Para Oport al Titulo de Licenciado en Farmacia)

Autoras: Bra. Banui Schaiters Escorcía Schoeneich

Bra. Carolina José Urbina Caballero

Tutor Especialista :

Dr. Oscar Manuel Gómez Jiménez

Tutor Metodológico :

Dr. Pedro Rivera Mendoza

Managua, Nicaragua 2002

UNIVERSIDAD CENTROAMERICANA DE CIENCIAS EMPRESARIALES



FACULTAD DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA
CARRERA DE FARMACIA

**“COMPORTAMIENTO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE
LAS PERSONAS AFECTADAS POR LA ESCABIASIS EN EL
ASENTAMIENTO MILAGRO DE DIOS DEL DISTRITO V DE
MANAGUA, DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2002**

(TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE LICENCIADO EN FARMACIA)

AUTORAS: Bra. Banni Schailers Escorcía Schöeneich
Bra. Carolina José Urbina Caballero

TUTOR ESPECIALISTA: Dr. Oscar Manuel Gómez Jiménez

TUTOR METODOLOGICO : Dr. Pedro Rivera Mendoza

Managua, Nicaragua 2002

DEDICATORIA

Dedico esta tesis, a Dios, ser supremo que a sido tan maravilloso con migo, por darme tantas bendiciones.

A mis padres la Lic. Juana Rosa Schoeneich y Alfredo Escorcía por acompañarme y apoyarme incondicional mente en todos los momentos decisivos de mi vida desde mi niñez, brindándome siempre el amor y cariño que he necesitado.

A mis hermanos por el apoyo y comprensión que me han brindado siempre.

A mi esposo Rodrigo Alaniz por su cariño y el apoyo que me ha dado durante mi carrera.

BANNI SCHAILERS ESCORCIA SCHOENEICH

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a Dios por haberme ayudado en los momentos que mas necesite por darme lo maspreciado que tengo, mi familia por haberme dado fuerzas para poder levantarme de todo tropiezo y por permitirme llegar a este momento.

A mis padres y en especial a mi Madre la Lic. Andrea Rosalpina Caballero por haberme formado con tanto esfuerzo y dedicación, porque lo que soy ahora lo he logrado gracias a ella y le brindo este gran acontecimiento de mi vida donde culmina esta etapa.

A mis hermanos Leoncio José y Gabriela de Jesús Urbina Caballero y mi tía la lic. Maria del Carmen por que me brindaron todo su apoyo y cariño, me comprendieron y alentaron siempre y a su vez depositaron su confianza en mi.

CAROLINA JOSE URBINA CABALLERO

AGRADECIMIENTO

Agradecemos al Dr. Oscar Manuel Gómez Jiménez tutor de la especialidad por brindar su tiempo destinado a nuestro trabajo para la realización del mismo y por que siempre mostró su apoyo durante todo el trayecto universitario.

Al Dr. Pedro Rivera Mendoza tutor metodológico por sus aportes brindados en la revisión de nuestra investigación, ya que ayudo en gran medida para la culminación del trabajo que hoy presentamos.

Al Dr. Alvaro Banchs Fabregat rector de la Universidad Centroamericana de Ciencias Empresariales (UCEM), por dirigirnos en la formación educativa.

BANNI SCHAILERS ESCORCIA SCHOENEICH

CAROLINA JOSE URBINA CABALLERO

INDICE

CONTENIDO	PAGINA
Lista de Cuadro	i
Lista de Gráficos	iii
CAPITULO I: INTRODUCCIÓN	1
A. Selección del tema	2
B. Planteamiento del problema	3
C. Justificación	4
D. Objetivos	6
CAPITULO II. MARCO TEORICO	7
A. Antecedentes	7
B. Información general	11
C. Información sustantiva	16
CAPITULO III. DISEÑO METODOLOGICO	34
A. Área de estudio	34
B. Tipo de estudio	35
C. Universo y muestra.	35
D. Criterio de inclusión	36
E. Unidad de análisis	36
F. Procedimiento e instrumento	36
G. Procesamiento y análisis de la información	37
H. Operacionalización de variables	38
CAPITULO IV. PRESENTACION Y ANLISIS DE LOS RESULTADOS	40
A. Incidencia de Escabiasis en la muestra seleccionada	40

B. Condiciones Sociales e higiénico sanitarias de las viviendas de la población, Asentamiento Milagro de Dios, según la existencia de servicios básicos y su posible relación con la incidencia de escabiasis, Managua, 2002	42
C. Fármacos de mayor frecuencia utilizados para el tratamiento de la Escabiasis	46
D. Distribución de la frecuencia y periodo de uso del fármaco utilizado (por día)	49
E. Frecuencia, Acciones preventivas y alternativas de las personas estudiadas, ante los brotes de Escabiasis	52
CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	57
A. Conclusiones	57
B. Recomendaciones	59
VI. BIBLIOGRAFÍA	60
ACRONIMOS	62
GLOSARIO	63
ANEXOS	

LISTA DE CUADROS Y TABLAS

CONTENIDO	PAGINA
Cuadro No. 1. Operacionalización de variables	38
Tabla No. 1. Porcentaje de afectados con Escabiasis en el asentamiento Milagro de Dios, Managua, 2002	40
Tabla No. 1.1 Grupos por tamaños de miembros por vivienda	40
Tabla No. 1.2 Grupos de personas afectadas por vivienda	41
Tabla No. 2. Condiciones higiénico sanitarias de las viviendas de la población del Asentamiento Milagro de Dios, según la existencia de servicios básicos	43
Tabla No. 3. Condiciones de las viviendas del Asentamiento Milagro de Dios, según el tipo de materiales con que están hechas sus paredes Managua, 2002	44
Tabla No. 4. Condiciones de las viviendas del Asentamiento Milagro de Dios, según el tipo de piso con que están hechas, Managua, 2002	45
Tabla No. 5. Fármacos utilizados en el tratamiento de la Escabiasis en el Asentamiento Milagro de Dios, Managua, 2002	47
Tabla No. 5.1. Medicamentos utilizados por las personas que habitan en el Asentamiento	48
Tabla No. 6. Procedencia de los fármacos utilizados por las personas afectadas por Escabiasis en el Asentamiento Milagro de Dios, Managua, 2002	46
Tabla No. 7. Frecuencia de aplicación de fármacos por las personas afectadas por Escabiasis, en el Asentamiento Milagro de Dios, Managua, 2002	50
Tabla No. 8. Periodo de uso del fármaco por las personas afectadas con Escabiasis, en el Asentamiento Milagros de Dios, Managua 2002	51

Tabla No. 9 Acciones preventivas, tomadas por las personas afectadas en las viviendas estudiadas por Escabiasis en el Asentamiento Milagro de Dios, Managua, 2002	53
Tabla No. 10. Acciones alternativas, tomadas por las personas afectadas por Escabiasis en el Asentamiento Milagro de Dios, Managua, 2002	54
Tabla No. 10.1 Otras Acciones Alternativas	55
Tabla No. 11. Estructura familiar clasificados en grupos por número de miembros en una vivienda, afectados o no con Escabiasis	55
Tabla No. 12 Grupo de animales sinatropicos por viviendas	56

LISTA DE CUADROS Y TABLAS

CONTENIDO	PAGINA
Gráfico No. 1.1 Grupos por tamaños de miembros por vivienda	41
Gráfico No. 1.2 Grupos de personas afectadas por vivienda	42
Gráfico No. 2. Condiciones higiénico sanitarias de las viviendas estudiadas	43
Gráfico No. 3. Condiciones de las viviendas del Asentamiento Milagro de Dios, según el tipo de materiales con que están hechas sus paredes Managua, 2002	44
Gráfico No 4. Condiciones de las viviendas del Asentamiento Milagro de Dios, según el tipo de piso con que están hechas, Managua, 2002	46
Gráfico No. 5. Fármacos utilizados en el tratamiento de la Escabiasis en el Asentamiento Milagro de Dios, Managua, 2002	47
Gráfico No. 6. Procedencia de los fármacos utilizados por las personas afectadas por Escabiasis en el Asentamiento Milagro de Dios, Managua, 2002	49
Gráfico No. 7. Frecuencia de aplicación de fármacos por las personas afectadas por Escabiasis, en el Asentamiento Milagro de Dios, Managua, 2002	50
Gráfico No. 8. Período de uso del fármaco por las personas afectadas con Escabiasis, en el Asentamiento Milagros de Dios, Managua 2002	51
Gráfico No. 10. Acciones alternativas, tomadas por las personas afectadas por Escabiasis en el Asentamiento Milagro de Dios, Managua, 2002	54

CAPITULO I

CAPITULO I. INTRODUCCIÓN

La Escabiasis, "sarna", es una enfermedad que forma parte de uno de los principales problemas de salud, no solo en Nicaragua, sino también en el mundo, ya que produce tasas elevadas de morbilidad a sectores importantes de la población.

Pocos estudios han sido llevados a cabo en Nicaragua sobre esta enfermedad, por lo que el presente trabajo adquiere relevancia y novedad. Es el primer trabajo de campo sistematizado, que en su género se realiza para los barrios orientales de Managua.

Los problemas políticos acaecidos en Nicaragua durante la década de los 80s e inicios de los 90s, implicaron el surgimiento de nuevos asentamiento poblacionales originados por la migración del campo a la ciudad. Estos asentamientos poseen condiciones higiénico - sanitarias deplorables debido a la falta de recursos con que cuenta la población, ocasionando un ambiente propicio para el desarrollo del parásito transmisor de la enfermedad, por lo que se necesita ahondar más en este problema, crear políticas, normas de prevención y tratamientos para la población de manera que se reduzca la prevalencia de incidencia de la enfermedad.



A. SELECCIÓN DEL TEMA

La Escabiasis o sarna es una enfermedad de carácter contagioso conocida desde Hace mucho tiempo, probablemente a partir del siglo X; la produce un parásito que afecta la piel del hombre sin respetar sexo, raza o edad. Esta enfermedad se propaga con mayor facilidad debido a las condiciones antihigiénicas en que vive la población en determinados lugares. Por otra parte los tratamientos que se utilizan para afrontar esta enfermedad casi siempre no son los más adecuados. Por lo anterior, se seleccionó para el presente estudio el siguiente tema:

“COMPORTAMIENTO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR LA ESCABIASIS EN EL ASENTAMIENTO MILAGRO DE DIOS DEL DISTRITO V DE MANAGUA DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2002.”

B. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Nicaragua no se dispone de información suficiente para conocer el comportamiento de la Escabiasis. La inexistencia de normas de higiene y tratamiento efectivo para la Escabiasis, así como el hecho de que personas que conviven con el enfermo no tomen medidas necesarias para evitar el contagio, hacen imprescindible la elaboración del presente estudio que busque reflejar la realidad de esta enfermedad dando respuesta a las siguientes interrogantes: ¿Cuáles son los fármacos más usados en su tratamiento?, ¿Cuál es el comportamiento y prácticas de las personas al saberse enfermas de escabiasis?

Se espera que la solución a este problema traiga como consecuencia, la seguridad a las personas ya que muchas veces los pacientes de escabiasis o sarna, sienten vergüenza e inconscientemente pierden su autoestima.

C. JUSTIFICACIÓN

Desde el punto de vista analítico y prospectivo el presente trabajo será el primero que se realiza a nivel de campo y el tercero que a nivel de investigación formal se presenta en Nicaragua. Será también el primero que se lleva a cabo en el sector oriental de Managua, formando de esta manera el tercer estudio de la literatura médica de Nicaragua en este tema. Como trabajo práctico constituirá un elemento de información doméstico

El presente estudio reviste gran interés porque proporcionará al pueblo nicaragüense el conocimiento sobre el tratamiento de mayor eficacia y de ser posible a un menor costo, como son los fármacos de uso popular. De esta manera se contribuirá con el Ministerio de Salud (MINSAL) a mejorar la calidad de atención a los habitantes no solo del asentamiento Milagro de Dios, sino también a otros lugares afectados, mediante programas educativos de higiene y tratamiento farmacológico y a la vez es de utilidad para los brigadistas de salud como dato base en su previa capacitación. Los farmacéuticos ampliarán sus experiencias en el conocimiento de esta patología y uso de los fármacos, y en la Universidad es muy importante este aporte para sentar bases de información a estudiantes que deseen interesarse en el tema y opten por profundizar en él.

Muchas veces, las personas que padecen este mal, son rechazadas (y con cierta razón), en los centros de trabajos, con lo que se violentan los derechos humanos, el de la salud en primer lugar y del trabajo en el segundo y de igualdad en el



tercero del afectado, por lo que éticamente, para resolver el problema referido, se estará protegiendo esos derechos humanos fundamentales.

El presente tema es de gran importancia, ya que este es un problema que afecta a un buen sector de la sociedad, sobre todo a los grupos más vulnerables de la población que habita en los asentamiento humanos de Managua. También se aportará a mejorar los conocimientos higiénico - ambientales y sobre como tratar esta enfermedad que si bien no es mortal es muy molesta. La investigación generará conocimiento sobre la realidad de esta enfermedad en Nicaragua. El presente estudio esta íntimamente relacionado con las estrategias de salud publica en el mejoramiento de las condiciones higiénico sanitarias y de salud comunitaria.

Como resultado del trabajo se tendrá un buen conocimiento sobre las actitudes y prácticas de las personas ante la realidad de la escabiasis, sobre las costumbres de automedicación y sobre los fármacos utilizados para combatir la misma, por lo que servirá a la comunidad como fuente de información y al Ministerio de Salud para trazar estrategias de control y al sector farmacéutico para dispensar el medicamento más adecuado a la población menos favorecida.



D. OBJETIVOS

1. General.

Valorar las prácticas y el tratamiento farmacológico utilizado por personas afectadas por la Escabiasis en asentamiento Milagro de Dios, durante el primer semestre del 2002.

2. Específicos.

- a) Determinar los grupos mas afectados por la Escabiasis en el asentamiento Milagro de Dios
- b) Determinar las condiciones sociales e higiénico - sanitaria de la población del asentamiento.
- c) Identificar los fármacos utilizados para el tratamiento de la Escabiasis en el asentamiento Milagro de Dios.
- d) Identificar la frecuencia y periodo de uso del fármaco.
- e) Identificar las acciones de las personas estudiadas ante los brotes de Escabiasis.

CAPITULO II



CAPITULO II. MARCO TEORICO

A. ANTECEDENTES

La Escabiasis es una enfermedad cuyo conocimiento se remonta desde la más remota antigüedad. En la Biblia se dice que Satanás cubrió de lesiones intensamente pruriginosas de la cabeza a los pies a Job quien tomaba un trozo áspero de una tela consistente para rascarse con ella, sentado sobre cenizas. (Rassner Gernot, 1984, Valera, 1960).

Desde mucho antes de la presente era, Aristóteles conoció el parásito de la Escabiasis, en el siglo XII el árabe Avenzoar describió la enfermedad, pero fue hasta el renacimiento que se empieza a observar mayor interés por estudiar la enfermedad. En el siglo XVI Ambrosio Paré, consagró un capítulo a la dermatosis producida por parásitos en el hombre; en el siglo XVII, el británico Tomás Monfett supuso que la enfermedad la producían parásitos similares a los del queso. En 1685 el médico italiano, Giovanni N. Bonome, demostró la presencia del ácaro.

A medidas del siglo XIX la dermatología contaba ya con una base científica, alcanza la madurez necesaria para adquirir el rango de especialidad médica. La dermatología giraba en torno a dos grandes figuras, Robert Williams (1757-1812) y Jean Louis Alibert (1768-1837), quienes se interesaban en la patología cutánea. Alibert, clasificó diversas enfermedades cutáneas con el diagrama de un árbol al que llamó "Arbre des dermatosis". Estaba diseñado de forma que el tronco representaba la piel, las ramas representaban las enfermedades. Había 12 ramas que representaban 12 grupos de enfermedades de la piel:

1. Enfermedades de la Piel

- a) Dermatitis eczematosas.
- b) Dermatitis exantematosas.
- c) Dermatitis tiñosas.
- d) Dermatitis dactilarias.
- e) Dermatitis cancerosas.
- f) Dermatitis leprosas.
- g) Dermatitis verolosas.
- h) Dermatitis estrumosas.
- i) Dermatitis escabiosas.
- j) Dermatitis hematosas.
- k) Dermatitis Discromatosas.
- l) Dermatitis Heteromorfa.

Además de las enfermedades dérmicas indicadas, existen otras enfermedades que se mencionan en el tema.

Ferdinand Von Hebra (1816-1880), fundador de la dermatología moderna, demostraba siempre gran interés por los pacientes con enfermedades de la piel y desde 1841, dirigió la sala de servicio de sarnosos, a todos los pacientes afectados de lesiones cutáneas se les consideraba sarnosos, en la escuela de Viena.

En 1844, Hebra realiza un estudio exhaustivo de la literatura dermatológica, comprobando la existencia de mucha información errónea respecto al ácaro



arador de la sarna. Comenzó a experimentar sobre sí mismo y en otras personas con el *Sarcoptes scabiei* observando alteraciones primarias y secundarias. Aunque muchos habrán reconocido la presencia del ácaro en la sarna, nadie quería admitir su correlación con la sarna. Hebra llegó a las siguientes conclusiones:

1. Todo aquel sobre cuya piel asienta el ácaro *S. scabiei* contrae la sarna.
2. El cuadro desaparece cuando se destruye el ácaro y sus huevos.
3. Las irritaciones químicas calóricas pueden producir diversas manifestaciones de la enfermedad como hiperemia, exudaciones, nódulos, ampollas, pústulas, eczemas al irritarse los sensitivos vasos capilares y otros tejidos de la piel.
4. La irritación de la piel puede transmitirse a un lugar distante de la misma a través de reflejos nerviosos.

Estos estudios revolucionaron las ideas acerca del molesto parásito, pero pasarían varias décadas antes de que todo el mundo se convenciese.

En 1845 se da comienzo a la dermatología como disciplina independiente. Por otra parte, en la escuela francesa, Ernest Bazin (1807-1878) emprendió como Hebra el estudio de la sarna, demostró la construcción de galerías por los ácaros en la zona de predilección y recomendó untar todo el cuerpo con unguento de azufre, creía que las erupciones de la piel solo eran síntomas. Alfred Ardy (1811-1893) contemporáneo de Bazin, expuso sus ideas acerca de las causas parasitarias de las enfermedades de la piel, defendiendo su posición frente a los ataques de Deberjje, quien creía que el arador de la sarna no era su agente causante. Ardy



con su concepto de las enfermedades de la piel creía que la erupción comportaba un estado patológico inseparable del paciente, en 1946 Heilesen descubre el ciclo del parásito (Lain, 1971).

En lo que se refiere a Nicaragua, pocos estudios han sido realizados sobre esta penosa enfermedad y su parásito (Rivera 1978, Flores y Contreras, 1989, Arróliga y Molina, 1993). En 1981, la sarna ocupa lugares importantes de incidencias, en 1982 ocupó el primer lugar con respecto a las enfermedades dermatológicas reportadas en el país. En 1985 ocupó el sexto lugar, y desde ese año ha tenido un incremento hasta alcanzar un segundo lugar en 1989 (Flores, 1993). Lo que hace más urgente estudiar más a fondo este problema.

B. INFORMACION GENERAL

1. Enfermedades de la Piel

En lo que a extensión mundial se refiere, las enfermedades de la piel más comunes son probablemente de origen infeccioso. Pueden ser causadas por parásitos, virus, hongos y bacterias; y pueden estar estrechamente relacionadas a la ausencia de agua para lavarse, mala higiene, comunidades sobrepobladas y baja inmunidad, no solamente en lo que respecta a las infecciones, sino también a desnutrición, deficiencia de vitaminas o trastornos metabólicos, como por ejemplo diabetes. Las manifestaciones cutáneas son usualmente agudas pero también pueden ser subagudas o crónicas como es la lepra una enfermedad que se transmite a través del contacto íntimo y prolongado con lesiones de evolución lenta. En comparación con esta última, las infecciones por herpes simples se caracterizan por lesiones recurrentes asociadas a baja inmunidad del individuo. El modo de transmisión varía dependiendo del agente causal, puede ser transmisión respiratoria por gota de saliva, como en los exantemas virales o las enfermedades virales sistémicas, por contacto directo de persona a persona, por medio de animales o suelo contaminado, así como por contacto con el material de las lesiones de la piel. Algunas lesiones son altamente contagiosas y pueden iniciar epidemias en las guarderías, las escuelas, cuarteles, internados, prisiones, hospitales, vecindades u otros lugares, haciendo necesario adoptar medidas de salud pública tales como los casos infectados, profilaxis, tratamiento de los casos y sus contactos y supervisión de los locales. Ejemplo de estas enfermedades son



el impétigo, escabiasis, los piojos y la micosis del cuero cabelludo los cuales afectan usualmente a niños en edad escolar y a grupos familiares. Las enfermedades exantemáticas hacen necesario retirar a los niños del contacto colectivo, por lo que su diagnóstico es importante. En algunos de estos casos, son necesarias medidas adecuadas de vacunación. El correcto examen de los pacientes con enfermedades de la piel es el factor más importante para un diagnóstico seguro. El examen debe ser completo y el profesional de la salud debe considerar que las enfermedades de la piel pueden provocar una respuesta sistémica o que una enfermedad sistémica puede tener manifestaciones de la piel. El tipo de lesiones (pápulas, vesículas, pústulas, costras, lesiones ulcerosas), su distribución (solitaria, agrupada, diseminada), y los síntomas asociados (dolor, picazón, quemaduras), son sugestivos de enfermedades específicas cuando se analizan como un todo. El examen de los padres o de los parientes que actúan como jefes de familias, la evaluación de las condiciones socio-económicas y del estado nutricional son también elementos necesarios. Otro aspecto importante y a su vez de necesaria consideración son las infecciones de la piel causadas por parásitos como son: Los piojos de la cabeza cuyo agente etiológico es el *Pediculus humanus*, var. *capitis*, el cual las infecciones causadas por el mismo se caracterizan por prurito en el cuero cabelludo, primariamente en las regiones occipital, retroauricular y cervical posterior. El diagnóstico puede hacerse a través del hallazgo de los piojos o de las "liendres" (huevos) en las áreas mencionadas, en las infestaciones recurrentes, estos pueden ser vistos de 3 a 4 milímetros

separados del cuero cabelludo, las excoriaciones y las lesiones provenientes de las picaduras en la región cervical posterior son signos de infestación, en niños pequeños se ven frecuentemente síntomas de eccemas y de infección secundaria la transmisión se da usualmente por contacto directo de persona a persona, pero puede ocurrir también a través de fundas de almohadas, toallas, sombreros y peines contaminados (Strauss, 1996).

La sarna o Escabiasis cuyo agente etiológico es el *S. scabiei*, var. *hominis*, se conoce entre el vulgo con los nombres de "roña" y "jiricua" y es sumamente contagiosa si existe un contacto personal lo suficientemente prolongado, es una enfermedad familiar y lo más frecuente es que los mayores la introduzca al hogar, o que las niñeras enfermas contagien a los niños pequeños. La sarna o Escabiasis es una parasitosis conocida desde tiempos remotos, cuya incidencia a través del tiempo ha sufrido grandes variaciones sin que se haya determinado exactamente el motivo. A partir de hace unos 10 años ha vuelto a tener un notable incremento mundial, incluyendo a Nicaragua donde alcanzó su grado máximo en los años 1972, 1973 y 1974, en efecto como entidad nosológica, ocupó el primer lugar en las consultas dermatológicas generales, representando más o menos el 10 % de los pacientes con problemas cutáneos. La atención médica especializada se hace necesaria casi exclusivamente en los casos críticos en los que se dificulta establecer el diagnóstico por concurrencia de otros padecimientos o por tratamientos inadecuados con base a un diagnóstico erróneo en relación con infantes y niños pequeños, las madres deberían ser examinadas ya que

generalmente presentan lesiones en los antebrazos y el abdomen, incluso en ausencia de prurito, ayuda a establecer el diagnóstico. (Navarro,1976).

2. Datos sobre los conceptos Dermatológicos

Los datos sobre los conceptos dermatológicos populares se distribuyen en tres grupos:

- a) **Nosologías**, cuando fue posible constatar que los signos invariablemente caracterizaban a las misma enfermedad.
- b) **Sintomas**, cuando se trata de manifestaciones o alteraciones dermatológicas secundarias, o derivan de otro tipo de trastorno no dermatológico.
- c) **Accidentes**, cuando son resultados de traumatismo, picaduras o quemaduras.

Tanto la sarna como la disipela, hongos (pie de atleta o mazamorra) son las enfermedades más frecuentes e importantes, especialmente la sarna que es la más difundida como enfermedad dérmica infecciosa en una proporción significativamente mayor que las mencionadas anteriormente. En Estudios realizados en Chiapas, México, la afección más frecuente fue Sarna, siendo esta 8 veces más frecuente debido al deterioro acelerado de las condiciones de vida de la mayoría de los Mexicanos que ha impactado negativamente la situación de salud de la población. En lo que se refiere a la terminología empleada por los terapeutas tradicionales, se observó que los términos "granos", "nacidos" e "hinchazones" corresponden a diversas características de las infecciones cutáneas. La denominación grano se aplica fundamentalmente a furúnculos, nódulos y pápulas. Hinchazón es un término ambiguo que indica las

complicaciones que con frecuencia sufre el proceso infeccioso. La sarna designa a la nosología reconocida por la medicina institucional como resultado de la parasitosis causada por un ácaro, *S. scabiei* var. *hominis*, disipela es la contracción y alteración de la palabra erisipela y designa a las infecciones producidas por *Streptococcus erysipelatis*, todos los padecimientos que en medicina institucional corresponde a las micosis se reconocieron como enfermedades causadas por hongos, la mazamorra, ocupa un lugar importante dentro de las enfermedades dermatológicas en particular en las zonas de clima cálido. Existen ciertas plantas que se emplean en los tratamientos dermatológicos tradicionales como la "Sosa, el Ártica, la hoja de Cáncer, la malva, la zábila (*Aloe vera*) y el sanalotodo." Constituyendo a su vez especies ampliamente utilizadas en la medicina tradicional de todo México (Zurita, 1986).

Las enfermedades de la piel son extremadamente frecuentes dentro de la atención primaria de salud. El examen correcto y completo de los pacientes es el factor más importante para asegurar un diagnóstico y tratamiento apropiado. Algunas enfermedades de la piel son contagiosas por contacto directo, otras son transmitidas por vectores, por transmisión respiratoria, por animales o a través del suelo contaminado y del material de otras lesiones. Otras no son contagiosas del todo tales como los trastornos de pigmentación (albinismo), las lociones, cremas, ungüentos, pastas, polvos, vendajes o baños tienen muy diferentes indicaciones dependiendo de la localización, el estadio y el tipo de lesiones. (Strauss, 1996).



C. INFORMACION SUSTANTIVA

1. Sarna Humana o Escabiasis:

a) Definición

La sarna humana es una afección parasitaria de la piel muy contagiosa, provocada por el *S. scabiei*, var. *Hominis*. Aún cuando existen variedades de esta misma especie que atacan a los animales domésticos (var. *cati*, *canis*, *suis*, *equis* y otros). La variedad *Hominis* es la única que afecta al hombre y es tan pequeño que se necesita un microscopio para verlo, estos pequeños parásitos, insectos o ácaros hacen un túnel en la capa más superficial de la piel donde viven y se reproducen. Se manifiesta la presencia de prurito o picor, el cual es predominante debido a una reacción alérgica al parásito que tarda en mejorar pese a que los insectos ya están muertos al haber aplicado un adecuado tratamiento. (Cardama, 1975).

b) Patología

Las lesiones cutáneas se desarrollan rápidamente, debido a lo corto del ciclo vital del ácaro y a la rapidez con que se producen nuevas generaciones. Estos ácaros pueden excavar túneles en la piel en cualquier parte del cuerpo, pero las regiones preferidas son los espacios interdigitales, el dorso de las manos, codos, axilas, ingles, pezones, región umbilical, pene, omoplatos, región lumbar y los glúteos. Los túneles son excavados en la epidermis y se abren al exterior o a través de la capa córnea, y aunque su trayecto es mas o menos paralelo a la superficie, su extremo interior está situado un poco más profundamente que la porción cercana



al orificio. Al mismo tiempo que los ácaros se alimentan de los tejidos van depositando en los túneles pequeñísimas partículas de excretas, que son las que según se cree provocan la formación de vesículas y producen esa comezón que se intensifica con el calor y sudación de la región afectada. (Farr, 1974).

c) Sintomatología

Picor especialmente de noche.

Rayas delgadas en forma de lápiz sobre la piel.

Raspaduras.

Desgastes en la piel debido a los rasguños y rascados. (Farr, 1974)

d) Rasgos Clínicos

La sarna se caracteriza por unas lesiones papulares pruriginosas sobre unos túneles que albergan al ácaro hembra y a sus crías, los cuales invaden principalmente los espacios interdigitales de las manos las muñecas, los pliegues de los codos, las axilas, los pezones, la región umbilical, los genitales y los glúteos. Las madrigueras forman lesiones macroscópicas que son clínicamente características ligeramente elevadas, grisáceas, rectas, tortuosas o con líneas punteadas en la piel, en el lugar de penetración puede producirse una vesícula o pústula, especialmente en los lactantes y niños ya que la epidermis es delgada, la circulación periférica es débil, la transpiración es limitada o ausente en algunas áreas, la grasa subcutánea es delgada, los anexos cutáneos son inmaduros el sistema inmunológico es inmaduro. Los parásitos o ácaros se difunden más sobre la piel de los bebés ocasionando granos sobre el tronco o ampollas pequeñas

sobre las palmas de las manos y plantas de los pies. En niños pequeños aparecen granos en la cabeza, cuello, hombros, palmas de las manos y planta de los pies, en niños mayores los granos aparecen en manos, muñecas y abdomen. La erupción varía considerablemente según los casos de acuerdo cómo se ha producido la infección, el grado de limpieza personal, la duración y tratamiento que ha sido aplicado en aquellos que se bañan frecuentemente es raro que la erupción sea acentuada; el diagnóstico clínico suele hacerse por la distribución del prurito y por unas pocas lesiones papulosas. Cuando la enfermedad persiste por largo tiempo se está expuesto a la furunculosis, así como la eczematización, impétigo y liquenificación (Domonkos, 1984).

e) Epidemiología

La sarna del hombre se adquiere comúnmente por contacto con personas infectadas de piel a piel, sus vestidos, ropas de cama, toallas contaminadas con hembras adultas del ácaro o con sus huevos, larvas y ninfas. Hay que decir que no respeta edad, sexo ni raza aunque la falta de higiene, la promiscuidad, las catástrofes, guerras, y especialmente las situaciones de hacinamientos favorecen su expansión. Es una enfermedad característica del trópico y subtropico no negando con ello su distribución universal, es una de las más frecuentes de todas las dermatosis, no existe inmunidad hasta el momento conocida, ya que el haber tenido sarna previamente no confiere inmunidad, los insectos o ácaros pueden pasarse de una persona a otra o en un sentido u otro, en una familia o guardería mientras haya una persona con la infección activa. El período de transmisión

persiste mientras no se destruyan los ácaros o parásitos y sus huevos, no se sabe que exista resistencia al tratamiento, sin embargo el ácaro solo sobrevive tres o cuatro días fuera de la piel humana (Flores Cárdenas Ivania, 1993).

f) Diagnóstico

Suele basarse con la presencia de una erupción que no pica durante el día pero terriblemente pruriginosas durante la noche. La erupción no afecta la cara ni el cuero cabelludo de niños y adultos. El prurito de los pezones en las mujeres, asociado con una erupción prurítica generalizada y papulosa es característico de la sarna; en tanto que en los hombres son igualmente típicas las papulas pruriginosas en el pene y en el escroto, asociadas con un prurito generalizado. La sospecha de sarna se despierta cuando aparece picor en otros miembros de la familia.

El diagnóstico positivo solo se obtiene con la demostración del ácaro bajo el microscopio, usando un objetivo de poco aumento. La tarea preliminar para encontrar el *Sarcoptes* es descubrir un surco habitado y observar la posición del ácaro; esto se obtiene con el rascado con una aguja de Hagedorn. El ácaro se encuentra en el extremo ciego del túnel y puede ser localizado con una lente de aumento y una luz potente, como una diminuta manchita brillante con márgenes oscuros. El túnel puede ser abierto suavemente por medio de la aguja, la cual es introducida por el extremo libre. La aguja se empuja a lo largo del túnel paralelamente a la superficie hasta que la punta toca el parásito. Este puede ser transportado a un porta objeto y examinado directamente. (Domonkos, 1984).

g) Tratamiento

Se han utilizado múltiples tipos de tratamientos para inhibir la acción del parásito tanto el ácaro adulto, larvas y ninfas así como sus huevos, sin embargo, (Goodman y Gilman 1978) recomiendan que el tratamiento de elección se efectúe con gamma –hexacloruro de benceno o lindano y se encuentra en crema, loción, emulsión al 1%.

COMPOSICION

SCABISAN

Crema

Cada 100 g contienen:

Lindano (gamma hexaclorociclohexano) _____ 1.0 g

Excipiente, c.b.p _____ 100 mg

SCABISAN

PLUS

Emulsión (Bencilo – Lindano)

Cada 100 ml contienen:

Lindano _____ 1.0 g

Benzoato de Bencilo _____ 25.0 g

Vehículo, c.b.p _____ 100 ml

SCABEXYL

Loción (Lindano)

Cada 100 ml contienen:



Lindano 1% U.S.P (hexacloruro de gamma benceno)

Excipiente, c.b.p 100.0 ml, en una base no grasosa.

MECANISMO DE ACCIÓN

El isómero gamma del hexaclorociclohexano se denominó de modo usual hexacloruro de gamma benceno, el cual fue un nombre equivocado, ya que no hay un anillo de benceno presente en este compuesto. El Lindano es un pediculicida eficaz.

Los estudios de absorción percutánea utilizando una solución Lindano en acetona, han demostrado que se absorbe casi 10% de una dosis aplicada al antebrazo, para excretarse posteriormente en la orina en un período de 5 días.

Las concentraciones séricas después de la aplicación de una loción comercial de Lindano alcanza su máximo en 6 horas y disminuye posteriormente, con una vida media de 24 horas.

Después de su absorción, el Lindano se concentra en tejidos grasos incluyendo el cerebro.

Estudios toxicológicos han demostrado que el Lindano es potencialmente tóxico al SNC y se absorbe por la piel, demostrándose que el potencial de toxicidad en niños es más elevada, reportándose convulsiones después del uso de Lindano, sin embargo, la causa y el efecto no se han podido establecer.

El uso asociado con cremas, ungüentos y aceites podrían aumentar su absorción percutánea (Katzung, 1999)



INDICACIONES

Es un parasiticida y ovicida que está indicado en el tratamiento de la Escabiasis (*Sarcoptes scabiei*) y pediculosis; Piojos de la cabeza (*pediculus capitis*), piojos del cuerpo (*pediculus corporis*), ladillas (*phthirus pubis*) y sus liendres.

MODO DE EMPLEO

Administrar primeramente baño caliente con jabón suave, una vez seca la piel extender la emulsión, loción, crema en las regiones afectadas cuidando de no dejar sitio enfermo sin cubrir, pasada las 12 horas nuevamente baño caliente y jabonoso, y se aplica 1 vez al día antes de acostarse durante 4 días consecutivos y es utilizado en lactantes y niños. Tratar a todos los miembros que se sospechen afectados.

Repetir la administración en caso necesario a los 8 días.

En caso de ocurrir ingestión accidental, se recomienda rápido lavado gástrico, procurando eliminar del cuerpo grandes cantidades del intoxicante. Sin embargo, considerando que los aceites favorecen la absorción de Lindano, se recomienda la administración de purgantes salinos para la evacuación intestinal, en vez de laxantes oleosos. Las manifestaciones del SNC pueden ser antagonizadas por la administración Pentobarbital o Fenobarbital.

PRESENTACION

Caja con tubo con 60g.

Frasco con 120 ml

Frasco (loción) 59 ml



h) Fármacos más comunes

Entre los fármacos más comunes utilizados para el tratamiento de la Escabiasis se tienen:

1) BENZOATO DE BENCILO

COMPOSICIÓN

Bencilo, Benzoato _____	25g
Trietanolamina _____	1.4 ml
Acido Oleico _____	2.23g
Salicilato de metilo _____	0.532ml

Vehículo y conservadores, C.S

MECANISMO DE ACCIÓN

Es efectivo como pediculicida y escabicida, por lo general ha sido desplazado por el Lindano.

Se desconoce su mecanismo de acción, pero probablemente se debe por una descomposición del Benzoato de Bencilo en ácido benzoico y alcohol bencílico provocando una alteración del pH haciéndose un medio más ácido, provocándole a la piel irritación e hipersensibilidad. Al aplicar Benzoato de Bencilo sobre la piel se distribuye en el tegumento del ácaro pasando por el SNC del parásito provocándole paralización y luego la muerte (Katzung, 1999)

INDICACIONES

Sarcoptes scabiei (sarna) y pediculosis en general (ladillas), piojos, liendres etc.



MODO DE EMPLEO

Benzoato de Bencilo en loción al 25%, se aplica 1 vez al día antes de acostarse en el área afectada durante 4 días consecutivos y es utilizado en los lactantes y niños.

Los pacientes con sarna deben bañarse para remover restos de piel seca y luego aplicar la loción desde el cuello a los dedos de las manos y los pies, Ombligo y pliegues.

Al secarse la piel aplicarlo por segunda vez, repitiendo el mismo procedimiento al día siguiente. Después de estar seca la loción darse un baño suficiente en agua y jabón, si quedan lesiones repetir el proceso por 7 días.

PRESENTACION

Frascos de, 60 ml, 120ml, 240 ml.

Envase de un galón.

2) EURAX (Crotamiton)

COMPOSICIÓN

Principio activo: Crotamiton.

Crema :Crotamiton 100 mg, propilenglicol, Excipiente, para crema por 1 g.

Loción : Crotamiton 100 mg, propilenglicol, conservante:2 – feniletanol, ácido sorbico (E 200),Aromática, lanolina, Excipiente, para emulsión por 1 g.

MECANISMO DE ACCION

Crotamiton N – etil – o – crotonotoluidido, es un escabicida con algunas propiedades antipruríticas.



Treinta minutos después de la aplicación tópica de Crotamiton puede detectarse no solamente en la parte superficial y profunda de la piel sino también a nivel plasmático.

La concentración plasmática es estable durante aproximadamente 24 horas y no se ha observado acumulación plasmática con la aplicación durante varios días.

El Crotamitón se libera regularmente en la circulación sanguínea desde la piel que funciona como depósito y seguido se elimina rápidamente (Katzung, 1999)

INDICACIONES

Tratamiento de la sarna y alivio de los síntomas que la acompañan (piodermia, prurito).

MODO DE EMPLEO

Después de tomar un baño caliente y toda la superficie corporal seca excepto cara y cuero cabelludo) se fricciona con Eurax hasta que se haya absorbido completamente por la piel, se aplica 1 vez al día de preferencia por la noche durante 3 a 5 días en total, presentándose particular atención a las regiones corporales que son afectadas con mayor frecuencia por los ácaros (piel interdigital, muñecas, axilas, órganos genitales) se aplicara un apósito con Eurax en las zonas cutáneas con formación de pus. Durante el tratamiento puede bañarse poco antes de cada aplicación. Una vez concluida la medicación, se dará un baño de aseo y se cambiara la ropa de cama y la interior. Eurax no se aplicara mas de 1 vez al día en los niños pequeños. y se encuentran en loción y crema, se utiliza tanto en lactante como en niños y el tratamiento de la sarna ordinaria es el mismo



que el de la sarna noruega, ya que las lesiones hiperqueratósicas deben de tratarse con ácido salicílico al 10%, 1 o 2 veces al día.

PRESENTACIÓN

Envases

Crema: 20 y 60 g.

Loción: 20 y 50 ml

3) JABON DERMACARE ESCABICIDA

COMPOSICIÓN

Jabón sódico _____	93%
Oliserina _____	5%
Piretrinas _____	1%
Aroma _____	1%

LOCIÓN DERMACARE ESCABICIDA

COMPOSICIÓN

Hexacloruro de Gamma benceno _____	1%
Excipientes C.S.P _____	100%

INDICACIONES

Es un ectoparasiticida y Ovicida, efectivo contra el *Sarcoptes scabiei* (sarna) e indicado para el tratamiento de pacientes infectados con sarna.

MODO DE EMPLEO

Bañarse con jabón dermacare escabicida, lavándose con mayor intensidad las áreas afectadas por la sarna, déjese la espuma por 1 minuto, luego lávese



nuevamente. Al aplicar loción se deberá utilizar en forma abundante en las áreas afectadas cada 24 horas. Se deberá usar por lo menos durante 3 días consecutivos, es generalmente un tratamiento curativo.(Goodman Louis y Gilman Alfred, 1978)

PRESENTACIÓN

Jabón dermacare escabicida, peso neto 100 g.

Loción dermacare escabicida 120 ml

4) ELIMEX (Permetrina)

Rinse pediculicida

COMPOSICIÓN

Rinse _____	1%
Permetrina _____	0.75 g
Excipiente C.S.P _____	60 ml

Crema escabicida

Crema _____	5%
Permetrina _____	1.53 g
Excipiente C.S.P _____	25%

La Permetrina es un neurotóxico para *pediculus humanus* y *pthirus pubis* y *sarcoptes scabiei*. Menos del 2% de una dosis aplicada se absorbe por vía percutánea, el fármaco residual persiste hasta por 10 días después de su aplicación (Katzung, 1999)



INDICACIONES

Tratamiento de la escabiasis(sarna), pediculosis corporis (piojos del cuerpo) y pediculosis pubis(ladillas o piojo genital).

MODO DE EMPLEO

Aplicar durante la noche una capa delgada de ELIMEX crema en todo el cuerpo desde el cuello hasta los pies. Pasada 8 a 14 horas de la aplicación bañarse con agua y jabón. Si es necesario repetir el tratamiento a los 8 días, para el tratamiento de piojos, mojar el cabello y el cuero cabelludo o área a tratar con ELIMEX Rinse, esperar 10 minutos y luego lavar con agua y shampoo o jabón. Se recomienda que la Permetrina en crema limpiadora al 1% se aplique sin diluir en áreas afectadas de pediculosis durante 10 min y luego se enjuague con agua caliente. Las reacciones adversas a la Permetrina incluyen ardor transitorio, sensación urticante y prurito, puede presentarse sensibilización cruzada a las piretrinas o crisantemos.

PRESENTACIÓN

ELIMEX Rinse, frasco con 60ml.

ELIMEX Crema, tubo con 25 g.

5) JABON DE AZUFRE

Pastilla

COMPOSICIÓN

Cada 100 g contienen:

10 g de Azufre precipitado en una base de jabón.



INDICACIONES

Es un limpiador antiseborreico, queratolítico y antiséptico útil en el tratamiento de varios desordenes de la piel como la seborrea, acné y eccema. En el tratamiento de la Escabiasis puede usarse como terapia coadyuvante.

MODO DE EMPLEO

Si el médico no recomienda otra cosa es preciso producir una espuma profusa con agua tibia y aplicar con masaje completo a las áreas afectadas enjuagando a continuación. Se repite el lavado, se aplica masaje por varios segundos y se remueve el exceso de espuma con un paño limpio sin enjuagar.

PRESENTACIÓN

Pastilla de 100 g.

i) Secuelas de la enfermedad

Farr (1974), clasifica las secuelas de la enfermedad en los siguientes grupos:

- 1) Pústulas
- 2) Excoriaciones
- 3) Infección Secundaria de las lesiones, a veces con eccema húmedo.

j) Medidas de control

(Benenson, 1997), señala entre las medidas de control de la escabiasis, las siguientes:



Medidas preventivas

- **Educación a la población** y a la comunidad médica sobre el modo de transmisión, diagnóstico temprano y tratamiento de los pacientes afectados y de los contactos.
- **Aislamiento** debe excluirse de las escuelas y sitios laborales a todas las personas afectadas hasta el día posterior al tratamiento. En caso de pacientes hospitalizados, aislamiento de contacto durante 24 horas después del comienzo al tratamiento.
- **Desinfección concurrente:** Al lavar la ropa interior, prendas de vestir y sábanas utilizadas por el paciente durante las 48 horas anteriores al tratamiento, utilizando los ciclos calientes de las máquinas de lavar y secar ropa, se destruirán los ácaros y sus huevos.
- **Cuarentena:** Ninguna
- **Inmunización de contactos:** Ninguna

k) Tipos de Sarna

A continuación se presentan los tipos de sarna existentes:

1. **Sarna Animal:** (*Dermanyssus Avium*), varios ácaros atacan a los animales que están en estrecho contacto con el hombre y en este se produce con frecuencia una infección que se parece a la sarna humana, pero derivada de los perros, gatos, aves de corral, pájaros, camellos y caballos. Los parásitos de los animales no encuentran en la piel humana un ambiente favorable por los que



los casos humanos contraído de tales fuentes siguen por lo general un curso benigno.

1.2) Sarna Noruega: (*Scabieis norvegica*), se presenta solo en personas con alteraciones de la sensibilidad o bien en estado de debilidad han sugerido que una designación más correcta sería la de "Sarna Queratosica" debido a la presencia de grandes escamas psoriasiformes especialmente debajo de las uñas (véase fotografía 1, Anexo I). Las lesiones costrosas y purulentas se encuentran en la cara y en el cuero cabelludo (véase fotografía 2, anexo I), así como en otras partes ver fotografía 3 y 4, Anexo II). Las puntas de los dedos están hinchados y costrosos; las uñas de las manos deformadas. Puede haber hiperaqueratosis sublingual, palmar y fisuras al igual que costras graves en los genitales y glúteos. Los sitios predilectos de las lesiones queratosicas son las áreas que soportan mas presión y en la que pueda hallarse el ácaro, que se encuentran entre los leprosos, los que sufren de enfermedades depauperantes y otros que viven en condiciones poco saludables.

Mientras que el paciente con sarna ordinaria puede albergar unos 12 ácaros. Los que padecen de sarna queratosicas pueden tener mucho más, este tipo de sarna es secundaria a un estado hipoalérgico con una respuesta inmunológica reducida, la sarna noruega es muy infectante por el gran numero de ácaros en las escamas que se desprenden (Domonkos, 1984).

Otras afecciones comunes de la piel que es frecuente encontrarlas en las personas que habitan en condiciones higiénicas precarias son el salpullido *Miliaria*



rubra también conocida como líquen tropical (Tintinalli, 1997), esta afección normalmente se produce por calor ocasionándose infecciones colaterales, ya que el salpullido produce picazón y las bacterias como *Staphylococcus aureus* aprovechan las pequeñas heridas para proliferar ocasionado dichas infecciones. Este tipo de afección se trata con Clorhexidina.

2. El Parásito

➤ Morfología del Parásito

(Arroliga y Molina, 1994) presenta una descripción completa del *S. scabiei* el cual es un arácnido del orden acarino de color blanquecino o cremoso. Presenta cefalotórax y abdomen unido sin segmentación externa. Es de contorno oval, no tiene ojos y su tegumento es blanco y delgado, en su parte anterior sobresale el capitulo o aparato bucal, semejando una falsa cabeza. En su cara dorsal presenta espinas y pelos dirigidos hacia atrás que determina que el parásito no pueda retroceder en su caminar. La cara ventral soporta cuatro pares de patas. (Ver fotografía 5, Anexo III). Tanto en hembras como en machos los dos pares anteriores presentan ventosas y uñas, las dos posteriores terminan en cerdas, salvo el cuarto par del macho que también presenta ventosas. La hembra mide de 330 a 450 micrones de largo y el macho de 200 a 240 micrones. Es un organismo aerobio, intercambia gases a través del exoesqueleto. Su aparato bucal posee fuertes quelíceros que le permiten masticar el estrato córneo y alimentarse de éstas células.



➤ **Ciclo biológico**

La hembra tarda aproximadamente 1 hora en excavar un túnel de 2mm; dentro de este se produce una cópula, muriendo el macho 2 días después. La hembra tras un período de maduración de 2 días comienza el desove y continua excavando debajo de la capa cornea en forma rectilínea o de "S"; a medida que avanza deposita los huevos y excrementos. La disposición de las patas impiden a la hembra retroceder dentro de las galerías que excava en la piel y tiene que seguir adelante donde muere al finalizar el surco, los huevos se abren de 3 a 4 días después del desove dando salida a las larvas, las que perforando el techo de las galerías salen a la superficie buscando refugio en los folículos pilosos, donde encuentran calor y alimento completando su desarrollo tres o cuatro días más tarde, las larvas se transforman en ninfas, estado que dura de 3 a 6 días hasta alcanzar el estado adulto oscilando entre 12 y 20 días, siendo este el ciclo evolutivo total. La hembra fecundada deposita 2 o 3 huevos por día durante 30 a 60 días, alcanzando un total de 60 a 80 huevos de los cuales solo 10% llega al estado adulto (Flores, 1993).

Los ácaros adultos normalmente habitan en los lugares secos y polvorientos y mugrosos de donde invaden la piel de las personas cuando las condiciones son adecuadas (Rivera, 1978),

CAPITULO III



CAPITULO III. DISEÑO METODOLOGICO

A. AREA DE ESTUDIO

Nuestro estudio fue realizado en el Asentamiento "Milagro de Dios", ubicado de la Sandack del Iván Montenegro 1.7 Km. al sur, del Distrito V de la ciudad capital Managua, aunque por ser un asentamiento ilegal, no figura en el mapa, sus limites son: Al Norte con Villa Canadá, Al sur con las Jaguitas, Al Este con Villa Libertad y al Oeste con el Reparto Shick, Consta de un área de 57 manzanas divididas en 972 lotes, todos habitados, no hay un solo lote vacío debido a la pobreza que afecta a dicho asentamiento, viven de 2 a 3 familias por lote, el cual equivale a un promedio mínimo entre 8 a 9 personas por lote, es decir 8,262 habitantes, siendo estos los únicos datos reales del asentamiento, solamente es manejado por el comité de asociación pro-mejoramiento de los asentamientos espontáneos dirigidos por el señor Juan Wilfredo Martínez Ortiz Presidente y el Señor Rene Huete Vicepresidente.

Es el asentamiento mas grande a nivel de la capital, careciendo de centros educativos y atención medica establecidos dentro del área.

Este asentamiento surgió de forma espontánea debido a un conflicto existente entre la verdadera propietaria la señora Mercedes Solís de Granado y la Cooperativa Ulises Vilchez, este asentamiento no fue confiscado, ni tomado, si no que es un terreno intervenido es por eso que no aparece legal en ninguna alcaldía ya que se espera una respuesta por parte de la procuraduría para legalizarlo.

B. TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo prospectivo, descriptivo, analítico y de corte transversal.

a) Prospectivo

Por que es una exploración y sondeo para conocer la situación y dificultades por las que atraviesan los pobladores de la población estudiada, registrándose la información según el tiempo de ocurrencia de los hechos.

b) Transversal

Según se estudian las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

c) Descriptivo

Ya que determina cómo se presenta la situación de las variables o bien cómo se obtiene información del estado actual de la misma. De manera que va describiendo cómo suceden los hechos con la proliferación de la enfermedad.

d) Analítico

Por que se analizaron las variables y los resultados obtenidos del estudio.

C. UNIVERSO Y MUESTRA

1. Universo

El universo lo constituyen 972 lotes, para un total de 8,262 habitantes.



2. Muestra

Del universo se seleccionó para la muestra un total de 147 viviendas, que representando un 15 % del universo, esta muestra fue seleccionada por conveniencia y calculada con ayuda del programa SPSS para Windows.

D. CRITERIO DE INCLUSIÓN

Habitantes del Asentamiento "Milagro de Dios"

E. UNIDAD DE ANÁLISIS

Personas en cuyas viviendas presentan la enfermedad durante el período del estudio.

F. PROCEDIMIENTO E INSTRUMENTO

Procedimiento

Obtención de la información

La recolección de la información fue realizada a través de encuestas dirigidas a familias o personas infectadas encontrados en la vivienda al momento de realizar esta. Durante la visita al terreno, se realizaron observaciones de la situación general de las viviendas que conforman el asentamiento. Los instrumentos utilizados fueron encuestas con preguntas estructuradas y semi estructuradas (**Anexo IV**) de acuerdo con las variables seleccionadas para el estudio y presentadas en el cuadro 1.

La fuente secundaria de la información fue Internet, revistas, diccionarios, mediante consulta bibliográfica obtenida de la biblioteca de la Universidad



Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN, Managua), Biblioteca Nacional de salud ubicada en el Complejo Concepción Palacio y Biblioteca del Banco Central.

G. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Los resultados obtenidos fueron analizados a nivel de personas afectadas por Escabiasis en el asentamiento, utilizando diversas tablas de salida y gráficos. Las variables que guiaron la investigación se presentan en el cuadro 1. El proceso de análisis fue realizado haciendo uso de técnicas de estadística simple como medidas de tendencia central y cálculos de números relativos, tabulándolos en el paquete estadístico SPSS para Windows, para facilitar la presentación e interpretación de los mismos. Los datos se presentan en tablas y gráficos procesados en los programas Microsoft Excel 2000, (para la representación de los resultados en forma gráfica) y para el procesamiento de texto fue utilizado el programa Microsoft Word 2000.



H. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (cuadro 1)

Variable	Definición Conceptual	Definición Operativa	Indicador	Cuantificador	Descriptor	Cualificador
Fármaco	Droga o medicamento, cualquier sustancia que se administra por vía oral, se inyecta a un músculo, vaso sanguíneo o cavidad corporal o bien tópicamente para tratar o evitar una enfermedad.	Medicamento que se les aplica a las personas con escabiasis.	---	---	Fármacos usados por las personas con escabiasis	Benzoato de Benzilo Eurax Otros: Amoxicilina Clotrimazol, Salmanza, Fungil, Pomada roja y calamina
Frecuencia de aplicación	Es el número de veces que se repite cualquier fármaco dentro de un cierto periodo de tiempo.	Número de veces en que se aplica el fármaco.	Número de veces por día.	1 vez > 1 vez	---	---
Periodo de uso	Es el tiempo transcurrido desde que se aplica el fármaco hasta finalizar con la aplicación de la escabiasis.	Días de aplicación del fármaco.	Número en días.	1-3 días > 3 días	---	---
Vivienda	Refugio natural o construido por el hombre en el que éste habita, de modo temporal o permanente.	Lugar o casa donde habitan las personas afectadas por la escabiasis.	---	---	Tipo de vivienda.	Pared de concreto, zinc y madera Piso de ladrillo, suelo y embaldosado
Familia	Conjunto de personas que proviene de una misma sangre.	Grupo de personas con grupo sanguíneo que comparten todo.	Tipo de Familia	1-5 Miembros 6-10 " 11-15 "	---	---



Procedencia del fármaco	Lugar de procedencia de una persona u objeto.	Lugar de adquisición del fármaco por los afectados.	---	---	Sitio de adquisición	Farmacia, Puesto de salud, Centro de salud, Hospital, Canasta/Mercado.
Condiciones higiénico – sanitaria	Parte de la medicina que tiene por objeto la conservación de la salud y los medios de precaver las enfermedades	cobertura de los servicios básicos útiles para prevenir enfermedades en la población del asentamiento	---	---	Tipo de servicios básicos	Tiene: Agua potable, aguas negras y recolección de basura, No tiene: Si carece de los servicios anteriores.
Acciones	Actividad utilizada para realizar una función o producir un efecto.	Actividad ejecutadas por las personas afectadas por la Escabiasis en el asentamiento	---	---	Tipos de acciones.	Preventivas: Medidas de higiene Alternativas: Fármacos naturales

CAPITULO IV

CAPITULO IV. PRESENTACION Y ANLISIS DE LOS RESULTADOS

A. INCIDENCIA DE ESCABIASIS EN LA MUESTRA SELECCIONADA

En la tabla No. 1 se observa que 78 viviendas tienen personas infectadas con Escabiasis , significando un llamativo 54% del total de viviendas encuestadas

Tabla No 1. Porcentaje de afectados con Escabiasis en el asentamiento Milagro de Dios, Managua, 2002.

ENFERMEDAD PRESENTADA	TOTAL	%
ESCABIASIS (SARNA)	78	54%

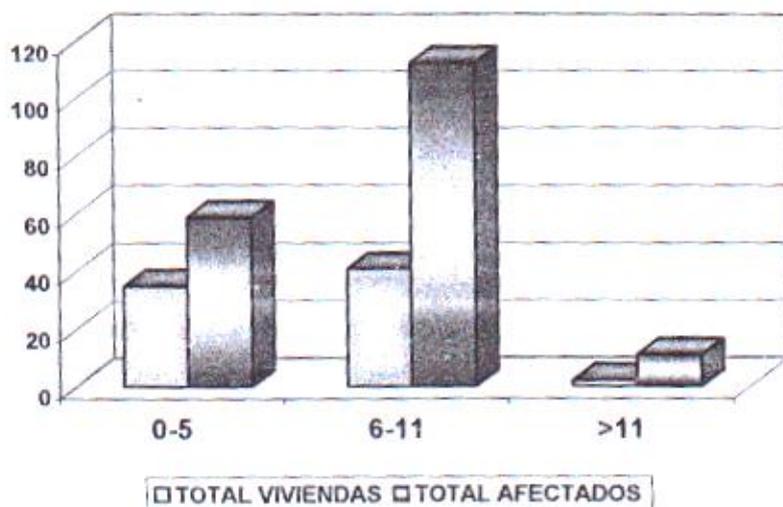


En el total de viviendas afectadas por Escabiasis (78), existen 183 personas afectadas distribuyéndose en grupos promedio de personas de 0-5, 6-11 y mayores a 11 miembros en una misma vivienda tal y como se ilustra en la tabla y gráfico 1.1

Se puede observar que en el grupo de 6-11 miembros promedios, existen 113 personas, distribuidas en 41 viviendas positivas con escabiasis, en el grupo mayor de 11, se encontró 11 afectados para 2 viviendas positivas, siendo la causa principal de contagio de dicha enfermedad el hacinamiento.

Tabla 1.1. Grupos por tamaños de miembros por vivienda

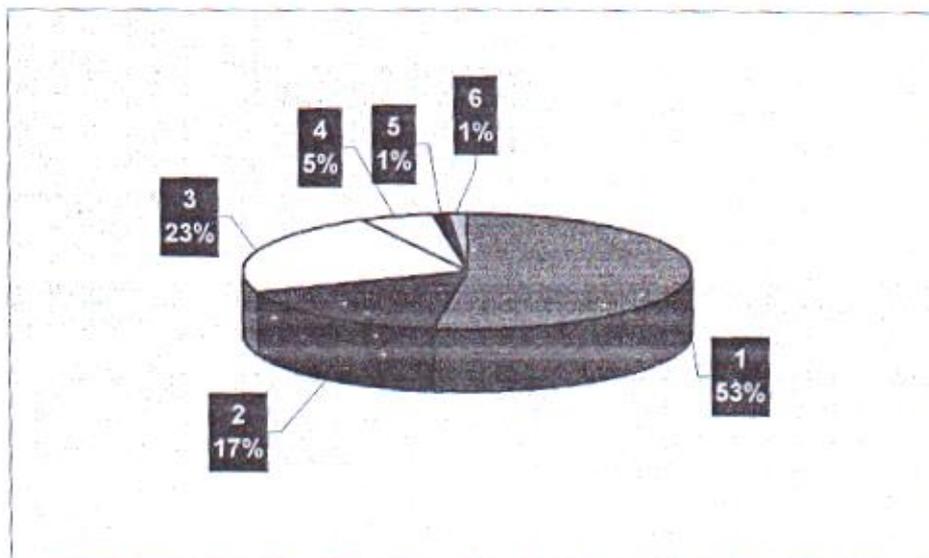
GRUPOS POR TAMAÑOS DE MIEMBROS POR VIVIENDA	TOTAL VIVIENDAS	TOTAL AFECTADOS
0-5	35	59
6-11	41	113
>11	2	11
TOTALES	78	183

Gráfico 1.1. Grupos por tamaños de miembros por vivienda


La Tabla 1.2 y gráfico 1.2 revela la distribución de la cantidad de afectados en grupos de miembros por vivienda, donde se puede observar que en el grupo de 1 afectado resultaron 41 viviendas para un 53%, y 2 afectados para un 17% con 13 viviendas, el 23% con 3 miembros equivalente a 18 viviendas, 4 afectados para un 5% con 4 viviendas, 1 y 1 afectados con 5 y 6 viviendas equivalente a un 1% respectivamente.

TABLA 1.2 Grupos de personas afectadas por vivienda

GRUPOS DE PERSONAS POR VIVIENDA	TOTAL	%
1	41	53%
2	13	17%
3	18	23%
4	4	5%
5	1	1%
6	1	1%
TOTAL	78	100%

Gráfico 1.2. Grupos de personas afectadas por vivienda.

B. CONDICIONES SOCIALES E HIGIÉNICO SANITARIAS DE LAS VIVIENDAS DE LA POBLACIÓN ASENTAMIENTO MILAGRO DE DIOS, SEGÚN LA EXISTENCIA DE SERVICIOS BÁSICOS Y SU POSIBLE RELACIÓN CON LA INCIDENCIA DE ESCABIASIS, MANAGUA, 2002.

En la tabla y gráfico No. 2, refleja las condiciones higiénico sanitarias de las viviendas del Asentamiento Milagro de Dios, según la existencia de servicios básicos y su posible relación con la incidencia de Escabiasis, Managua, 2002.

Los servicios de recolección de basura, agua potable y luz eléctrica mantienen el servicio en un alto porcentaje, contrario al servicio de aguas negras, no tienen el servicio en un 100%; probablemente ausencia de agua potable con el 15% de los afectados puede ser una de las causas de la incidencia de escabiasis, aunque habría que realizar un estudio a mayor profundidad para establecer esta relación.

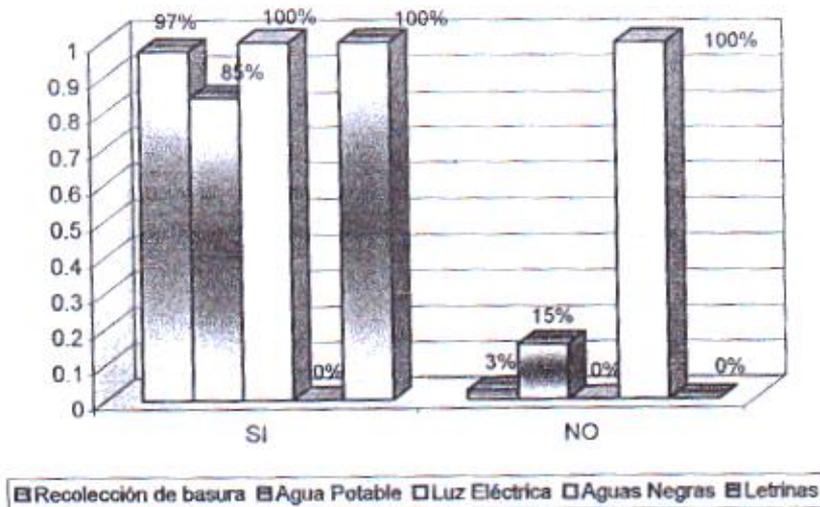
Este resultado indica que hay que realizar un llamado a la alcaldía de Managua e igualmente para el Ministerio de Salud, para que este servicio pueda ser llevado a esta población, ya que puede ser causa de epidemias, igualmente para el Ministerio de Salud.

Tabla No. 2 Condiciones Higiénico sanitarias de las viviendas de la población del asentamiento "Milagro de Dios", según la existencia de servicios básicos

SERVICIOS BASICOS DE HIGIENE	SI TIENE		NO TIENE	
	Fr	%	fr	%
Recolección de basura	76	97%	2	3%
Agua Potable	66	85%	12	15%
Luz Eléctrica	78	100%	0	0%
Aguas Negras	0	0%	78	100%
Letrinas	78	100%	0	0%



Gráfico No. 2. Condiciones higiénico-sanitarias de las viviendas estudiadas

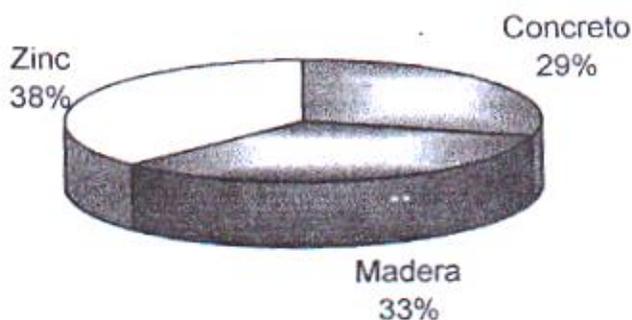


En la **tabla y gráfico No. 3**, se aprecia que las condiciones de la infraestructura de las viviendas incide fuertemente para que la escabiosis se desarrolle en 71% de las viviendas correspondientes a paredes de zinc y madera, presentando mayor afectación por la escabiosis, hay que destacar que la madera tiende a percibir mucho polvo de igual manera el zinc lo que provoca el hábitat para el ácaro trasmisor de la enfermedad.

Tabla No. 3 Condiciones de las viviendas del Asentamiento Milagro de Dios, según el tipo de materiales con que están hechas sus paredes, Managua, 2002.

PAREDES	fr	%
Concreto	23	29%
Madera	26	33%
Zinc	29	38%
TOTALES	78	100%

Gráfico No 3. Condición de las viviendas según el tipo de material con que están hechas sus paredes.

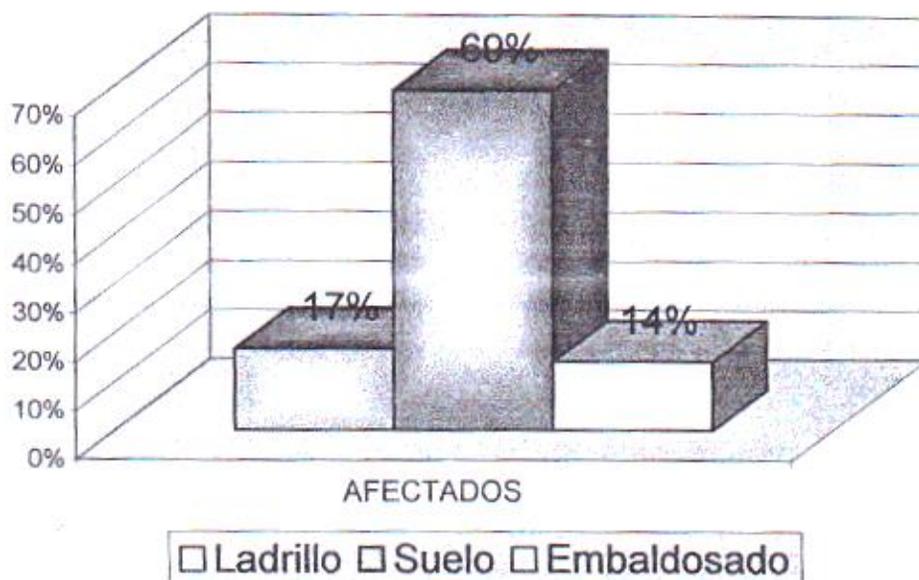


En la tabla y gráfico No. 4 se observa que en este asentamiento el 69% de viviendas que tienen piso de tierra o suelo están afectados por la enfermedad, estas condiciones permiten la recepción de polvo, animales microscópicos (gérmenes), además estos se adhieren a los animales como cerdo, perros y gatos siendo éstos habitat de éstos microorganismos, donde las personas tienen contacto constante con éstos animales domésticos, provocando posibles alergias e infecciones de la piel severas para las personas. Mientras que 13 vivienda poseen piso de ladrillo representando un 17%, solamente 11 viviendas poseen piso embaldosado para un total de 14%.

Tabla No. 4 Condiciones de las viviendas del Asentamiento Milagro de Dios, según el tipo de piso con que están hechas, Managua, 2002.

PISO	fr	%
Ladrillo	13	17%
Suelo	54	69%
Embaldosado	11	14%
TOTALES	78	100%

Gráfico No. 4. Condiciones de viviendas de las personas afectadas por escabiosis



C. FÁRMACOS DE MAYOR FRECUENCIA UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESCABIASIS

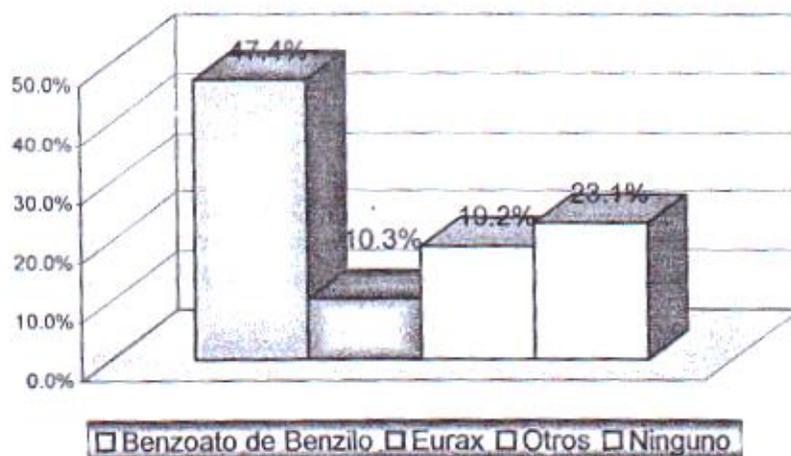
Entre los fármacos más utilizados para los infectados de Escabiasis, en el Asentamiento Milagro de Dios, se puede apreciar que el Benzoato de Benzilo es el que más se utiliza con un 47.4% de las viviendas. Sin embargo se puede apreciar que el 57.7% utiliza fármacos adecuados como Benzoato de Bencilo y Eurax para el tratamiento de esta enfermedad del restante 42.3%, el 19.2% lo que nos indica la Tabla y gráfico No. 5 representa amoxicilina, clotrimazol, etc. y el 23.1% no utiliza ningún tipo de fármaco para combatir la escabiosis.

Además la situación económica no permite a la población el uso de estos fármacos, más que medidas preventivas y alternativas, las cuales se describen más adelante.

Tabla No. 5 Fármacos utilizados en el tratamiento de la Escabiasis en el Asentamiento Milagro de Dios, Managua, 2002.

FÁRMACO	VIVIENDAS AFECTADAS	
	Fr	%
Benzoato de Benzilo	37	47.4%
Eurax	8	10.3%
Otros	15	19.2%
Ninguno	18	23.1%
TOTALES	78	100.0%

Gráfico No. 5. Medicamentos usados contra la escabiosis



El 19.2% resultó con otros fármacos que no son los establecidos en este tipo de enfermedad, tal y como se muestra en la **Tabla 5.1** donde destaca el clotrimazol con un total de 7 viviendas.

Tabla 5.1. Medicamentos utilizados por las personas que habitan en el asentamiento.

OTROS FÁRMACOS	TOTAL
AMOXICILINA	2
CLOTRIMAZOL	8
SALMANZA	2
FUNGIL	1
POMADA ROJA	1
CALAMINA	2

En la tabla y gráfico No. 6 puede observarse el origen de adquisición de los fármacos utilizados para combatir la Escabiasis, se distribuye en Hospitales, Centros de salud, Puesto de Salud, Farmacias, Canastas de los mercados y otros (regalos, envíos, etc.). Nuevamente se puede apreciar que la situación económica no permite ir a un centro especializado de Dermatología a tratarse dicha enfermedad, ya que 24 de los miembros afectados asisten a centros de salud y con apenas 4 viviendas de afectados lo hacen en hospitales demostrándose una vez más la falta de acceso a los hospitales, o la ausencia de dichos fármacos de los centros hospitalarios.

Tabla No. 6 Procedencia de los fármacos utilizados por las personas afectadas por Escabiasis en el Asentamiento Milagro de Dios, Managua, 2002

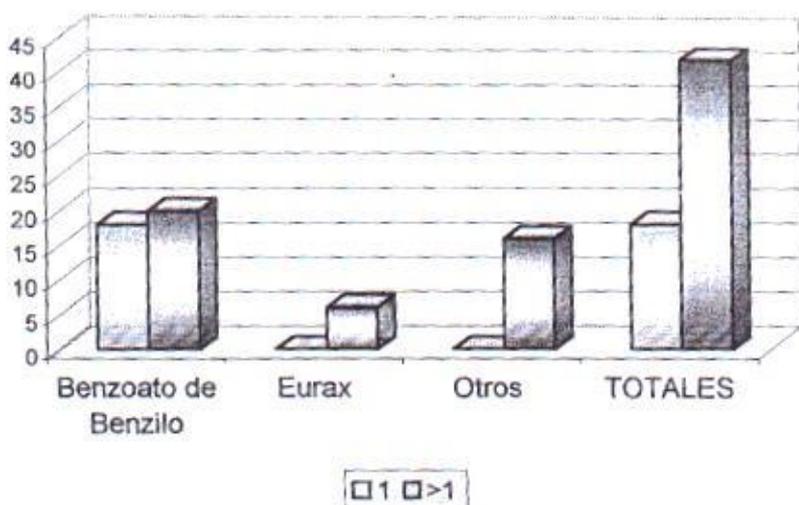
FÁRMACO	Hospital	C/S	P/S	Farmacia	Canasta	Otros	TOTAL
Benzoato de Benzilo	4	24	2	3	1	3	37
Eurax	1	2	2	1	1	1	8
Otros	1	8	1	1	5	17	33
Total	6	34	5	5	7	21	78

Se puede observar que la **Tabla No. 7** tiene 60 viviendas afectadas, que realizan esta frecuencia de aplicación de los fármacos por día, las otras 18 viviendas no se presentan en la tabla, debido a que no contestaron a esta frecuencia de aplicación de los fármacos, coincidiendo con el porcentaje de no poder adquirir el fármaco

Tabla No. 7 Frecuencia de aplicación de fármacos por las personas afectadas por escabiasis, en el Asentamiento Milagro de Dios, Managua, 2002.

FRECUENCIA DE APLICACIÓN POR DIA	1	>1
Benzoato de Benzilo	18	20
Eurax	0	6
Otros	0	16
TOTALES	18	42
1: Una vez al día		
>1: Por más de 1 vez al día		

Gráfico No. 7 Frecuencia de aplicación de fármacos por las personas afectadas por escabiosis.

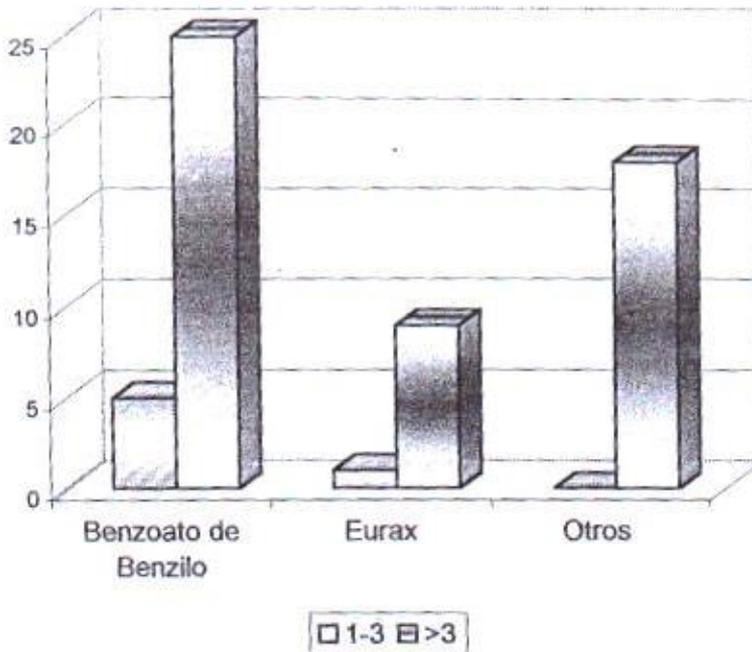


La **tabla y gráfico No. 8** revela el período de uso de los fármacos indicados, y como resultado tiene que el Benzoato de Benzilo lo utilizan 25 viviendas durante 3 días o más, los otros lo utilizan 18 viviendas, indicando la trascendencia que tiene la situación económica con relación al resultado anterior.

Tabla No. 8 Período de uso del fármaco por las personas afectadas con escabiasis, en el Asentamiento Milagros de Dios, Managua 2002.

PERÍODO DE USO DEL FARMACO POR DIA	1-3	>3
Benzoato de Benzilo	5	25
Eurax	1	9
Otros	0	18
TOTALES	6	52

Gráfico No. 8 Período de uso del fármaco por las personas afectadas con escabiosis





E. FRECUENCIA, ACCIONES PREVENTIVAS Y ALTERNATIVAS DE LAS PERSONAS AFECTADAS EN LAS VIVIENDAS ESTUDIADAS, ANTE LOS BROTES DE ESCABIASIS

En las acciones preventivas y alternativas, según se muestra en la **Tabla No. 9**, se observa que la frecuencia del baño diario se realiza solamente en 40 viviendas para un 51% solamente se consideran como medida preventiva o alternativa el baño, el 5% considera baño diario y fumigar en 4 viviendas, el 3% considera baño diario y hervir la ropa en 2 viviendas, el 6% considera baño diario y asolear el colchón en 5 viviendas, el 5% considera baño diario, asolear el colchón y fumigar en 4 viviendas, el 1% considera baño diario, hervir la ropa y evitar el contacto en 1 vivienda, igualmente el 1% considera baño diario, hervir la ropa y asolear el colchón en 1 vivienda, el 5% considera baño diario, hervir la ropa, asolear el colchón y fumigar en 4 viviendas y finalmente la combinación de baño diario, hervir la ropa, asolear el colchón, fumigar y evitar contacto con los afectados con un total de 17 viviendas equivalente a un 22%.

Es importante destacar que las personas están tomando medidas preventivas, ya que no cuentan con los suficientes recursos para aplicar los fármacos adecuados una vez que aparece la enfermedad, lo cual es demostrado en este resultado.

Tabla No. 9 Acciones preventivas, tomadas por las personas afectadas en las viviendas estudiadas por Escabiasis en el Asentamiento Milagro de Dios, Managua, 2002.

ACCIONES PREVENTIVAS	VIVIENDAS	%
Baño diario	40	51%
Baño diario y fumigar	4	5%
Baño diario y hervir la ropa	2	3%
Baño diario y asolear el colchón	5	6%
Baño diario, asolear el colchón y fumigar	4	5%
Baño diario, hervir la ropa, evitar contacto	1	1%
Baño diario, hervir la ropa, asolear el colchón	1	1%
Baño diario, hervir la ropa, asolear el colchón, fumigar	4	5%
Baño diario, hervir la ropa, asolear el colchón, fumigar, evitar contacto	17	22%
TOTALES	78	100%

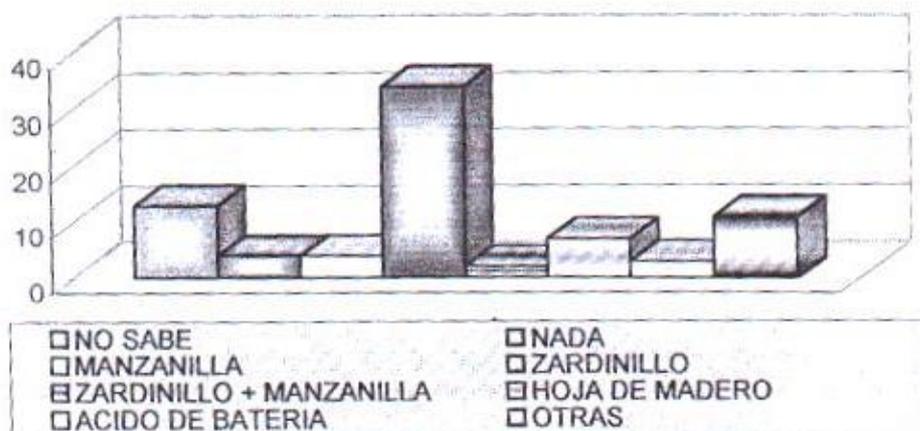
En **Tabla No. 10** hay que destacar que los grupos que respondieron NO SABE y NADA, nos indica que no utilizaron ninguna acción alternativa. Ya sea por falta de conocimiento o por que no quieren estar sujetos a cualquier tratamiento. Las alternativas Manzanilla, Zardinillo, Zardinillo + Manzanilla y Hoja de madero suman un total de 47 viviendas que toman estas medidas alternativas. Curiosamente en 3 viviendas han tomado como alternativa el uso de ácido de batería, la cual no es una alternativa de solución a la enfermedad.

Una vez que estas personas usan las acciones preventivas, y no les es suficiente, tienen que recurrir a otras medidas alternativas como las que se muestra en la **Tabla y gráfico No. 10**, donde el zardinillo lo usan en su mayoría 34 viviendas de afectados por escabiasis, en el grupo NO SABEN, resultaron 13 viviendas o simplemente no usan estas alternativas.

Tabla No. 10 Acciones alternativas, tomadas por las personas afectadas por Escabiasis en el Asentamiento Milagro de Dios, Managua, 2002.

ACCIONES ALTERNATIVAS CON ESCABIASIS	FRECUENCIA
NO SABE	13
NADA	4
MANZANILLA	4
ZARDINILLO	34
ZARDINILLO + MANZANILLA	2
HOJA DE MADERO	7
ACIDO DE BATERIA	3
OTRAS	11

Gráfico No. 10. Acciones alternativas, tomadas por las personas afectadas por escabiasis



Finalmente 11 viviendas usan otras alternativas que no son comunes, tal como se muestran en la **Tabla No. 10.1**

Tabla No 10.1 Acciones alternativas, tomadas por las personas afectadas por Escabiasis en el Asentamiento Milagro de Dios, Managua, 2002.

OTRAS ACCIONES ALTERNATIVAS	fr
HIGERA	1
JABON NATURAL 7 PLANTAS	10

En la tabla No. 11 puede apreciarse que las viviendas con un No. de miembros de 1-5 el 46% de estas, está afectado con Escabiasis, del grupo de 6 –10 con un 50% y del grupo de 11 – 15 el 4% del total de 147 viviendas encuestadas.

La frecuencia en los grupos número de miembros en una familia con Escabiasis nos permite aseverar que en los rangos de 1 a 5 y de 6 a 10 miembros esta la mayoría con Escabiasis para un 46% y 50% respectivamente, indicando el alto contagio de esta enfermedad entre los miembros, ya que el origen persiste siempre en la vivienda.

Tabla No. 11 Estructura familiar clasificados en grupos por número de miembros en una vivienda, afectados o no con Escabiasis.

MIEMBROS	FRECUENCIA	
	Afectados	%
1-5	36	46%
6-10	39	50%
11-15	3	4%
TOTALES	78	100%



En la tabla 12 se puede apreciar que de las viviendas afectadas solamente un 19% no tiene ningún tipo de animal y el 5% no tiene perros, pero sí posee otro tipo de animales , mientras que 76% restante posee este animal. Cabe destacar que el perro es el vehículo para la transmisión de este ácaro scabieis, siendo que las condiciones higiénico – sanitarias y sociales son precarias, aún así el hecho de que un 15% de las personas afectadas no poseen el servicio de agua potable, ya que éstos obtienen el agua comprándola a un precio de 13 córdobas por bidón, bañándose de 2 a 3 personas con un bidón de agua, haciéndose imposible el baño diario de los perros y la limpieza de los hogares.

Tabla No. 12 Grupo de animales sinatropicos en las viviendas de las personas afectadas por escabiosis

ANIMALES SINATROPICOS	TOT.VIV	%
Perros	28	36%
Gatos	2	3%
Gallinas	1	1%
Perros, Gatos	6	8%
Perros, Cerdos	3	4%
Perros, Gallinas	9	12%
Cerdos, Gallinas	1	1%
Perros, Gatos, Cerdos	2	3%
Perros, Gatos, Gallinas	7	9%
Perros, Cerdos, Gallinas	3	4%
Perros, Gatos, Chocoyos	1	1%
Perros, Gatos, Cerdos, Gallinas	0	0%
Ninguno	15	19%
TOTALES	78	100%

CAPITULO V



CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

- Aproximadamente el 50% de las viviendas del asentamiento Milagro de Dios, están infectadas por la Escabiasis siendo un foco real y potencial para la expansión de esta enfermedad.
- La mayoría de los pobladores de este asentamiento no utilizan los medicamento adecuadamente a un cuando sean prescritos por el medico en el centro de salud.
- Se presenta con mucho énfasis la auto medicación y mal uso del fármaco.
- Las prácticas sobre las acciones alternativas adoptadas por la población son las adecuadas.
- Existe un segmento de la población que utiliza medidas alternativas que no corresponden a los usos de los medicamentos (como ejemplo ácido de batería).
- El tipo y número de animales inciden en un mayor número de viviendas infectadas (más si se trata de perros)
- El comportamiento y tratamiento farmacológico utilizado por las personas afectadas por escabiosis no es adecuado en su mayoría, incluyendo las acciones alternativas y preventivas. Facilitándose de esta manera la automedicación y el mal uso de los fármacos. Por otra parte existe una minoría de esta misma población consiente de su enfermedad y que sí utiliza



adecuadamente estas medidas y fármacos indicados para erradicar la enfermedad.

RECOMENDACIONES

- Recomendamos al ministerio de salud (MINSA) que en coordinación con la facultad de farmacia de la Universidad Centroamericana de Ciencias Empresariales (UCEM), planifiquen y realicen cursos educativos para prevenir la propagación de esta enfermedad.
- Que el Ministerio de Salud garantice el medicamento a las diferentes áreas de salud como es el Benzoato de Bencilo en vista de que es el fármaco mas barato y es efectivo para combatir la Escabiasis.
- Potenciar la capacidad instalada para combatir esta enfermedad capacitando a brigadistas que combaten el dengue y la malaria, dando charlas a la población.
- Se recomienda a los médicos del Ministerio de Salud (MINSA) y en general a todos los médicos a un mejor abordaje sobre la prevención de la Escabiasis brindando una mejor orientación a la población afectada, ya que el rechazo que ellos sufren es un impedimento para su curación.
- Se recomienda el uso de jabón desinfectantes de creolina al 1.9 g, a base de yodo y azufre. No mancha ni irrita la piel, para una higiene completa para los afectados, y solución de creolina para desinfección de los hogares.
- El farmacéutico debe realizar la atención al público a través de la dispensación de las recetas e información necesaria del uso del medicamento, lo que incluye indicaciones, contraindicaciones, efectos secundarios e interacciones medicamentosas.



VI. BIBLIOGRAFÍA

- Benenson Abram**, Manual para el control de las enfermedades transmisibles, 16ª, ede., Washington D.C.: OPS, 1997, 541 p.
- Bertram G. Katzung**, Farmacología básica y clínica. 7ª ed. Editorial: Manual Moderno. S.A de C.V. México: DF. 1999, 1310.
- Cardama José Esteban**, Manual de Dermatología, 7 ed., Buenos Aires, Doyma, 1975, pag. 400.
- Domonkos Anthony**, Tratado de dermatología, 2 ed., Barcelona, Salvat, 1984, pag. 1078.
- Flores Cardenas Ivania**, Comportamiento Clínico Epidemiológico de la Escabiasis, UNAN Managua, (Monografía), 1993, 60 p.
- Goodman Louis y Gilman Alfred**, 5ª,ed, México, Nueva Editorial Interamericana S.A. de C.V., 1978., 1412 p.
- Lain Entralgo Pedro**, Historia Universal de la Medicina, Tomo V-VI, Santiago de Chile, Salvat, 1971., 380 p.
- Navarro Díaz Gines**, Normas de atención médica, número cinco, México: Talleres de Artes Gráficas, 1976, 35 p.
- Paul Farr Russell**, Parasitología Clínica, Madrid: Salvat, 1974, 888 p.
- Rassner Gernot**, Atlas de Dermatología, 2ª., ed., Buenos Aires: Doyma, 1984, 210 p.
- Rivera Mendoza Pedro**. Hábitat del parásito de la Escabiasis *Sarcoptes scabieis*. Rev. Juvenil La Salle. Managua: La Salle, 1978, 5p.



Strauss John, La Prescripción, Número doce, Brasil, UNICEF, 1996. 16 p.

Tintinalli Judith E. Medicina de Urgencias. 4^a,ed., vol.2. México: McGraw Hill Interamericana. 1859 p.

www.e-mas.com.cl/categorías/biología/sama.htm

Zurita Esquivel Maritza, Boletín de la oficina sanitaria panamericana, Washington DC, OPS, , 1986, 101(4): 424



ACRONIMOS

MINSA: Ministerio de Salud

UNAN: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

SPSS: Programa Computarizado de Información Epidemiológica



GLOSARIO

Benigno:

Que no reviste gravedad alguna

Dermatitis:

Trastornos inflamatorio de la piel , caracterizado por eritema y dolor

Dermatosis:

Cualquier enfermedad de la piel especialmente no acompañada de inflamación.

Erupción:

Desarrollo rápido de lesiones cutáneas.

Exantema:

Erupción cutánea; como la varicela, sarampión y rubéola.

Exudado:

Células, líquidos y otras sustancias eliminadas lentamente de las células o vasos sanguíneos a través de los poros o rupturas celulares

Folículo:

Saco membranoso situado en el espesor de un tegumento

Furúnculos:

Infección cutánea estafilococica, originada en el folículo piloso y caracterizado por enrojecimiento e hinchazón.

Hematosa:

Acumulación de sangre en los tejidos de la piel.



Herpetiforme:

Que presenta cúmulos de vesículas en la piel.

Hiperemia:

Aumento en la cantidad de sangre presente en una parte del cuerpo debido al aumento del flujo sanguíneo.

Impétigo:

Infección estreptocócica, estafilocócica o mixta de la piel que comienza con eritema focal y progresa a vesículas pruriginosas, erosiones y costras de hedor

Macroscópica:

Que se ve a simple vista

Micosis:

Cualquier enfermedad causada por hongos.

Ninfa:

Estadio de un insecto, previo a la fase adulta

Pápula: Pequeñas lesiones cutáneas, como las del acné no pustuloso.

Profilaxis: Prevención o protección de enfermedades generalmente mediante agentes biológicos capaces de destruir los organismos infecciosos.

Pruriginosa:

Que pica, escuece

Pústula:

Pequeñas elevaciones de la piel conteniendo líquido transparente



Quelícero:

Órgano que en los insectos sustituye a las antenas.

Silicato:

medicamento derivado del ácido salicílico

ANEXOS

ANEXO I

Foto 2



Persona afectada por escabiasis, uñas deformadas.

Foto 1



Foto 3



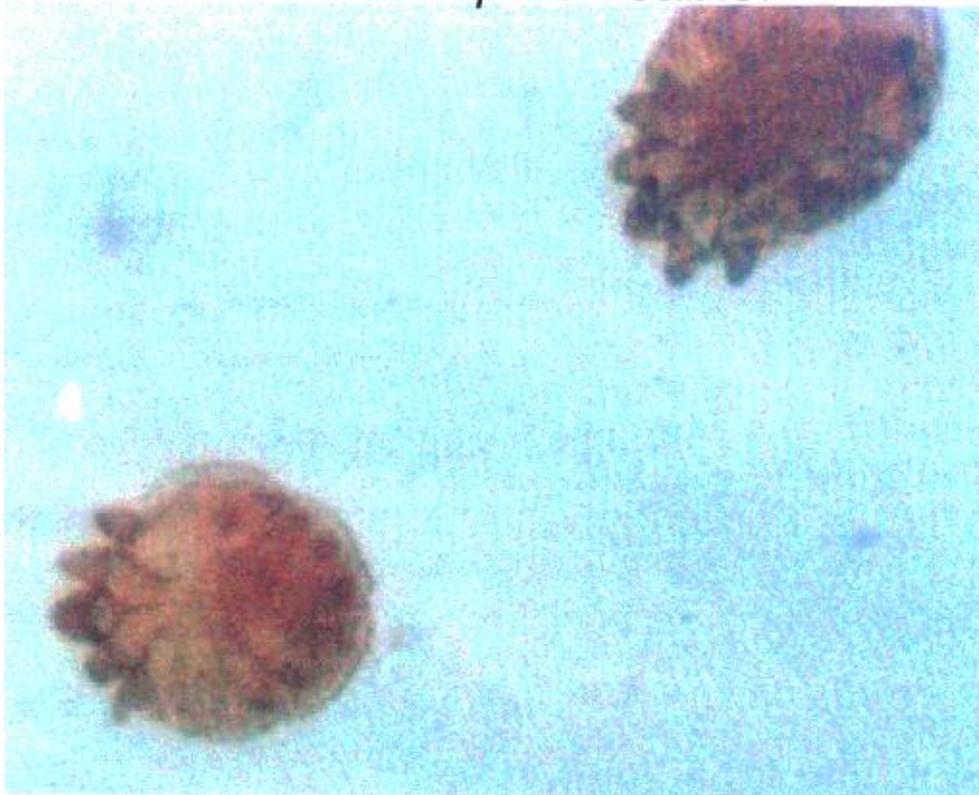
Niños con manos y espalda afectada por escabiasis.

Foto 4



Foto 5. Morfología del Parasito.

Sarcoptes scabiei



ANEXO IV INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

COMPORTAMIENTO Y TRATAMIENTO FARNACOLOGICO DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR ESCABIASIS EN EL ASENTAMIENTO MILAGRO DE DIOS DEL DISTRITO V DE LA CIUDAD DE MANAGUA, DURANTE EL PRIMER SEMESTRTE DEL 2002.

De antemano, se le agradece toda información que suministre útil para la realización de mi tesis.

Fecha: _____

1) Ha padecido alguna vez de problema de la piel como:

a) Alergia []

b) Salpullido []

c) Escabiasis []

2) Ha padecido alguna vez de problemas de la piel alguno de su familia?

3) Además de Ud., cuantas personas que conviven en su hogar, tienen escabiasis (sarna)?

4) Asiste Ud., a algún establecimiento de salud?

Hospital(), Centro de salud(), Puesto de salud(), Farmacia(), Canasta del Mercado(),

Laboratorio(), Clínica privada(), Otros:

5) Que medicamento utiliza para combatir las enfermedades de la piel como

Escabiasis(sarna)

Universidad Centroamericana de Ciencias Empresariales (UCEM)

- a) Benzoato de Bencilo (), b) Eurax (), c) Jabón dermacar escabicida (), d) Ninguno Otros.
- 6) Cuantas veces al día utiliza el medicamento? a) 1 vez (), b) mas de una vez (), c) Otros:
- 7) Por cuanto tiempo utiliza Ud., el medicamento?
- a) 1 día (), b) 3 días(), c) 4 días(), d) 5 días(), e) Mas de 5 días (), f) Otros:
- 8) Como utiliza el medicamento adquirido?
- a) Crema (), b) Pomada(), c) Loción(), d) Jabón(), e) Otros:
- 9) De que forma Ud., combate la escabiasis, al no utilizar medicamento?
- 10) Cuales son las medidas de higiene que Ud., utiliza para combatir la escabiasis(sarna)?
- a) Hervir la ropa interior, prendas de vestir
- b) Asolear colchones, almohadas
- c) Botar basura
- d) El baño diario
- e) Funigar la casa
- f) Evitar el contacto con los afectados
- g) Todas
- h) Otras
- 11) Que clase de animales domestico tiene?
- 12) Que tipo de piso tiene su casa?
- 13) Que tipo de pared tiene su casa?
- 14) Cuales son los servicios con los que cuenta su casa?

- a) Recolección de basura(), b) Agua potable(), c) Luz eléctrica(),d) Agua Negra()
e) Letrina().

15) Cada cuanto llega el agua potable a su casa?

- a) Todo el día
b) No tiene
c) La compra
d) Medio tiempo

16) Cuantas familias viven en su casa?

- a) Una (1) Familia de cuantos miembros ()
b) Una (2) Familia de cuantos miembros ()
c) Una (3) Familia de cuantos miembros ()