



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
POSTGRADO DE DERMATOLOGÍA
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"



**CARACTERIZACIÓN DE LA ESCABIOSIS. SERVICIO DE
DERMATOLÓGIA. CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA".
VALENCIA- ESTADO CARABOBO AÑO 2019-2020.**

Autor: Dra. Vivian Colmenarez.

Valencia, Diciembre 2020



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
POSTGRADO DE DERMATOLOGÍA
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”

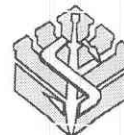


**CARACTERIZACIÓN DE LA ESCABIOSIS. SERVICIO DE
DERMATOLOGÍA. CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”.
VALENCIA, CARABOBO AÑO 2019-2020**

**TRABAJO ESPECIAL DE GRADO QUE SE PRESENTA COMO REQUISITO
PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA.**

Autor: Dra. Vivian Colmenarez
Tutor Especialista: Dra. Sandra Vivas T.

Valencia, Diciembre 2020



ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

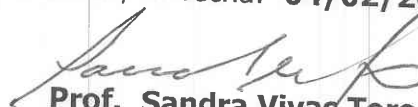
CARACTERIZACIÓN DE LA ESCABIOSIS. SERVICIO DE DERMATOLOGÍA. CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA". VALENCIA- ESTADO CARABOBO. AÑO 2019-2020.


Presentado para optar al grado de **Especialista en Dermatología** por el (la) aspirante:


COLMENAREZ V., VIVIAN C.
C.I. V – 19779480

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Sandra Vivas Toro C.I. 9633364, decidimos que el mismo está **APROBADO** .

Acta que se expide en valencia, en fecha: **04/02/2021**


Prof. Sandra Vivas Toro (Pdte)
C.I. 9633364
Fecha 04/02/21


Prof. Marcia Endara
C.I. 13456253
Fecha 4/2/21


Prof. Emma Martín Gramcko
C.I. 3.893.201
Fecha 4/2/2021

TG:



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
POSTGRADO DE DERMATOLOGÍA
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”



DEDICATORIA

Primeramente, le doy gracias a mi dios por permitirme tener la fuerza, salud y vida para seguir adelante a pesar de las dificultades, y nunca perder la fé.

A mis padres quienes me apoyaron en todo momento y a pesar de la distancia sus consejos siempre estaban allí.

A mi esposo maikol por su paciencia, amor y comprensión para alcanzar cada meta anhelada.

A mi hermano Juan Carlos por siempre confiar en mí, apoyarme en lo que necesitara a pesar de la distancia.

A mis amigas y hermanas que me regalo el posgrado Eva, Kathy y Stephany por su apoyo incondicional, sus consejos, su paciencia, sin ellas esto no sería posible.

A la Dra. Sandra vivas nuestra maestra y madre, por siempre confiar en mí, enseñarme, guiarme y sembrar esa semilla que luego dará sus frutos.

A mis maestros en especial la Dra. Emma Martin la cual apoyo incondicionalmente para escribir y concluir esta tesis.

Y a todas aquellas personas que confiaron en mí, y me prestaron su apoyo para superar esta meta.

GRACIAS.....



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
POSTGRADO DE DERMATOLOGÍA
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”



ÍNDICE

INDICE DE TABLAS.....	V
RESUMEN.....	VI
ABSTRACT.....	VII
INTRODUCCION.....	1
METODOLOGIA.....	6
RESULTADOS.....	7
DISCUSION Y CONCLUSION.....	13
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	15
ANEXOS.....	17



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Distribución de los pacientes con Escabiosis según Grupo Etario y Sexo . Consulta de Dermatología, Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. Enero-junio 2020.	7
Tabla 2: Distribución de los pacientes con Escabiosis según Procedencia . Consulta de Dermatología, Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. Enero-Junio 2020	8
Tabla 3: Distribución de los pacientes con Escabiosis según Graffar . Consulta de Dermatología, Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Enero-Junio2020.	8
Tabla 4: Distribución de los pacientes según el fototipo cutáneo (Fitzpatrick) . Consulta de Dermatología, Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. Enero-Junio 2020	9
Tabla 5: Distribución de los pacientes según presencia de Características Clínicas . Consulta de Dermatología. Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. Enero-Junio 2020	9



RESUMEN

CARACTERIZACIÓN DE LA ESCABIOSIS. SERVICIO DE DERMATOLOGÍA. CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”. VALENCIA, CARABOBO AÑO 2019-2020

Autor: Vivian C. Colmenarez V.
Año: 2020

La escabiosis es una infestación causada por el ácaro *Sarcoptes scabiei* variedad *hominis*. En la actualidad en el área de dermatología del Hospital Central “Dr. Enrique Tejera” se ha venido presentando en aumento la existencia de pacientes con escabiosis. Es por ello que esta investigación tiene como **Objetivo General:** Caracterizar la escabiosis en pacientes que acuden a la consulta dermatológica de la ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. **Metodología:** Se trata de un Estudio descriptivo de corte transversal, con enfoque cuantitativo dentro del paradigma del positivismo lógico. La población estuvo conformada por los pacientes que acudieron a la consulta durante el periodo enero del 2019 a enero 2020. La técnica de muestreo fue no probabilística. Datos recolectados: Variables sociodemográficas; Graffar modificado; Fototipo de piel; Características clínicas; Dermatoscopia; Videodermatoscopia. **Resultados:** Asistieron 8.374 pacientes y de ellos se encontraron 272 casos de personas con diagnóstico de escabiosis, lo que representó un 3,2% de la consulta. De ellos, 192 eran del sexo femenino (70,6%) y 80 masculinos (29,4%). **Conclusión:** La escabiosis presenta un repunte en su aparición en la población. Es una de las principales causas de consulta en el Servicio de Dermatología de la CHET, lo cual pudiera reflejar la relación entre las condiciones económicas y de vivienda con la salud.

Palabras Claves: Escabiosis, Sarcoptes, Dermatoscopia



ABSTRACT

CHARACTERIZATION OF SCABIOSIS. DERMATOLOGY SERVICE. HOSPITAL CITY “DR. ENRIQUE TEJERA”. VALENCIA, CARABOBO YEAR 2019-2020

Author: Vivian C. Colmenarez V.

Year: 2020

Scabies is an infestation caused by the *Sarcoptes scabiei* variety *hominis* mite. Currently in the dermatology area of the Central Hospital “Dr. Enrique Tejera” the existence of patients with scabies has been increasing. That is why this research has as its **General Objective:** To characterize scabies in patients who come to the dermatological consultation of the hospital city "Dr. Enrique Tejera". **Methodology:** This is a descriptive cross-sectional study, with a quantitative approach within the paradigm of logical positivism. The population was made up of patients who attended the consultation during the period January 2019 to January 2020. The sampling technique was non-probabilistic. Data collected: Sociodemographic variables; Graffar modified; Skin phototype; Clinical features; Dermoscopy; Videodermoscopy. **Results:** 8,374 patients attended and 272 cases of people with a diagnosis of scabies were found, which represented 3.2% of the consultation. Of these, 192 were female (70.6%) and 80 male (29.4%). **Conclusions:** Scabies presents a rebound in its appearance in the population. It is one of the main causes of consultation in the CHET Dermatology Service, which could reflect the relationship between economic and housing conditions with health.

Key Words: Scabies, Sarcoptes, Dermoscopy



INTRODUCCIÓN

La escabiosis es una enfermedad de distribución mundial. “La prevalencia real” se desconoce, pero se sabe que está aumentando, se estima una global de 300 millones de afectados en todo el mundo, por lo que se trata de un auténtico problema de salud pública.¹ Igualmente, en los últimos años ha ocurrido un repunte en la aparición de la enfermedad que se ha notado en la consulta del servicio de dermatología de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”.

Es una infestación cosmopolita causada por el ácaro *Sarcoptes scabiei* variedad *hominis*, ectoparásito de cuatro pares de patas que afecta a todas las etnias y grupos de edad, sobre todo en áreas urbanas de nivel socioeconómico bajo, en los lugares de mayor concentración de la población y donde existe la promiscuidad, con manifestaciones más evidentes en menores de cinco años. Se caracteriza por surcos que excava el parásito, y "vesículas perladas" localizadas en espacios interdigitales, muñecas y codos, en mujeres en las areolas y regiones genitales en hombres como en mujeres.

Clínicamente se precisa como una dermatosis, que, en lactantes y niños, tiende a la generalización, mientras que en adolescentes y adultos afecta el tronco y las extremidades, delimitada por dos líneas imaginarias que pasan por los hombros y las rodillas, llamadas “Líneas de Hebra”. Se caracteriza por tener pápulas, vesículas, nódulos, escamas, costras hemáticas, excoriaciones, acompañadas de prurito intenso de predominio nocturno.

La escabiosis ha sido conocida por la humanidad desde el principio de su historia, interpretándose inicialmente como la consecuencia de «algún pecado» cometido por el paciente. Con el advenimiento de la medicina griega y de su más emblemático representante, Hipócrates, se desconocía la existencia del ácaro. El primero en demostrar la presencia del acaro fue Simón François Renucci, un estudiante corso del “Hotel Dieu” quien, en agosto de 1834, fue a ver cómo las mujeres de su isla extraían con la ayuda de la punta de una aguja, un ácaro de los surcos de las personas con sarna, luego realiza la misma operación ante un público expectante reunido en el hospital de Saint-Louis de París y un año más tarde, esas mismas personas publicaron su tesis sobre el tema, ilustrándola con un dibujo realista del ácaro *scabiei*. Su teoría, basada en



postulados científicos, fue aceptada por la comunidad médica internacional. A lo largo de la historia, la parasitosis ha recibido numerosas denominaciones: picor de campo, picor de Michigan, picor de la armada, picor de la tienda de campaña, y en la actualidad es conocida comúnmente como “Sarna”.²

Entre los factores de riesgo, uno de los más importantes es cuando hay déficit en las condiciones sanitarias, ambientales y falla en los servicios públicos, que dificultan el aseo personal en toda índole como es la limpieza de la ropa y el hogar, aunado a esto se agrega la escasez de productos de higiene personal y sus altos costos. Hechos estos que vienen ocurriendo en el país, y que pudiera explicar su incremento en casos.³

Por lo antes expuesto, una investigación y actualización acerca de la escabiosis puede aportar nuevos conocimientos en una patología dermatológica que se encuentra cada vez más frecuente en el primer nivel de atención médica; eligiéndola además por ser una enfermedad muy contagiosa y frecuente, pero poco consultada por los usuarios porque en muchas ocasiones se desconoce su existencia, por falta de información y conocimiento de las lesiones usuales, ya que las formas leves dificultan su detección oportuna. En diversas oportunidades no se hace un diagnóstico adecuado, ya que se debe hacer el diagnóstico diferencial con otros padecimientos, tales como las atopías, prurigos y piodermias, dándose un inadecuado tratamiento que puede llegar a causar un daño secundario como una dermatitis de contacto.^{4,5}

En otras ocasiones, un mal diagnóstico o tratamiento puede llevar a la prolongación de la enfermedad y a complicaciones agregadas como la impetiginización, piodermitis o el contagio continuo del resto de la familia. Como consecuencia de la escabiosis se producen infecciones secundarias de la piel generadas por *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes*, más frecuentes en niños que en adultos, a esto se suma el riesgo de que las personas afectadas padezcan de glomerulonefritis aguda post estreptocócica y fiebre reumática. A ellos se agrega que no basta solo el tratamiento de la persona que acude a la consulta, es necesario que el grupo familiar se trate para reducir el riesgo de reinfestación.^{6,7}

En relación con la cadena epidemiológica, el agente etiológico: *Sarcoptes scabiei* ácaro del suborden sarcoptiforme, quien tiene una vida de 1 a 3 semanas. El ácaro maduro escarba en el estrato córneo, avanzando 1-2 milímetros diarios. El ácaro hembra pone 2 a 3 huevos diarios que eclosionan en 3 a 4 días. El modo de transmisión es por contacto



directo, preferentemente durante las relaciones sexuales. También es posible el contagio a través de ropas de camas o vestidos. El periodo de incubación es de 2 a 6 semanas antes de la aparición de los síntomas en personas sin exposición previa, en las reinfecciones los síntomas aparecen entre 2-4 días; el período de transmisibilidad se da hasta no ser eliminados totalmente los ácaros y los huevos. El contagio de la enfermedad se da en un 95% por contacto directo y prologando con una persona infestada, pero en menor frecuencia se presenta de manera indirecta a través de sábanas, camas, toallas artículos de usos personales.⁸

La distribución de la escabiosis es irregular, ya que su incidencia y su prevalencia varían y se relaciona tanto con el área como con su población. En Europa, el 1-5% de la población padece de escabiosis en cualquier momento de su vida, y afecta con mayor facilidad a personas que sufren otras enfermedades. La escabiosis es una de las enfermedades dermatológicas más comunes, lo que representa una proporción sustancial de enfermedades de la piel en los países en desarrollo.⁹ En Latinoamérica, en la revisión realizada por Tincopa de diversos estudios¹⁰ la sarna tiene una frecuencia similar, entre 1-8%, pero los brotes epidémicos suceden con más frecuencia, sobre todo en Chile y Argentina. El porcentaje aumenta entre las personas más ancianas, llegando hasta un 15% en algunos países, sobre todo si sufren otras enfermedades al mismo tiempo.

En Venezuela, actualmente no se ubicaron estudios o cifras oficiales del Ministerio Poder Popular para la Salud (MPPS), tampoco se han incluido los ectoparásitos como uno de los programas de control, prioritarios y permanentes de salud pública. Los datos oficiales reportados son los del año 2011, según el anuario de Morbilidad del MPPS en los registros Formatos Epidemiológicos EPI 15, en el cual se reportaron a nivel nacional 57.326 casos, con una tasa de 195,8 x 100.000 habitantes. En los registros de EPI 15, en el grupo de las Enfermedades clasificadas como infecciosas y parasitarias, la escabiosis ocupó el octavo lugar.¹¹

Desde el punto de vista fisiopatológico, la sensibilidad alérgica al ácaro o sus productos parece desempeñar un papel importante en la determinación del desarrollo de lesiones y en la producción de prurito. Sin embargo, la secuencia de los eventos inmunológicos no está clara y requiere una mejor explicación. La evidencia sugiere que tanto la hipersensibilidad inmediata como la retardada están involucradas. Los niveles normales de IgE se informaron en una serie de pacientes con escabiosis, pero estudios posteriores



han mostrado niveles significativamente elevados en muchos individuos. El ácaro posee varios antígenos que ocasionan el prurito y la característica inhibición de la respuesta inflamatoria que les caracteriza. Glutación-N-transferasa, paramiosina, catepsina-L y Sar S-3 (esta última es excretada en las heces de los ácaros) ^{12,13}

Ahora bien, en cuanto al diagnóstico, la dermatoscopia de la escabiosis fue descrita por Argenziano y col, por primera, la cual revela estructuras triangulares de color marrón oscuro que se corresponden a la región anterior del ácaro: la boca y las patas anteriores, adyacentes a un círculo translúcido de diámetro dos veces mayor y representa la parte posterior: el abdomen y las patas traseras, simulando un anillo, ambos ubicados en el extremo final de estructuras lineales blanquecinas curvas u onduladas sin contenido que corresponden al túnel o surco acarino.¹⁴

Estas estructuras recordaban, según describen los autores en su trabajo, a la estela de un jet ala delta (jet with contrail). En la actualidad denominado “Estela de chorro”, correspondiente a la parte anterior del ácaro con su madriguera. Se ha demostrado que la dermatoscopia logra no sólo valores comparables de alta sensibilidad diagnóstica versus el examen directo microscópico o “prueba de Müller”, sino también mejora las habilidades diagnósticas para la toma de decisiones terapéuticas correspondientes.¹⁵

A la par, la videodermatoscopia (VD) es una herramienta de diagnóstico no invasiva que recientemente se ha incorporado como una técnica alternativa para el diagnóstico de la escabiosis. El mismo puede detectar los parásitos in vivo, las madrigueras, y los huevos o heces, con resultados comparables a aquellos obtenidos de muestra cutánea tradicional o ácaro-test. Además, permite monitorizar la respuesta clínica al tratamiento y de esta forma manejar mejor los tiempos óptimos de la aplicación tópica y del uso de las diferentes drogas, reduciendo el riesgo de efectos adversos y posibles complicaciones. Durante el monitoreo terapéutico, la remisión de los síntomas y de la dermatosis, acompañado de un examen dermatoscópico negativo para el patrón descrito, confirman la respuesta favorable al tratamiento.^{16, 17}

En los últimos años en Venezuela no se ha encontrado en publicaciones cifras globales de las poblaciones afectadas por escabiosis ya sean en el área rurales u/o urbanas, aun cuando sabemos existen deficientes estructuras sanitarias y estratos sociales de bajos ingresos o pobreza que son los más afectados. Aun cuando no son estudios o artículos científicos, algunas notas de prensa de medios nacionales (El Cooperante | 13 marzo,



2017) manifiestan la situación de la escabiosis en el país, en los estados Vargas, Distrito Capital, Miranda y Táchira es donde más se han reportado los casos. Por ejemplo, en Carapita, un barrio popular de Caracas, en una jornada de salud promovida por Cáritas de Venezuela, se reportó que más de 136 adultos tenían enfermedades en la piel, como la escabiosis. Evidentemente, las condiciones del lugar no eran las más óptimas, había, entre muchas precariedades, desbordamiento de aguas negras.

Sin embargo, estudios en otros países, como en la comunidad Quisapincha, de la provincia Tungurahua, corroboran lo planteado anteriormente, e identifican problemas en el control estadístico y la prevención de esta enfermedad infecciosa.¹⁸ Por otra parte, estudios realizados en otros países como en Italia^{19,20,21}, los autores describen la utilidad práctica de la dermatoscopia y de la videodermatoscopia para el diagnóstico de las Ectoparasitosis, incluyéndose la escabiosis describiendo el surco y el signo del ala delta; siendo ésta por lo tanto una herramienta beneficiosa tanto para el diagnóstico diferencial como para el pronóstico y monitoreo de tratamiento. En el estudio realizado por Azmy y col en el 2017, comparó los diagnósticos en 100 pacientes a través de diversas técnicas y encontró 16% cinta adhesiva, 10% test raspado y 22% el uso de dermatoscopia, confirmando que esta técnica es de mayor ayuda para el diagnóstico de escabiosis.²² La ausencia de información en los últimos años no permite tener cifras actualizadas a nivel local ni nacional.

En vista de lo antes expuesto, se planteó realizar un estudio para caracterizar la escabiosis en pacientes que asisten a la consulta dermatológica durante el período Enero 2019 a enero 2020, y como objetivos específicos, determinar sus condiciones sociodemográficas (edad, sexo, procedencia, Graffar), identificar el fototipo cutáneo según Fitzpatrick y las características clínicas, y establecer el diagnóstico mediante la dermatoscopia y videodermatoscopia a cada uno de las personas que entren al estudio.



MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, con enfoque cuantitativo dentro del paradigma del positivismo lógico. La población estuvo conformada por todos los pacientes que acudieron a la consulta del Servicio de Dermatología de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” durante el periodo enero del 2019 a enero 2020; la técnica de muestreo fue no probabilístico, circunstancial, se realizó la toma de muestra de los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión; previo consentimiento informado (anexo 1) se incluyeron todos pacientes con diagnóstico clínico de escabiosis.

La recolección de datos se efectuó con un Instrumento (anexo 2) con las siguientes dimensiones: A- Variables sociodemográficas como: edad, sexo, procedencia, Graffar modificado, B- Fototipo de piel, C- Características clínicas, D- Dermatoscopia, E- Videodermatoscopia

El análisis estadístico descriptivo se ejecutó a través del paquete estadístico Excel 2010 versión Windows, para variables cuantitativas como medidas de tendencia central (frecuencia absoluta y relativa, mediana y media) medidas de dispersión (desviación estándar). Los resultados se presentan a continuación en tablas y gráficos.



RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, asistieron 8.374 pacientes y de ellos se encontraron 272 casos de personas con diagnóstico de escabiosis, lo que representó un 3,2% de la consulta. De ellos, 192 eran del sexo femenino (70,6%) y 80 masculinos (29,4%)

TABLA N° 1

Distribución de los pacientes con Escabiosis según **Grupo Etario y Sexo.**

Consulta de Dermatología, Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. Enero-junio 2020.

GRUPO ETARIO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Recién Nacido (Hasta 30 días)	2	0,74	4	1,47	6	2,21
Lactante (Hasta 2 años)	23	8,46	22	8,08	45	16,54
Pre-Escolar (De 3 a 6 años)	16	5,88	16	5,89	32	11,76
Escolar (De 7 a 12 años)	14	5,15	6	2,21	20	7,35
Adolescente (De 13 a 17 años)	16	5,88	3	1,1	19	7,00
Adulto (De 18 a 65 años)	79	29,04	22	8,09	101	37,13
Adulto Mayor (Mayor 65 años)	42	15,44	7	2,57	49	18,01
TOTAL	192	70,59	80	29,41	272	100

FUENTE: Datos obtenidos de la investigación.

La mediana de edad fue de 25 años, con un valor mínimo de un mes y máximo de 92 años siendo de mayor frecuencia de presentación en el Adulto con 37,13% y menor frecuencia en los Recién nacidos (2,21%).



TABLA N° 2

Distribución de los pacientes con Escabiosis según **Procedencia**.

Consulta de Dermatología, Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. Enero-Junio 2020.

PROCEDENCIA	f	%
Valencia	206	75,7
Libertador	21	7,7
Los Guayos	10	3,7
Naguanagua	9	3,3
San Diego	5	1,8
Guacara	4	1,5
Otros	17	6,3
TOTAL	272	100

FUENTE: Datos obtenidos de la investigación

En su mayoría proceden del Municipio Valencia, con un 75,74% de los casos.

TABLA N° 3

Distribución de los pacientes con Escabiosis según **Graffar**.

Consulta de Dermatología, Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Enero-Junio 2020.

GRAFFAR	f	%
Estrato I	-	0
Estrato II	9	3,3
Estrato III	41	15,1
Estrato IV	198	72,8
Estrato V	24	8,8
TOTAL	272	100

FUENTE: Datos obtenidos de la investigación.

En cuanto al Estrato socioeconómico el 72,8% pertenecían al estrato IV.



TABLA N° 4

Distribución de los pacientes según el **fototipo cutáneo (Fitzpatrick)**.

Consulta de Dermatología, Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. Enero-Junio 2020.

FOTOTIPO	F	%
I	0	0
II	52	19,1
III	152	55,9
IV	68	25
V	0	0
VI	0	0
TOTAL	272	100

FUENTE: Datos obtenidos de la investigación.

En relación al fototipo cutáneo según Fitzpatrick, se encontró que el 80,9% de los casos se correspondían a los fototipos cutáneos III y IV.

TABLA N° 5

Distribución de los pacientes según presencia de **Características Clínicas**.

Consulta de Dermatología. Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. Enero-Junio 2020.

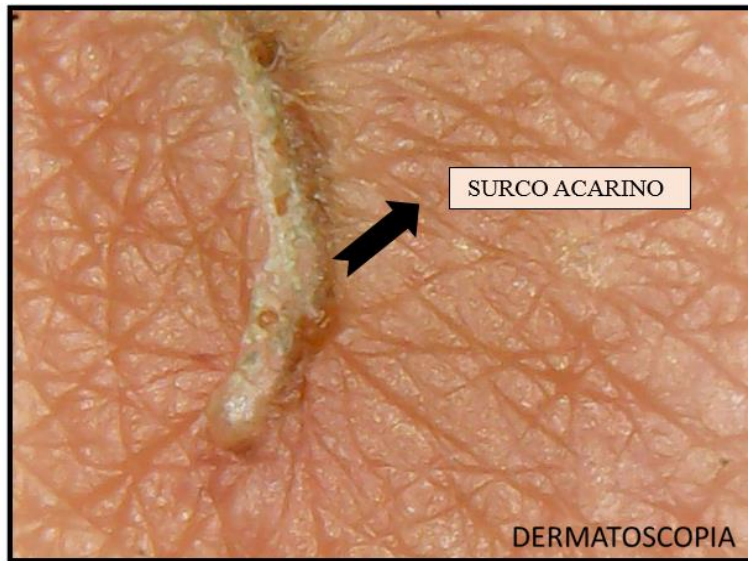
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	SI		NO		TOTAL
	f	%	f	%	
PÁPULA	272	100	0	0	272
PRURITO	267	98,2	5	1,8	272
COSTRA	128	47,5	144	52,9	272
EXCORIACIÓN	110	40,4	162	59,6	272
VESÍCULA	95	34,9	177	65,1	272
LIQUENIFICACIÓN	37	14	235	86	272

FUENTE: Datos obtenidos de la investigación.

La pápula se presentó en el 100%, seguida de prurito en el 98%.

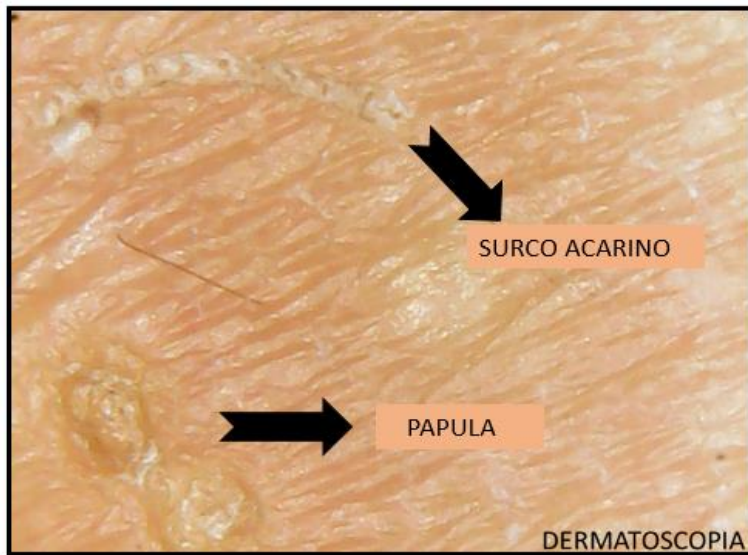
En relación con el estudio dermatoscópico se le realizó al 63%, es decir, a 172/272 a continuación se presentan muestras graficas de algunos hallazgos:

Figura 1. Identificación del surco acarino. Servicio Dermatología, CHET, 2020



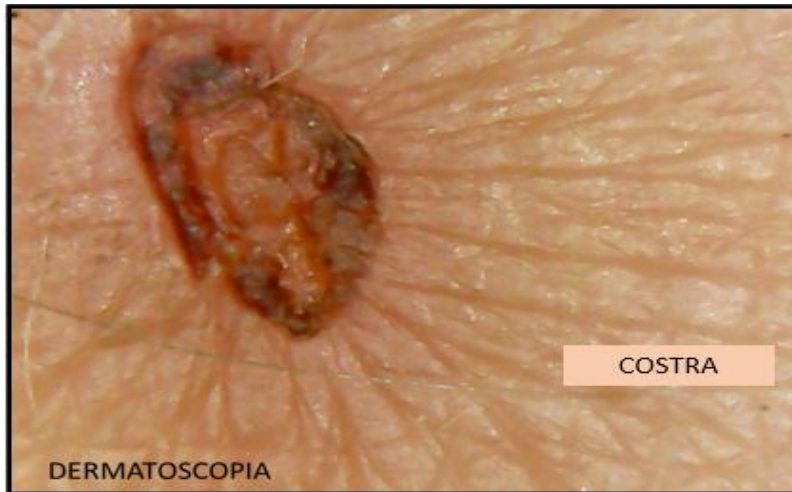
Fuente: Imágenes dermatoscópicas de los casos.

Figura 2. Surco acarino, "imagen en rosario", pápula. Servicio de Dermatología, CHET, 2020.



Fuente: Imágenes dermatoscópicas de los casos.

Figura 3 . Identificación de costras. Servicio de Dermatología, CHET, 2020.



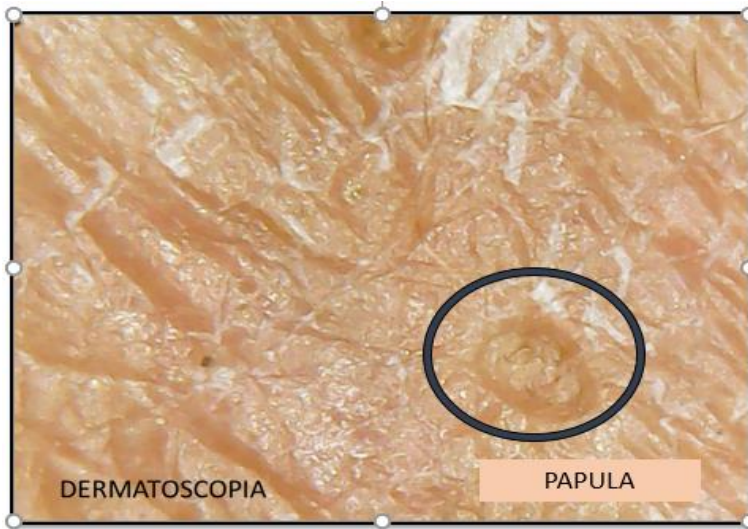
Fuente: Imágenes dermatoscópicas de los casos.

Figura 4. Identificación de excoriación. Servicio de Dermatología, CHET, 2020.



Fuente: Imágenes dermatoscópicas de los casos

Figura 5. Identificación dermatoscópica papula, Servicio de Dermatología, CHET, 2020.



Fuente: Imágenes dermatoscópicas de los casos.

Figura 6. Áreas de liquenificación, Servicio de Dermatología, CHET, 2020.



Fuente: Imágenes dermatoscópicas de los casos.



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

De acuerdo al número de casos encontrados, la escabiosis representó el 3,5 % de la consulta dermatológica. Esta cifra coincide con lo referido en la literatura. Este porcentaje coincide con lo que dice Ticopa¹⁰ en el 2017, quien revisando diversos estudios encontró que la escabiosis tiene una frecuencia entre 1-8%, pero los brotes epidémicos suceden con más frecuencia, sobre todo en Chile y Argentina. Por lo tanto, podemos decir que lo hallado es un porcentaje elevado, si consideramos que esta patología debería ser diagnosticada y tratada en atención primaria, por lo que sugerimos se debería realizar un estudio de por qué estos casos llegan a una consulta especializada.

Encontramos que la patología estudiada se presenta a cualquier edad, sin embargo, es más frecuente en menores de 15 años y en adultos mayores. En el estudio encontramos el mayor porcentaje en adultos, con una edad promedio de 25 años, a predominio del sexo femenino, lo que se corresponde con el estudio de Kim J, Cheong H²³ en Corea del Sur, del 2010- 2017, quien reporta que la prevalencia de sarna aumenta con la edad, y que la proporción general de mujeres a hombres fue de 1-14 %, se notificaron más casos de mujeres.

En cuanto a estratos sociales no parece haber diferencias para tenerla, es decir, tanto las personas con un nivel económico bajo, como aquellas que tienen un alto nivel económico, pueden sufrir de escabiosis, sin embargo, en el presente estudio se concluye que la población más vulnerable ante la escabiosis fue aquella de pobreza relativa (estrato IV), pudiéndose explicar por qué ésta es la población que más acude a este hospital generalmente y además este grupo social es el que usualmente sufre más por la falta de servicios básicos como el agua y la recolección de basura, influyendo de igual manera la falta de aseo personal y el poco uso de limpieza, como se ha evidenciado siempre en la literatura sobre esta infección.

En cuanto a la procedencia de los pacientes diagnosticados con escabiosis, pertenecen en su mayoría al municipio Valencia, lo cual es lógico tomando en cuenta que es esta la zona de mayor influencia para este hospital. El fototipo cutáneo según Fitzpatrick, con mayor frecuencia son los que pertenecen al tipo III. Esto coincide con lo reportado en diversos estudios realizados en el Servicio de Dermatología, en el cual se efectuó el



análisis del fototipo cutáneo mediante curvas espectrales con el uso del Espectrofotómetro de Reflexión Difusa en habitantes de Venezuela. Los sujetos de estudio pertenecen, en su mayoría, a los fototipos cutáneos III y IV.²⁴

En la evaluación de las características clínicas se pudo observar que el motivo de consulta en el Servicio de Dermatología más relevante fue el prurito, y el signo en mayor porcentaje fue la pápula. Según estudios realizados por Ticopa 2017¹⁰ las pápulas y el prurito son resultado de una reacción de hipersensibilidad retardada, mediada inmunológicamente, siendo la lesión elemental la pápula eritematosa pequeña menor o igual de 5 mm. Los hallazgos dermatoscópico confirman las lesiones descritas, constituyendo una herramienta útil para el diagnóstico, otros estudios como el de Abdel A y col.²² reporta que el surco acarino es una lesión patognomónica de la escabiosis, y eso mismo fue observado en las dermatoscopias realizadas.

Podemos concluir que la escabiosis es un problema de salud pública, que pudiera estar repuntando su aparición en la población, que se presenta como una de las principales causas de consulta en el Servicio de Dermatología de la CHET, lo cual pudiera reflejar la relación entre las condiciones económicas y de vivienda con la salud. Es por ello que nos atrevemos a recomendar aumentar la educación sanitaria a la población en general, reforzar el énfasis y entrenamiento a médicos en atención primaria para un diagnóstico y tratamiento oportuno, realizar directrices para el seguimiento y la evaluación de programas, y asegurar el suministro de medicamentos a una escala nacional.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Katbryn A, Lindsay S. Epidemiology, Diagnosis, and Treatment of Scabies in a Dermatology Office. *J Am Board Fam Med*. January 2017 vol.30 n°1
2. Díaz R, Vidaurrazaga C, Díaz A. Historia de la Dermatología: Historia del ácaro de la sarna. *Servicio de Dermatología Hospital La Paz*. Madrid, España. *Piel* 2003;18(9):471
3. García I, Rodríguez M, De Sardy N, Jaimes J, Lacruz L. Epidemiology and control of thescabies in a rural area Venezuelan Andean. *Col. med. estado Táchira*; 2002 11(3):19
4. Zárate N. Escabiosis diagnóstico y tratamiento IMSS, unidad de medicina familiar México, mayo 2012.
5. Roye R, Meléndez M, Ruiz G, Gamboa A, Morantes J. Enfermedades Dermatológicas En La Edad Pediátrica Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo” Caracas, Venezuela. *Rev Dermatología Venezolana* 2006; 44(4):12-16
6. Costa M, Rodríguez O, García A, Rodríguez N. Aspectos epidemiológicos de la escabiosis infantil en el municipio Cabimas, estado Zulia, Venezuela. *AMC* 2008 12(2) [Internet]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-07552008000200008&lng=es.
7. Osti M, Sokana O, Phelan S, Marks M, Whitfeld M, Gorae C, et al. Prevalencia de sarna e impétigo en las Islas Salomón: una encuesta escolar. *BMC InfectDis*. 2019 (1): 803. doi: [10.1186 / s12879-019-4382-8](https://doi.org/10.1186/s12879-019-4382-8).
8. Martín Gramcko E, Mederos S. Manual de infecciones de transmisión sexual más frecuentes, Valencia. UC 2005 capítulo IV pag.71
9. Arenas R. Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento. 6ta ed. México. McGraw-Hill Interamericana, 2013 pag.549-554
10. Tincopa O. Escabiosis (sarna): revisión epidemiológica, clínica, patogenia y terapéutica. *Dermatol Perú* 2017; vol. 2: 1-107
11. Castellano E, Morales M, García J, Garrido F. Anuario de morbilidad 2011, MPPS, dirección de vigilancia epidemiológica.
12. Gómez A, Trujillo H, López N, Diéguez C, Rocher C. Escabiosis: una revisión *Dermatología CMQ* 2013;11 (3):217-223
13. Fischer K, Holt D, Harumal P, Currie B, Walton S, Kemp D. “Generation and characterization of cDNA clones from *Sarcoptes scabiei* var *hominis* for an expressed



sequence tag library: identification of homologues of house dust mite allergens”. Am J Trop Med Hyg 2003; 68: 61-64.

14. Zalaudek I, Argenziano G, Di Stefani A, Ferrara G, Marghoob A, Wellenhof R, Soyer P, et al. Dermoscopy in General Dermatology, *Dermatology* 2006;212(1):7-18 [doi:10.1159/000089015](https://doi.org/10.1159/000089015).

15. Errichetti D, Zalaudek I, Kittler H, Apalla Z, Argenziano G, Bakos R, Blum A, Ioannides D, et al Standardization of dermoscopic terminology and basic dermoscopic parameters to evaluate in general dermatology (non-neoplastic dermatoses): an expert consensus on behalf of the International Dermoscopy Society, *British Journal of Dermatology* (2019).pág 1-14

16. Errichetti E y Stinco G. Dermoscopy in general dermatology: a practical overview, *Dermatol Ther (Heidelb)* 2016; 6(4):471-507.

17. Anderson KL Strowd LC. Epidemiología, diagnóstico y tratamiento de la sarna en una oficina de dermatología. *J Am BoardFamMed*. 2017,30(1): 78-84. [doi: 10.3122 / jabfm.2017.01.160190](https://doi.org/10.3122/jabfm.2017.01.160190)

18. Acosta D, caracterización clínica y epidemiológica de pacientes con diagnóstico de escabiosis en el centro de salud Quisapincha periodo 2014-2016 [tesis grado] Ecuador: universidad autónoma de los andes (UNIANDES) 2017

19. Micali G, Lacarruba F, Massimino D, Schwartz R. Dermatoscopy: Alternative uses in daily clinical practice. *J am Acad Dermatol* 2011,64:1135-46

20. Bollea M, Vacas A, Capacho D, Bollea L, Torre A, Kowalczyk A. Serie parasitosis en dermatología escabiosis. *Rev.Hosp. Ital. B Aires* 2016;36(2):75-78

21. Lacarruba F, Micali G. Videodermatoscopy and scabies. *The Journal of pediatrics* 2013; 163:1227

22. Abdel A, Elshahed A, Salama O, Elsaie M. Comparing the diagnostic properties of skin scraping, adhesive tape, and dermoscopy in diagnosing scabies. *Acta dermatovenerol APA* 2018; 27:75-7

23. Jong-Hun k, Hae-kwan C. Epidemiologic Trends and Seasonality of Scabies in South Korea, 2010-2017 *Journal Korean J Parasitol*. 2019 v.57(4):399-404

24. Pardo E, Firmas espectrales de fototipos cutáneos de habitantes de Venezuela. Valencia, estado Carabobo 2015 [trabajo especial de grado] Researchgate, septiembre 2015



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
POSTGRADO DE DERMATOLOGÍA
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"



ANEXOS



ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: _____ C.I: _____

Acepto participar en el estudio titulado **CARACTERIZACIÓN DE LA ESCABIOSIS. SERVICIO DE DERMATOLÓGIA. CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”, VALENCIA-ESTADO CARABOBO AÑO 2019-2020** el cual será llevado a cabo por la residente: Vivian Carolina Colmenárez Valderrama, C.I: 19779480, a quien autorizo para obtener la información necesaria de mi entrevista grabada y/o escrita, cuestionarios. Aclarando que dichos datos sólo podrán ser utilizados para dicho estudio y deben ser mantenidos y publicados de forma anónima y estoy consciente que puedo retirarme del estudio si lo deseo.

Firma del Paciente: _____

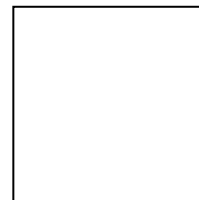
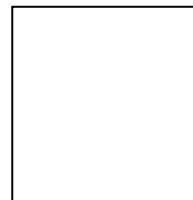
Nombre del Paciente: _____

C. I. o Huella: _____

Firma del Testigo o Responsable del Paciente: _____

NOMBRE DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE: _____

C.I. o HUELLA: _____



RELACIÓN CON EL PACIENTE:

Pulgar
Izquierdo

Pulgar
Derecho



ANEXO 2

ESCALA DE GRAFFAR

Profesión del Jefe del Hogar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Profesión universitaria. 2. Profesión técnica y superior o medianos comerciantes o productores. 3. Empleados sin profesión universitaria. Bachiller técnico pequeños comerciantes o productores propietarios. 4. Obreros especializados, parte de los trabajadores del sector informal de la economía (que no posean título profesional). 5. Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía.
Nivel de Instrucción de la Esposa (o) o Conyugue.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enseñanza universitaria o su equivalente. 2. Enseñanza secundaria completa. 3. Enseñanza secundaria incompleta. 4. Enseñanza primaria o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria). 5. Analfabeta.
Principal Fuente del Ingreso del Hogar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortuna heredada o Adquirida. 2. Ganancias, beneficios, honorarios profesionales. 3. Sueldo mensual. 4. Salario mensual, diario. Salario a destajo. 5. Donaciones de origen público o privado.
Condiciones de Alojamiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vivienda con óptimas condiciones sanitarias y ambiente de gran lujo y grandes espacios. 2. Vivienda con óptimas condiciones sanitarias y ambiente con lujo, sin excesos y con grandes espacios. 3. Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre que las viviendas 1 y 2. 4. Vivienda con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias. 5. Rancho con vivienda con espacios insuficientes y condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas.

Estrato Social	Total
I	4-6
II	7-9
III	10-12
IV	13-16
V	17-20