

**Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas**

Efectividad del jabón azufrado en el tratamiento de la Sarcoptiosis.

**Estudio descriptivo transversal en pacientes con diagnóstico de
Sarcoptiosis atendidos en el centro de salud de Sumpango
Sacatepequez durante Noviembre-Diciembre 2001.**

NANCY OFELIA CHÈ ARCHILA

MEDICA Y CIRUJANA

Guatemala, mayo de 2002

TITULO

Efectividad del jabón azufrado en el tratamiento de la Sarcoptiosis.

SUBTITULO

Estudio descriptivo transversal en pacientes con diagnóstico de Sarcoptiosis atendidos en el centro de salud de Sumpango Sacatepequez durante Noviembre-Diciembre 2001.

INDICE

I.	Introducción.....	1
II.	Definición y análisis del problema.....	2
III.	Justificación.....	4
IV.	Objetivos.....	5
V.	Revisión Bibliográfica.....	6
VI.	Material y Métodos.....	12
VII.	Presentación y Análisis de resultados.....	18
VIII.	Conclusiones.....	39
IX.	Recomendaciones.....	41
X.	Resumen.....	42
XI.	Bibliografía.....	43
XII.	Anexos	45

I INTRODUCCION

Las enfermedades dermatológicas son muy frecuentes en nuestro medio; entre ellas la sarcoptiosis que en el área rural de Guatemala ocupa el cuarto lugar de morbilidad como es el caso del Centro de Salud De Sumpango Sacatepéquez.

Por ello se realizó la presente investigación de tipo descriptivo transversal con el objetivo de evaluar el efecto del jabón de azufre precipitado al 10% en el tratamiento de la Sarcoptiosis en un grupo de pacientes con dicho diagnóstico clínico a quienes se les efectuó un raspado de pápula para confirmar el diagnóstico a través de la identificación del ácaro o heces de *S. Scabiei*. El estudio se realizó en el Centro de Salud de Sumpango Sacatepequez durante los meses de noviembre y diciembre del año 2001.

Se observó que el 43.75% de los casos tuvo una resolución total del cuadro clínico y examen microbiológico negativo; el 36.25% mejoró; tuvo una resolución parcial, cuadro clínico persistente y examen microbiológico negativo; y el 20% persistente; en el cual el cuadro clínico persiste y examen microbiológico positivo. Lo anterior comprueba que el jabón azufrado se puede utilizar como tratamiento para la sarcoptiosis; como reporta la literatura que el azufre precipitado al 6% en vaselina y ungüento al 5% y 10% son efectivos.

Se espera que se realicen mas estudios acerca del jabón de azufre precipitado al 10%, para poder contar con un tratamiento más cómodo, barato y con menos riesgos.

II DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

Las enfermedades dermatológicas son muy frecuentes en nuestro medio ya que vivimos en un país subdesarrollado en el cual su población no cuenta con sus servicios básicos de saneamiento como lo es; agua potable, drenajes, tren de aseo, lo cual es parte fundamental para la prevención de esta patología.

La Sarcoptiosis tiene una distribución mundial, afecta a todas las razas y clases sociales; predomina en los estratos socioeconómicos bajos; explica 2 a 4% de la consulta dermatológica en Estados Unidos. Es endémica en muchos países no industrializados y hay brotes epidémicos cílicos cada 10 a 15 años, con frecuencia de 2 a 20%. Afecta ambos sexos y ocurre a cualquier edad, su transmisión es de una persona a otra mediante fómites o por contacto sexual, por lo que es frecuente su presentación como pequeñas epidemias familiares o comunales, la favorecen la falta de higiene y la promiscuidad. (3)

En Guatemala, la sarcoptiosis constituye una de las primeras causas de consulta en los servicios asistenciales ambulatorios del país. (1) En Sumpango Sacatepéquez ocupa el cuarto lugar en morbilidad general con el 11%. (15)

Sumpango es municipio de Sacatepéquez. Su población es indígena; constituida por 32,000 habitantes, de los cuales 25,000 pertenecen al área urbana y 7,000 al área rural.

En consecuencia y enfocando la problemática se plantea el presente estudio a realizarse en el municipio de Sumpango Sacatepéquez; en donde se puede observar que la Sarcoptiosis es una patología muy frecuente en su población.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para el tratamiento de la sarcoptiosis utiliza el Benzan (Benzóato de Bencilo en solución al 10%), aplicándose por tres noches consecutivas; habiendo en ocasiones fracasos en el tratamiento.

Se puede utilizar otras alternativas en el tratamiento de la Sarcoptiosis como; crema permetrina al 5%, Lindano (hexacloruro de alfa benceno) en loción o crema al 1%, Crotamitón al 10%, Monosulfato de tetraetilitiuram a 25%, ivermectina, azufre precipitado al 6% en vaselina y ungüento al 5-10%. (4,13,14)

Por lo que en el presente estudio se hizo uso de jabón de azufre precipitado al 10%, tomando en cuenta que es fácil de aplicar, seguro y no se corren riesgos, lo cual disminuye los fracasos en la erradicación del ácaro.

III JUSTIFICACION

La sarcoptiosis es una de las enfermedades dermatológicas más frecuentes en el área rural, se sitúa en una de las diez primeras causas de morbilidad en el centro de salud de Sumpango Sacatepéquez; ocupando el cuarto lugar con 426 casos (11%); con 5.6% femenino y 5.4% masculino, durante el año 2000. (15) Para el tratamiento de esta patología en el centro de salud utilizan el Benzan (benzoato de bencilo en solución al 10%); y un antihistamínico; en ocasiones el tratamiento no funciona ya que no se cumple con el esquema por las desventajas que presenta, como lo es, el mal olor que produce, la incomodidad de aplicarlo durante toda la noche por tres noches consecutivas, tener cuidado de no aplicarlo en mucosas, el peligro que se corre al ingerirlo accidentalmente por los niños.

La literatura reporta que se puede utilizar azufre precipitado en vaselina al 6% y ungüento al 5-10%; (2,6,9,11,18) por lo que se hizo uso de jabón de Azufre precipitado al 10% como único tratamiento, tomando en cuenta que no se corren riesgos, no se absorbe a nivel de mucosas, no se puede ingerir, es más barato, de fácil aplicación al utilizarlo sobre la piel al bañarse.

IV OBJETIVOS

A. GENERAL:

Evaluar el efecto del jabón de Azufre en el tratamiento de la Sarcoptiosis en pacientes con dicha patología atendidos en el centro de salud de Sumpango Sacatepéquez, en los meses de noviembre-diciembre 2001.

B. ESPECIFICOS:

1. Evaluar después del tratamiento con jabón de azufre la persistencia del ácaro o del cuadro clínico.
2. Evaluar los posibles efectos secundarios causados por el jabón de azufre.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

A. LA PIEL

Es un órgano cutáneo que cubre la superficie del cuerpo, constituye el 16 por 100 del peso del cuerpo, está constituida por dos capas principales. El epitelio superficial o epidermis, y la capa de tejido conjuntivo subyacente, la dermis. Por debajo de la dermis hay un estrato de tejido conjuntivo, la fascia superficial o hipodermis.

Las funciones específicas de la piel dependen en gran medida de las propiedades de la epidermis. (10) Las mejor conocidas y de cuya armonía resulta la piel sana son las siguientes: a) queratínica, produce queratina; b) melánica, sintetiza melanina; c) sebácea, forma el sebo; d) sudoral, sudor y otros soventes; e) sensorial, perceptiva; f) interviene en la regulación térmica, el control hidroelectrolítico y el metabolismo general. (3,10)

B. SARCOPTIOSIS

1. Sinonimia: Escabiosis, sarna, roña, rasquiña. (3,9)

2. Definición

Dermatosis pruriginosa, que tiende a ser generalizada, con predominio en pliegues y genitales; se caracteriza por pápulas, costras hemáticas, pequeñas vesículas, y túneles; es transmisible; por lo general familiar, y se origina por Sarcoptes scabiei var. Hominis. (2,3,6,9)

3. Datos epidemiológicos

La distribución es mundial; afecta a todas las razas y clases sociales; predomina a los estratos socioeconómicos bajos; explica 2 a 4% de la consulta dermatológica en Estados Unidos. (3)

Es endémica en muchos países no industrializados, y hay brotes epidémicos cíclicos cada 10 a 15 años, con frecuencia de 2 a 20 por ciento. (3)

En Guatemala, la Sarcoptiosis constituye una de las primeras causas de consulta en los servicios asistenciales ambulatorios del país. (1)

4. Etiología y Patogenesis

Se transmite de un individuo a otro tras un contacto físico prolongado y generalmente íntimo. No puede contagiarse mediante contactos sociales breves, como por ejemplo, estrechar las manos. En raras ocasiones se transmite a través de objetos inanimados, tal y como demostró Mellanby con objetos durante la Segunda Guerra Mundial. Sólo tres de un grupo de cien se infectaron tras dormir en sacos de dormir ocupados recientemente por individuos afectados por la enfermedad. Por lo tanto, es más frecuente en las personas promiscuas. Sin embargo, los lactantes y niños pequeños son susceptibles, dado que su manipulación frecuente y prolongada permite la transmisión del ácaro desde un individuo infectado. (7,18,19)

El *Sarcoptes scabiei* var. *Hominis* fue descubierto en 1687, (6,11) Es un artrópodo arácnido que mide aproximadamente 0.35 mm el macho y 0.45mm de longitud la hembra ovígera. (5,9) Después de la fecundación sobre la superficie cutánea, la hembra grávida exuda una sustancia queratolítica y escarba el estrato córneo formando un surco al cabo de 30 minutos.(5) Deposita de 1 a 3 huevos al día, (8) y numerosos detritus fecales marrones (escíbalos). En 4 a 5 semanas completa la puesta de huevos y muere en el interior del surco. Los huevos se incuban en 3 a 5 días y de ellos salen unas larvas que crecen y se transforman en ninfas sobre la superficie de la piel, la transmisión se realiza en esta etapa, ya que por cada persona hay alrededor de 10 a 15 parásitos adultos. La madurez se alcanza en 2 a 3 semanas. Se produce una nueva fecundación y la hembra grávida invade la piel para completar el ciclo vital.

Tras unas semanas se desarrolla una respuesta inmunitaria del ácaro, se elevan los niveles de inmunoglobulinas, especialmente IgG e IgM. (5,7,9,21)

5. Cuadro clínico

En la etapa de parásito adulto con capacidad de locomoción, los sarcoptes se diseminan por el tegumento, ubicándose en áreas bastante características; la dermatosis está limitada por líneas imaginarias que pasan por hombros y rodillas llamadas líneas de Hebra; (3,9) y afecta la cara anterior de muñecas; pliegues interdigitales de manos; axilas; caras internas de brazos, antebrazos y muslos; ombligo; pliegue interglúteo; escroto, y pene; en mujeres, se observa en pliegues submamarios y pezones; en lactantes y niños las lesiones predominan en piel cabelluda, palma, planta y pliegues. (12,18) Hay abundantes pápulas y costras hemáticas; pocas veces se observan las lesiones elementales características: un túnel de 2 a 3 mm, sinuoso, ligeramente pigmentado, y con una pequeña vesícula en la parte terminal, visible más fácilmente en palmas, plantas y pene; el prurito es intenso y es casi patognomónico por ser mayor durante la noche. La evolución es aguda, subaguda o crónica. (3,7,8,9)

a. Formas especiales:

- i Leve: pocas lesiones por una buena higiene corporal.
- ii Nodosa: reacciones nodulares (inmunológicas).
- iii Costrosa (noruega): lesiones costrosas ricas en ácaros en los pacientes con inmunodeficiencia. (17)

6. Diagnóstico

Anamnesis (prurito colectivo), cuadro clínico. (17,19) Datos de laboratorio: ninguno es indispensable para el diagnóstico; los pequeños túneles pueden demostrarse al colocar una gota de tinta china diluida en un extremo. El diagnóstico es definitivo si se visualizan ácaros, huevos, o heces al colocar una gota de aceite en una hoja de bisturí y raspar una pápula o el extremo de un túnel, luego se coloca el aceite en un portaobjetos, se coloca un cubreobjetos, y se observa al microscopio con aumento de 50 a 100 veces; el raspado también puede colocarse en hidróxido de potasio (20%). (3,11,21)

Datos histopatológicos: En epidermis, en capa córnea o granulosa se encuentran túneles con edema intracelular, espongiosis o formación de vesículas subepidérmicas, e invasión por neutrófilos y eosinófilos; hay acantosis

leve. En dermis papilar, edema, vasodilatación e infiltrados perivasculares de linfocitos, histiocitos, mastocitos y eosinófilos. (3)

7. Diagnóstico diferencial

Puede ser confundida por cualquier erupción pruriginosa, con eccemas; entre las que se encuentran; dermatitis por contacto, por medicamentos, por insectos, herpetiforme; urticaria, secundarismo sifilitico.

Prurigo gestacional, linfomas, cimiciasis, pitiriasis rosada, liquen plano, histiocitosis X, enfermedad de Darier, pitiriasis rubra pilaris, paquionoquia congénita. (3,6,11)

8. Complicaciones

Se encuentran las infecciones secundarias causadas por Estafilococo aureus, Estreptococo del grupo A y Pseudomonas aeruginosa; en el niño, reviste importancia por las afecciones renales ocasionadas por la infección estreptocócica. (9,11)

9. Tratamiento

Debe ser dirigido:

1. A desparasitar al paciente.
2. Tratar a los convivientes con o sin síntomas, ya que el prurito solo aparece dos o tres semanas después del contagio y persiste después de la curación por otras dos semanas, aproximadamente.
3. Medidas de higiene, lavado diario de ropa personal y de cama mientras dure el tratamiento.
4. Evitar el contagio proveniente de otras personas que frecuentan el hogar y de las cuales se sospeche la enfermedad.
5. Tratamiento sintomático del prurito, con antihistamínicos.
6. Tratamiento de las infecciones secundarias con los antibióticos apropiados. (2,9,20)

7. Tratamiento específico: se han usado varias drogas y combinaciones.

- a. **Hexacloruro de gammabenzeno a 1% (Lindano);** debe recordarse que se absorbe en 10% y puede ser tóxico en lactantes, embarazadas, o ante crisis convulsiva; es mejor aplicarlo en piel seca para evitar la absorción, (3,7,19) no se debe aplicar después del baño porque produce una dermatitis severa. (19)
- b. **Benzoato de bencilo a 20%;** en cualquier preparación comercial o aceite de almendras dulces. (3,13,14) La mayoría de los pacientes comentan que este medicamento quema o irrita la piel, provocando cifras elevadas en la incidencia de dermatitis irritativa postsarnosa asociadas a su empleo. (7)
- c. **Crotamitón a 10%;** en ocasiones produce irritación, en especial sobre la piel inflamada o cuando se aplica durante un período prolongado. (4,13,14)

El método para aplicar cualquiera de estos tres fármacos es el siguiente: se frota durante 10 minutos, se deja toda la noche, y se elimina al día siguiente mediante el baño; se aplica en todo el cuerpo desde el cuello, en especial en manos y regiones intertriginosas y bajo las uñas; la aplicación se repite tres a cinco días; es necesario evitar el tratamiento excesivo. (3,14)

- d. **Monosulfato de tetraetiltiuram a 25%** en solución alcohólica; Se aplica diluido en dos a tres veces su volumen, por dos a tres días; sin diluir produce efecto Antabuse (eritema, edema y taquicardia). (3,7)
- e. **Frote de manteca benzoada, 120 g, azufre precipitado, 10 a 20 g, y benzoato de bencilo, 10 g;** se frota 20 minutos, se deja media hora y luego se lava con agua y jabón. (3)
- f. **Azufre precipitado a 6%;** en vaselina se aplica por tres noches consecutivas. (3,6,11) Se utiliza 10-20% en frote único. (2)
- g. **Permetrin, crema dérmica 5%,** piretroide sintético químicamente semejante a las piretrinas naturales, es muy eficaz, después de una dosis única; En niños pequeños se aplica al 2.5%. (9,21)

- h.** **Ivermectina**, ha sido empleada tópicamente o en dosis única oral de 200 mg/kg con notable éxito. (9,11)

C. JABON DE AZUFRE DERMACARE

1. Composición química:

Cada barra de 100 g. Contiene 10% de azufre precipitado, 85% de jabón sódico y 5% de glicerina.

2. Propiedades:

El azufre actúa como un queratolítico por su acción descamante y secante. Esta acción lleva a cabo un desgrasamiento efectivo limpiando la dermis como terapia única. Este desgrasamiento y limpieza también es útil cuando se desea aplicar posteriormente otro medicamento.

La glicerina mantiene la humectación de la piel atrayendo agua desde el tercio distal profundo de la dermis hasta la superficie de la misma.

No tiene mal olor aún después de humedecido el jabón. (15)

1. Indicaciones:

- Sarcoptiosis en niños hasta 2 años.
- Limpiador antiseborreico.
- Queratolítico.
- Antiséptico.
- Psoriasis.
- Dermatitis eczematosa.
- Lupus eritematoso.
- Acné, barros y espinillas. (15)

Aprobado por el Ministerio de Salud según su famacopea. (15)

VI. MATERIAL Y METODOS

A. METODOLOGIA

1. Tipo de estudio:

Descriptivo – Transversal

2. Sujeto de estudio:

Pacientes que asisten a consulta al centro de salud de sumpango, con historia de dermatosis.

2. Tamaño de la muestra:

El tamaño de la muestra se definió sobre la base de la fórmula estadistica.

$$n = \frac{N \cdot (p \cdot q)}{\frac{N - 1}{4} \cdot (Le)^2 + (p) \cdot (q)}$$

En donde:

n = Tamaño de la muestra

N = Número de pacientes que asisten a la consulta externa del centro de Salud de Sumpango Sacatepequez, con diagnóstico de Sarcoptiosis durante un año.

Le = Límite de error 0.10

p y q = Prevalencia del daño en la población

Así sea que:

$$n = \frac{400 (0.50) (0.50)}{\frac{400 - 1 (0.10)2 + (0.50) (0.50)}{4}}$$

$$n = 80$$

El tamaño de la muestra es de **80** pacientes.

4. Criterios de inclusión:

- Hombres, Mujeres y niños con diagnóstico de Sarcoptiosis.
- Pacientes con diagnóstico de Sarcoptiosis e infección sobreagregada.
- Pacientes con diagnóstico de Sarcoptiosis que hubieran recibido tratamiento anterior.

5. Criterios de Exclusión:

- Pacientes con otra clase de dermatosis.
- Pacientes con historia de hipersensibilidad al azufre.
- Pacientes con enfermedad de tipo metabólico.

6. Variables:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA
Sarcoptiosis	Dermatosis Pruriginosa que tiende a ser generalizada, se caracteriza por pápulas, costras hemáticas, vesículas y túneles, transmitida por sarcoptes scabie var. Hominis.	Dermatosis Pruriginosa generalizada, caracterizada por pápulas, costras hemáticas y túneles; observado al examen físico.	Nominal	Evaluación del paciente.
Métodos Diagnósticos Para identificar el Sarcoptes Scabie	Medios utilizados para determinar el diagnóstico definitivo.	Detección por medio de examen de gabinete la presencia del ácaro.	Nominal	Microbiológico
+ Efectividad del jabón azufrado	El Azufre es un elemento no metálico, insípido de color amarillo pálido; en medicina ha cobrado gran relevancia por la extensión del uso en numerosas pomadas tópicas. Composición química: 85% de jabón sódico, 5% de glicerina, 10% de azufre precipitado U.S.P.	Uso del jabón de azufre en el tratamiento de la Sarcoptiosis. Lavar todo el cuerpo hasta producir suficiente espuma, luego enjuagarse; repetir el proceso durante 5 días consecutivos.	Nominal	<u>Curado:</u> Resolución total del cuadro clínico; examen microbiológico negativo. <u>Mejorado:</u> Resolución parcial, cuadro clínico persiste; examen microbiológico negativo. <u>Persistente:</u> continúan cuadro clínico y microbiológico positivo.
Efectos Secundarios	Consecuencias no deseables que resultan de la administración de algún medicamento.	Presencia de consecuencias no deseables que resultan de la administración del jabón de	Nominal	Efectos secundarios más frecuentes.

7. Instrumento de recolección y medición de las variables o datos:

Se realizó interrogatorio a cada paciente que consulte por dermatosis sugestivas de Sarcoptiosis; examen físico con énfasis en dermatología basándose en la dermatosis que está limitada por líneas de Hebra, características de la Sarcoptiosis, contenidas en una boleta.

8. Ejecución de la investigación:

Se procedió a interrogar a cada paciente con dermatosis; realizándose examen físico dermatológico basándose en la línea de Hebra; a quienes presentaron diagnóstico clínico de Sarcoptiosis se les realizó un raspado de una pápula o del extremo de un tunel con bisturí con una gota de aceite mineral, luego se colocó en un portaobjetos, se colocó un cubreobjetos, y se observó al microscopio con aumento de 50 a 100 veces; se realizó la identificación del ácaro, huevos o heces del Sarcoptes scabiei var. Hominis, por médico dermatólogo y la investigadora.

A los pacientes que presentaron infección sobreagregada se les trató con los antibióticos correspondientes.

Como tratamiento se administró jabón de azufre precipitado 10% al bañarse por 5 días consecutivos; se dio plan educacional: lavado diario de ropa personal y de cama, debe ser familiar; al concluir el tratamiento se realizó examen físico dermatológico, y microbiológico a todos los pacientes por la investigadora; se realizó visita domiciliar para garantizar el cumplimiento del tratamiento; durante los meses de noviembre y diciembre 2001.

9. Presentación de resultados:

Se realizó tabulación de los datos obtenidos de la boleta, creándose cuadros correspondientes, con su respectivo análisis.

10. Aspectos éticos:

Para la realización del presente estudio se obtuvo la autorización de las diferentes autoridades del centro de salud de Sumpango Sacatepéquez, así mismo la autorización de los pacientes para incluirlos en el presente estudio. En el presente estudio se utilizó el jabón de azufre al 10%, al aplicarlo no se corren riesgos para el paciente; ya que no se absorbe a nivel de mucosas, no se puede ingerir, no produce efectos secundarios; se les proporcionó el jabón por la investigadora.

B. RECURSOS

1. Materiales físicos:

- a Biblioteca de la Universidad de San Carlos y del Hospital Roosevelt.
- b Internet
- c Puesto de Salud de Sumpango Sacatepéquez
- d Material de escritorio
- e Computadora
- f Impresora
- g Hojas
- h Portaobjetos y Cobreobjetos
- i Microscopio
- j Aceite mineral
- k Jabón de azufre marca Dermacare
- l Bisturí.

2. Humanos

- a Investigadora
- b Personal de bibliotecas
- c Personal de salud
- d Asesor: Doctor Angel Higueros
- e Revisor: Doctor Edwin Garcia

3. Económicos

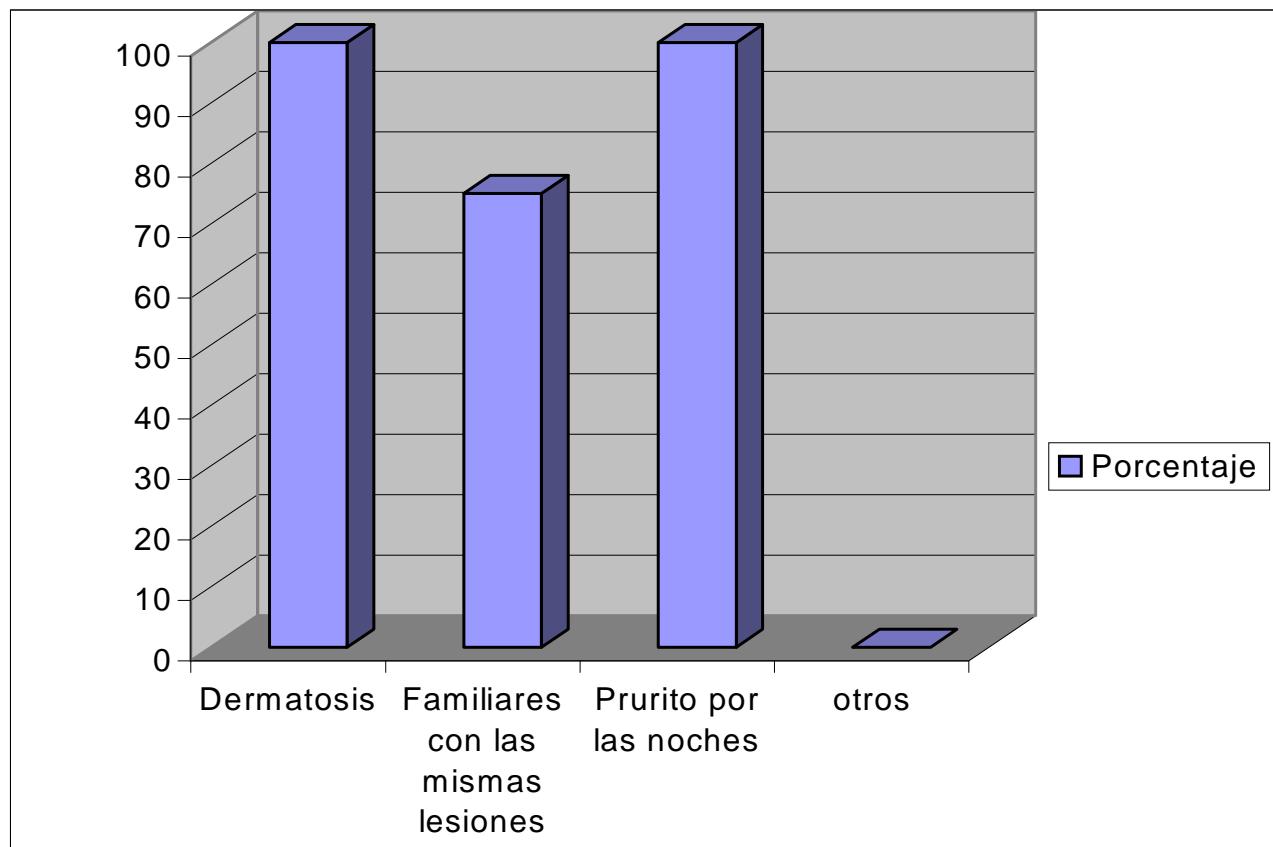
a	Transporte	Q 200.00
b	Uso de internet	60.00
c	Hojas para impresión	20.00

d	Folders con gancho	5.00
e	Fotocopias	50.00
f	Jabón de azufre Dermacare	750.00
g	una caja de portaobjetos	Q 20.00
h	una caja de cubreobjetos	19.00
i	una caja de bisturí	120.00
j	Tinta de impresora	300.00
k	Aceite Mineral	10.00
l	Impresión informe final	1000.00
	TOTAL	2554.00

VII PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

EFECTIVIDAD DEL JABON AZUFRADO EN EL TRATAMIENTO DE LA SARCOPTIOSIS

**CUADRO No. 1
HISTORIA CLINICA DE SARCOPTIOSIS DEL PACIENTE
CENTRO DE SALUD DE SUMPANGO, SACATEPEQUEZ.
NOVIEMBRE – DICIEMBRE 2001**



	Frecuencia	%
Dermatosis	80	100
Familiares con las mismas lesiones	60	75
Prurito por las noches	80	100

Otros	0	0
n = 80		

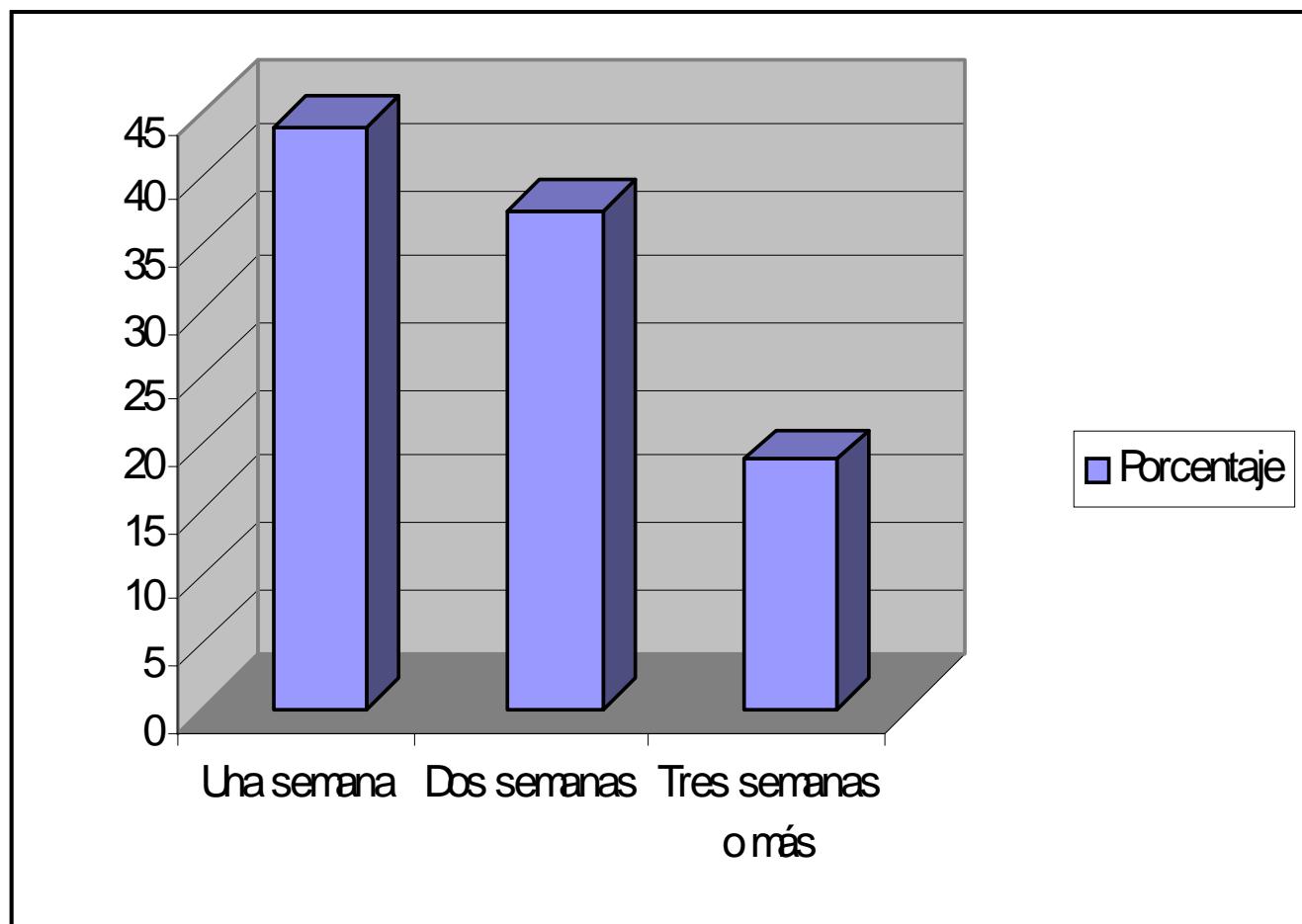
Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 1

ANALISIS

Se evidencia que en la historia clínica el 100% de los pacientes presentaron dermatosis y prurito por las noches y el 75% los familiares presentaron las mismas lesiones; con los datos anteriores se puede realizar el diagnóstico de sarcoptiosis solo al interrogar al paciente, ya que la mayoría presentó mas de dos síntoma.

CUADRO No. 2
TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD (SARCOPTIOSIS)
CENTRO DE SALUD DE SUMPANGO, SACATEPEQUEZ
NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2001



	Frecuencia	%
Una semana	35	43.75
Dos semanas	30	37.5
Tres semanas o más	15	18.75

n = 80

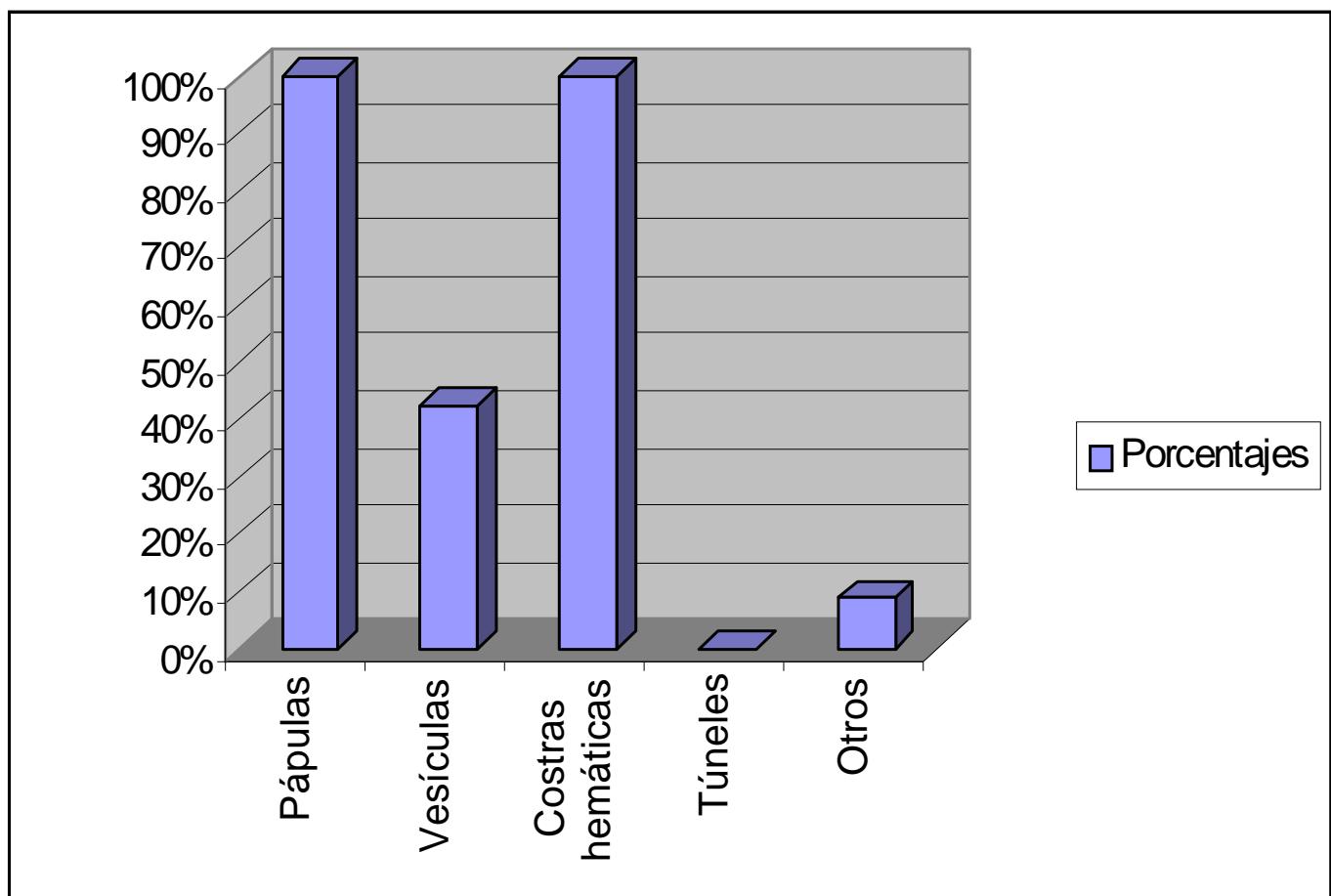
Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 2

ANALISIS

De los 80 pacientes interrogados, el 43.75% refirió un tiempo de evolución de los síntomas de una semana, el 37.50% de dos semanas y el 18.75% de tres semanas; según el tiempo de evolución al momento de consultar contribuyo a que solo el 75% posibilitara contagio a los familiares del paciente; tal y como demostró Mellamby con objetos inanimados durante la segunda guerra mundial, sólo tres personas de un grupo de cien se infectaron tras dormir en sacos de dormir ocupado recientemente por individuos afectados por Sarcoptiosis. (7)

CUADRO No. 3
DISTRIBUCION SEGÚN SIGNOS DE SARCOPTIOSIS DE LOS PACIENTES
CENTRO DE SALUD DE SUMPANGO, SACATEPEQUEZ.
NOVIEMBRE – DICIEMBRE 2001



	Frecuencia	%
Pápulas	80	100
Vesículas	34	43
Costras hemáticas	80	100
Túneles	0	0
Otros	10	13

Otros (costras mielésericas, pústulas)	7	8.75
n = 80		

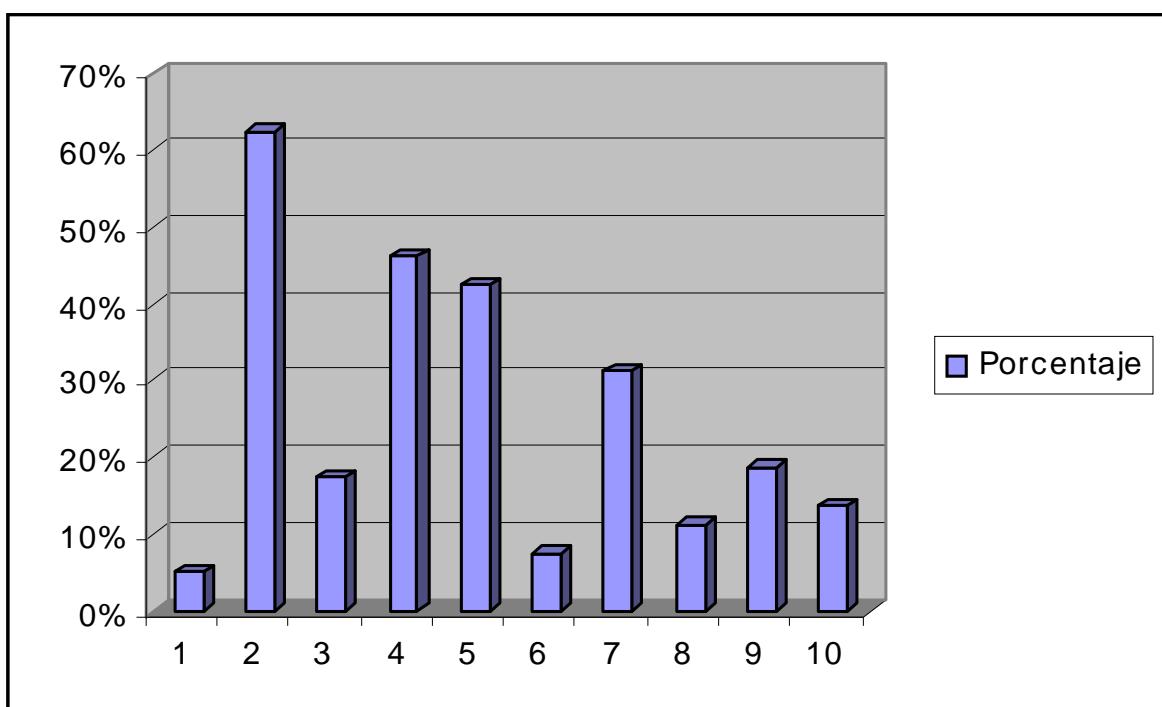
Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO No. 4
AREAS DE DISTRIBUCION DE LAS LESIONES POR SARCOPTIOSIS
CENTRO DE SALUD DE SUMPANGO, SACATEPEQUEZ.
NOVIEMBRE – DICIEMBRE 2001

No	Líneas de Hebras	Frecuencia	%
1	Piel cabelluda	4	5%
2	Pliegues de axilas	50	62.50%
3	Pliegues submamarios y pezones	14	17.50%
4	Ombligo	37	46.25%
5	Cara interna de brazos y antebrazos	34	42.50%
6	Cara anterior de muñecas	6	7.50%
7	Pliegues interdigitales de manos	25	31.25%
8	Cara interna de muslos	9	11.25%
9	Pliegue interglúteo	15	18.75%
10	Genitales externos	11	13.75%

n = 80

Nota: La piel cabelluda no pertenece a las líneas de hebra.



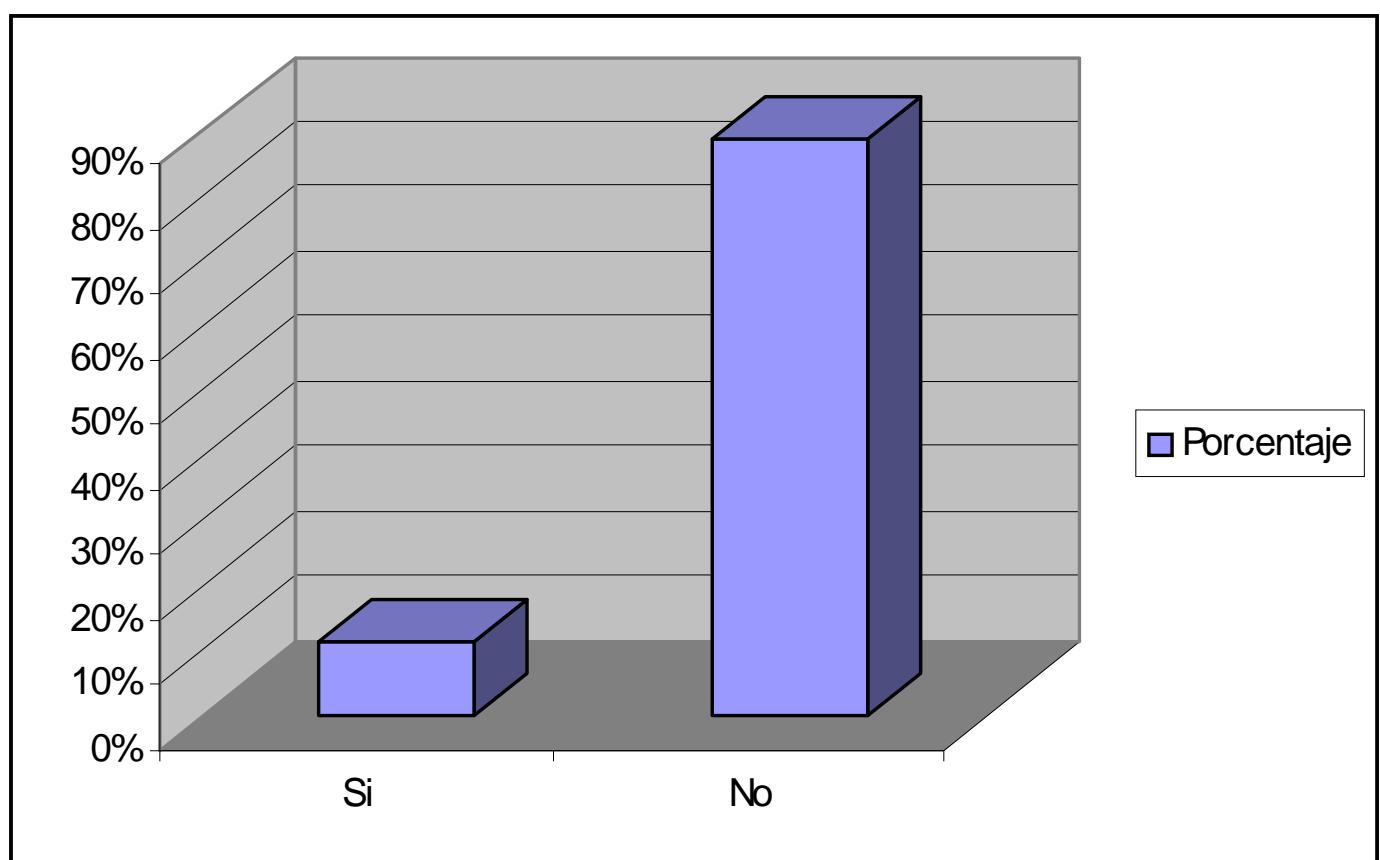
Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADROS No. 3 y No. 4

ANALISIS

En el examen físico dermatológico realizado se evidenció que el 100% de los pacientes presentaron pápulas y costras hemáticas producidas por el rascado; el 42.50% presentaron vesículas; el 8.75% presentó otra clase de lesiones como lo son las costras mielésicas, pústulas; en ningún paciente se evidenciaron túneles; las lesiones se distribuyeron según las líneas de hebras en: Piel cabelluda el 5% la cual corresponde a niños menores de 1 año; en pliegues de axilas el 62.5%; el 17.50% el pliegues submamarios y pezones; el 46.25% en ombligo; el 42.50% en cara interna de brazos y antebrazos; el 7.5% en cara anterior de muñecas; el 31.25% en pliegues interdigitales de manos; el 11.25%, 18.35%, 13.75% en cara interna de muslos, pliegue interglúteo y genitales externos respectivamente. Con ayuda del interrogatorio y el examen físico dermatológico basado en la línea de hebra podemos establecer el diagnóstico clínico de Sarcoptiosis. Lo anterior es congruente con lo reportado por la literatura en el sentido de que el diagnóstico se confirma con el dato epidémico familiar; por lo que ningún dato de laboratorio es indispensable para el diagnóstico. (3)

CUADRO No. 5
FRECUENCIA DE INFECCION SOBREAGREGADA
EN PACIENTES CON SARCOPTIOSIS
CENTRO DE SALUD DE SUMPANGO, SACATEPEQUEZ
NOVIEMBRE – DICIEMBRE 2001



	Frecuencia	%
Si	9	11.25
No	71	88.75

n = 80

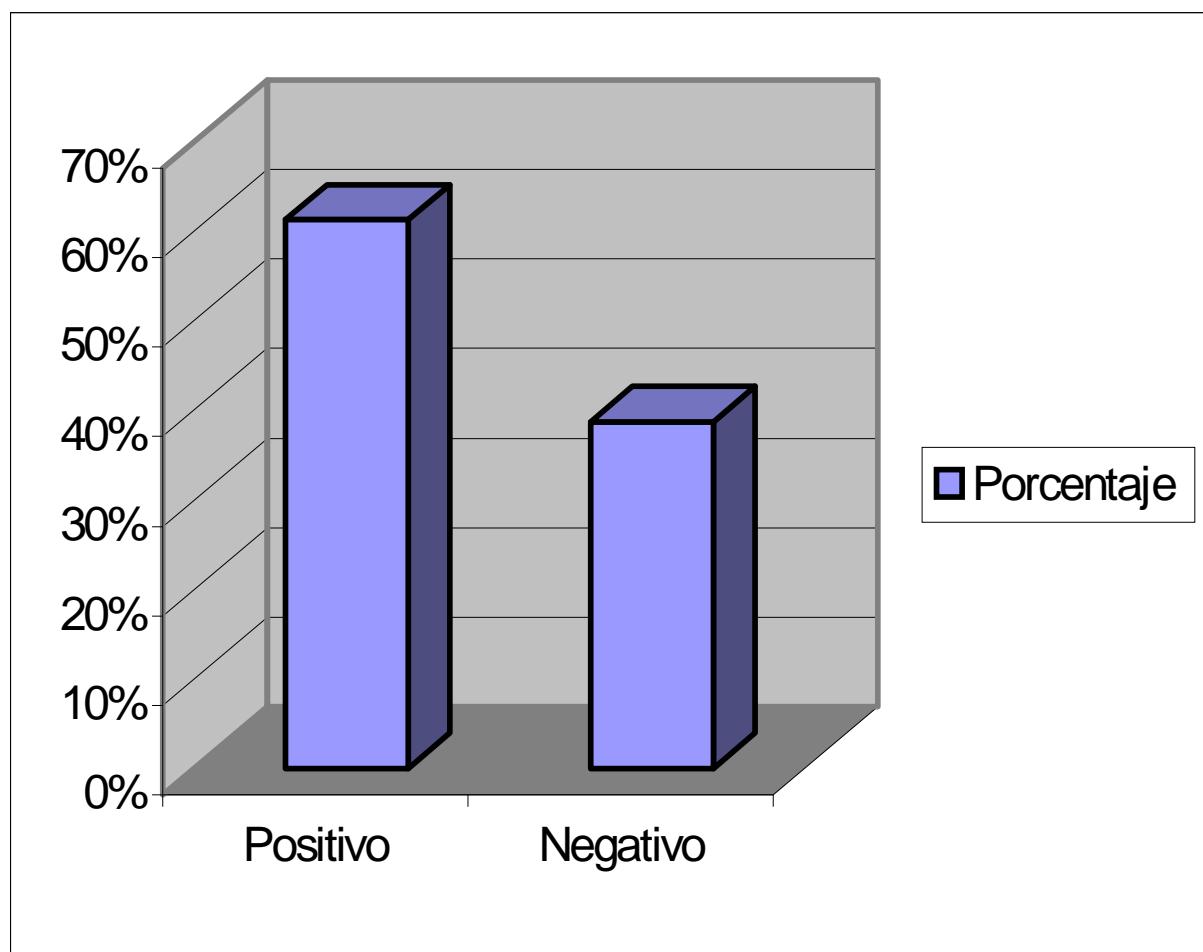
Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 5

ANALISIS

De los ochenta pacientes evaluados el 11.25% presentó infección sobreagregada, con costras mielésicas y pústulas, los cuales fueron tratados adecuadamente con antibióticos (Dicloxacilina) por 7 días, conjuntamente con el jabón azufrado.

CUADRO No. 6
RESULTADO DEL EXAMEN MICROBIOLOGICO EN PACIENTES CON
DIAGNOSTICO DE SARCOPTIOSIS
CENTRO DE SALUD DE SUMPANGO, SACATEPEQUEZ
NOVIEMBRE – DICIEMBRE 2001



	Frecuencia	%
Positivo	49	61.25
Negativo	31	38.75

n = 80

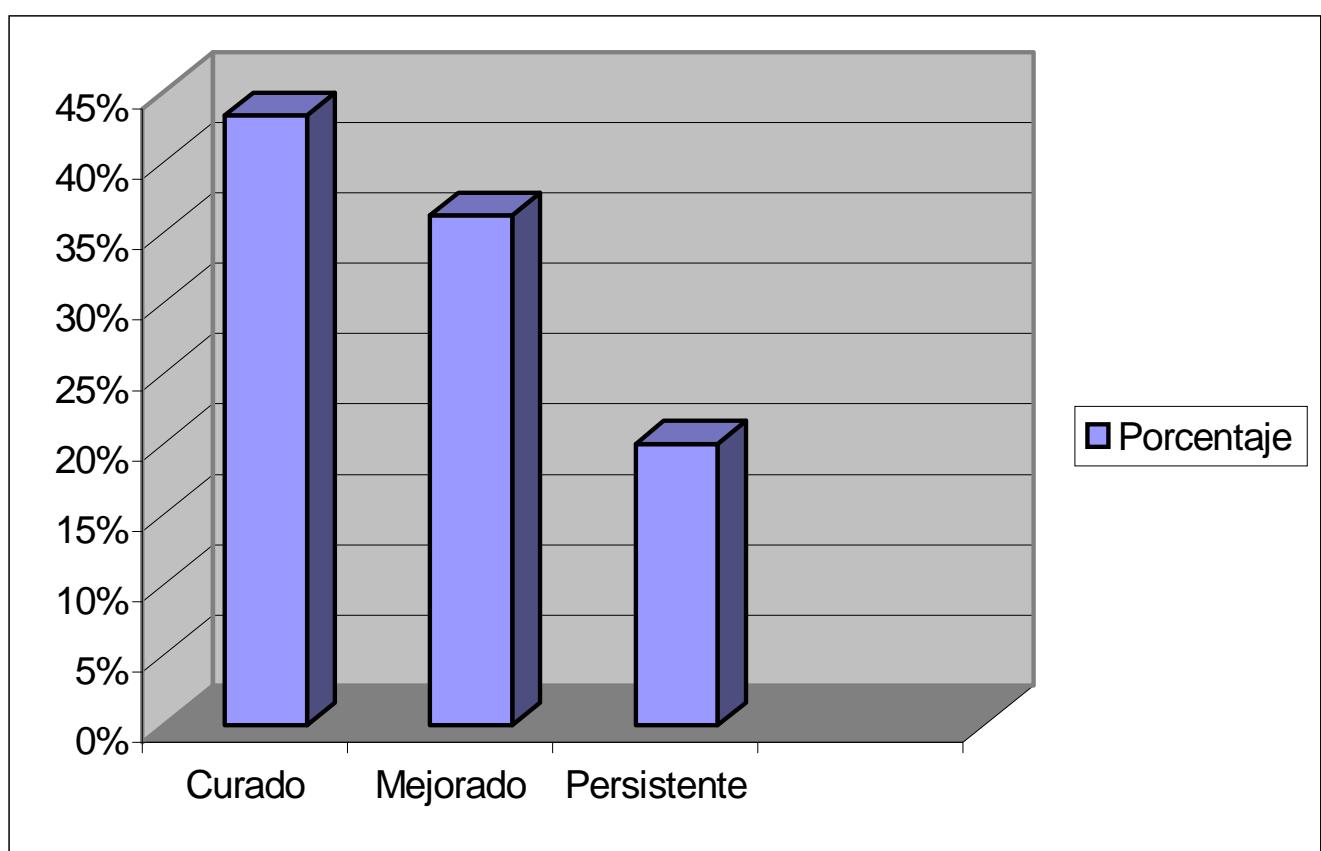
Fuente: Boleta recolección de datos.

CUADRO No. 6

ANALISIS

A los 80 pacientes con diagnóstico clínico de Sarcoptiosis se les realizó un raspado de pápula de los cuales el 61.25% fue positivo al observar al microscopio el ácaro *S. Scabiei* o heces del mismo y el 38.75% fue negativo; en los cuales pudo deberse a que se realizó un mal raspado. Se confirmó el diagnóstico de Sarcoptiosis con el examen microbiológico, con lo que será de ayuda al finalizar el tratamiento con jabón de azufre al 10%, al realizarse un nuevo raspado.

CUADRO No. 7
EVALUACION DEL TRATAMIENTO CON JABON AZUFRADO EN
PACIENTES CON SARCOPTIOSIS
CENTRO DE SALUD SUMPANGO, SACATEPEQUEZ
NOVIEMBRE – DICIEMBRE 2001



	Frecuencia	%
Curado	35	43.35%
Mejorado	29	36.25%
Persistente	16	20%

n = 80

Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO No. 7

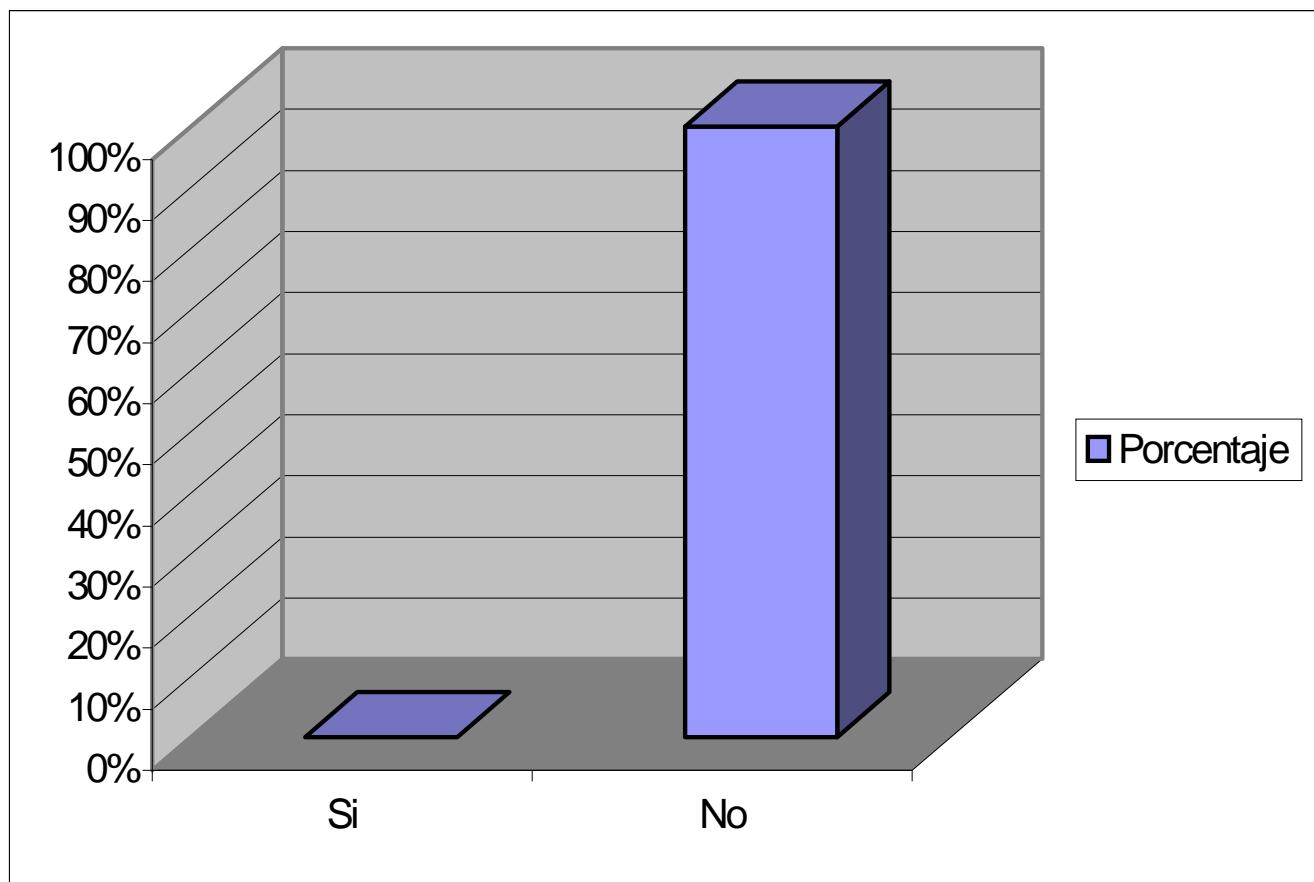
ANALISIS

De los ochenta pacientes a los que se les administro jabón de azufre precipitado al 10%, durante 5 días consecutivos al bañarse, como tratamiento para la Sarcoptiosis; el 43.75% tuvo una resolución total del cuadro clínico y el examen microbiológico al terminar el tratamiento fue negativo; el 36.25% mejoró; tuvo una resolución parcial; el cuadro clínico persiste y el examen microbiológico fue negativo; sin embargo en la literatura se reporta que el prurito puede durar un mes después de la terapéutica adecuada (3); el 20% persistió con el cuadro clínico y al realizarse el examen microbiológico al finalizar el tratamiento fue positivo; esto se debe a que los pacientes al interrogarlos no cumplieron con el esquema de tratamiento y estuvieron expuestos a fuente de transmisión; para que sea efectivo el jabón de azufre se debe utilizar por 5 días consecutivos, conjuntamente con las medidas de higiene que consisten en cambiar y lavar la ropa de dormir y la de cama durante los 5 días que dura el tratamiento y que todos los miembros de la familia se sometan al tratamiento.

La literatura reporta que el azufre precipitado al 6% en vaselina y ungüento al 5% y 10% son efectivos para el tratamiento de la Sarcoptiosis (2,3,6,11), y el jabón de azufre precipitado al 10% se ha utilizado en niños menores de 2 años con dicha enfermedad(15); por lo que se prescribe en este estudio. Se garantizó la aplicación del tratamiento al realizar visita domiciliaria a las familias afectadas, tomando en cuenta la observación y la evolución clínica de la enfermedad, realizada por la investigadora; los pacientes se evaluaron a la semana del inicio del tratamiento.

Entre los beneficios al utilizar el jabón de azufre no se absorbe a nivel de mucosas , no se puede ingerir, es mas barato que el tratamiento convencional y fácil de aplicarlo al utilizarlo sobre la piel al bañarse; por lo que sería una buena opción al utilizarlo en el tratamiento de la Sarcoptiosis.

CUADRO No. 8
REFERENCIA DE MOLESTIA DE LOS PACIENTES CON
SARCOPTIOSIS DESPUES DE UTILIZAR EL JABON DE AZUFRE
CENTRO DE SALUD SUMPANGO, SACATEPQUEZ
NOVIEMBRE – DICIEMBRE 2001



	Frecuencia	%
Si	0	0
No	80	100

n = 80

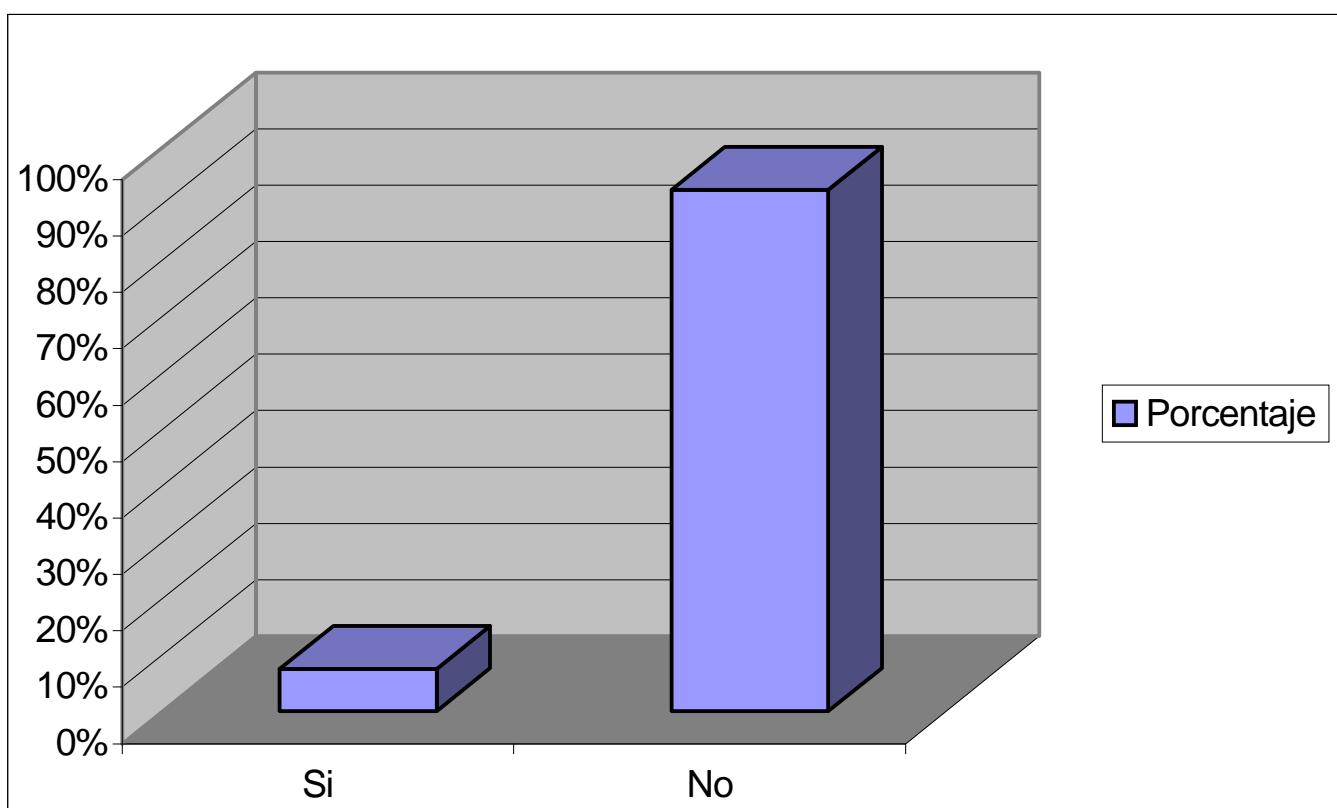
Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO No. 8

ANALISIS

Al finalizar el tratamiento con jabón de azufre durante cinco días consecutivos ninguno de los 80 pacientes sometidos al estudio presento alguna molestia después de utilizarla. Se ha descrito que al utilizar azufre precipitado al 6%, 10% tienen el inconveniente del mal olor y la pigmentación de la piel (3), en algunos pacientes podría presentarse una reacción alérgica; lo que no sucedió con nuestros pacientes.

CUADRO No. 9 y 10
ANTECEDENTE DE TRATAMIENTO ANTERIOR EN PACIENTES CON
DIAGNOSTICO DE SARCOPTIOSIS
CENTRO DE SALUD DE SUMPANGO, SACATEPEQUEZ
NOVIEMBRE – DICIEMBRE 2001



n = 80

Tratamiento anterior	No. Pacientes	Porcentaje
Antimicótico por 5 días	3 pacientes	50%
Antibiótico por 7 días	3 pacientes	50%
Total	6 pacientes	100%

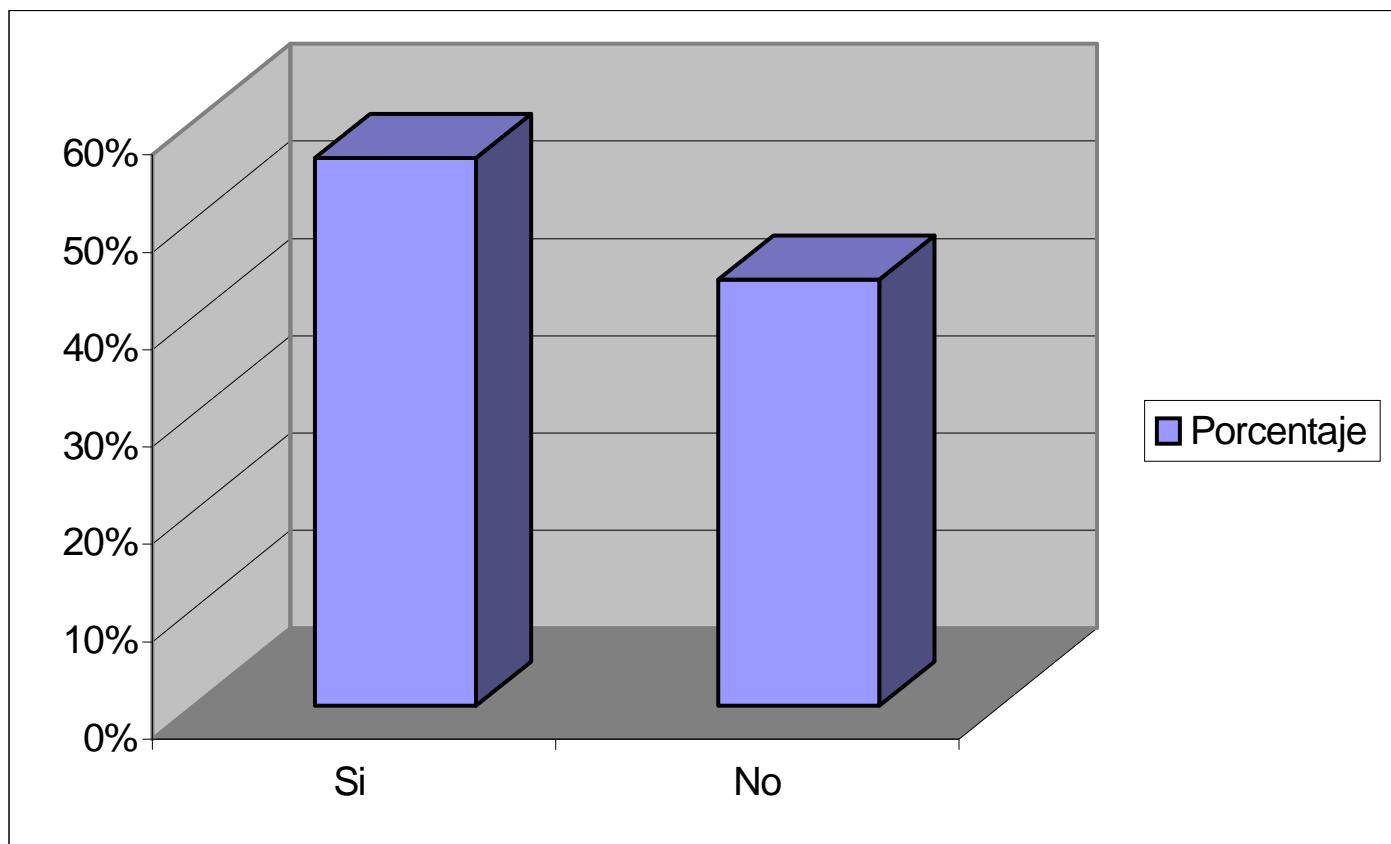
Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 9 Y 10

ANALISIS

El 7.50% recibió tratamiento anterior, de ellos el 50% recibió tratamientos con antimicóticos por 5 días (los pacientes no recuerdan el nombre del medicamento) y el 50% recibieron tratamiento con antibióticos por 7 días (dicloxacilina, amoxicilina); sin embargo el cuadro clínico continuo sin mejoría por lo que deciden consultar.

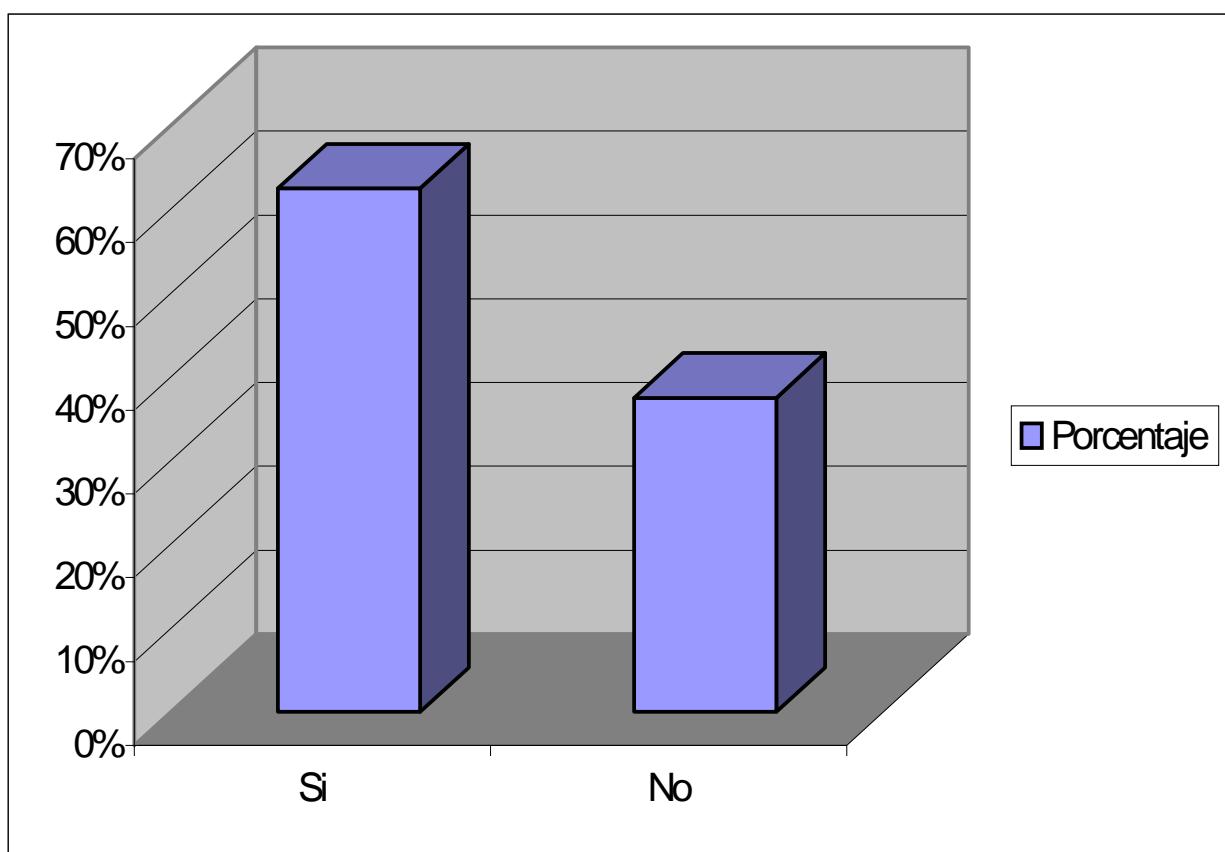
CUADRO No. 11
PACIENTES QUE CUMPLIERON EL TRATAMIENTO CON JABON AZUFRADO, QUE PERSISTEN CON SARCOPTIOSIS
CENTRO DE SALUD SUMPANGO, SACATEPEQUEZ
NOVIEMBRE – DICIEMBRE 2001



		%
Si	9 pacientes	56.25%
No	7 pacientes	43.75%
Total	16 pacientes (persisten con sarcoptiosis)	

Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO No. 12
PACIENTES QUE PERSISTEN CON SARCOPTIOSIS, QUE ESTUVIERON
EXPUESTOS A FUENTE DE TRANSMISION
CENTRO DE SALUD SUMPANGO, SACATEPEQUEZ
NOVIEMBRE – DICIEMBRE 2001



		%
Si	10 pacientes	62.50%
No	6 pacientes	37.50%
Total	16 pacientes (persisten con sarcoptiosis)	

Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO No. 11 y 12

ANALISIS

El fracaso del tratamiento es del 20%, ya que persistió el cuadro clínico y el examen microbiológico es negativo; de los cuales el 43.75% no cumplieron con el tratamiento establecido y de los cuales el 62.50% estuvo expuesto a fuente de transmisión; para que sea efectivo el jabón de azufre se debe de cumplir con el esquema de tratamiento que consiste en utilizar el jabón al bañarse por 5 días consecutivos, conjuntamente con las medidas de higiene que consisten en cambiar y lavar la ropa de dormir y la de cama durante los 5 días que dura el tratamiento y que todos los miembros de la familia se sometan al tratamiento.

VIII CONCLUSIONES

1. Según la historia clínica el 100% de los pacientes refirió dermatosis y prurito por las noches y en el 75% los familiares presentaron los mismos síntomas de Sarcoptiosis; el 43.75% refirió un tiempo de evolución de los síntomas de una semana, el 37.50% de dos y el 18.75% tres semanas.
2. Por examen físico dermatológico, el comportamiento de la Sarcoptiosis evidenció que el 100% de los pacientes presentaron pápulas y costras hemáticas producidas por el rascado, el 42.50% vesículas y el 8.75% otra clase de lesiones como lo son las costras mieleséricas y pústulas, no presentando ningún paciente túneles. Es importante señalar el área geográfica en que se distribuyeron las lesiones, según las líneas de hebra el área mas afectada fue pliegues de axilas con el 62.50%, seguido de ombligo con 46.25%, cara interna de brazos y antebrazos con 42.50%, pliegues interdigitales de manos con 31.25%, pliegue interglúteo con 18.35%, pliegues submamarios y pezones en 17.50%, genitales externos en 13.75%, cara interna de muslos en el 11.25%, cara anterior de muñecas en 7.5% y el 5% en piel cabelluda.
3. Con respecto a la evaluación al finalizar el tratamiento con jabón de azufre al 10% se puede señalar que el 43.75% tuvo una resolución total del cuadro clínico y examen microbiológico negativo; el 36.25% mejoró, con una resolución parcial del cuadro clínico y examen microbiológico negativo; es importante señalar que el prurito puede persistir durante un mes después de la terapéutica adecuada, por lo que estos pacientes tuvieron una adecuada mejoría; el 20% persistió con el cuadro clínico y examen microbiológico positivo.
4. Es importante señalar que del 20% de los pacientes que persistieron con la enfermedad solamente el 11.75% se considera fracaso del tratamiento, estos pacientes no cumplieron con las indicaciones terapéuticas y estuvieron expuestos a fuente de transmisión; por lo que el índice de efectividad fue del 88.25%, que corresponde a los pacientes curados y parcialmente mejorados.

5. Se pudo observar que el jabón de azufre no causó ningún efecto secundario en quienes estuvieron expuestos al tratamiento.

IX RECOMENDACIONES

1. Fomentar la utilización del jabón de azufre para el tratamiento de la Sarcoptiosis, por su bajo costo, fácil de utilizar, no se corren riesgos.
2. Proporcionar un buen plan educacional a los pacientes que sean sometidos a tratamiento de Sarcoptiosis, ya que el prurito puede durar un mes después de la terapéutica adecuada.

RESUMEN

El presente estudio de tipo descriptivo transversal realizado en el centro de salud de Sumpango Sacatepéquez; incluyó a un grupo de pacientes con diagnóstico clínico de Sarcoptiosis, a los cuales se les realizó examen microbiológico para confirmar el diagnóstico al observar el ácaro o heces de *S. Scabiei*; administrándoseles jabón de azufre precipitado al 10% con indicación de bañarse por 5 días consecutivos y medidas coadyuvantes de higiene como el lavado de ropa de dormir y de cama, la terapia debe ser familiar.

El objetivo fue demostrar la efectividad del tratamiento de la Sarcoptiosis con jabón de azufre precipitado al 10%, y así poder reducir el riesgo que se corren con otros medicamentos.

De los resultados del tratamiento se puede señalar que el 43.75% de los pacientes tuvo una resolución total del cuadro clínico con examen microbiológico al finalizar el tratamiento negativo; el 36.25% mejoró, tuvo una resolución parcial del cuadro clínico con examen microbiológico negativo, siendo importante señalar que el prurito puede persistir durante un mes después de la terapéutica adecuada, por lo que estos pacientes tuvieron una adecuada mejoría; el 20% de los pacientes persistió con el cuadro clínico y examen microbiológico positivo al finalizar el tratamiento. Del 20% que persistió con la enfermedad solamente el 11.75% se consideró fracaso al tratamiento, ya que estos pacientes estuvieron expuestos a fuente de transmisión y no cumplieron con las indicaciones terapéuticas; por lo que el índice de efectividad fue del 88.25%, que corresponde a los pacientes curados y parcialmente mejorados.

Se pudo observar que el jabón de azufre es efectivo si se aplica correctamente por el tiempo establecido, cumplir con las medidas coadyuvantes y que el mismo no produce ningún efecto secundario.

XI BIBLIOGRAFIA

1. Aguilar, Francisco. **Parasitología Médica**, 3a. Ed. Guatemala. Litografía Delgado S.A., 1997. Pp.328-331.
2. Amado, Saúl. **Lecciones de Dermatología**, 13a. Ed. México D.F. Interamericana McGraw-Hill 1998. Pp. 161-166.
3. Arenas, Roberto. **Dermatología; Atlas, diagnóstico y tratamiento**, 2a. Ed. México D.F. Interamericana McGraw-Hill, 1996. Pp. 377-379.
4. Bartlett, John. **Terapéutica de las Enfermedades Infecciosas**, 3a. Ed. Buenos Aires, Argentina. Hispanica S.A. 1995-1996. pp. 158.
5. Berhman E.R et al. **Nelson Tratado de Pediatría**, 15a. Ed. México D.F. Interamericana McGraw-Hill, 1996. Pp. 2374 - 2376, Vol II de II.
6. Demis, Joseph. **Clinical Dermatology**, 12a. Ed. Philadelphia, Lippi Cott-Raven Publishers. 1990. Pp. 1-6. Vol III de III.
7. Du Vivier, Anthony. **Atlas de Dermatología Clínica**, 2a. Ed. España. Mosby. 1995. Pp 1-4.
8. **Facts About Scabies**, <http://www.Safe2use.com/pests/Scabies>.
9. Falabella, R. Et al. **Fundamentos de Medicina; Dermatología**, 5a. Ed. Medellin, Colombia. Corporación para investigaciones biológicas. 1997. Pp. 103-105.
10. Fawcett, D. Et al. **Tratado de Histología**, 11a. Ed. México D.F. Interamericana McGraw-Hill. 1998. 1026p.

11. Fitzpatrick, Thomas. **Dermatology in General Medicine**, 5a. Ed. Interamericana McGraw-Hill. 1999. Tomo II. Pp.2677-2680.
12. Fitzpatrick, Thomas. **Atlas de Dermatología Clínica**, 3a. Ed. Interamericana McGraw-Hill. 1998.
13. Gonzalez. Marco, **Fundamentos de Medicina; Manual de Terapéutica**, 9a. Ed. Mosby. 2000.
14. Goodman, A. Et. Al. **Las Bases Farmacológicas de la terapéutica**, 8a. Ed. México D.F. Médica Panamericana. 1991, pp. 1573.
15. Intecfa. Laboratorio farmacéutico. **Dermacare**; ciudad de Guatemala.
16. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. **Vigilancia y Control Epidemiológico**, memoria anual. Area de Salud Sacatepéquez. Guatemala Enero-Diciembre 2000. 6p.
17. Rassner. **Manual y Atlas de Dermatología**, 5a. Ed. Iberoamericana, traducción del Alemán. 1999. Pp.91,92.
18. Reddy. N. **Scabies**, <http://www.drreddy.com/Scabies>.
19. **Scabies; Diagnosis and Treatment**, <http://www.pepid.com/pepidce/pdg/pdg340>.
20. Soigneé. M. **Scabies**, <http://www.capederm.com/info.Scabies>.
21. Wyngaarden B. James et al. **Tratado de Medicina Interna de Cecil**, México D.F. Interamericana MaGraw-Hill, 19a. Ed. 1994. Pp2355,2356. Vol II de II.

XII ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
UNIDAD DE TESIS

Br. Nancy O. Ché Archila

EFECTIVIDAD DEL JABON AZUFRADO EN EL TRATAMIENTO DE LA
SARCOPTIOSIS EN EL CENTRO DE SALUD DE SUMPANGO
SACATEPEQUEZ DURANTE NOVIEMBRE – DICIEMBRE 2001

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

No. De expediente: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Procedencia: Rural _____ Urbano: _____

1. Historia clínica:

Dermatosis Prurito por la noche
Familiares con las mismas lesiones Otros

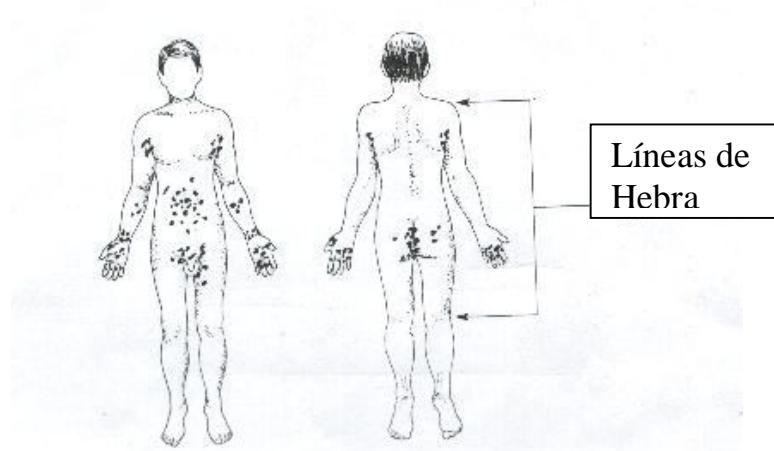
2. Tiempo de evolución:

Una semana Dos semanas
Tres semanas o más

3. Examen físico dermatológico:

Pápulas Vesículas Costras hemáticas
Túneles Otros

Distribuidas en:



4. Infección sobreagregada:

Si

No

5. Raspado:

Positivo

Negativo

6. Evaluación del tratamiento:

Curado

Mejorado

Persistente

7. Presentó alguna molestia después de utilizar el jabón de azufre:

Si

No

8. Si la respuesta es positiva:

Qué molestias: _____

9. Recibió tratamiento anterior:

Si

No

10. Si recibió tratamiento:

Cuál _____

Por cuánto tiempo _____

Fracaso del tratamiento

11. Cumplió el tratamiento:

Si

No

12. Estuvo expuesto a fuente de transmisión:

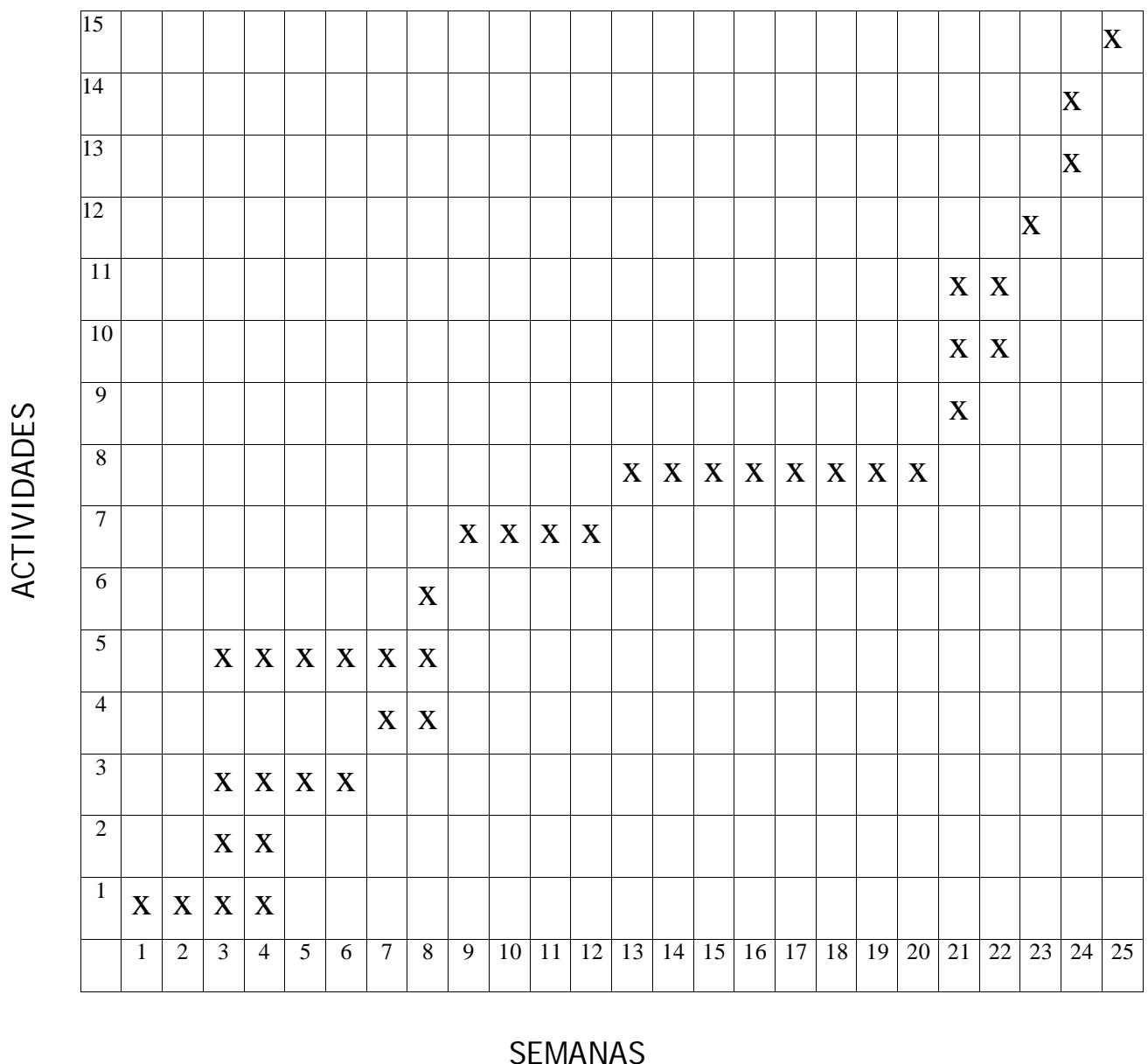
Si

No

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Yo _____ autorizó se me incluya en el estudio donde se utilizará el jabón de azufre como tratamiento para la Sarcoptiosis; siempre y cuando al tener algún inconveniente me pueda retirar del estudio

GRAFICO DE GANTT



ACTIVIDADES

1. Selección del tema del proyecto de investigación.
2. Elección de Asesor y Revisor.
3. Recolección del material bibliográfico.
4. Aprobación del tema por la unidad de tesis.
5. Elaboración del proyecto conjuntamente con el Asesor y Revisor.
6. Aprobación del proyecto en el distrito de salud de Sumpango Sacatepéquez.
7. Aprobación del proyecto por la unidad de tesis.
8. Ejecución del trabajo de campo.
9. Procesamiento de resultados, elaboración de tablas y gráficas.
10. Análisis y discusión de resultados.
11. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
12. Presentación de informe final para correcciones.
13. Aprobación de informe final.
14. Impresión del informe final y trámites administrativos.
15. Examen público de defensa de tesis.