

11237



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

S
2oj-

**DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD
DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
SUB-DIRECCION DE ENSEÑANZA
DEPARTAMENTO DE POSGRADO
CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
PEDIATRIA MEDICA**

**ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DE LA ESCABIASIS EN
EL HOSPITAL PEDIATRICO "SAN JUAN DE ARAGON"
DE LA D. G. S. S. D. D. F.**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TRABAJO DE INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA

PRESENTADO POR:

DR. JESUS MARIO ALTAMIRANO FERNANDEZ

**PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN**

PEDIATRIA MEDICA

DIRECTOR DE TESIS:

DR. RIGOBERTO RODRIGUEZ NOVERON



DDF

1992



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE.

Capitulo	página
I: Resumen	6
II: Introducción	7-8
III: Marco Teórico	9-11
IV: Material y Método	12
V: Resultados	13-14
VI: Tablas	15-17
VII: Gráficas	18-26
VIII: Análisis	27-30
XI: Conclusiones	31
X: Bibliografía	32-33

I: RESUMEN.

La escabiasis es conocida como un padecimiento de personas con mala higiene o de las que viven en hacinamiento. En el Hospital Pediátrico "San Juan de Aragón", de la D.G.S.S.D.D.F., es un padecimiento que ocupa uno de los primeros 10 lugares en la consulta diaria, y tomando en cuenta su localización en una zona donde habitan personas con recursos de urbanización adecuados surgió el interés por conocer el comportamiento de esta enfermedad en nuestros pacientes. Se llevó a cabo un estudio prospectivo, en niños de 1 mes a 15 años de edad, en el periodo de tiempo de julio a diciembre de 1991, incluyendo 46 pacientes, (56.5% hombres y 43.5% mujeres). El predominio de edad fue de lactantes mayores (39.1%) y el menor en pre-escolares (8.7%). El 47.8% de pacientes fueron del Distrito Federal y el 45.6% del Estado de México. La higiene llevada a cabo fue buena en el 67.4% y regular en el 32.6% de ellos. Las condiciones de vivienda son adecuadas en el 50.0% y regulares en el 34.8%, con solo 15.2% de viviendas de bajos recursos. El contagio fue de origen familiar en la mayoría de pacientes (52.2%). El tratamiento correcto solo se dió en un 10.9% de niños atendidos. El nivel de conocimiento de la enfermedad fue nulo, solo conociendo el diagnóstico los pacientes que recibieron tratamiento específico. Con lo anterior podemos observar que la Escabiasis se presenta en personas con condiciones de higiene y saneamiento adecuadas, y que la información sobre el padecimiento es mala, de aquí que surge la necesidad de llevar a cabo actividades en educación, prevención, unificación de criterio de manejo y de ser posible erradicación de la enfermedad.

II: INTRODUCCION.

La Escabiasis es una ectoparasitosis altamente contagiosa debida a la infestación dérmica por el ácaro *Sarcoptes scabiei*, variedad hominis. (Linnaeus 1758), con una distribución mundial y que tiende a presentarse en forma epidémica, sobre todo en zonas en donde las condiciones de hacinamiento, falta de higiene y bajos recursos se asocian. Sin embargo, no es un padecimiento exclusivo de la pobreza ni de la mala higiene, ya que se reporta en personal de salud a cargo de guarderías, instituciones de reclusión y otras. (9,14,22)

Aunque es uno de los padecimientos parasitarios más antiguamente descritos y su estudio fué precisado por Wichmann y Renucci en 1835, poco se sabe aun de los aspectos biológicos como serían: las interacciones huésped parásito, respuesta inmune del huésped y la susceptibilidad a la enfermedad. Se sabe además que el hombre es el único reservorio del parásito y que su viabilidad fuera de él es limitada, de aquí que el tratamiento incluya tanto higiene personal, como del hogar y podemos pensar incluso que es factible de ser erradicada. (9,10,13,15,16)

Se menciona que en el decenio de los 50 se notó una disminución de la incidencia del padecimiento, pero a raíz de los grandes crecimientos demográficos, con escaso o nulo crecimiento de servicios de urbanización y sanidad, desde 1966 se ha observado nuevamente un considerable incremento en los casos. (1,2,11,21,26)

Es poco lo conocido de la epidemiología de la escabiasis en nuestro país. La literatura internacional coincide en los siguientes aspectos de la misma: mayor incidencia de presentación en las edades pediátricas (0 a 15 años) y en los viejos, condiciones de higiene malas, medio socioeconómico bajo, escasos recursos de urbanización, sobrepoblación y asociación a padecimientos de transmisión sexual. Nuestro país presenta todas estas condiciones favorecedoras de la presentación de la enfermedad, y de aquí, el interés por confirmar lo anterior para poder plantear estrategias que ayuden a la resolución del problema. Algunas condiciones especiales de cada país pueden repercutir en la variación de presentación epidemiológica de la enfermedad, como sucede en reportes de Japón, en donde la escabiasis es más frecuente en edades medias de la vida. (18,19,20,21,22,23,24,28,29)

Un comentario final sobre la asociación de Escabiasis a condiciones de déficit inmunológico que se reporta con creciente frecuencia, sobre todo, en pacientes sometidos a tratamiento inmunosupresor por cualquier causa y en infecciones por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, considerándolo como un padecimiento que se comporta como oportunista, presentándose clínicamente como la Sarna Noruega o Hiperqueratósica. (25,27,31,33)

III: MARCO TEORICO.

Vulgarmente llamada Sarna o Roña, la Escabiasis es una dermatosis producida por el ácaro *Sarcoptes scabiei*, variedad *hominis*, que se presenta por ciclos y desaparece por periodos de tiempo. Su distribución es Universal, se presenta en ambos sexos por igual y a cualquier edad. (1,4,16)

La hembra, que mide 0.35 mm. se introduce en la capa córnea labrando un tunel, en el cual deposita los huevecillos fecundados por el macho. Las larvas nacen despues de 5 días, emergen a la superficie y completan su maduración dentro de los folículos pilosos, pasando por dos periodos de ninfas, y en 20 días su diferenciación en macho y hembra. El adulto se localiza al final del túnel de donde es posible obtenerlo mediante raspado con aguja o navaja de bisturí para su observación microscópica, procedimiento que es difícil de realizar y a la vez innecesario para el diagnóstico, a menos de que se tenga duda en el mismo. (1,9)

La transmisión se realiza por contacto estrecho de persona a persona y rara vez por fomites o ropas y objetos personales, ya que el ácaro aislado solo vive de 2 a 3 días. La promiscuidad y desaseo son factores necesarios para su contagio, de aquí que se observen pequeñas epidemias en cuarteles, guarderías, vecindades, hospitales o pequeñas poblaciones en las que la mayoría de los habitantes la sufren. También se considera como una enfermedad de transmisión sexual. Generalmente el jefe de familia o un niño pequeño que asiste a guardería la llevan a casa. (1,13,15,18,21,22,28,32)

El cuadro clínico es la base del diagnóstico. (1) Las lesiones tienen una localización peculiar, especialmente en espacios interdigitales de las manos, cara anterior de muñecas, cara interna de brazos y antebrazos, axilas, vientre, espacios submamaros y pezones (en la mujer), escroto y pene (en el hombre), glúteos y regiones vecinas, rodillas. Las lesiones disminuyen hacia los pies y se dice que no rebazan dos líneas imaginarias que pasan por los hombros, una, y otra por las rodillas, (líneas de Hebra). En los niños, sobre todo en los lactantes, es frecuente encontrar lesiones en cara, cuero cabelludo y planta de los pies. (1,9)

Las lesiones tienen gran polimorfismo, pudiendo encontrar pápulas, algunas decapitadas por el rascado, vesículas, costras hemáticas y los túneles a nivel de palma de las manos, que son de difícil observación a excepción de los niños y personas limpias. Estas lesiones pueden ser abundantes y sin disposición especial, o ser tan escasas que hacen dudar del diagnóstico. (1,2)

Padecimiento muy pruriginoso, se inicia 4 semanas después de la parasitación y se debe a la sensibilización del individuo a los productos del parásito, ya que solo existen de 5 a 6 ácaros en cada paciente. El prurito es de predominio nocturno y favorece la principal complicación que es el impétigo causado por gérmenes como el estafilococo y estreptococo, o bien, dermatitis por contacto secundaria a la automedicación y que puede enmascarar el diagnóstico, haciendo dudar del mismo y dejar pasar desapercibida la enfermedad. Se ha reportado en la literatura la presencia de glomerulonefritis aguda postestreptocócica secundaria al impétigo. (1,4,5,6)

El diagnóstico se basa en los hallazgos clínicos, que son característicos de la escabiasis. Se debe hacer diferenciación con otras parasitosis como el prurigo por chinches o piojos que son difíciles de confundir, otras dermatosis pruriginosas (por contacto, atópica), e incluso con Histiocitosis x. (1,23)

El tratamiento se debe hacer en todos los individuos afectados y realizar un aseo personal, lavado de ropas personales y de cama, con agua caliente o hervirlas, y limpieza del hogar. El benzoato de bencilo sigue siendo el mejor parasiticida, se encuentra en el bálsamo del Perú y se utiliza al 20% en los adultos mezclado con 10% de azúfre, pero como este es irritante para los niños, se mezcla con aceite de almendras dulces. En los infantes se aplica por 5 a 6 días, dejándolo actuar toda la noche, para dar un baño de agua tibia por la mañana. En caso de complicaciones es preferible tratar primero estas y posteriormente la parasitosis. El prurito puede persistir por numerosos días mas, debido a la hipersensibilidad a los antígenos del ácaro, pudiendose aliviar con un corticoide tópico. (1,2,19,22)

Hay otras variantes de escabiasis. Se denomina Sarna Noruega a una erupción psoriasiforme y con costras, en la que abundan los Sarcptes y que es altamente contagiosa. Tiende a aparecer en individuos con malas condiciones de vida y en pacientes inmunodeprimidos. La variedad de Sarna Canina es autolimitada en el hombre, y el tratamiento puede ser unicamente el de erradicar la infestación del animal afectado o deshacerse de este último. (2,5,15,32,33)

IV: MATERIAL Y METODOS.

Se realizó un estudio prospectivo, observacional, transversal y descriptivo, durante el periodo de tiempo comprendido del 1 de julio al 31 de diciembre de 1991, en el Hospital Pediátrico "San Juan de Aragón" de la Dirección General de Servicios de Salud del D.D.F. Se consideró de riesgo mínimo, ya que solamente se realizó interrogatorio y exploración física de los pacientes. Abarcó un total de 50 pacientes de ambos sexos que acudieron para atención médica, de los cuales solo 46 cubrieron los requisitos de ser mayores de 1 mes de edad y menores de 15 años. A todos ellos se les realizó interrogatorio que abarcó aspectos de higiene, saneamiento, tratamiento anterior, domicilio, condiciones de vivienda, estado socioeconómico, conocimiento de la enfermedad y convivencia con animales. La exploración física confirmó diagnóstico clínico de escabiasis en todos ellos. Se excluyeron aquellos pacientes con datos de infección agregada, los de mayor edad que la establecida y los que requirieron hospitalización. En todos ellos se indicó tratamiento basado en fórmula magistral recomendada por el Dr. Amado Saul en su libro de Lecciones de Dermatología.(1) Lo anterior fué con la finalidad de conocer los aspectos epidemiológicos de la Escabiasis en la población que acude a solicitar servicio médico en la unidad hospitalaria sede del estudio. El análisis estadístico se realizó para variables cualitativas con medidas de tendencia central representadas en tablas, gráficas y porcentajes.

VI. RESULTADOS.

Durante el periodo comprendido de julio a diciembre de 1991, se realizó interrogatorio y exploración física a 50 pacientes que acudieron para atención médica en el Hospital sede del estudio. De ellos solo 46 cubrieron los requisitos de ingreso en la investigación.

Encontramos que 26(56.5%), fueron masculinos y 20(43.5%) femeninos. Según edad pediátrica hubo 13(28.3%) lactantes menores; 6(13.0%) lactantes mayores; 18(39.1%) pre-escolares; 4(8.7%) escolares y 5(10.9%) adolescentes. (Tablas 1,1a y 1b, y gráficas 1, 2 y 3).

Por grupo socioeconómico, 33(71.7%) pacientes pertenecen a clase baja, 13(28.3%) a la media y ninguno a la clase alta. (tabla 2 y gráfica 4).

Veintidos pacientes (47.8%) radican en el D. F., 21(45.6%), en el Estado de México, 1(2.2%) de Michoacán y 2(4.4%) sin domicilio fijo, (casa rodante). (tabla 3 y gráfica 5).

Según las medidas de higiene que llevan a cabo, (frecuencia del baño, lavado de manos y aseo del hogar), en 31(67.4%) fué buena, en 15(32.6%) regular y ninguno con mala. (tabla 4 y gráfica 6).

Por la calidad de vivienda se observó que 23(50%) contaban con vivienda adecuada(buena), 16(34.8%) regular y 7(15.2%) mala, (basado en calidad de construcción, presencia de servicios de urbanización). (tabla 5 y gráfica 7). Algunos aspectos de saneamiento fueron, que 38 pacientes cuentan con baño(82.6%), 42

realizan aseo diario del hogar(91.3%), 41 tienen servicio de recolección de basura(89.1%) y 36(78.3%) conviven con algún tipo de animal, (caninos(28), felinos(12) y aves(18)).(tabla 6).

La fuente de contagio fuè referida como sigue: en 24 pacientes(52.2%) otro familiar fuè el origen, en 15(32.6%) extra familiar, (deportivo, guarderia, escuela, ranchos) y 7 sin conocer contacto previo(15.2%).(tabla 7 y gráfica 8).

Solo 5 pacientes (10.9%) recibió tratamiento específico, 18(39.1%) otros manejos y 23(50%) sin medicación previa a su ingreso al estudio.(Tabla 8 y gráfica 9). Entre los medicamentos más usados tenemos: antibióticos en 5 pacientes, antihistaminicos en 8, esteroides en 3 y clloquinol en 3 pacientes.(tabla 9).

EL nivel de conocimiento de la enfermedad en la totalidad de los casos estudiados fuè malo, solo los 5 pacientes con manejo específico antes del estudio sablan el diagnóstico.

Todos los pacientes recibieron manejo basado en fórmula magistral, encontrando que solo uno presentó reacción adversa, desarrollando dermatitis de contacto que cedió al suspender tratamiento, el resto con resultado adecuado y sin complicaciones. (Un solo paciente requirió dos cursos de tratamiento). Los casos con impetiginización de lesiones se manejaron con dicloxacilina, y al ceder esta, aplicación de fórmula magistral.

VI. TABLAS.

Tabla 1.

Grupos por Edad y Sexo				
Edad	Hombres	Mujeres	Total	Porcentaje
Lactante menor	7	6	13	28.3%
Lactante mayor	4	2	6	13.0%
Pre-escolar	11	7	18	39.0%
Escolar	2	2	4	8.7%
Adolescente	2	3	5	11.0%
Total	26	20	46	100%
Porcentaje	56.5%	43.5%	100%	

Tabla 1a.

Grupos por Edad		
Edad	No. pacientes.	Porcentaje
Lactante menor	13	28.3%
Lactante mayor	6	13.0%
Pre-escolar	18	39.1%
Escolar	4	8.7%
Adolescente	5	10.9%
Total	46	100%

Tabla 1b.

Grupos por sexo		
Sexo	No. pacientes	Porcentaje
Masculino	26	56.5%
Femenino	20	43.5%
Total	46	100%

Tabla 2.

Nivel Socioeconómico		
Nivel	No. pacientes	Porcentaje
Bajo	33	71.7%
Medio	13	28.3%
Alto	0	0
Total	46	100%

Tabla 3.

Origen		
Procedencia	No. pacientes	Porcentaje
D.F.	22	47.8%
Edo. de Méx.	21	45.6%
Estados	1	2.2%
Otros	2	4.4%
Total	46	100%

Tabla 4.

Higiene		
Tipo	No. pacientes	Porcentaje
Buena	31	67.4%
Regular	15	32.6%
Mala	0	0
Total	46	100%

Tabla 5.

Vivienda		
Tipo	No. pacientes	Porcentaje
Buena	23	50.0%
Regular	16	34.8%
Mala	7	15.2%
Total	46	100%

Tabla 6.

Saneamiento				
Tipo	con porcentaje		sin porcentaje	
Animales	36	78.3%	10	21.7%
W.C.	38	82.6%	8	17.4%
Aseo diario del hogar	42	91.3%	4	8.7%
Buen manejo Basura	41	89.1%	5	10.9%
Hacinamiento	13	28.3%	33	71.7%

Tabla 7.

Fuente de Contagio		
Tipo	No. pacientes	Porcentaje
Familiar	24	52.2%
Otros	15	32.6%
Desconocida	7	15.2%
Total	46	100%

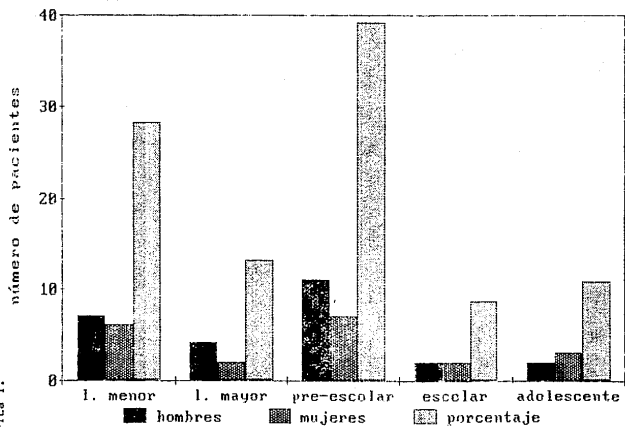
Tabla 8.

Tratamiento		
Tipo	No. Pacientes	Porcentaje
Específico	5	10.9%
Otros	18	39.1%
Sin manejo	23	50.0%
Total	46	100%

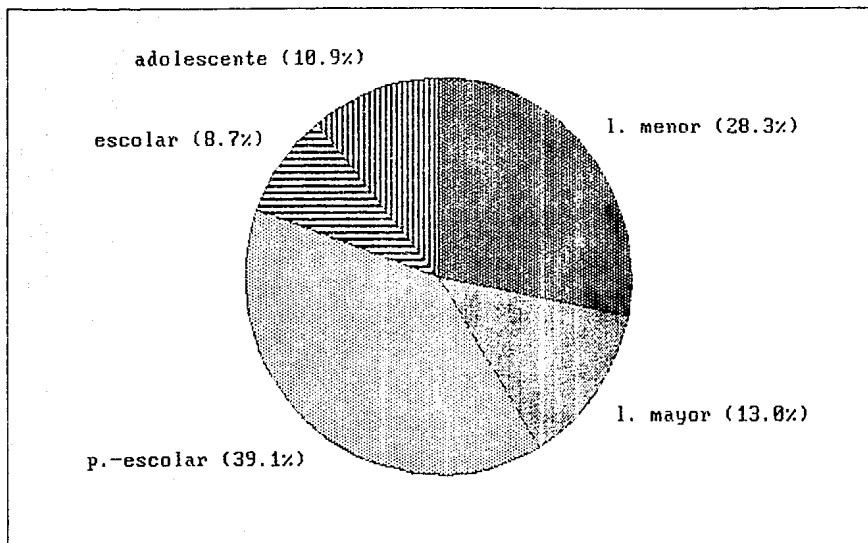
Tabla 9.

Tipos de Tratamiento		
Tipo	No. Pacientes	Observaciones
específico	5	lindano, B. bencilo
antibióticos	5	
antihistamínicos	8	
esteroides	3	
viaformo	3	
combinado	12	antibiót.-esteroid.-antihist.

Escabiasis: Grupos por Edad y Sexo.



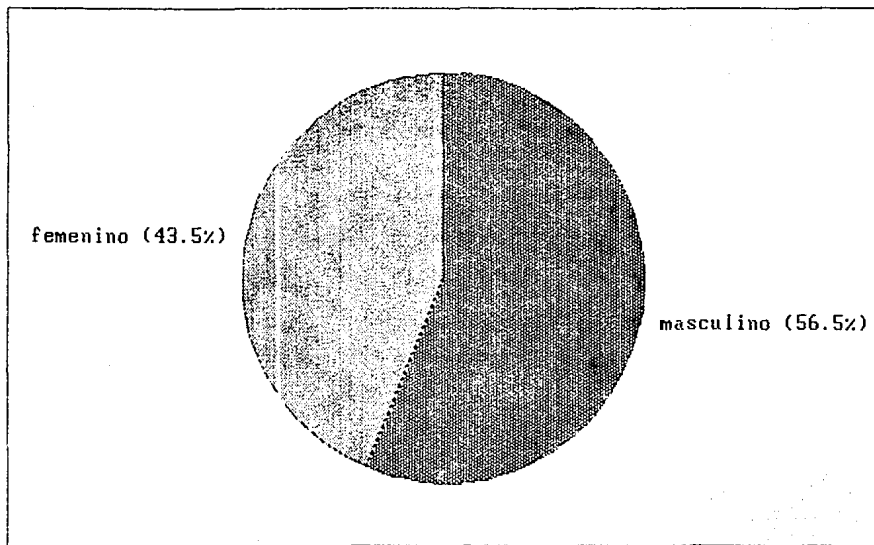
Escabiasis: Distribución por edad.



Grafica 2.

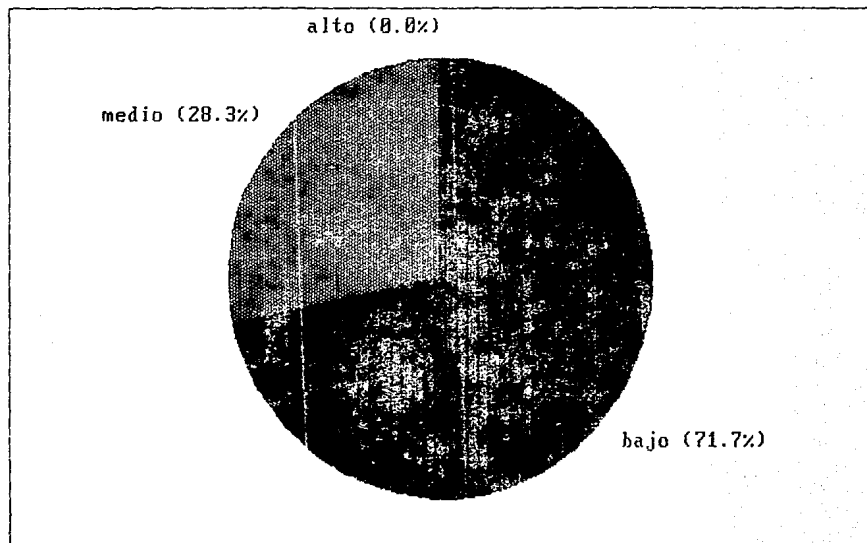
Escabiasis: Distribución por Sexo.

Gráfica 3.



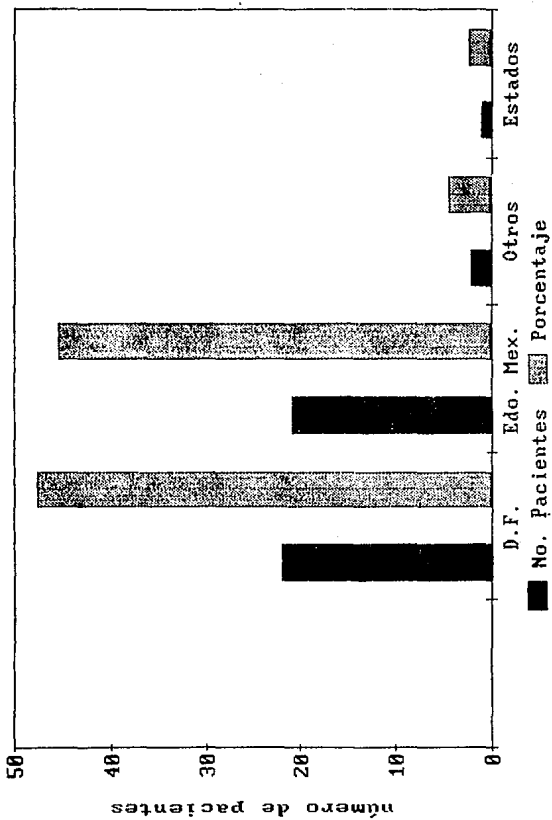
Escabiasis: Nivel Socioeconómico.

Gráfica 4.



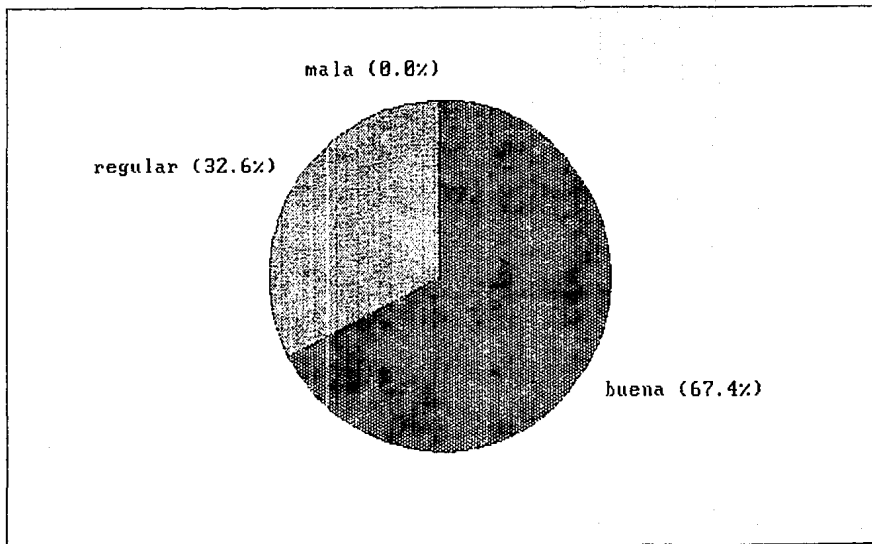
Gráfica 5.

Escabiasis: Lugar de Origen.



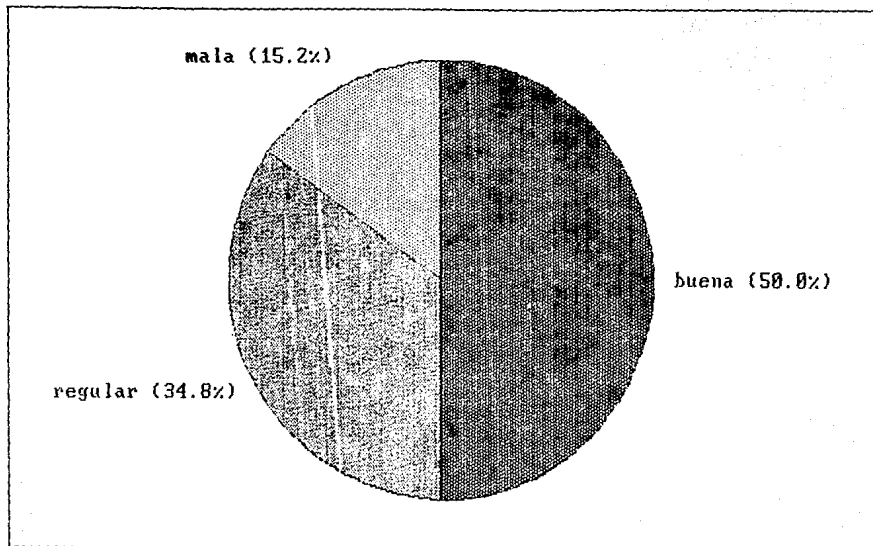
Escabiasis: Higiene.

Gráfica 6.



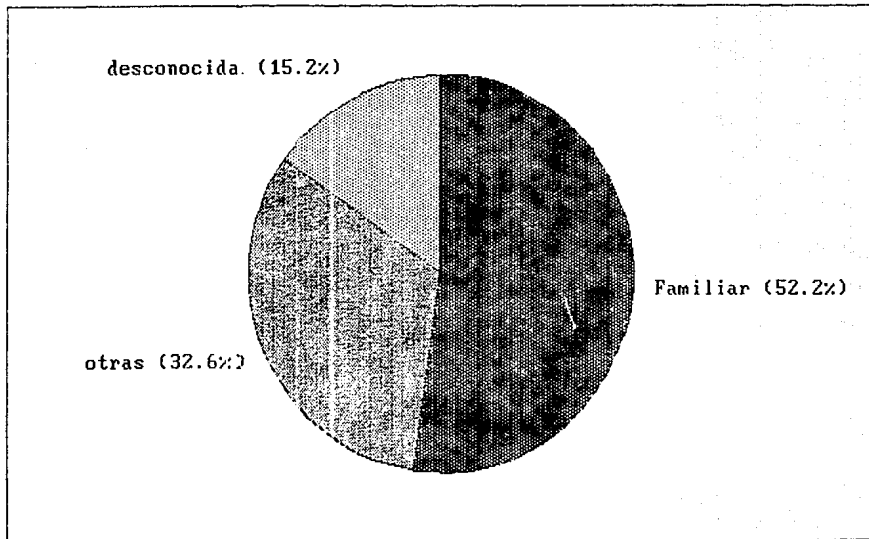
Escabiasis: Calidad de Vivienda.

Gráfica 7.



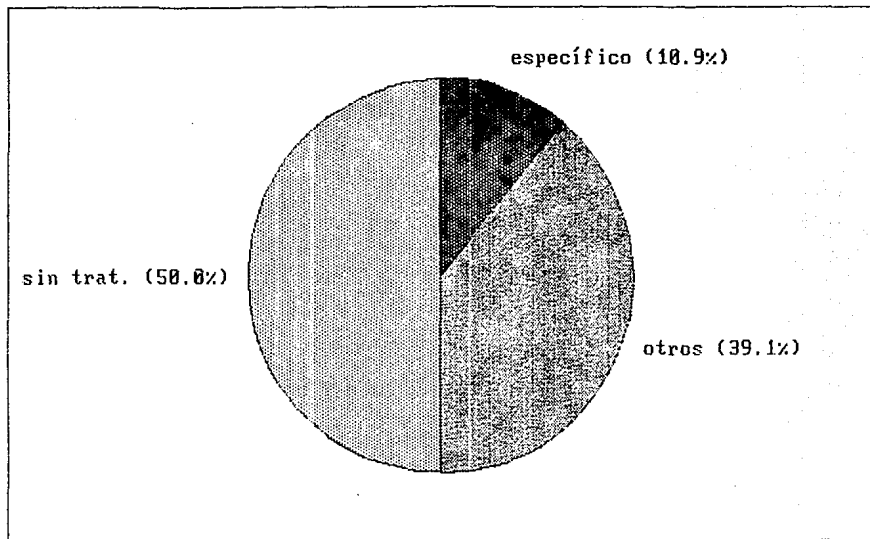
Escabiasis: Fuente de Contagio.

GRÁFICA B.



Escabiasis: Tratamiento.

Gráfica 9.



VIII: ANALISIS.

Encontramos un ligero predominio en varones. Algunas publicaciones refieren presentación por igual en ambos sexos(1), pero otras mencionan que en edad adulta predominan los varones y en edades pediátricas en mujeres(26), considero que nuestro hallazgo apoya el primer concepto y necesitaríamos estudiar un gran número de pacientes pediátricos para determinar si lo anterior es cierto, además de buscar la causa para que predomine en mujeres (hormonal ?).

La edad de presentación más frecuente en nuestro estudio fue en pre-escolares y lactantes, no encontré referencias que indiquen los predominios de edad en pediatría, pero si tomamos en cuenta que estos niños permanecen la mayor parte del tiempo en sus domicilios y que se menciona que el contagio es principalmente intradomiciliario(1,9,26), podríamos decir que este resultado apoya lo anterior y puede tomarse como base para otros estudios.

Se conoce que la escabiasis no respeta clases sociales, pudimos observar nosotros que la clase baja fuè la más afectada, seguida de la media, no encontrando pacientes de clase alta en nuestro estudio. Lo anterior puede ser explicado por la localización geográfica del hospital, en una zona habitacional en la que predominan familias de estas clases sociales.

Los Hospitales Pediátricos del la D.G.S.S.D.D.F. no solo atienden a población radicada en el Distrito Federal, sino de toda la zona urbana de la ciudad y de algunos estados vecinos. Nuestro hospital no es la excepción, cubrimos población del Estado de

México además de la que habita en las colonias avocindadas al mismo, casi la mitad de pacientes incluidos en el protocolo corresponden al Estado de México y la otra al Distrito Federal, un paciente procedía de Michoacán, con familiares en las cercanías del hospital. Lo anterior puede tener relevancia para considerar las condiciones de vivienda y saneamiento en que viven nuestros pacientes y que difieren de las encontradas en la zona en donde se ubica nuestra unidad hospitalaria.

Las medidas de higiene llevadas a cabo por los pacientes estudiados se clasificó como buena en la mayoría, y el resto como regular, no teniendo pacientes desaseados. La escabiasis se observa más cuando las condiciones de aseo personal son deficientes(1,9,26), pero no excluye que cualquier persona limpia las padezca. Lo que si se modifica con el baño y cambio de ropa es que la intensidad del padecimiento no sea importante, lo que se pudo constatar en la exploración física de nuestros pacientes. Lo anterior es conocido como Sarna Limpia.(1,3,4)

Hacinamiento, promiscuidad, deficiencia de servicios urbanos favorecen la presencia de múltiples enfermedades infecciosas y parasitarias, como la que es motivo de este estudio. Nuestros pacientes refirieron condiciones de vivienda aceptables en su mayoría, con una minoría con pocos recursos. Lo anterior no es significativo si tomamos en cuenta que esta parasitosis es de presentación universal(1,26,9), pero confirma lo asentado en las justificaciones para realizar este estudio, que nuestros pacientes tienen una calidad de vida que iría en contra de lo mencionado al inicio de este párrafo. Lo que considero importante de mencionar

es que la gran mayoría de estos pacientes tienen contacto con animales, principalmente caninos y que hay una variante de sarna que infesta a estos animales y ocasionalmente al hombre, ya que las especies de sarcoptes son exclusivas de especie. Esta consideración se debe tomar en cuenta para tratar de explicar lo frecuente de esta dermatosis en nuestro medio, que su presentación es de leve intensidad y que tuvo excelente respuesta al manejo instituido, además de que nos indicaría que el contagio procede de esta fuente. Lo anterior puede ser motivo de otro estudio.

El mayor porcentaje de pacientes consideró que la fuente de contagio fue otro familiar, pocos lo consideraron de adquisición fuera de su domicilio (escuela, guarderías, deportivos) y un pequeño número desconocía el origen de la infestación. Lo anterior está de acuerdo con lo reportado en la literatura (1,2,9,26), contacto persona a persona y rara vez por fomites.

Encontré una referencia que menciona que la gente está cada vez más interesada en la escabiasis (26), dado que la frecuencia de presentación mundial es importante y afecta a un gran número de personas. Tratando de indagar que nivel de conocimiento tiene nuestra población de esta enfermedad, se les preguntó en forma directa si sabían el problema que presentaban, siendo esto nulo. Basados en los tratamientos que recibieron antes de acudir con nosotros pudimos darnos cuenta que la población médica conoce poco la enfermedad, ya que solo un pequeño número de pacientes recibió manejo específico y el resto se basó en antimicrobianos y manejo antialérgico (antihistamínicos y esteroides). Podemos afirmar que nuestra gente está poco informada de este padecimiento.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

El manejo de la escabiasis es difícil, dado la facilidad de contagio, lo frecuente de su presentación y el desconocimiento que tiene la población de la enfermedad. Nosotros utilizamos la fórmula magistral que recomienda el Dr. Amado Saul en su libro de dermatología, obteniendo resultados excelentes. Además de manejo específico, se recomienda extremar las medidas de higiene en el hogar, realizando aseo exhaustivo del mismo, y si se sospecha infestación en animales domésticos, tratarlos o eliminarlos del hogar. El tratamiento empleado está basado en la presencia de benzoato de bencilo, del bálsamo del Perú, que es escabicida, aunado al aceite de almendras dulces que lubrica la piel. Este ectoparasiticida es el menos tóxico conocido, sobre todo, a bajas concentraciones. Los escabicidas comerciales, lindano y crotamitón, son neurotóxicos aun a concentraciones del 1% y 10% que recomienda la literatura americana(2,26), si sabemos que el conocimiento de la enfermedad en nuestro medio es malo, mas escaso será el conocimiento sobre las reacciones adversas a estos medicamentos, por lo que no sería difícil encontrar pacientes con complicaciones secundarias al tratamiento. Lo anterior puede ser objeto de estudio subsecuente.

IX: CONCLUSIONES.

La población y los médicos no conocen la enfermedad realizándose mal manejo y diagnóstico de esta. Se necesita educación a estos dos niveles, para diagnóstico temprano, manejo oportuno, prevención y mejoría en condiciones de higiene.

La Escabiasis no es un padecimiento exclusivo de la mala higiene, promiscuidad y falta de saneamiento.

Se deben realizar estrategias para detección de la parasitosis en lugares de convivencia pública, (escuelas, guarderías, deportivos, asilos, hospitales, fuentes de trabajo), con la finalidad de erradicar focos de contagio y disminuir la incidencia de esta dermatosis en la población que acude a este hospital.

Dado que nuestros hospitales atienden a población abierta que incluye la de estados vecinos al Distrito Federal, realizar coordinación con las autoridades de salud de dichas entidades para establecer estrategias de atención primaria en salud, que logren abatir la frecuencia de la enfermedad, y de ser posible, su erradicación.

Hay literatura al respecto, siendo la gran mayoría de publicación extranjera, que apoya nuestros hallazgos, pero poca de origen nacional. Siendo un problema de salud frecuente, considero se deben realizar mayores investigaciones y reportes nacionales. Basados en esta investigación, pueden originarse estudios para zonificar las zonas endémicas de escabiasis, sobre tratamiento comparativo, complicaciones de esta, y aislamiento del parásito para saber si es la variedad humana o es originada por animales domésticos.

X : BIBLIOGRAFIA.

- 1; Saló, Anado. LECCIONES DE DERMATOLOGIA. Capítulo 8. Octava Edición. Mender Cervantes. 1978; Págs. 103-106.
- 2; Esterly, Nancy B. The Skin. Capítulo 24, en NELSON TEXTBOOK OF PEDIATRICS. Treceava Edición. W.B. Saunders Company. 1987. Págs. 1437-1439.
- 3; Ramirez Soltero, Salvador. Escabiasis. Capítulo 8, en LA SALUD DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE. Primera Edición. Salvat Editores. 1981; Págs. 1168-1173.
- 4; Harper, Jonn. DERMATOLOGIA PEDIATRICA. Capítulo 12. Edición Española. Doyma. 1986; Págs. 63-67.
- 5; Pocsny, N. Care and Treatment of Scabies. *ADV CLIN CARE*; 1990; 5(5); Págs. 23-26.
- 6; Reid, HF; et al. Epidemic Scabies in Four Caribbean Islands, 1981-1988. *TRANS R SOC TROP MED HYG*; 1990; 84(2); Págs. 298-300.
- 7; Elgart, M. Scabies. *DERMATOL CLIN*; 1990; 8(2); Págs. 253-263.
- 8; Green, MS. Epidemiology of Scabies. *EPIDEMIOL REV*; 1989; 11; Págs. 126-150.
- 9; Biagi, Francisco. ENFERMEDADES PARASITARIAS. Capítulo 41. Segunda Edición. La Prensa Médica. 1976; Págs. 325-331.
- 10; Reers, JS. Head Lice and Scabies in Children. *Pediatr Infect Dis J*; 1987 jun; 6(6); Págs. 598-602.
- 11; Zukowski, K. Scabies in Poland, 1966-1986. *Wlad Parazytol*; 1989; 35(2); Págs. 151-157.
- 12; Arlian, LG. Biology, host relations, and epidemiology of *Sarcoptes scabiei*. *Annu Rev Entomol*; 1989; 34(1); Págs. 139-161.
- 13; Arlian, LG; et al. Prevalence of *Sarcoptes scabiei* in the homes and nursing homes of scabietic patients. *J Am Acad Dermatol*; 1988 nov; 19(5); Págs. 806-811.
- 14; Wiguez Carbonel, JC; et al. Childhood scabies: different entity. *An Esp Pediatr*; 1988 jan; 28(1); Págs. 67-72.
- 15; Arlian, LG; et al. Survival and infectivity of *Sarcoptes scabiei* var. *canis* and var. *hominis*. *J Am Acad Dermatol*; 1984 aug; 11(2 pt 1); Págs. 210-215.
- 16; Roncalli, RA. The History of scabies in veterinary and human medicine from biblical to modern times. *Vet Parasitol*; 1987 jul; 25(2); Págs. 193-198.
- 17; Funaki, B; et al. Scabies zoidiology, Kaul, Hawaii, 1981-1985. *Int J Dermatol*; 1987 nov; 26(9); Págs. 590-592.
- 18; Urnil, AC; et al. A study of morbidity pattern among prostitutes attending a municipal clinic in Pune. *J Indian Med Assoc*; 1989 feb; 87(2); Págs. 29-31.
- 19; Thofern, E. The succes of hygiene in the last 40 years. *Zentralb Bakteriol Mikrobiol Hyg (B)*. 1989 apr; 187(4-6); Págs. 271-294.

- 20; Sato, H; et al. Statistical studies on scabies at Division of Dermatology, Urakawa Red Cross Hospital. Hokkaido Igaku Zasshi; 1989 mar; 64(2); Págs. 139-145.
- 21; Kitchi, M; et al. Epidemiologic characteristics of scabies in the Israel Defense Force. Int J Dermatol; 1989 apr; 28(3); Págs. 180-182.
- 22; Giam, YC. Skin diseases in children in Singapore. Ann Acad Med Singapore; 1988 oct; 17(4); Págs. 569-572.
- 23; Badame, AJ. Incidence of skin disease in rural Jamaica. Int Dermatol; 1988 mar; 27(2); Págs. 109-111.
- 24; Stanton, B; et al. Scabies in urban Bangladesh. J Trop Med Hyg; 1987 oct; 90(5); Págs. 219-226.
- 25; Barnes, L; et al. Crusted (Norwegian) scabies, Occurrence in a child undergoing a bone marrow transplant. Arch Dermatol; 1987 jan; 123(1); Págs. 95-97.
- 26; Gurevith, AM. Scabies and lice. Pediatr Clin North Am; 1985 sep; 32(4); Págs. 987-1018.
- 27; Suzumiya, JK; et al. Crusted (Norwegian) scabies with adult T-cell leukemia. Arch Dermatol; 1985 Jul; 121(7); Págs. 903-904.
- 28; Dunn, WF Jr. Medical problems of the homosexual adolescent. J Adolesc Health Care; 1985 Jul; 6(4); Págs. 278-285.
- 29; Sharma, BS; et al. An epidemiological study of scabies in a rural community in India. Ann Trop Med Parasitol; 1984 apr; 78(2); Págs 157-164.
- 30; Webster, SB; et al. Common skin conditions in humans and animals. Am Fam Physician; 1986 apr; 33(4); Págs. 177-182.
- 31; Sadick, M; et al. Unusual features of scabies complicating Human T-lymphotropic virus type III infection. J Am Acad Dermatol; 1986 sep; 15(3); Págs. 482-486.
- 32; Arlian, LS; et al. Survival of adults and development stages of *Sarcoptes scabiei* var. *canis* when of the host. Exp Appl Acarol; 1987 apr; 6(3); Págs. 181-187.
- 33; Hall, JC; et al. Norwegian scabies in a patient with acquired immune deficiency syndrome. Cutis; 1987 apr; 43(4); Págs. 325-329.
- 34; Estadísticas del Hospital Pediátrico "San Juan de Aragón", de la O.E.S.S.O.D.F., 1991.