

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROGRAMA DE ESTUDIO DE MEDICINA



**Factores de riesgo para Escabiosis en pacientes atendidos por
consultorio externo del Hospital La Caleta, 2018 - 2019**

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Autores

Cavero Ortega, José Alberto
Gamarra Castillo, Elvis Arnold

Asesor

Ucañan Leyton, Ángel Raúl
(Código ORCID: 0000-0002-2002-9156)

NUEVO CHIMBOTE – PERÚ

2021

Palabra clave

Tema	Escabiosis; Factores de riesgo
Especialidad	Dermatología

Keywords

Subject	Scabies; Risk factor's
Speciality	Dermatology

Línea de investigación

Línea de investigación	Enfermedades emergentes y reemergentes
Área	Ciencias médicas y de salud
Subarea	Medicina Clínica
Disciplina	Medicina General e Interna

Título

Factores de riesgo para Escabiosis en pacientes atendidos por consultorio externo del Hospital La Caleta, 2018 – 2019.

Resumen

La escabiosis (sarna) es una infección contagiosa relacionada principalmente con las consecuencias de la pobreza como el hacinamiento, se extiende rápidamente de persona a persona, especialmente en las que no poseen una adecuada higiene. Nuestro principal objetivo fue determinar los factores de riesgo para escabiosis en pacientes atendidos por consultorio externo en el Hospital la Caleta durante los años 2018 y 2019, a través de un estudio tipo analítico, observacional, retrospectivo y transversal, de diseño casos y controles. Se analizó un total de 110 historias clínicas y se usó un muestreo de tipo aleatorio simple. En el análisis bivariado los factores de riesgo asociados fueron Hacinamiento (OR=6.02, IC 95% 2.63 – 13.77 y p=0.000), grupo etario niñez (OR=2.84, IC 95% 1.31 – 6.16 y p=0.008), pobre aseo personal (OR=4.92, IC 95% 1.89 – 12.83 y p=0.000), contacto con una persona con prurito (OR=10.872, IC 95% 2.361 – 50.059 y p=0.000) y antecedente de escabiosis (OR=16.714, IC 95% 2.102 – 132.927 y p=0.001); al análisis de regresión lineal se encontró una fuerte asociación para las variables hacinamiento (p=0.000), pobre aseo personal (p=0.005), contacto con una persona con prurito (p=0.008) y grupo etario niñez (p=0.018). Se concluye que en el Hospital La Caleta los principales factores de riesgo para escabiosis fueron el hacinamiento, el pobre aseo personal, el contacto con una persona con prurito, el grupo etario niñez y el antecedente de escabiosis.

Palabras clave: escabiosis, factores de riesgo.

Abstract

Scabies (scabies) is a contagious infection mainly related to the consequences of poverty such as overcrowding, it spreads rapidly from person to person, especially in those who do not have adequate hygiene. Our main objective was to determine the risk factors for scabies in patients attended by an outpatient clinic at Hospital La Caleta during the years 2018 and 2019, through an analytical, observational, retrospective and cross-sectional study, with a case-control design. A total of 110 medical records were analyzed and simple random sampling was used. In the bivariate analysis, the associated risk factors were overcrowding (OR = 6.02, 95% CI 2.63 - 13.77 and $p = 0.000$), childhood age group (OR = 2.84, 95% CI 1.31 - 6.16 and $p = 0.008$), poor personal hygiene (OR = 4.92, 95% CI 1.89 - 12.83 and $p = 0.000$), contact with a person with itching (OR = 10.872, 95% CI 2.361 - 50.059 and $p = 0.000$) and a history of scabies (OR = 16.714, 95% CI 2.102 - 132.927 and $p = 0.001$); The linear regression analysis found a strong association for the variables crowding ($p = 0.000$), poor personal hygiene ($p = 0.005$), contact with a person with itching ($p = 0.008$) and childhood age group ($p = 0.018$). It is concluded that in La Caleta Hospital the main risk factors for scabies were overcrowding, poor personal hygiene, contact with a person with itching, childhood age group and a history of scabies.

Keywords: scabies, risk factors.

INDICE

Palabra clave	ii
Título	iii
Resumen	iv
Abstract.....	v
1 Introducción	8
1.1 Antecedentes y Fundamentación Científica	8
1.2 Escabiosis	11
1.3 Epidemiología.....	11
1.4 Etiopatogenia	12
1.5 Clínica.....	13
1.6 Factores de Riesgo	15
1.6.1 Hacinamiento	15
1.6.2 Pobre aseo personal.....	16
1.6.3 Niñez	16
1.6.4 Sexo Masculino.....	16
1.6.5 Grado de Instrucción	16
1.6.6 Antecedente de escabiosis	16
1.6.7 Vivienda sin material Noble	16
1.7 Variantes Clínicas	17
1.8 Diagnostico	18
1.9 Justificación	19
1.10 Problema	20
1.11 Conceptuación y Operacionalización de las Variables.....	20
1.12 Hipótesis.....	221
1.13 Objetivo.....	221
1.14 Objetivos específicos	221
2 Metodología	22
2.1 Tipo y diseño de investigación	22
2.2 Población, muestra y muestreo	23
Población - muestra	23

Tamaño de Muestra	24
Muestreo	25
2.3 Técnicas e instrumentos de investigación	25
Técnica	25
Instrumento	26
2.4 Procesamiento y Análisis de los Datos.....	26
3 Resultados	27
Tabla 1	27
Tabla 2	28
Tabla 3	29
Tabla 4	30
Tabla 5	31
Tabla 6	32
Tabla 7	33
Tabla 8	34
Tabla 9	35
Tabla 10	37
Tabla 11	38
Tabla 12	39
4 Análisis y discusión	40
5 Conclusiones y Recomendaciones	46
Conclusiones	46
Recomendaciones	47
6 Referencia Bibliográfica	48
7 Agradecimiento	51
8 Anexos	53
Anexo 1: Operacionalización de la variable	53
Anexo 2: Ficha de recolección de datos	55
Anexo 3: Base de Datos.....	56
Anexo 4: Autorización para acceso a las Historias Clínicas.....	59

1 Introducción

1.1 Antecedentes y Fundamentación Científica

Dehkordi, Ahmadi y Zare (2021), realizaron un estudio transversal de base comunitaria en el sureste de Irán, utilizando cuestionarios para evaluar el examen clínico y el perfil sociodemográfico de los estudiantes. Los factores de riesgo asociados con la infestación de sarna fueron estudiar en la primaria (OR 13.12, $p = 0,0001$), bajo nivel educativo del padre (OR 4,37, $p = 0,036$), bajo nivel educativo de la madre (OR 4,14, $p = 0,045$), desempleo del padre (OR 14,77, $p = 0,0001$), familia extensa (OR 3,34, $p = 0,031$), uso de artículos compartidos (OR 33.37, $p = 0,0001$), y sin baño en casa (OR 11,77, $p = 0,0001$). Concluyendo que el bajo nivel educativo de los padres, el desempleo del padre, el empleo de la madre, una familia extensa, compartir artículos y ausencia de baño en casa fueron factores asociados a la sarna.

Reta, Derseh y Sahilu (2020) en el distrito de Hambu (Etiopia), realizaron un estudio de casos y controles no emparejado entre niños de la primaria. Los varones tenían más probabilidades de tener sarna (OR = 7,5; $p < 0,05$). Se encontró que los niños entre 10 y 12 años de edad (OR = 8; $p < 0,05$) fueron los más afectados, seguido por los de 13 a 15 años (OR = 7,7; $p < 0,05$). Familia numerosa ≥ 5 (OR = 3.4; $p < 0,05$) y antecedentes familiares de sarna (OR = 9.8; $p < 0,05$), fueron factores independientes para sarna. Concluyendo que ser varón, antecedentes familiares de sarna, una familia numerosa, un número menor de habitaciones, y compartir ropa fueron determinantes de sarna.

Wochebo, Haji y Asnake (2019), al sur de Etiopia realizaron un estudio de casos y controles en la comunidad de Kechabirra con el objetivo de determinar los factores de riesgo de un brote de sarna. Se determinó que los factores de riesgo para el brote de sarna fueron compartir ropa con pacientes con sarna (OR 6,08, $p = 0,02$) y familias con más de 6 miembros (OR 38,755, $p = 0,000$). Concluyendo que el intercambio de ropa con pacientes con sarna y una familia con más de 6 miembros fueron los principales factores de riesgo.

Dagne, Dessie y Destaw (2019), realizaron un estudio transversal institucional en Etiopía para determinar la prevalencia y los factores asociados a la sarna entre los niños en edad escolar. Escuela rural (OR 2,99, $p<0.01$), padre analfabeto (OR 5,11, $p<0.001$), cursar la primaria (OR 3,91, $p<0.01$), rara vez se duchan (OR 3.54, $p<0.05$), contacto con persona con picazón (OR 2.66, $p<0.05$), familiar con picazón (OR 4,76; $p<0.001$), vivir con un solo padre (OR 2,49; $p<0.05$) y solo lavarse las manos con agua (OR 4,38; $p<0.05$) son factores asociados a la sarna. Concluyendo que la localización de la escuela, el grado de primaria, el nivel educativo paterno, frecuencia de las duchas, contacto con persona con prurito son factores que favorecen la aparición de escabiosis.

Ejigu, Haji y Toma (2019), realizaron un estudio de casos y controles en una escuela primaria en el sur de Etiopía para evaluar los factores predisponentes de la sarna. Ser varón, (OR 2,69, $p<0.001$) y el analfabetismo de los padres (OR 3.49, $p<0.001$) predijeron la infección por sarna. Adicionalmente, variables socioeconómicas como compartir ropa / cama o contacto con otros (OR 3.12, $p<0.001$); bajo ingreso familiar (OR 2.13, $p<0.001$); mala higiene personal (OR 1.69, $P=0.000$); y familia mayor de cinco miembros (OR 1.77, $p=0.003$) se relacionaron significativamente con la infección por sarna. Se concluye que la higiene personal y el nivel de alfabetización, fueron predictores importantes.

Alebachew, Mulatu y Worku (2019), en la ciudad de Addet (Etiopía), realizaron un estudio de casos y controles no emparejado. Describen que compartir ropa (OR = 3.313, $P=0.001$) y la presencia de personas con sarna en la familia (OR = 6.029, $P=0.001$) son factores de riesgo para la infección por sarna. El cambio frecuente de ropa (OR=2.3, $p= 0.0001$) y el lavado del cuerpo con agua y jabón (OR=2.17, $p=0.002$) fueron factores protectores contra la enfermedad. Concluyendo que compartir la ropa y la presencia de personas infectadas con sarna en la familia fueron factores que influyeron en la infección por sarna.

Sara, Haji y Gebretsadik (2018), en Etiopía realizaron un estudio de casos y controles en la comunidad de East Badewacho para identificar los factores de riesgo del brote

de sarna. Los factores de riesgo asociados con la infección por sarna fueron menores de 15 años (OR 2.62, $p=0.006$), familia mayor de 5 miembros (OR 2.63, $p=0.028$), cama compartida (OR 12,47, $p<0.0001$), mala higiene personal (OR 1.69, $P=0.000$) y el hogar afectado por inundación (OR 22,32, $p<0.001$). Concluyendo que la edad menor de 15 años, familia mayor de cinco miembros, dormir con otras personas y el hogar afectado por inundaciones son los factores de riesgo.

Girma Birhanu (2018), en el distrito de Dembiya (Etiopia), realizó un estudio de casos y controles. De los pacientes diagnosticados con escabiosis, el 55% eran varones y la edad media de la población afectada era 16 años. Historial de contacto (OR: 17,0, $p=0.0000$), escasez de agua (OR: 3,3, IC del 95%: 2,4-4,5), aseo poco frecuente (OR = 1,5, IC del 95% = 1,2-4,1) y usar ropa de alguien con sarna (OR= 4.1, $p=0.0009$) se asociaron significativamente con la sarna. Concluyendo que el contacto con personas infectadas, intercambiar ropa con personas infectadas, aseo poco frecuente y el lavado infrecuente de la ropa son factores de riesgo para sarna, mientras que el aseo corporal con jabón es un factor preventivo.

Ugbomoiko, Oyedeji, Babamale y Heukelbach (2018), realizaron un estudio transversal en tres comunidades rurales de Nigeria. Variables relacionadas con la pobreza, como analfabetismo (OR 7.15; $p<0.001$), bajo ingreso familiar (OR 7.25; $p<0.011$), vivienda sin material noble (OR 12.17; $p<0,001$), hacinamiento (OR 1.98; $p<0.004$), como compartir camas / almohadas (OR 2.11; $p<0.001$) y compartir ropa (OR 2.5; $p<0.001$), se asociaron con la infección; los hábitos de baño regulares (OR 0,37; $p<0.001$) y el uso regular de jabón de baño (OR 0,36; $p<0.001$) fueron factores protectores. Concluyendo que las comunidades menos desarrolladas y las variables relacionadas con la pobreza son importantes factores de riesgo.

Kouotou, Nansseu, Kouawa y Bissek (2016), en Yaundé y Buea (Camerún), realizaron un estudio transversal en escolares de cuatro internados para definir la prevalencia y los factores de riesgo de la sarna. Después del análisis multivariable, ser varón (OR 2,06, $P <0,0001$), nivel de educación primaria (OR 1,67, $P = 0,040$), estudiantes por dormitorio ≤ 10 (OR 6,99, $P <0,0001$), sin enfermería en escuela (OR

1,62, P = 0,009) y tener prurito (OR 93,37, P <0,0001) fueron los factores independientes asociados con la sarna. Concluyendo que el sexo masculino, el nivel de educación primaria, estudiantes por dormitorio ≤ 10 , sin enfermería en la escuela y tener prurito fueron los factores independientes que influyeron en la aparición de sarna.

1.2 Escabiosis

La escabiosis (sarna) fue probablemente el problema cutáneo parasitario más prevalente a nivel mundial hasta hace cincuenta años, pero poco a poco se fue frenando hasta que prácticamente desapareció en Europa y América. Desde los años setenta se ha ido incrementando paulatinamente la variedad de casos en América Latina, transformándose en verdaderas epidemias.

Es una patología con una posible tasa de curación del 100% con una terapia sencilla, lo que hace importante correcta identificación y manejo por parte del médico de primera atención (Banerji, 2015).

Es una infección asociada al ácaro *Sarcoptes scabiei var. hominis*. Esta enfermedad se desarrolla a través de contacto directo de piel a piel y a través de contaminantes como sábanas, toallas y ropa. En algunos casos, se obtiene por contacto con animales infectados, particularmente perros (*S. scabiei var. canis*).

1.3 Epidemiología

La sarna es una patología con extensión mundial. Se desconoce la prevalencia en particular, pero es sabido que ha estado incrementándose desde 1973. La prevalencia mundial que puede ser calculada llega hasta unos 300 millones de personas afectadas, lo que constituye un problema público real (Banerji, 2015).

Según Feldmeier, Jackson, Ariza, Lins Calheiros y Oliveira, (2008), el ser pobre, vivir más de 3 personas por cuarto en una casa, la inadecuada nutrición, la promiscuidad sexual y un inadecuado aseo son factores de riesgo. Cuando los

factores de riesgo están presentes, la incidencia de esta patología crece significativamente.

A nivel mundial se documentaron 84 brotes de escabiosis en los últimos 30 años (1984 – 2013), los cuales ocurrieron mayormente en hospitales y en casas de reposo (Rodríguez Zuñiga & Torres Panduro, 2017).

En Perú, la prevalencia de escabiosis en Lima y Callao creció en el 2016 un 0,22% en la capital y 0.58% en el Callao en la población general (Rodríguez Zuñiga & Torres Panduro, 2017).

Blas, Bravo y Castillo (2005), en un estudio prospectivo de 23 pacientes con sarna noruega en Perú se diagnosticó infección por el HTLV-1 en 16 pacientes (69,6%) utilizando el método de ELISA, confirmado por inmunotransferencia. Además, otras patologías significativas asociadas a la sarna noruega en ese estudio fueron el tratamiento con corticoides (8,6%), desnutrición (8,6%) y síndrome de Down (4,3%).

1.4 Etiopatogenia

Es una enfermedad ectoparasitaria causada por *Sarcoptes scabiei hominis*, es decir, artrópodos del orden acarino, de la familia *Trombididae*. La hembra adulta es la causante de la enfermedad; llega a medir unos 0,35 milímetros de largo, es ovalada, de color blanquecino y tiene tres pares de patas cortas, algunas chupan y otras erguidas, por la disposición especial de las patas, el ácaro solo puede marchar hacia adelante. Los machos son más pequeños, unos 0,2 mm, tiene menos espinas y muere una vez que ha tenido relaciones sexuales. La hembra cava los túneles dentro de la córnea de la epidermis; la relación sexual ocurre en el espacio más superficial, luego la hembra deposita sus huevos en ella y a las cinco semanas muere (Capillos Paez, Causín Serrano, & Duro Mota, 2002).

El ciclo de vida dura de 18 a 20 días, pasando por estadios de huevo, larva, ninfa (protoninfa y tritoninfa) y adulto (macho o hembra); las larvas emergen por la piel al tercer o cuarto día, perforan el tejido epitelial y luego de 12-16 días ya son

infecciosas, la fisura aumentará entre dos y tres milímetros por día y de los huevos, solo el 10% llega a la madurez (Diaz, 2016).

En la sarna común se pueden encontrar de 10 a 15 larvas hembras, que es diferente de los millones de larvas en la forma noruega (se encuentran en sábanas, ropas, pijamas, suelos y muebles, de esa manera se produce el contagio del personal sanitario, visitantes y otros enfermos) (Diaz, 2016).

Según varias revisiones, a pesar de la presencia de ácaros en la piel, no se produjeron pápulas ni picazón durante un mes o mucho tiempo después de la exposición. La reacción inmune a las sustancias corporales juega un papel muy importante dentro del proceso patológico de infección. En secciones de anatomía microscópica se ha encontrado que la cantidad de mastocitos crece en cada biopsia diurna y nocturna de lesiones escabioticas.

1.5 Clínica

Se describe una sensibilización cutánea con un periodo aproximado de un mes, tiempo en el que puedes ser portador del parásito sin causar síntomas, motivo por el cual, el periodo de incubación se considera de 1 a 2 meses.

Farhana et al. (2018), describe que una erupción generalizada se ve principalmente en el tronco y las extremidades, la parte superior se afecta principalmente en menores de dos años. Se sabe que la erupción generalizada fluye desde una alergia asociada al contenido dentro de la fisura, al ácaro mismo, sus huevos o a sus heces.

Como se sabe, la clínica más importante de la escabiosis es el picor; se considera factor condicionante para el diagnóstico; éste suele aparecer por las noches (porque la hembra deposita sus huevos) e incrementa su intensidad al calor.

Nair, Vora, Jivani y Gandhi (2016) en un estudio observacional transversal encontraron que el prurito era particularmente severo durante las noches en los pacientes con escabiosis y, consecuentemente, las alteraciones del sueño son

frecuentes. El 79,4% de los pacientes presentaron agravamiento nocturno de la picazón que condujo a la alteración del sueño.

El picor es causado por la sensibilización del portador. Las partes comúnmente afectadas son de mayor a menor: la zona interdigital, muñecas, codos, axilas, zona periumbilical, pelvis, nalgas, pene, rodillas y bordes de los pies. No es común referir picor en la parte superior del cuerpo a excepción de los lactantes. La sarna debe considerarse como diagnóstico diferencial del picor generalizado y del picor anal.

Existen lesiones primarias (surco acarino, vesículas y nódulos) y lesiones secundarias (pequeñas pápulas urticariformes, lesiones por rascado, excoriaciones, placas de eccema y sobreinfección bacteriana). Estas lesiones tienen ubicaciones habituales; así, los surcos suelen ubicarse en la zona de flexión de las muñecas, el espacio entre los dedos, la zona exterior de las palmas y dorso del pie; las pápulas se pueden encontrar en el pecho, axilas, areolas, cintura, glúteos y muslos, los nódulos se encuentran en las axilas y, en los genitales masculinos.

Nair et al. (2016), describen en su estudio que la lesión más común observada fueron pápulas en 84.3% seguidas de excoriaciones en 82.3% de los casos, también se observaron complicaciones en forma de eccematosis en el 50% de los casos e infecciones secundarias en el 21,56% de los pacientes.

La característica lesión es un surco acarino, con una longitud de 1 a 10 mm de largo, lesión característica de la enfermedad, sin embargo, a menudo es poco definido como consecuencia del rascado; presenta forma lineal, de tipo escamoso con un punto de entrada del ácaro en alguno de sus polos, lo que forma el saco perlado. En el surco se puede observar la eminencia acarina, que es donde habita el ácaro (Murray, Rosenthal, & Pfaller, 2014).

Las lesiones inflamatorias se encuentran a menudo en axilas, región mamaria, zona periumbilical, nalgas y muslos como consecuencia de reacciones de hipersensibilidad generadas por el paciente. En ocasiones, al culminar el tratamiento, el picor y las

lesiones nodulares pueden persistir por muchas semanas posteriores a la eliminación del ácaro.

Otras lesiones típicas de la escabiosis son las siguientes:

- Vesículas en los bordes de los pies (en el caso de lactantes).
- Pápulas eritematonodulares en pliegues, pene y areola, que persisten incluso sin el parásito.
- Pápulas urticariales en zonas de flexión.
- Excoriaciones producidas por el rascado.
- Piodermitis causada por sobreinfección bacteriana
- Lesiones de rascado, a veces impetiginizado.

1.6 Factores de Riesgo

Definido como un determinante que se modifica con la intervención y, así, aminorar la probabilidad de adquirir una enfermedad y sus consecuencias. Para evitar confusiones, suele denominarse como un factor que se puede modificar (Echemendía Tocabens, 2011).

1.6.1 Hacinamiento

Definido como el estado en el cual la cantidad de individuos residentes excede la capacidad de espacio de vivienda; su indicador: 3 personas o más viviendo en un mismo cuarto, esta condición en los hogares aumenta el riesgo de exposición a enfermedades infecciosas (Howden Chapman, 2018).

1.6.2 Pobre aseo personal

Hace referencia a la deficiente higiene del cuerpo al no realizar baños frecuentes por tres días o más (Abad Araújo, Espín Falcón, Presno Labrador, & Segredo Pérez, 2007).

1.6.3 Niñez

Etapa de la vida comprendida entre los 0 años hasta los 11 años 11 meses 29 días (MINSA, 2020), según se reporta en los antecedentes, hay una gran cantidad de casos en esta etapa de la vida.

1.6.4 Sexo Masculino

El sexo son caracteres biológicos que establecen a los seres humanos como hombre o mujer. Estas características diferencian a los humanos como hombres o mujeres, pero no son excluyentes, ya que existen quienes poseen ambos (OMS, 2015).

1.6.5 Grado de Instrucción

Grado de estudios más elevado realizados o en curso, que se han terminado o están incompletos, (INEI, 1993), en la revisión de antecedentes se reporta que un bajo grado de instrucción (hasta primaria) se considera un factor de riesgo (Nazari & Azizi, 2014).

1.6.6 Antecedente de escabiosis

Paciente con historial de haberse infectado en una o más veces, según se reporta en los antecedentes, hay una cantidad elevada de casos con episodios pasados de escabiosis (Hegab, Abdullah, & Ghada, 2015).

1.6.7 Vivienda sin material Noble

Referido a una vivienda que cuenta con materiales diferente al ladrillo, cemento o drywall en su construcción, estas viviendas son consideradas como factor de riesgo en los antecedentes (Ugbomoiko, Oyedeji, Babamale, & Heukelbach, 2018).

1.7 Variantes Clínicas

Hay 3 variedades principales de escabiosis: la forma clásica, costrosa y nodular.

- La forma clásica es la más frecuente, caracterizada por presentar pocos ácaros hembras. Las áreas afectadas varían según la edad. Los lugares más afectados en lactantes son manos (pliegues interdigitales), pies y cuero cabelludo, seguidos del tronco, las piernas y los brazos.

Banerji (2015), refiere que en niños se suele involucrar manos, espacios entre los dedos, pies, pecho y extremidades, por otro lado, en escolares se observan más frecuentemente en pecho y extremidades. Es típica la presencia de cinco o más regiones que presentan lesiones que van desde pápulas, vesículas y nódulos hasta costras hemáticas, abrasiones y costras mielicéricas. El surco que perfora la hembra es imperceptible y se describe como una línea ondeada blanquecina de escasos milímetros hasta un centímetro de longitud, con una pápula o vesícula en un polo.

- La variante costrosa, es conocida como “sarna noruega” por la descripción en 1848 en una población de leprosos en el país de Noruega, generalmente afecta a pacientes inmunocomprometidos, diabéticos, con neuropatías o discapacitados física/mentalmente y en pacientes con tratamiento a base de inmunosupresores. Es común una significativa infestación de ácaros, por lo cual es altamente contagiosa. Se presenta como placas queratósicas similares a costras, agrietadas y fisuradas, sin mucho picor (Plascencia Gómez , Proy Trujillo, Eljure López, Atoche Diéguez, & Calderón Rocher, 2013). La sarna costrosa indica infección por el virus linfotrópico humano de células T tipo1 (HTLV-1), sobre todo en áreas endémicas como Perú (Blas et al. 2005). Debido a que el 40% de los casos no presentan un problema predisponente, se propuso que hay predisposición genética. Se encontró que el 58% de los casos presenta hipereosinofilia, hallándose hiper IgE en 96% de los pacientes.

- El tipo nodular es raro (7% de los casos) y se presenta con nódulos eritematosos o marrones de un par de centímetros de diámetro, que comprometen glúteos, genitales, escroto, ingles o axilas. Se propuso que las lesiones son secundarias a una reacción de hipersensibilidad a las secreciones del ácaro en lugar que, a su presencia (Plascencia Gómez et al. 2013).

1.8 Diagnostico

El diagnóstico de la escabiosis es clínico. Se debe tener en cuenta la clínica, el tipo de lesiones, la localización, el picor nocturno y la presencia de casos en el ambiente familiar.

Para confirmar la enfermedad se necesita realizar un examen con el microscopio del tejido obtenido al rascar los surcos y demostrar la presencia del parásito, de sus huevos o excremento. Para obtener el parásito se deben seguir algunas recomendaciones: se deben examinar las muñecas, manos, areolas y genitales masculinos; iluminación adecuada y una aguja serán necesarias; se debe levantar la capa superficial de la eminencia acarina y extraer un punto negro que se colocará en un portaobjetos; se agrega KOH al 20% y un cubreobjetos para observar por el microscopio (Capillos Paez et al. 2002). Aun con las recomendaciones dadas, el resultado del estudio microscópico es comúnmente negativo por la poca cantidad de ácaros. La aplicación de tinta china en la piel del paciente se empleó adicionalmente en el pasado para comprobar el surco acarino.

Desde hace unos años se realiza un procedimiento llamado epiluminiscencia microscópica (ELM), que era usado en la evaluación de las lesiones pigmentadas de la piel. La ELM facilita la inspección milimétrica de la piel, desde la epidermis hasta la dermis papilar. En poco tiempo se confirma la presencia del parásito sin ocasionar molestias. Además, disminuye la cantidad de falsos negativos, y también se utiliza para realizar seguimiento de la respuesta al tratamiento escabicida (Capillos Paez et al. 2002).

1.9 Justificación

La escabiosis es una parasitosis que acompaña a la humanidad desde prácticamente sus inicios, la cual viene siendo descrita históricamente por muchos antiguos historiadores y científicos.

Esta investigación surge debido a que la escabiosis es una patología que no solo genera problemas de manera individual a la persona afectada, sino a todo su círculo social llegando a afectar el ambiente laboral, específicamente en la productividad debido a que es una patología altamente contagiosa, motivo por el cual, la persona infectada es cesada de sus labores hasta recuperarse.

Debido a su alto nivel de contagio y pese a no ser mortal, se pueden llegar a observar brotes de esta enfermedad tanto en ambientes laborales, escuelas, poblaciones recluidas y en pequeñas comunidades, por este motivo, es importante definir los factores de riesgo prevenibles para la población, tales como el hacinamiento, compartir cama, la crianza de animales domésticos o de granja, entre otros.

Se trata de un tema muy poco estudiado en nuestro medio y porque vivimos en un país donde la mayor parte de la población es pobre y donde el hacinamiento es común, nuestro país cuenta con una gran población en riesgo para presentar esta enfermedad. No se encontró referencias nacionales que hagan hincapié en los factores de riesgo para la presentación de esta infección por lo cual este proyecto cuenta con una importancia significativa referente al aporte científico que llegarán a ofrecer sus resultados.

Por lo expuesto, la escabiosis es una patología con múltiples causas, por lo cual se necesita definir los factores de riesgo más frecuentes para contribuir con la previsión de estos y así disminuir su frecuencia para evitar el impacto económico que representa en nuestra sociedad, que actualmente debido a la pandemia por COVID 19 se vio muy afectada económicamente.

El objetivo principal de este trabajo es “Determinar los factores de riesgo predisponentes para escabiosis en los pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital La Caleta durante los años 2018 y 2019”, esperando ampliar nuestro conocimiento y visión para la prevención de la escabiosis, y de igual manera apoyar con los resultados obtenidos al personal de salud, población en general y a nuestras familias.

1.10 Problema

¿Cuáles son los factores de riesgo para escabiosis en pacientes atendidos por consultorio externo del Hospital La Caleta en los años 2018 y 2019?

1.11 Conceptuación y Operacionalización de las Variables

Variables:

Dependiente

Escabiosis: infección por el ácaro *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*. Es una parasitosis frecuente normalmente adquirida al contacto directo piel a piel y, también, por fómites.

Independientes

- Hacinamiento: estado en el cual la cantidad de individuos residentes excede la capacidad de espacio de vivienda; su indicador: 3 personas o más viviendo en un mismo cuarto.
- Pobre aseo personal: Hace referencia a la deficiente higiene del cuerpo al no realizar baños frecuentes por tres días o más.
- Compartir cama: descansan más de una persona en la cama.
- Etapa de la niñez: etapa de la vida comprendida entre 0 años a 11 años 11 meses 29 días.

- Sexo masculino: caracteres biológicos que establecen al humano como hombre.
- Bajo grado de Instrucción: estado de mal nivel educativo, se refiere a estudiar solo hasta la primaria.
- Contacto con persona con prurito: antecedente de haber tenido contacto con persona con prurito.
- Antecedente de escabiosis: historial de haberse infectado en una o más veces.
- Procedencia Rural: referida vivir en zonas lejanas a la ciudad y los recursos de salud.
- Vivienda sin material Noble: vivienda construida con materiales diferentes al ladrillo, cemento o drywall.

1.12 Hipótesis

El hacinamiento y el bajo grado de instrucción son factores de riesgo principales para escabiosis en los pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital La Caleta en los años 2018 y 2019.

1.13 Objetivo

Determinar los factores de riesgo para escabiosis en pacientes atendidos por consultorio externo del Hospital La Caleta en los años 2018 y 2019.

1.14 Objetivos específicos

- Determinar la frecuencia de los factores de riesgo en los pacientes con diagnóstico de escabiosis.
- Identificar la frecuencia de los factores de riesgo en los pacientes sin diagnóstico de escabiosis.

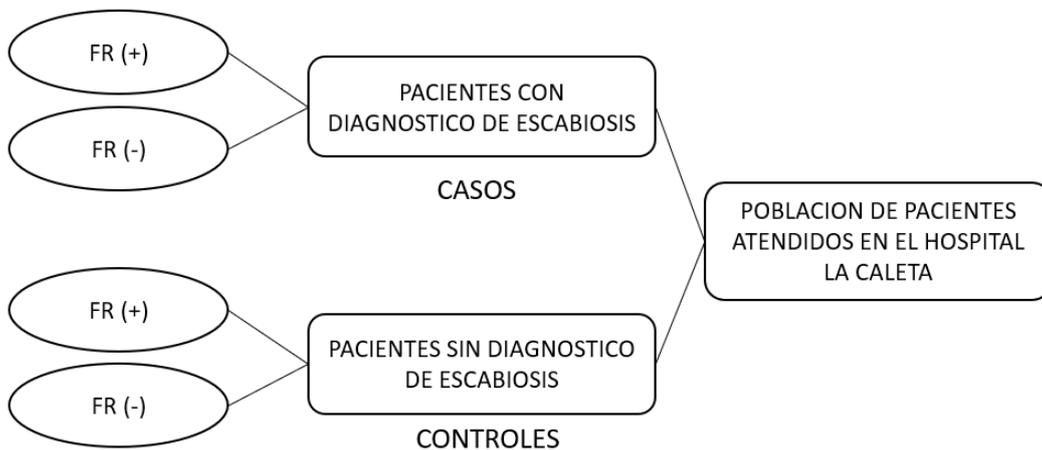
- Establecer la fuerza de asociación entre los factores de riesgo y la escabiosis.

2 Metodología

2.1 Tipo y diseño de investigación

- Según la intervención del investigador: Observacional
- Según la planificación de la toma de datos: Retrospectivo
- Según el número de veces en que se mide la variable: Transversal
- Según el número de variables de interés: Analítico

- Según el diseño: Casos y controles
- Casos: Pacientes diagnosticados con escabiosis.
- Control: Pacientes sin diagnóstico de escabiosis.



2.2 Población, muestra y muestreo

Población - muestra

La población está definida por los 60648 pacientes que fueron atendidos por consultorio externo del Hospital La Caleta en los años 2018 y 2019.

Criterios de inclusión casos

- Pacientes con diagnóstico de escabiosis.
- Pacientes con historia clínica completa.

Criterios de exclusión casos

- Pacientes con historia clínica incompleta.
- Pacientes sin diagnóstico de escabiosis
- Pacientes con retraso del desarrollo mental, trastornos psiquiátricos específicos y/o inmunodeprimidos.

Criterios de inclusión controles

- Pacientes sin diagnóstico de escabiosis
- Paciente con historia clínica completa

Criterios de exclusión controles

- Pacientes con historia clínica incompleta.
- Pacientes con diagnóstico de escabiosis
- Pacientes con retraso del desarrollo mental, trastornos psiquiátricos específicos y/o inmunodeprimidos.

Tamaño de Muestra

Los pacientes con diagnóstico de escabiosis fueron 142. La muestra se conformó por los pacientes diagnosticados con escabiosis atendidos por consultorio externo en el Hospital La Caleta en los años 2018 y 2019 que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Para el tamaño de muestra de un estudio multivariado como el de esta investigación se utilizará la fórmula de Freeman:

$$n = 10 * (k + 1)$$

Donde “n” es el tamaño de la muestra, 10 y 1 son constantes y “k” es el número de factores de riesgo propuestos a ser constatados en el estudio.

Los factores de riesgo fueron

- Niñez
- Hacinamiento
- Compartir cama
- Pobre aseo personal
- Sexo masculino
- Bajo nivel de instrucción
- Contacto con persona con prurito
- Antecedente de escabiosis
- Procedencia rural
- Vivienda sin material noble

Según la Formula de Freeman, k se incrementa en 1 cuando la variable factor de riesgo es dicotómica es decir tiene solo 2 valores. De esta manera el valor de k sería: 10.

$$n = 10 * (k + 1)$$

$$n = 110$$

Se realiza el diseño de 1 x 1, que significa 1 control para cada caso.

Se llega a plantear un control por caso entonces el valor de “r” es 1.

La muestra que se halló se dividirá entre $(r+1) = 110/2 = 55$ casos y el número de controles es $(n^\circ \text{ casos}) * r = 55 * 1 = 55$. Finalmente tenemos 55 casos y 55 controles cuya muestra final es de 110 sujetos.

Muestreo

Aleatorio simple.

2.3 Técnicas e instrumentos de investigación

Técnica

Se aplicó la técnica documental. Para acceder a los documentos primero se solicitó el permiso al director del Hospital La Caleta de Chimbote para ingresar al registro y obtener los datos. Se evidencio los números de historia clínica de los casos y controles (poblaciones de casos y controles), se vertió lo obtenido en una hoja de Excel y se realizó un proceso de randomización con la función aleatorio, para posteriormente seleccionarse las muestras de casos y controles (muestreo aleatorio simple).

Instrumento

Haciendo uso de la ficha de recolección de datos se obtuvo a los datos de las historias clínicas, esta información será digitada en una base de datos en el programa Excel 2019.

2.4 Procesamiento y Análisis de los Datos

- El proyecto y la solicitud se presentaron en el área de docencia del Hospital La Caleta y así se logró acceder a la base de datos del archivo general en dicho Hospital durante el año 2018 y 2019.
- Luego se recurrió al área de archivos para obtener las historias clínicas, posteriormente se procedió a la recolección de información de manera escrita en el instrumento diseñado para registrar los datos necesarios.
- Se ordenó las variables en grupos de pacientes con escabiosis y sin escabiosis, y también a los factores de riesgo asociados.
- Se realizó la prueba Chi cuadrado para establecer si existe asociación significativa entre las variables y el Odds ratio para hallar la razón de probabilidad para una condición de la población frente al riesgo de que suceda la patología.
- El análisis se realizó con el software estadístico IBM Statistics SPSS en la versión 25.
- Los resultados de SPSS fueron procesados y posteriormente plasmados en el programa Word 2016.

3 Resultados

Tabla 1

Frecuencia de factores de riesgo asociados a escabiosis.

FACTORES DE RIESGO	CASOS n=55	CONTROLES n=55	P
Hacinamiento	67.3%	25.5%	0.000
Niñez	60%	34.5%	0.008
Pobre aseo personal	87.3%	58.2%	0.000
Procedencia Rural	16.4%	20%	0.621
Vivienda sin material noble	10.9%	9.1%	0.751
Bajo grado de Instrucción	65.5%	52.7%	0.175
Compartir cama	56.4%	54.5%	0.848
Contacto con persona con prurito	29.1%	3.6%	0.000
Antecedente de escabiosis	23.6%	1.8%	0.001
Sexo masculino	29.1%	25.5%	0.339

En la tabla 1 podemos observar que los factores de riesgo más prevalentes fueron en orden descendente el pobre aseo personal, en hacinamiento y el bajo grado de instrucción en el grupo de casos, y en el grupo control fueron el pobre aseo personal, el compartir cama y el bajo grado de instrucción.

Tabla 2

Relación entre el hacinamiento y la escabiosis en pacientes atendidos por consultorio externo del Hospital La Caleta, 2018 – 2019.

FACTOR HACINAMIENTO	ESCABIOSIS			
	CASOS		CONTROLES	
	n	%	n	%
FACTOR PRESENTE	37	67.3	14	25.5
FACTOR AUSENTE	18	32.7	41	74.5
TOTAL	55	100	55	100
Test de Independencia				
de criterios	X ² =	19.339	P=0.000	P<0.05
Odds ratio		6.020		
Intervalo confidencial del 95%		LI= 2.631	LS=13.776	

En la Tabla 2 se observa que el 67.3% de los pacientes con escabiosis viven en condiciones de hacinamiento (n=37); en comparación al 25.5% de los controles (n=14). Existe una relación estadística significativa (X²=19.339 p=0.000; p<0.05). Se obtuvo un OR=6.02 con in IC95% 2.63 – 13.776, por lo tanto, las personas que viven en condiciones de hacinamiento tienen 6 veces mayor riesgo de presentar escabiosis comparado con las personas que no viven en condiciones de hacinamiento.

Tabla 3

Relación entre la niñez y la escabiosis en pacientes atendidos por consultorio externo del Hospital La Caleta, 2018 – 2019.

FACTOR NIÑEZ	ESCABIOSIS			
	CASOS		CONTROLES	
	n	%	n	%
FACTOR PRESENTE	33	60.0	19	34.5
FACTOR AUSENTE	22	40.0	36	65.5
TOTAL	55	100	55	100
Test de Independencia				
de criterios	$X^2=$	7.149	P=0.008	P<0.05
Odds ratio		2.842		
Intervalo confidencial del 95%		LI= 1.310	LS=6.166	

En la Tabla 3 se observa que el 60% de los pacientes con escabiosis pertenecen al grupo etario niñez (n=33); en comparación al 34.5% de los controles (n=19). Existe una relación estadística significativa ($X^2=7.149$ p=0.008; p<0.05). Se obtuvo un OR=2.84 con in IC95% 1.310 – 6.166, por lo tanto, las personas que se encuentran en el grupo etario de niñez tienen 2.8 veces mayor riesgo de presentar escabiosis comparado con las personas que no pertenecen a este grupo etario.

Tabla 4

Relación entre pobre aseo personal y la escabiosis en pacientes atendidos por consultorio externo del Hospital La Caleta, 2018 – 2019.

FACTOR	ESCABIOSIS			
	CASOS		CONTROLES	
POBRE ASEO PERSONAL	n	%	n	%
FACTOR PRESENTE	48	87.3	32	58.2
FACTOR AUSENTE	7	12.7	23	41.8
TOTAL	55	100	55	100
Test de Independencia				
de criterios	X ² =	11.733	P=0.000	P<0.05
Odds ratio		4.929		
Intervalo confidencial del 95%		LI=1.893	LS=12.834	

En la Tabla 4 se observa que el 87.3% de los pacientes con escabiosis tienen pobre aseo personal (n=48); en comparación al 58.2% de los controles (n=32). Existe una relación estadística significativa (X²=11.733 p=0.000; p<0.05). Se obtuvo un OR=4.92 con in IC95% 1.89 – 12.83, por lo tanto, las personas con pobre aseo personal tienen 4.9 veces mayor riesgo de presentar escabiosis comparado con las personas que no tienen pobre aseo personal.

Tabla 5

Relación entre la procedencia rural y la escabiosis en pacientes atendidos por consultorio externo del Hospital La Caleta, 2018 – 2019.

FACTOR PROCEDENCIA RURAL	ESCABIOSIS			
	CASOS		CONTROLES	
	n	%	n	%
FACTOR PRESENTE	9	16.4	11	20.0
FACTOR AUSENTE	46	83.6	44	80.0
TOTAL	55	100	55	100
Test de Independencia de criterios	X ² =	0.244	P=0.621	P>0.05
Odds ratio		0.783		
Intervalo confidencial del 95%		LI=0.296	LS=2.071	

En la Tabla 5 se observa que el 16,4% de los pacientes con escabiosis tienen procedencia rural (n=9); en comparación al 20% de los controles (n=11). No existe una relación estadística significativa (X²=0.444 p=0.621; p>0.05).

Tabla 6

Relación entre la vivienda sin material noble y la escabiosis en pacientes atendidos por consultorio externo del Hospital La Caleta, 2018 – 2019.

FACTOR VIVIENDA SIN MATERIAL NOBLE	ESCABIOSIS			
	CASOS		CONTROLES	
	n	%	n	%
FACTOR PRESENTE	6	10.9	5	9.1
FACTOR AUSENTE	49	89.1	50	90.9
TOTAL	55	100	55	100
Test de Independencia				
de criterios	$X^2=$	0.101	$P=0.751$	$P>0.05$
Odds ratio	1.224			
Intervalo confidencial del 95%	LI=0.351		LS=4.276	

En la Tabla 6 se observa que el 10.9% de los pacientes con escabiosis tienen viviendas de material no noble (n=6); en comparación al 9.1% de los controles (n=5). No existe una relación estadística significativa ($X^2=0.101$ $p=0.751$; $p>0.05$).

Tabla 7

Relación entre el sexo masculino y la escabiosis en pacientes atendidos por consultorio externo del Hospital La Caleta, 2018 – 2019.

FACTOR SEXO MASCULINO	ESCABIOSIS			
	CASOS		CONTROLES	
	n	%	n	%
FACTOR PRESENTE	32	29.1	27	24.5
FACTOR AUSENTE	23	20.9	28	25.5
TOTAL	55	100	55	100
Test de Independencia				
de criterios	$X^2=$	0.914	$P=0.339$	$P>0.05$
Odds ratio		1.443		
Intervalo confidencial del 95%		LI=0.680	LS=3.063	

En la Tabla 7 se observa que el 29.1% de los pacientes con escabiosis son del sexo masculino (n=32); en comparación al 24.5% de los controles (n=27). No existe una relación estadística significativa ($X^2=0.914$ $p=0.339$; $p>0.05$).

Tabla 8

Relación entre el bajo grado de instrucción y la escabiosis en pacientes atendidos por consultorio externo del Hospital La Caleta, 2018 – 2019.

FACTOR	ESCABIOSIS			
	CASOS		CONTROLES	
BAJO GRADO DE INSTRUCCION	n	%	n	%
FACTOR PRESENTE	36	65.5	29	52.7
FACTOR AUSENTE	19	34.5	26	47.3
TOTAL	55	100	55	100
Test de Independencia de criterios	X ² =	1.843	P=0.175	P>0.05
Odds ratio		1.699		
Intervalo confidencial del 95%		LI=0.788	LS=3.660	

En la Tabla 8 se observa que el 65.5% de los pacientes con escabiosis tienen un bajo grado de instrucción (n=36); en comparación al 52.7% de los controles

(n=29). No existe una relación estadística significativa ($X^2=1.843$ $p=0.175$; $p>0.05$).

Tabla 9

Relación entre el compartir cama y la escabiosis en pacientes atendidos por consultorio externo del Hospital La Caleta, 2018 – 2019.

FACTOR	ESCABIOSIS			
	CASOS		CONTROLES	
COMPARTIR CAMA	n	%	n	%
FACTOR PRESENTE	31	56.4	30	54.5
FACTOR AUSENTE	24	43.6	25	45.5
TOTAL	55	100	55	100
Test de Independencia				
de criterios	$X^2=$	0.037	$P=0.848$	$P>0.05$
Odds ratio		1.076		
Intervalo confidencial del 95%		LI=0.507	LS=2.284	

En la Tabla 9 se observa que el 56.4% de los pacientes con escabiosis comparten la cama (n=31); en comparación al 54.5% de los controles (n=30). No existe una relación estadística significativa ($X^2=0.037$ p=0.848; p>0.05).

Tabla 10

Relación entre el contacto con persona con prurito y la escabiosis en pacientes atendidos por consultorio externo del Hospital La Caleta, 2018 – 2019.

FACTOR CONTACTO CON PERSONA CON PRURITO	ESCABIOSIS			
	CASOS		CONTROLES	
	n	%	n	%
FACTOR PRESENTE	16	29.1	2	3.6
FACTOR AUSENTE	39	70.9	53	96.4
TOTAL	55	100	55	100
Test de Independencia				
de criterios	$X^2=$	13.019	P=0.000	P<0.05
Odds ratio		10.872		
Intervalo confidencial del 95%		LI=2.361	LS=50.059	

En la Tabla 10 se observa que el 29.1% de los pacientes con escabiosis tuvieron contacto con personas con prurito (n=16); en comparación al 3.6% de los controles (n=24). Existe una relación estadística significativa ($X^2=13.019$ p=0.000; p<0.05). Se obtuvo un OR=10.87 con un IC95% 2.36 – 50.05, por lo tanto, las personas que tuvieron contacto con una persona con prurito tienen 10.8 veces mayor riesgo de presentar escabiosis comparado con las personas que no tuvieron contacto con una persona con prurito.

Tabla 11

Relación entre el antecedente de escabiosis y la escabiosis en pacientes atendidos por consultorio externo del Hospital La Caleta, 2018 – 2019.

FACTOR ANTECEDENTE DE ESCABIOSIS	ESCABIOSIS			
	CASOS		CONTROLES	
	n	%	n	%
FACTOR PRESENTE	13	23.6	1	1.8
FACTOR AUSENTE	42	76.4	54	98.2
TOTAL	55	100	55	100
Test de Independencia				
de criterios	$X^2=$	11.786	P=0.001	P<0.05
Odds ratio		16.714		
Intervalo confidencial del 95%		LI=2.102	LS=132.927	

En la Tabla 11 se observa que el 23.6% de los pacientes con escabiosis viven en condiciones de hacinamiento (n=13); en comparación al 1.8% de los controles (n=1). Existe una relación estadística significativa ($X^2=11.785$ p=0.000; p<0.05). Se obtuvo un OR=16.71 con in IC95% 2.10 – 132.92, por lo tanto, las personas que tienen antecedentes de escabiosis poseen 16.7 veces mayor riesgo de presentar escabiosis comparado con las personas que no tienen antecedentes de escabiosis.

Tabla 12

Regresión lineal de los factores de riesgo para escabiosis en pacientes atendidos por consultorio externo del Hospital La Caleta, 2018 – 2019.

<u>Factores de Riesgo</u>	<u>Sig.</u>
(Constante)	0.443
Hacinamiento	0.000
Niñez	0.018
Pobre aseo personal	0.005
Procedencia Rural	0.234
Vivienda sin material noble	0.537
Bajo grado de Instrucción	0.440
Compartir cama	0.188
Contacto con persona con prurito	0.008
Antecedente de escabiosis	0.057
Sexo masculino	0.809

En la tabla 11 se desarrolló una regresión lineal entre los factores de riesgo y la variable escabiosis para determinar la fuerza de asociación, dando como resultado que el factor hacinamiento tiene una alta significancia estadística ($p=0.000$), seguida del pobre aseo personal con una alta significancia estadística ($p=0.005$), el contacto con persona con prurito con alta significancia estadística ($p=0.008$), y finalmente el grupo etario niñez con alta significancia estadística ($p=0.018$).

4 Análisis y discusión

En esta investigación se encontró que el hacinamiento, la etapa de niñez, el pobre aseo personal, el contacto con personas con prurito y el antecedente de escabiosis, fueron los principales factores de riesgo asociados a la enfermedad.

Con respecto al hacinamiento, en nuestro estudio el 67% de los pacientes con diagnóstico de escabiosis vivían en condiciones de hacinamiento, a diferencia del 25% de pacientes sin diagnóstico de escabiosis que presentaban esta condición, el hacinamiento se definió como factor de riesgo asociado a la escabiosis con un OR=6.02, IC 95% 2.63 – 13.77, y p=0.000, esto nos permite afirmar que las personas que viven en condiciones de hacinamiento tienen 6 veces más riesgo de tener escabiosis. Contrastando con los resultados obtenidos por Dehkordi et al. (2021) con un OR=3.34, IC 95% 1.05 – 10.64, y p=0.031, así mismo Wochebo et al. (2019) con un OR=38.755, IC del 95% 8.084 – 185.787, y p=0.0000, de la misma manera Ejigu et al. (2019) con un OR=1.77, IC 95% 1.04 - 3.01, y p=0.004, para Sara et al. (2018) con un OR=2.63, IC del 95% 1.10 – 6.27, y p=0.01, en el trabajo de Ugbomoiko et al. (2018) con un OR=1.98, IC 95% 1.08 – 2.81 y p=0.004, y por parte de Reta et al. (2020) con un OR=3.4, IC 95% 1.5 – 7.7, y p<0.05; los resultados de los estudios mencionados coinciden con los nuestros, a diferencia del estudio realizado por Alebachew et al. (2019) donde no fue factor de riesgo con OR=1.023, IC95% 0.535 - 1.956, y P=0.94; por lo expuesto anteriormente podemos ratificar que el hacinamiento es un factor de riesgo significativo para la escabiosis.

Acerca de pertenecer al grupo etario niñez, en nuestro estudio el 60% de los pacientes con diagnóstico de escabiosis pertenecen a este grupo etario, a diferencia del 34.5% de pacientes sin diagnóstico de escabiosis que presentaban esta condición, el grupo etario niñez se llegó a definir como factor de riesgo asociado a la escabiosis con un OR=2.84, IC 95% 1.31 – 6.16, y p=0.008, esto nos permite afirmar que las personas que pertenecen al grupo etario niñez tienen 2.8 veces más riesgo de tener escabiosis. En comparación con los resultados

obtenidos por Sara et al. (2018) con un OR=2.62, IC 95% 1.31 – 5.22, y $p<0.01$ y Reta et al. (2020) OR=8, IC 95% 2.7 – 24.2, y $p<0.05$; los resultados de los estudios mencionados coinciden con los nuestros, por lo cual podemos ratificar que el grupo etario niñez es un factor de riesgo significativo para la escabiosis.

Sobre el pobre aseo personal en nuestro estudio el 87% de los pacientes con diagnóstico de escabiosis tenían pobre aseo personal, a diferencia del 58.2% de pacientes sin diagnóstico de escabiosis que presentaban esta condición, resultó como factor de riesgo asociado a la escabiosis con un OR=4.92, IC 95% 1.89 – 12.83, y $p=0.000$, esto nos permite afirmar que las personas con pobre aseo personal tienen 4.9 veces más riesgo de tener escabiosis. Al comparar lo obtenido con los resultados de Wochebo et al. (2019) con un OR=11.62, IC 95% 2.972 – 45.418, y $p=0.001$, así mismo Dagne et al. (2019) con un OR=3.54, IC 95% 1.36 - 9.25, y $p<0.05$, en el trabajo de Ejigu et al. (2019) con OR=1.69, IC 95% 1.14 – 2.51, y $p=0.000$, por parte de Girma (2018) con un OR=1.5, IC 95% 1.2 – 4.1, y $p<0.05$, los resultados de los estudios mencionados coinciden con los nuestros, a diferencia de los estudios realizados por Alebachew et al. (2019) con un OR=1.07 IC 95% 0.055 – 2.068, y $p=0.83$, quien no asocia este factor de riesgo con la escabiosis, y Koutou et al. (2016) quien en su estudio describe a tomar al menos dos baños al día como un factor protector con un OR=0.31, IC 95% 0.21 – 0.46, $p<0.0001$; Se puede observar que los resultados coinciden con los nuestros, de esta manera se demuestra que existe una asociación entre el pobre aseo personal con la escabiosis.

Analizando la procedencia rural en nuestro estudio el 16% de los pacientes con diagnóstico de escabiosis tenían procedencia rural, a diferencia del 58.2% de pacientes sin diagnóstico de escabiosis que presentaban esta condición, el resultado fue que no es un factor de riesgo asociado a la escabiosis con un OR=0.78, IC 95% 0.296 – 2.071, y $p=0.621$, esto nos permite afirmar que la procedencia rural no tiene asociación con la escabiosis. Al comparar lo obtenido con los resultados de Reta et al. (2020) con un OR=0.79 y $p=0.432$, el resultado

mencionado coincide con el nuestros, así que podemos afirmar que la procedencia rural no está asociada significativamente con la escabiosis.

Sobre tener una vivienda sin material noble, en nuestro estudio el 10.9% de los pacientes con diagnóstico de escabiosis tenían su vivienda sin material noble, a diferencia del 9% de pacientes sin diagnóstico de escabiosis que presentaban esta condición, el resultado fue que no es un factor de riesgo asociado a la escabiosis con un OR=1.22, IC 95% 0.351 – 4.276, y $p=0.751$, esto nos permite afirmar que tener una vivienda sin material noble no tiene asociación con la escabiosis. Al comparar lo obtenido con los resultados de Ugbomoiko et al. (2018) con un OR=12.17, IC 95% 2.83 – 52.34, y $p<0.001$, el resultado mencionado no coincide con el nuestro, por lo cual no se puede descartar completamente este factor de riesgo.

En relación al sexo masculino, en nuestro estudio el 29% de los pacientes con diagnóstico de escabiosis eran del sexo masculino, a diferencia del 24% de pacientes sin diagnóstico de escabiosis que presentaban esta condición, el resultado fue que no es un factor de riesgo asociado a la escabiosis con un OR=1.44, IC 95% 0.680 – 3.063, y $p=0.339$, esto nos permite afirmar que ser del sexo masculino no tiene asociación con la escabiosis. Al comparar lo obtenido con los resultados de Sara et al. (2018) con un OR=1.16, IC 95% 0.601 – 2.24, y $p=0.73$, el resultado mencionado coincide con el nuestro, pero en los estudios de Reta et al. (2020) con un OR=7.5, IC 95% 3.2 – 24.4, y $p<0.0001$, así mismo Ejigu et al. (2019) con un OR=2.69, IC 95% 1.82 - 3.96, y $p<0.05$, y en el estudio de Koutou et al. (2016) con un OR=2.06, IC 95% 1.40 – 3.01, y $p<0.0001$, sus resultados son diferentes al nuestro considerando al sexo masculino como factor de riesgo para escabiosis, pero también los resultados obtenidos por Derhkordi et al. (2021) con un OR=3.28, IC 95% 1.03 – 10.45, y $p=0.034$ consideran al sexo femenino como factor de riesgo, y en contraparte el estudio de Girma (2018) con un OR=0.4, IC 95% 0.1 – 0.7, y $p<0.05$ considera al sexo femenino como factor protector. Varios de los estudios mencionados

arrojaron resultados diferentes al nuestro, probablemente debido a las diferentes condiciones sociodemográficas de cada población.

La variable bajo grado de instrucción, en nuestro estudio el 65.5% de los pacientes con diagnóstico de escabiosis tenían bajo grado de instrucción, a diferencia del 52.7% de pacientes sin diagnóstico de escabiosis que presentaban esta condición, el resultado fue que no es un factor de riesgo asociado a la escabiosis con un OR=1.69, IC 95% 0.788 – 3.66, y $p=0.175$, esto nos permite afirmar que tener un bajo grado de instrucción no tiene asociación con la escabiosis. Al comparar lo obtenido con los resultados de Wochebo et al. (2019) con un OR=1.44, IC 95% 0.41 – 5.06, y $p=0.57$, y también Sara et al. (2018) con un OR=0.89, IC 95% 0.46 – 1.73, y $p=0.73$, coinciden con los nuestros, que no establecen el bajo grado de instrucción como un factor de riesgo. A diferencia de los resultados obtenidos por Derhkordi et al. (2021) con un OR=13.12, IC 95% 2.92 – 58.89, y $p=0.000$, y Ugbomoiko et al. (2018) con un OR=7.15, IC 95% 3.71 – 13.95, y $p<0.001$, que no coinciden con los nuestros, considerando el bajo grado de instrucción como un factor de riesgo. Debido a lo expuesto anteriormente no se puede descartar completamente este factor de riesgo y es probable que las diferencias entre los estudios se deban principalmente a condiciones sociodemográficas.

En relación a la variable compartir cama, en nuestro estudio el 56.4% de los pacientes con diagnóstico de escabiosis comparten cama, a diferencia del 54.2% de pacientes sin diagnóstico de escabiosis que presentaban esta condición, el resultado fue que no es un factor de riesgo asociado a la escabiosis con un OR=1.076, IC 95% 0.507 – 2.284, y $p=0.848$, esto nos permite afirmar que tener el compartir cama no tiene asociación con la escabiosis. Al comparar lo obtenido con el resultado de Derhkordi et al. (2021) con un OR=1.76, IC 95% 0.23 – 13.68, y $p=0.5$, coincide con el nuestro, que no establecen el compartir cama como un factor de riesgo. A diferencia de los resultados obtenidos por Sara et al. (2018) con un OR=12.47, IC 95% 3.05 – 50.94, y $p<0.0001$, y también Alebachew et al. (2017) con un OR=2.32, IC 95% 1.162 – 4.644, y $p=0.015$, que

no coinciden con los nuestros, considerando el compartir cama como un factor de riesgo. Debido a lo expuesto anteriormente no se puede descartar completamente este factor de riesgo y las diferencias encontradas probablemente se deban a diferencias sociodemográficas en las poblaciones estudiadas.

Sobre la variable contacto con persona con prurito en nuestro estudio el 29.1% de los pacientes con diagnóstico de escabiosis tenían contacto con persona con prurito, a diferencia del 3.6% de pacientes sin diagnóstico de escabiosis que presentaban esta condición, resultó como factor de riesgo asociado a la escabiosis con un OR=10.872, IC 95% 2.361 – 50.059, y $p=0.000$, esto nos permite afirmar que las personas que tienen contacto con una persona con prurito tienen 10.8 veces más riesgo de tener escabiosis. Al comparar lo obtenido con los resultados de Dagne et al. (2019) con un OR=2.66, IC 95% 1.21 – 5.83, y $p<0.05$, para Girma (2018) con un OR=10.9, IC 95% 9.7 – 24, y $p=0.000$, y también Alebachew et al. (2017) con un OR=3.11, IC 95% 1.13 – 8.56, y $p=0.022$, los resultados de los estudios mencionados coinciden con los nuestros, a diferencia de los estudios realizados por Wochebo et al. (2019) con un OR=0.79, IC 95% 0.22 – 2.75, y $p=0.71$, quien no asocia este factor de riesgo con la escabiosis. Se puede observar que la mayoría de los resultados coinciden con los nuestros, por lo cual se puede demostrar que existe una asociación entre el contacto con una persona con prurito y la escabiosis.

Acerca de la variable antecedente de escabiosis en nuestro estudio el 22.6% de los pacientes con diagnóstico de escabiosis tenían antecedentes de escabiosis, a diferencia del 1.8% de pacientes sin diagnóstico de escabiosis que presentaban esta condición, resultó como factor de riesgo asociado a la escabiosis con un OR=16.714, IC 95% 2.102 – 132.927, y $p=0.001$, esto nos permite afirmar que las personas que tienen antecedentes de escabiosis tienen 16.7 veces más riesgo de tener escabiosis. Al comparar lo obtenido con los resultados de Reta et al. (2020) con un OR=7.4, IC 95% 1.4 – 39.1, el resultado obtenido coincide con el nuestro, a diferencia del estudio realizado por Alebachew et al. (2017) con un OR=1.68, IC 95% 0.882 – 3.21, y $p=0.11$, quien no asocia este factor de riesgo

con la escabiosis. En lo expuesto anteriormente, se puede observar una fuerte asociación en los estudios que determinan el antecedente de escabiosis como factor de riesgo para la escabiosis a diferencia del estudio que la niega, por lo cual podemos afirmar que el antecedente de escabiosis es un factor de riesgo asociado a la escabiosis.

En el análisis multivariado, los factores de riesgo con mayor fuerza de asociación con la escabiosis fueron: Hacinamiento con $p=0.000$, el pobre aseo personal con $p=0.005$, el contacto con una persona con prurito con $p=0.008$ y finalmente el grupo etario niñez con $p=0.018$. Similares estudios realizados por Ejigu et al. (2019) donde el hacinamiento tuvo una fuerza de asociación de $p<0.001$ y el pobre aseo personal $p<0.001$, y en caso de Girma (2018) el pobre aseo personal tuvo una fuerza de asociación de $p<0.01$ y el contacto con una persona con prurito de $p <0.01$; así confirmando los resultados de nuestro estudio.

5 Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones

- Se concluye que la frecuencia de los factores de riesgo para escabiosis en orden descendente fue la siguiente: Pobre aseo personal con un 87.3%, hacinamiento con un 67.3%, bajo grado de instrucción con un 65.5%, grupo etario niñez con un 60%, compartir cama con un 56.4%, contacto con una persona con prurito con un 29.1%, el sexo masculino con un 29.1%, antecedente de escabiosis con un 23.6%, procedencia rural con un 16.4% y vivienda sin material noble con un 10.9%.
- Los factores de riesgo que en nuestro estudio se relacionaron con la escabiosis en el análisis bivariado fueron el hacinamiento, el grupo etario niñez, el pobre aseo personal, el contacto con una persona con prurito y el antecedente de escabiosis.
- En el análisis multivariable se concluyó que solo cuatro variables tienen suficiente fuerza de asociación: el hacinamiento, el pobre aseo personal, el contacto con una persona con prurito y el grupo etario niñez.

Recomendaciones

- Principalmente brindar a la población los conocimientos necesarios sobre la escabiosis y su alto grado de contagio, para así prevenir las infecciones.
- Potenciar el adecuado llenado de las historias clínicas en consultorios externos, porque de esa manera ayuda a identificar cual es el factor que debemos corregir.
- Capacitar a todo el personal de salud de manera continua tanto en conocimientos como habilidades para reconocer la escabiosis y evitar de esa manera diagnósticos errados haciendo más adecuada la administración de tratamiento y la educación del paciente.
- Continuar con investigaciones relacionadas al tema en diversas instituciones de salud para poder conseguir mayor precisión del problema.

6 Referencia Bibliográfica

- Abad Araújo, J. C., Espín Falcón, J. C., Presno Labrador, C., & Segredo Pérez, A. M. (22 de Enero de 2007). *La higiene personal y la salud*. Obtenido de ResearchGate:
https://www.researchgate.net/publication/303365752_La_higiene_personal_y_la_salud
- Alebachew, H., Mulatu, K., & Worku, M. (2019). Scabies outbreak investigation in Addet town West Gojjam Zone, Amhara region, Northwest Ethiopia, 2017. 1-15.
- Banerji, A. (2015). Scabie. *Paediatric Child Health*, 20(7), 395-402.
- Blas, M., Bravo, F., & Castillo, W. (2005). Norwegian Scabies in Perú: The Impact of Human T cell Lymphotropic Virus Type I Infection. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 72(6), 855-857.
- Capillos Paez, T., Causín Serrano, S., & Duro Mota, E. (2002). Escabiosis: revision y actualización. *Medifam*, 12(7), 442-452.
- Dagne, H., Dessie, A., & Destaw, B. (2019). Prevalence and associated factors of scabies among schoolchildren in Dabat district, northwest Ehiopia, 2018. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 24(1), 1-8.
- Dehkordi, A. S., Ahmadi, M. S., & Zare, M. (2021). Risk Factors Associated With Scabies Infestation Among Schoolchilden in a Low Socio-Economic Area in Southeast of Ira. *BMC Pediatrc*, 21(249), 1-14.
- Diaz, J. H. (2016). Sarna. En J. E. Bennett, R. Dolin, & M. J. Blaser, *Mandell, Douglas y Bennet. Enfermedades Infecciosas. Principios y práctica* (Octava ed., Vol. I, págs. 3433-3437). Barcelona, España: Elsevier.

- Echemendía Tocabens , B. (2011). Definiciones acerca del riesgo y sus implicaciones. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiologia*, 49(3), 470-481.
- Ejigu, K., Haji, Y., & Toma, A. (2019). Factors associated with scabies outbreaks in primary schools in Ethiopia: a case-control study. *Research and Reports in Tropical Medicine*, 10, 119-127.
- Farhana, R. C., Khalid, H., Shumaila, N., Dilwar, A. M., Paolotizzani, Abbas, R., & Rossi, L. (2018). Scabies Prevalence and Risk Factors in Pakistan: A Hospital Based Survey. *Biomed J Sci & Tech Res*, 2(2), 1-5.
- Feldmeier, H., Jackson, A., Ariza, L., Lins Calheiros, C. M., & Oliveira, F. (2008). The epidemiology of scabies in an impoverished community in rural Brazil: Presence and severity of disease are associated with poor living conditions and illiteracy. *Journal American Academy of Dermatology*, 60(3), 436-443.
- Girma Birhanu, N. (2018). Outbreak Investigation of Scabies, Dembya District, North Gondar zone, Amhara Region, 2017. *The IRES International Conference*, (págs. 50-55). Madrid.
- Hegab, D. S., Abdullah, M. K., & Ghada, M. D. (2015). Scabies among primary schoolchildren in Egypt: sociomedical environmental study in Kafr El-Sheikh administrative area. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*, 105-111.
- Howden Chapman, P. (2018). Crowding. En N. Röbbel , *WHO Housing and health guidelines* (págs. 21-20). Suiza: WHO.
- INEI. (1993). *Nivel de Instrucción*. Obtenido de inei.gob: <http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0183/cap0203.HTM>

- Kouotou, E. A., Nansseu, J. R., Kouawa, M. K., & Bissek, A. C. (2016). Prevalence and drivers of human scabies among children and adolescents living and studying in Cameroonian boarding schools. *Parasites & Vectors*, 9(1), 1-6.
- MINSA. (27 de Enero de 2020). *Modelo de Cuidado Integral de Salud por curso de vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI)*. Obtenido de Plataforma Digital única del Estado Peruano: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/496394/resolucion-ministerial-030-2020-MINSA.pdf>
- Murray, P. R., Rosenthal, K. S., & Pfaller, M. A. (2014). Artrópodos. En P. R. Murray, K. S. Rosenthal, & M. A. Pfaller, *Microbiología médica* (Septima edición ed., págs. 823-824). Barcelona, España: Elsevier.
- Nair, P. A., Vora, R. V., Jivani, N. B., & Gandhi, S. S. (2016). A study of clinical profile and quality of life in patients with scabies at a rural tertiary care centre. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 10(10), WC01-WC05.
- Nazari, M., & Azizi, A. (2014). Epidemiological pattern of scabies and its social determinant factors in west of Iran. *Health*, 6(15), 1972-1977.
- OMS. (16 de Septiembre de 2015). *Salud Sexual y su relación en la Salud Reproductiva: un enfoque operativo*. Obtenido de WHO: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>
- Plascencia Gómez , A., Proy Trujillo, H., Eljure López, N., Atoche Diéguez, C., & Calderón Rocher, C. (2013). Escabiosis: una revisión. *Dermatología cosmética, médica y quirúrgica*, 11(3), 217-223.
- Reta, M. W., Derseh, B. T., & Sahilu, B. Y. (2020). Determinats of Scabies among Primary School Children in Habru District: a Case-Control Study.

- Rodríguez Zuñiga, M. J., & Torres Panduro, N. (2017). Escabiosis en Lima y Callao. *Acta Médica Peruana*, 2016, 34(4), 335-336.
- Sara, J., Haji, Y., & Gebretsadik, A. (2018). Scabies Outbreak Investigation and Risk Factors in East Badewacho District, Southern Ethiopia: Unmatched Case Control Study. *Dermatology Research and Practice*, 1-10.
- Ugbomoiko, U. S., Oyedeji, S. A., Babamale, O. A., & Heukelbach, J. (2018). Scabies in resource-poor communities in Nasarawa State, Nigeria: epidemiology, clinical features and factors associated with infestation. *Tropical medicine and infectious disease*, 3(2), 1-10.
- Wochebo, W., Haji, Y., & Asnake, S. (2019). Scabies outbreak investigation and risk factors in Kechabira district, Southern Ethiopia: unmatched case control study. *BMC research notes*, 12(1), 1-6.

7 Agradecimiento

- Principalmente agradecemos a Dios por permitirnos superar las dificultades que tuvimos para culminar nuestra tesis y cumplir con las metas y objetivos que nos trazamos.
- A nuestros padres por todo el apoyo, compañía y aliento incondicional para el cumplimiento de nuestras metas.
- Agradecemos al personal del Hospital La Caleta, por facilitarnos de manera oportuna y rápida el acceso a las historias clínicas para así poder recolectar los datos que fueron necesarios para la realización de este estudio.
- A nuestro asesor el Doctor Ucañan Leyton Ángel Raúl y a nuestro jurado evaluador por el tiempo que nos brindaron y el asesoramiento para la realización tanto del proyecto e informe de tesis.
- A la Universidad San Pedro, en especial a la Facultad de Medicina por brindarnos la oportunidad de culminar exitosamente nuestra carrera.

8 Anexos

Anexo 1: Operacionalización de la variable

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA
Dependiente						
Escabiosis	Ectoparasitosis causada por el ácaro <i>Sarcoptes scabiei var hominis</i> .	Diagnóstico de Escabiosis en Historia Clínica	Clínica	Historia Clínica	Nominal	-Si -No
Independientes						
Pobre aseo Personal	Hace referencia a la deficiente higiene del cuerpo al no realizar baños frecuentes	No ducharse por 3 días o más	Clínica	Historia Clínica	Nominal	-Si -No
Antecedente de escabiosis	Paciente con historial de haberse infectado de escabiosis más de una vez.	Infección por escabiosis en más de una ocasión	Clínica	Historia Clínica	Nominal	-Si -No
Hacinamiento	Condición donde el número de ocupantes excede la capacidad de espacio de vivienda.	Tres o más personas por habitación	Social	Historia Clínica	Nominal	-Si -No
Sexo masculino	Características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer.	Hombre	Social	Historia Clínica	Nominal	-Si -No

Niñez	Etapa de la vida comprendida entre los 0 años hasta los 11 años 11 meses 29 días.	Edad entre los 0 años hasta los 11 años 11 meses 29 días	Social	Historia Clínica	Nominal	-Si -No
Cama compartida	Duermen más de una persona en la cama.	Dos o más personas durmiendo en la misma cama	Social	Historia Clínica	Nominal	-Si -No
Contacto con persona con prurito	Paciente con historial de contacto con una persona que presentó prurito	Antecedente de contacto con persona con prurito	Social	Historia Clínica	Nominal	-Si -No
Bajo grado de Instrucción	Condición de mal nivel educativo, hace referencia a haber estudiado solo hasta la primaria	Primaria es máximo grado de instrucción	Social	Historia Clínica	Nominal	-Si -No
Procedencia rural	Referida al hecho de tener su vivienda en una zona alejada de la ciudad y de los recursos de salud.	Vivienda ubicada en zona rural	Social	Historia Clínica	Nominal	-Si -No
Vivienda sin material noble	Vivienda construida con materiales diferentes al ladrillo, cemento o drywall.	Materiales de vivienda diferentes al ladrillo, cemento o drywall.	Social	Historia Clínica	Nominal	-Si -No

Anexo 2: Ficha de recolección de datos

Instrumento de Recolección de Datos – Factores de Riesgo para Escabiosis en pacientes atendidos por consultorio externo del Hospital La Caleta, 2018-2019					
I. Datos de Identificación					
	N° de Ficha:		Fecha de Evaluación		
	N° de HC:				
II. Datos de Enfermedad					
	Escabiosis	SI		NO	
III. Variables Independientes					
	Hacinamiento	SI		NO	
	Niñez	SI		NO	
	Sexo masculino	SI		NO	
	Procedencia rural	SI		NO	
	Vivienda sin material noble	SI		NO	
	Bajo nivel de instrucción	SI		NO	
	Compartir cama	SI		NO	
	Pobre aseo personal	SI		NO	
	Contacto con persona con prurito	SI		NO	
	Antecedente de escabiosis	SI		NO	

Anexo 3: Base de Datos

Nº	HCL	Escabiosis	Hacinamiento	Niñez	Pobre_aseo_personal	Procedencia_Rural	Vivienda_sin_material_noble	Bajo_Grado_Instrucción	Compartir_cama	Sexo_masculino	Contacto_con_persona_con_prurito	Antecedente_de_escabiosis
1	484277	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
2	406488	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI
3	466264	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI
4	479964	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO
5	489625	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO
6	411507	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO
7	481950	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO
8	423045	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI	SI
9	453599	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
10	398887	SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO
11	442676	SI	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO
12	478791	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO
13	418107	SI	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO
14	399417	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	SI	SI	NO
15	435331	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
16	382142	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO
17	448610	SI	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO
18	478563	SI	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO
19	372567	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI
20	406340	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO
21	464452	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI
22	409818	SI	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO
23	478432	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
24	366733	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO	SI	NO
25	409849	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO
26	426228	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO
27	477633	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO
28	483764	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
29	440442	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI
30	453080	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI
31	483562	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
32	483695	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO
33	485206	SI	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO	SI	NO
34	482764	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
35	488589	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO

Activar Windows

36	451781	SI	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO
37	478037	SI	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO
38	415196	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
39	416050	SI	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI
40	361614	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO
41	433657	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO
42	453194	SI	NO	SI	SI							
43	479159	SI	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI
44	488864	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO	SI	NO
45	406414	SI	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO
46	476746	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO
47	487281	SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	SI
48	388133	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO
49	465781	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
50	485142	SI	SI	NO	SI	NO						
51	479213	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	SI
52	427364	SI	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NO	SI	NO
53	464882	SI	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	NO
54	405462	SI	NO	NO	SI	NO						
55	466059	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI
56	374801	NO	NO	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO
57	383398	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO
58	404059	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO
59	413233	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO
60	413512	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO
61	413655	NO	SI	NO	NO	NO						
62	413962	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO
63	423539	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO
64	423547	NO	NO	NO	SI	NO						
65	423548	NO										
66	434016	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO
67	433905	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
68	423577	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO
69	423467	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO	NO
70	434017	NO	NO	SI	NO							
71	434024	NO	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO
72	434025	NO	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO
73	434028	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO
74	434036	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO
75	488417	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO
76	488918	NO	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO
77	488443	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO
78	488957	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO
79	486103	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO
80	479313	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO
81	481458	NO	SI	NO	NO	NO						

Activar Windows

82	486476	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO
83	476580	NO	SI	SI	NO	NO						
84	476899	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO
85	490350	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO
86	478895	NO	SI	NO	NO	NO						
87	478968	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
88	479067	NO										
89	478402	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI
90	480323	NO	SI	NO	NO							
91	479609	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO
92	479610	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO
93	478605	NO	SI	NO	NO							
94	488059	NO	NO	NO	SI	NO						
95	486452	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO
96	489685	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO	NO
97	486462	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO
98	442947	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO
99	487119	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO
100	487120	NO	NO	NO	SI	NO						
101	487123	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO
102	487043	NO	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
103	488574	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
104	488572	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
105	490622	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO
106	492501	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
107	488108	NO	SI	SI	NO	NO						
108	480239	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO
109	480077	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO
110	480072	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO

Activar Windows

Anexo 4: Autorización para acceso a las Historias Clínicas.



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

Trámite: 34135
Nuevo Chimbote, mayo 29 del 2021

OFICIO N° 141-2021-USP-FMH/D.

Señor:
DR. MARCO ANTONIO MONTOYA CIEZA
DIRECTOR DEL HOSPITAL LA CALETA
Presente. -

ASUNTO: SOLICITA AUTORIZACION PARA ACCEDER A HISTORIAS CLINICAS

Me dirijo a usted para expresarle mi cordial saludo, y a la vez solicitarle a su despacho tenga a bien autorizar a la Oficina de Estadística, el ingreso de los estudiantes del Programa de Medicina de la Universidad San Pedro, para que se les facilite el acceso a las Historias Clínicas ya que van a desarrollar el Proyecto de Investigación denominado: "FACTORES DE RIESGO PARA ESCABIOSIS EN PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA, HOSPITAL LA CALETA, 2018-2019" cuyos autores son:

- > CAVERO ORTEGA, JOSE ALBERTO
- > GAMARRA CASTILLO, ELVIS ARNOLD

Por tal motivo ruego a usted se les brinde las facilidades necesarias para la ejecución del Proyecto de Investigación.

Con la seguridad de su apoyo y comprensión, le reitero mi consideración y estima personal.

Atentamente,

ELTD
Sec/soh
CC: Archivo



UNIVERSIDAD SAN PEDRO
CHIMBOTE
Dra. Elizabeth Llerena Torres
DECANA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

