

PEDICULOSIS CAPITIS: UN PROBLEMA DE SALUD DESATENDIDO EN HONDURAS

Pediculus capitis: a neglected health problem in Honduras

Julia Figueroa,¹ Vinya Moncada, Olvin Reyes,¹ César Peña,¹ Rina Kaminsky.²

¹Estudiante de VI año de Medicina, Cátedra de Salud Pública VI, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras

²Profesor Titular V, Departamento de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras

Resumen

Antecedentes: La pediculosis por *Pediculus humanus capitis* es una infestación de distribución cosmopolita prevalente en escolares. **Objetivo:** Describir la prevalencia de pediculosis capitis en niños de 1 a 6 años que asistían a una guardería para familias de bajos recursos. **Pacientes y Métodos:** estudio descriptivo transversal, realizado durante los meses de julio-agosto de 2012 en la guardería Virgen de Suyapa, Ciudad España, Francisco Morazán, Honduras, previo consentimiento informado de los tutores, se incluyeron en el estudio 40 de los 70 niños(as) que asisten a la guardería y sus respectivas familias. Se consignó datos generales, síntomas y signos, ingresos económico mensuales y escolaridad de los padres, además se recobró algunos ejemplares de adultos y huevos de *Pediculus humanus capitis* para confirmación microscópica. **Resultados:** Treinta niños y 17 de sus familias (45 personas) tenía pediculosis, total 75 afectados. El 60% de los pacientes infestados presentaban síntomas que incluían eritema, escoriaciones o ambas; el prurito nocturno fue el síntoma más importante, unido al sentimiento de vergüenza que les ocasionaba el hecho de estar parasitados. **Conclusión.** La pediculosis capitis es un problema importante de salud pública, y podría ser integrado con otros programas de prevención y control de enfermedades desatendidas.

Palabras clave: Enfermedad desatendida, Honduras, *Pediculus humanus capitis*, pediculosis miembro total

INTRODUCCIÓN

La infestación por piojos o *Pediculus humanus capitis* es una ectoparasitosis cosmopolita causada por insectos pequeños pero macroscópicos del orden Anoplura, exclusivos del humano, prevalente tanto en escolares y otras poblaciones de países industrializados y los trópicos, considerada como un estigma social y que además causa diferentes grados de morbilidad en los afectados.^{1,2} La frecuencia de la transmisión, la raza, la susceptibilidad del hospedero requiere de más estudio; ha sido observada con mayor frecuencia en personas de escasos recursos³ que viven en situación de hacinamiento,⁴ analfabetismo en uno de los padres,⁵ sin que se haya identificado una relación directa entre mala higiene e infestación, ya que los piojos sobreviven a lavadas comunes del cabello, comprobado por su presencia igualmente en clases sociales más altas.⁶ En un informe de África del Sur, escolares de alto nivel económico y de raza blanca estaban más infestados que los nativos en escuelas de bajo nivel económico.⁷ Estudios en Brasil identificaron pediculosis capitis entre niños de guarderías tanto urbanas como rurales;⁸ en ocasiones la pediculosis no es percibida como una enfermedad, por ejemplo, en Nigeria solamente 0.7% de 142 infestados dijo sentir vergüenza y no procurar tratamiento.⁹ La forma de adquirir *P. humanus capitis* es por pasaje de los piojos adultos durante contacto prolongado de una cabeza infestada a otra durante socialización,^{6,7,10} y dentro de familias numerosas en donde hay algún miembro infestado. En Cuba 32.5% de madres de 273 niños positivos presentaba pediculosis.¹¹ Utensilios como peines, gorros, bufandas, respaldar de las sillas, almohadas, ropa de cama son vehículos poco probables de transmisión, ya que los piojos en estos

fomites no viven más que uno o dos días o están muy viejos para transmitirse, tampoco vuelan o saltan.^{6,7,12} En muchos países la prevalencia aumentan con el inicio del año escolar;¹² en Bristol, Reino Unido, por ejemplo, 58% de los escolares tenía pediculosis capitis.¹³ La preferencia por el sexo femenino es conocida y se ha asociado más con comportamiento de género; en Venezuela 21.5% de niñas estaba positiva comparado con 2.8% de los niños.^{6,13,14} Esta ectoparasitosis está en aumento a nivel mundial, se estima que anualmente se infestan de 6 a 12 millones de niños en los Estados Unidos, aunque es un dato tomado de la venta de pediculocidas.⁶

El tipo de pelo parece ser determinante ya que la incidencia es más alta entre la raza blanca y la oriental con cabello lacio, y más baja entre la raza negra con cabello rizado. Cuando persiste la infestación o con reinfestaciones severas puede haber morbilidad asociada importante tal como impétigo, infecciones secundarias, molestias por el prurito provocado por la reacción a la saliva del piojo que impide dormir y provoca cansancio durante el horario escolar.^{3,6} Como causa ansiedad en las familias⁶ y se le considera un estigma, en algunos países los niños infestados no son enviados a la escuela y solo pueden regresar cuando se confirman libres de pediculosis.¹⁰ Tampoco se notifica por temor a la discriminación, razón que podría representar un problema para su control.

En Honduras la pediculosis es considerada un problema de salud de poco interés, no existen publicaciones al respecto o si las hay son difíciles de acceder. En la guardería Virgen de Suyapa de la comunidad Ciudad España, Francisco Morazán, las encargadas de ese centro informaron que niños tratados por pediculosis se reinfestaron en menos de un mes y solicitaron ayuda a los estudiantes de medicina durante su pasantía por el Centro de Salud Rural (CESAR). Se propuso realizar una investigación en dicha guardería, que permitiera determinar la prevalencia de la pediculosis en dicho lugar. Por añadidura, permitiría identificar características socioeco-

Recibido para publicación en 08/2012, aceptado 08/2012

Dirigir Correspondencia a: Rina G. Kaminsky, Servicio de Parasitología, 2º. piso, Hospital Escuela, Tegucigalpa. (504) 22 32 23 22, Extensión: Correo E: camilaestela12@yahoo.com

nómicas en los encuestados, comprobar la prevalencia de pediculosis tanto en los preescolares, sus familiares y empleados de la guardería, además, documentar cambios patológicos asociados con la infestación por *P. humanus capitis* y cuales son los medios de manejo y prevención con que cuenta la población estudiada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este estudio se realizó durante los meses de julio-agosto de 2012 en la guardería Virgen de Suyapa, Ciudad España, Francisco Morazán, Honduras. Ciudad España es un caserío para familias de escasos recursos en el Valle de Amaratéca, aldea de Agua Blanca, localidad de Támara, a 40 Km de distancia de la capital, Tegucigalpa, en dirección norte, con un total aproximado de 7,000 habitantes y 1,365 viviendas compuestas de dos habitaciones, una cocina y una sala de baño, construidas de bloques de cemento, techo de lámina de zinc, dotadas de agua, electricidad y saneamiento. Se han dejado espacios reservados para construir centros educativos y centros de salud, además hay áreas verdes y recreativas para la expansión futura. Está comunicada con la capital, Tegucigalpa por transporte público que toma una hora y media de viaje. El CESAR cuenta con una enfermera permanente y una en servicio social, un encargado de vectores y saneamiento, una empleada administrativa y 4 estudiantes de medicina durante el año académico en la pasantía de Salud Pública, en horario de 8:00 am a 3:00 pm de lunes a viernes. No tiene servicio de odontología ni laboratorio, lo que dificulta la atención integral. La guardería virgen de Suyapa es subsidiada por el gobierno y cuenta con una directora y 4 guardianas para un total de 70 niños de 1 a 6 años de edad.

El único requisito de la guardería para ingresar es pertenecer a una familia con ingresos menores a un salario mínimo. Previo a su ejecución se convocó a padres/encargados de los niños para informarles a través de un documento escrito, los detalles de la investigación y obtener el consentimiento informado de participación. Accedió participar un total de 40 de los 70 padres/encargados con niños en la guardería, a quienes se les solicitó llenar una encuesta de datos generales de ellos, su familia y del niño. Los datos solicitados incluían: número de integrantes en la familia, ingresos en relación al salario mínimo, tipo de vivienda, número de personas que compartían la vivienda, otras personas infestadas con piojos en la familia; largo y tipo de cabello de los niños(as), duración de la infestación, molestias ocasionadas, tipo de manejo o tratamiento.

Los participantes se agruparon en tres categorías: grupo a) ni la familia ni el niño presentaron pediculosis; grupo b) el niño tenía piojos, pero ningún otro miembro de la familia y grupo c) tanto la familia como los niños estaban infestados

La evaluación de cada sujeto en estudio se hizo a través de la inspección de la piel cabelluda para determinar tanto la presencia de piojos y/o liendres. La comprobación de pediculosis consistió en pasar un peine para piojos durante 1, 2.5 y 5 minutos, respectivamente y anotar el tiempo en obtener ejemplares adultos. Adicionalmente se anotó la zona de la cabeza afectada, cambios visibles en la piel cabelluda. Se utilizaron los siguientes materiales: peines finos de plástico, foco de mano, lupas, tubos de ensayo, alcohol y tijeras. Se recolectó ejemplares tanto de piojos como sus huevos

en tubos de ensayo con alcohol al 70%, cerrados en su apertura con una tira de Parafilm de 4 pulgadas de ancho para confirmación microscópica posterior y se documentó con algunas fotografías.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por los docentes responsables de la pasantía o cátedra de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras bajo las normas regulares de las pasantías. Tuvo el consentimiento informado de todos los participantes y las autoridades de la guardería.

RESULTADOS

Cuarenta padres/encargados accedieron a la participación de sus hijos, 21 masculinos (52.5%) y 19 femeninos (47.5%), en las edades de 1 y 6 años con la siguiente distribución por edad: 1, 0, 4, 9, 21 y 4 individuos por cada edad, respectivamente, en el Cuadro No. 1 se detalla la capacidad económica, escolaridad y tamaño de las familias participantes, el cual varió entre 4 y 12 miembros. En cuanto a las 3 categorías en que se agruparon; 10 (25.0%) participantes pertenecían al grupo a); 9 niños y 1 niña, no infestados. En el grupo b); habían 11 casos (27.5%), 5 niños y 6 niñas; del grupo c): un total de 19 participantes (47.5%) presentó pediculosis, 7 niños y 12 niñas para un total de 30 (75.0%), infestados de los 40 preescolares de la guardería que ingresaron al estudio, las edades de los participantes con pediculosis fueron: 1 de un año, 2 de 3 años (6.6%), 8 de 4 años (26.0%), 16 de 5 años (53.0%) y 3 de 6 años (10.0%) (Cuadro No. 2). En el grupo c), 17 familias tenían pediculosis con un total de 45 miembros parasitados, 6 (13.5%) entre 20 y 48 años de edad (**Cuadro No. 1**). La constitución del cabello fue

Cuadro No. 1. Características socio económicas de los participantes con pediculosis, guardería, Honduras.

Participantes	Número (%)
Total de niños en guardería	70
Total de participantes	40 (57.1)
Niños	21 (52.5)
Niñas	19 (47.5)
Ingresos en Lempiras	
1,000 – 2,000	13 familias (32.5)
3,000 – 4,000	11 familias (27.5)
5,000 – 6,000	16 familias (40.0)
Escolaridad	
Sin escuela	1 (2.5)
2º. al 4º. grado	3 (7.5)
Primaria completa	23 (57.5)
Secundaria	13 (32.5)
Tamaño de las familias	4 a 12 miembros
Familias con pediculosis	17 (45.0)
Total de familiares parasitados	45, 6 mayores de 20 años
Categorías por grupo	
Grupo a todos sin piojos	10 (22.5)
Grupo b solo niños con piojos	11 (27.5)
Grupo c niños y familia con piojos	19 (47.5)

lacia en todos los participantes; los rangos de largo fueron: en la categoría a) los 10 niños de este grupo, el cabello medía menos 1cm, porque les había cortado el cabello; en 8 niños el cabello medía entre 1 y 5 cms de largo, uno de 20 cms y uno de 73 cms. En el grupo b), en 8 individuos el cabello medía entre 1 y 5 cms, en 10 medía entre 6 y 20 cms y en 21 participantes medía de 21 a 50 cms, con una niña con más de 75 cms de largo. No se observó significancia estadística en relación al largo del cabello. Según fue informado por las madres todos habían ingresado este año a la guardería sin pediculosis a excepción de dos, aunque habían tenido piojos anteriormente, sin precisar la fecha.

Al momento de la revisión de los participantes, el área del cuero cabelludo más frecuente de tener piojos o liendres fue la retro-auricular y la menos frecuente el área frontal (**Figura No. 1 y 2**). Los pacientes informaron que la principal sintomatología era el prurito, sobre todo por la noche. La morbilidad atribuida a la pediculosis observada en el cuero cabelludo fueron: 8 con eritema, 9 con escoriaciones (**Figura 3**), dos con ambos para un total de 60.0% sintomáticos (**Cuadro No. 2**). Doce individuos no informaron sintomatología aún en presencia de abundantes piojos. La única madre participante sin escolaridad percibía el salario más bajo (1,000 a 2,000 Lempiras), su familia constaba de 12 miembros, de los cuales 10 presentaron infestación por *P. humanus capitis*.



Figura 2. Múltiples huevos de *Pediculus humanus capitis*, en pelo de niña. Guardería virgen de Suyapa, Honduras.

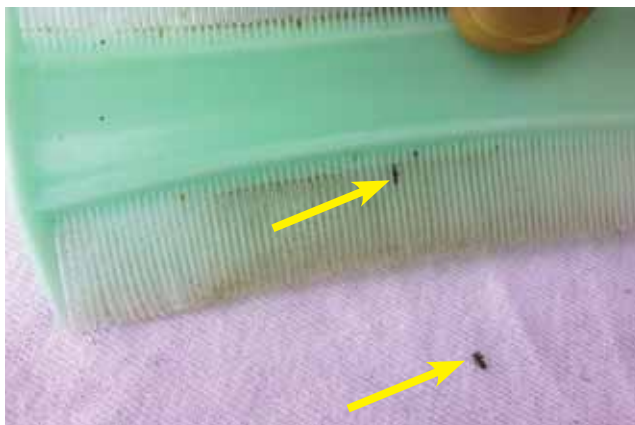


Figura 1. Piojos extraídos con peine fino, niños de guardería virgen de Suyapa, Honduras.



Figura 3. Eritema en región occipital izquierda por pediculosis capitis, en niña. Guardería virgen de Suyapa, Honduras.

Al indagar a las madres por las razones que las impulsaba a solicitar consulta médica por la pediculosis de sus hijos, respondieron lo siguiente: 20 dijeron por la molestia del prurito nocturno, 10 expresaron temor por rechazo de los demás hacia sus hijos, 5 dijeron preocuparse por la infestación a los demás miembros de

Cuadro No. 2. Pediculosis según sexo y edad y morbilidad asociada. guardería virgen de Suyapa, Honduras.

Participantes con pediculosis por sexo	Pediculosis por edad en años					
	1	2	3	4	5	6
Grupo b						
Niño	5	0	0	1	3	1
Niña	6	0	1	1	4	0
Grupo c						
Niño	7	0	0	4	2	1
Niña	12	1	1	2	7	1
Totales (%)	30 (75.0)	1(3.3)	2(6.6)	8(26.0)	16(53.0)	3(10.0)
Morbilidad (%)						
Eritema	7 (23.0)					
Escoriaciones	8 (26.6)					
Con ambas	2 (6.6)					
Impetiginización	1 (3.3)					
Total morbilidad (%)	18 (60.0)					

la familia y no tener recursos para tratarlos, 3 temían que eso les provocara una anemia a sus hijos, 2 pensaban que es normal que los niños adquieran piojos en la infancia.

Se preguntó a las madres cual sería según su criterio la forma de transmisión de piojos, 30 en total dieron la respuesta; 21 respondió por contacto directo, 8 por suciedad, una por "sangre dulce" y 10 no sabían. Los métodos que han usado para su eliminación ha sido manual, 13 usaron "métodos químicos" (Oko-un insecticida) sin resultado. No se indagó si habían removido las liendres al mismo tiempo.

Se examinó a 3 de 4 guardianas de la guardería que aceptaron participar y las 3 estaban infestadas, una con infestación mayor que las otras dos (14 piojos a los 5 minutos vs las otras dos, en las que se obtuvo 1- 2 piojos en igual tiempo). Todas informaron ser reinfestaciones sin estipular cuanto tiempo había pasado antes de observar piojos de nuevo. Lo más destacado en ellas fue la molestia del prurito y sentir vergüenza, ya que muchas veces "los piojos salen y se miran las liendres".

DISCUSIÓN

Este es el primer informe sobre prevalencia de pediculosis capitis en niños de guardería y sus familiares/encargados o guardianes en Honduras, problema que aún no ha sido abordado por considerarse de poco interés local de salud. Esta afirmación se basa en la comparación con publicaciones en la literatura extranjera de muchos países en 5 continentes sobre todos los aspectos biológicos, epidemiológicos, de diagnóstico, tratamiento, prevención, etc. de este problema que comparte interés médico, económico y social.³⁻¹⁶

Se estudió un grupo pequeño de niños en una sola guardería, la mayoría de las publicaciones internacionales consultadas estudiaron varios miles de sujetos: más de 6,000 familias en Noruega, 1800 escolares en Alemania, 900 escolares en Venezuela, más de 800 niños en un Estado brasileño, 1001 en Bristol y 456 escolares en Australia.^{5,8,10,13-15} A pesar de ello se confirmó la presencia de *P. humanus capitis* en un alto porcentaje (75%) y se documentó la morbilidad asociada (60%) que esto provocó entre los parasitados y sus familias, similar a lo observado en este grupo de estudio.

En este grupo de pacientes estudiados, la población era de bajos recursos económicos, una familia en donde la madre era analfabeta presentaba el mayor grado de pediculosis entre sus miembros, factor de riesgo similar observado en Alemania.⁵ Un niño de un año de edad ya estaba parasitado, encontrándose mayores porcentajes de frecuencia en niños de 4 y 5 años de edad, sin tratar de determinar la intensidad de la parasitosis. En otros estudios el rango de edad se determinó entre 5 y 13 años,^{7,8} siendo los niños entre 4 y 7 años los que presentaban intensidad leve <10 piojos y los niños entre 7-11 años infecciones más severas.¹³ Es este estudio hubo más niñas (18) que niños (12) infestados tal como se ha observado en otros estudios, sin significado estadístico en este grupo de estudio, en cuanto a las características del cabello, todos los participantes eran de cabello lacio, coincidiendo con la literatura, donde se menciona que es más frecuente en este tipo de cabello que en el rizado, el largo del cabello no mostró significancia estadística.

No se investigó ni se pudo definir en que momento y bajo

cuales circunstancias las madres notaban pediculosis en sus hijos, todas afirmaron que sus hijos no la tenían al momento de iniciar asistencia a la guardería. No fue posible afirmar si fue adquirida en la institución o si era residuo de anteriores infestaciones, en caso que no se hubieran extraído todas las liendres después de haber aplicado cualquier tratamiento. Algunos autores consideran que la transmisión en la escuela es rara y es responsabilidad de la enfermera a cargo de planificar e implementar programas de control en la escuela, informar a la familia la manera de transmisión, manejo y prevención tratando de eliminar mitos y estigmas negativos de la pediculosis y mantener a los niños en la escuela como parte de un programa preventivo educativo.¹⁶ Estudios en Noruega recomendaron realizar inspecciones frecuentes y regulares, sobretodo en períodos de mayor transmisión identificando los piojos adultos, ya que los huevos aunque presentes, pueden estar vacíos.¹⁰ El Centro de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos recomienda que la presencia de huevos a una distancia de 0.6 cm del cuero cabelludo es considerada como infestación por tratarse de huevos viables.¹² Estas acciones en parte ayudan a descubrir y tratar la pediculosis, evitando por consiguiente que el niño lo transmita a otros. Por otra parte se recomienda identificar a todo contacto infestado, sea niño o adulto y tratarlo inmediatamente, para evitar la constante transmisión a otros contactos. En el Reino Unido, por ejemplo, se ha identificado el 31 de octubre como día nacional para que las familias recuerden examinarse por pediculosis y en Noruega durante 3 años se realizó campañas similares dos veces al año.^{10,12} Así mismo, se menciona efectuar tratamiento sincronizado en las poblaciones afectadas, incluso que los familiares señalen cuando alguien tiene pediculosis para tomar medidas y evitar su diseminación, ya que representan las mejores acciones de prevención.

Estudios en diferentes países mostraron que la pediculosis capitis podría ser un problema importante de salud sobretodo en poblaciones con reinfestaciones constantes. El prurito por lo general se presenta 1-2 meses después de la infestación como reacción de sensibilidad a la picadura, lo cual puede ayudar a determinar el momento del contagio. En este estudio no se trató de determinar tal período. Se comprobó en el grupo estudiado un 60% de morbilidad, prevaleciendo el eritema y las escoriaciones. Otros problemas asociados a pediculosis son: pioderma que puede o no asociarse con alopecia, linfadenopatías, fiebre, infecciones bacterianas asociadas; en infestaciones prolongadas hay dermatitis con exudación y formación de costras, sobretodo en la región occipital. Por otra parte, evidencia reciente mostró que *P. humanus capitis*, en ausencia de *P. humanus* del cuerpo, puede estar involucrado en la transmisión de *Bartonella quintana*.¹⁷ Esta bacteria diagnosticada en Nepal, Japón, Estados Unidos y Francia, causa endocarditis, angiomatosis bacilar, peliosis y bacteremia crónica en personas infectadas, provocando discapacidad prolongada en personas inmunocompetentes, pero poniendo en riesgo la vida en individuos inmunocomprometidos. Ensayos de laboratorio informaron que *P. humanus capitis* puede ser utilizado para mantener y transmitir *Rickettsia prowaseki*, agente etiológico de tifus de manera experimental.¹³ Es importante tener en cuenta esta información, ya que hasta ahora se sabía únicamente que los piojos del cuerpo eran transmisores de enfermedades como tifus exantemático y fiebre de las trincheras.¹

El número reducido de participantes no fue adecuado para inferir significados estadísticos de los diferentes hallazgos, no obstante, se constató que la infestación estaba presente en familias de bajos recursos que habitaban en espacios reducidos, tanto en menores de edad como en adultos y que las familias afectadas enfrentaban una serie de molestias y ansiedad, además de no tener conocimientos ni recursos para manejar efectivamente la pediculosis.

A todas las madres se les informó de la manera cómo tratar a los niños, usando jabones o cremas insecticidas que podían obtener en el CESAR y las sustancias nocivas a evitar tales como kerosene, gasolina o insecticidas comerciales comunes contra insectos domésticos. Una revisión por Cochrane Library no encontró un producto mejor que otro, ni tampoco efectos secundarios nocivos, pero sí, observaron que alguna resistencia estaría comenzando a manifestarse.¹⁸ La extracción de liendres vivas de forma manual aunque tediosa es necesaria en todos los casos, ya que los productos insecticidas utilizados en los jabones o cremas insecticidas no tienen acción ovicida, además las ninfas vacías pueden llevar al

diagnóstico erróneo de persistencia de la enfermedad y tratamientos repetidos. Algunas de las madres manifestaron preocupación, ya que carecían de recursos económicos para tratar constantemente la pediculosis en su familia.

Es necesario ampliar las observaciones en un número mayor de escuelas y familiares, igual que en la población general de las comunidades, para determinar la magnitud del problema en diferentes estratos sociales, en otros lugares del país y los costos directos e indirectos que esto ocasiona. Su prevalencia podría tomarse como indicador de pobreza y hacinamiento adonde dirigir acciones integrales para combatirlos, e integrarlas fácilmente a programas de control de otras parasitosis desatendidas,¹⁹ con información a la población de realizarse exámenes periódicos, del manejo recomendado y que es lo más indicado para no contraer pediculosis capitis.

Conflicto de interés

Los autores del presente trabajo confirman que no existe ningún conflicto de interés entre los investigadores de este estudio, ni ningún compromiso comercial.

REFERENCIAS

1. Beaver PC, Jung RC, Cupp E. Clinical Parasitology. 9th ed. Philadelphia, New York, 1985.
2. Steen CJ, Carbonaro PA, Schwartz RA. Arthropods in dermatology. J Am Acad Dermatol. 2004;50(6):819-42.
3. Heukelbach J, Wilcke T, Winter B, Feldmeier H. Epidemiology and morbidity of scabies and pediculosiscapitis in resource-poor communities in Brazil. Br Dermatol.2005;153:150-56
4. Nutanson I, Steen CJ, Schwartz RA, Janniger CK. Pediculus humanus capitis: an update. Acta Dermato ven APA. 2008;17:147-59.
5. Jahnke C, Bauer E, Feldmeier H. [Pediculosis capitis in childhood: epidemiological and socio-medical results from screening of school beginners]. Das Gesundheitwesen. 2008 Nov;70(11):667-73. doi: 10.1055/s-0028-1100399. Epub 2008 Nov 27.
6. Frankowski B, Bocchini JA Jr. Head Lice. Pediatrics. 2010;126:392-403.
7. Matthaiou DK, Rafailidis PI, Panos G, Pappas G. Worldwide prevalence of head lice. [Letters to the Editor]. Emerg Infect Dis 2008;14:1493-94.
8. Borges R, Mendes J. Epidemiological Aspects of Head Lice in Children Attending Day Care Centres, Urban and Rural Schools in Uberlândia, Central Brazil. Mem Inst Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2002; 97:189-192.
9. Heukelbach J, Ugbomoiko US. Knowledge, attitudes and practices regarding head lice infestations in rural Nigeria. J Infect Dev Ctries. 2011;5:652-57.
10. Rukke BA, Birkemoe T, Soleng A, Lindstedt HH, Ottesen P. Head Lice in Norwegian Households: Actions Taken, Costs and Knowledge. PLoSOne. 2012; 7: e32686.
11. Castex M, Suarez S, de la Cruz M. Presencia de pediculosis en convivientes con niños positivos a *Pediculus capitis* (Anoplura: Pediculidae) Rev Cubana Med Tropic. 2000; 52:225-27.
12. Weir E. School's back, and so is the lowly louse. CMAJ. 2001;165:814.
13. Downs AM, Stafford KA, Coles GC. Head lice: prevalence in school children and insecticide resistance. ParasitolToday. 1999;15:1-4.
14. Piquero-Casals J, Piquero-Casals V, Pérez M, Quintero I, Ramirez B, Piquero-Martín J. Epidemiología de la Pediculosis capitis en escolares del Distrito Sanitario N° 3 en Caracas, Venezuela. Dermatología Venezolana 2004; 42:19-22.
15. Speare R, Buettnner PG. Head lice in pupils of a primary school in Australia and implications for control. Int J Dermatol. 1999;38:285-90.
16. Pontius D, Teskey C. Pediculosis management in the school setting. [En Internet]. Maryland: National Association of School Nurses; 2011. [Consultado el 28 de Junio del 2012]. Disponible en: <http://www.nasn.org/Portals/0/positions/2011pspediculosis.pdf>
17. Sasaki T, Poudel SK, Isawa H, Hayashi T, Seki N, Tomita T, et al. First molecular evidence of *Bartonella quintana* in *Pediculus humanus capitis* (Phthiraptera: Pediculidae), collected from Nepalese children. J Med Entomol. 2006; 43:110-2.
18. Dodds CS. Interventions for treating head lice [Cochrane review]. In: The Cochrane Library; Issue 2, 2001. Oxford: Update Software.
19. World Health Organization. Accelerating work to overcome the global impact of neglected tropical diseases A roadmap for implementation. Geneva: WHO;2012.

ABSTRACT

Background. Louse infestation is known to be prevalent in school children around the world. Objective. To document prevalence of pediculosis in children of a day-care center for poor income families in Ciudad España, 40 Km north of Tegucigalpa. **Patients and Methodology.** Out of 70 families, 40 accepted to participate, previous informed consent by all parts involved. Children were examined for adult lice and nits, as for the morbidity caused; some specimens were recovered for microscopic confirmation. **Results.** Thirty children (75%) and 17 family (45 member) were found infested, in all 75 people, with 60% general morbidity, classified as erythema, excoriations or both; nocturnal pruritus was most disturbing, together with certain stigma of infestation. **Conclusion.** Pediculosis capitis could be a silent not appreciated public health problem, of easy insertion in prevention and control programs for other neglected parasitosis.

Key words: Neglected diseases, Honduras, *Pediculus humanus capitis*, pediculosis.