

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LA ESCABIOSIS EN TRES CONSULTORIOS DEL MÉDICO DE LA FAMILIA

*Ana I. Chacón Cabrera,¹ Rubén José Larrondo Muguerca,² Ileana Cotán Morales³ y
Lázara Alacán Pérez⁴*

RESUMEN: Se estudiaron 67 pacientes con escabiosis de los consultorios 12,21 y 26 del Policlínico «Héroes del Corinthya» y se encontró una incidencia del 5,13 % con una frecuencia esperada de 22 casos anuales por consultorio. La enfermedad fue más frecuente entre las mujeres de 45 a 54 años y entre los obreros de nivel medio de escolaridad. Se identificaron lesiones elementales poco comunes y localizaciones no habituales de las lesiones para esta dermatosis. El mayor número de casos mejoró entre los 8 y los 14 días de implantadas las medidas de control para la enfermedad.

Descriptores DeCs: **ESCABIOSIS/epidemiología; ATENCION PRIMARIA DE SALUD; MEDICOS DE FAMILIA; EPIDEMIOLOGIA DESCRIPTIVA**

La escabiosis o sarna, ectoparasitosis cutánea producida por la variedad hominis del *Sarcoptes scabiei*, constituye un problema de salud que ha tomado características particulares pues, no sólo afecta a países subdesarrollados y en vías de desarrollo, sino que se ha extendido a países desarrollados e incluso a las grandes potencias.^{1,2}

La comunidad médica internacional ha realizado múltiples investigaciones en la

búsqueda de nuevos productos antiparasitarios entre los que se destacan la permetrina al 5 % para uso tópico y la ivermectina para uso sistémico; sin embargo, el control epidemiológico a nivel de atención primaria es vital en la disminución real de la incidencia de esta enfermedad.^{1,3-6}

Cuba, al igual que el resto del mundo, se ha visto afectada en los últimos años por un incremento sustancial de la

¹ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico "Héroes del Corinthya". Plaza de la Revolución. Ciudad de La Habana.

² Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Dermatología. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Manuel Fajardo". Ciudad de La Habana.

³ Especialista de I grado en Dermatología. Dermatólogo Interconsultante. Policlínico "Héroes del Corinthya". Plaza de la Revolución. Ciudad de La Habana.

⁴ Especialista de I Grado en Dermatología. Asistente. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Manuel Fajardo". Ciudad de La Habana.

escabiosis, para lo cual se creó un programa nacional para su control⁷ donde el médico de la familia constituye el eje central de éste; por tanto, se decide realizar el presente trabajo para identificar características clínicas y epidemiológicas de esta enfermedad en la atención primaria.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo sobre el comportamiento clínico y epidemiológico de la escabiosis en los consultorios 12,21 y 26 del Policlínico "Héroes del Corintya" del municipio Plaza de la Revolución desde el primero de abril de 1996 hasta el 31 de marzo de 1997 y se conformó un grupo de estudio de 67 pacientes.

A cada paciente se le realizó examen dermatológico completo por el médico de la familia, y se confirmó el diagnóstico en la interconsulta del dermatólogo que atiende el área de salud. Se realizó además control de foco en la vivienda de cada caso. El resto de las variables se identificaron al utilizar un formulario de encuesta diseñado al efecto.

Se utilizó el *test* chi cuadrado para buscar significación estadística en cada una de las variables de acuerdo con la categoría de éstas.

Resultados

En el año señalado, se atendieron 1 305 pacientes enfermos en los consultorios objeto de estudio, de ellos 67 (5,13 %) acudieron por escabiosis. Las tasas de incidencia por cada 100 habitantes se distribuyen como sigue: 2,69 para hombres, 4,03 para mujeres y 3,42 como tasa total, y se identificó un estimado anual de 22 casos por consultorio (tabla 1).

El mayor número de pacientes tenía entre 45 y 54 años (23,88 %), y se afectaron más las mujeres (64,18 %). No se encontraron diferencias en cuanto al color de la piel ni al estado civil de los pacientes.

Se encontró significación estadística entre los obreros (31,74 %) y los que tenían nivel medio de escolaridad (28,36 %) como se observa en la tabla 2.

La tabla 3 muestra las lesiones elementales identificadas: el eritema (100 %), las pápulas (88,05 %) y las excoriaciones (76,11 %) fueron las mayormente identificadas. Es de señalar que un grupo considerable de pacientes presentó lesiones húmedas, pues vesículas y pústulas se encontraron en el 35,82 % y el 14,92 % respectivamente.

Las tablas 4 y 5 expresan la localización de las lesiones según el sexo del paciente y atendiendo a 3 grandes grupos de edades. Para ambos sexos, la región periumbilical, los glúteos y las axilas, fueron las zonas cutáneas más afectadas, además, en los hombres, el pene y en las mujeres, las mamas, fueron sitios afectados con alta frecuencia. Son de significar los siguientes hallazgos: se encontraron lesiones en palmas y plantas en adultos masculinos. Se encontró una proporción considerable de hombres con lesiones en los codos y de mujeres con lesiones en las rodillas y una mujer de más de 65 años presentó lesiones en el cuero cabelludo.

El 80,07 % de los casos presentó prurito nocturno, un 7,46 % expresó mayor intensidad diurna y el 5,97 % no expresó periodicidad horaria del síntoma.

Durante el control de foco se identificaron 50 conviventes enfermos (tabla 6). Al calcular el coeficiente conviventes enfermos/ casos índices, según la composición de los núcleos familiares, se señala que el índice se eleva en la medida en que aumenta el número de conviventes.

TABLA 1. Tasas de incidencia según edades por 100 habitantes. Casos estimados por edades

Edades	Tasas			Estimado anual
	Masculino	Femenino	Total	
Men 1	8,33	20	11,76	1 (1)
1 - 4	3,03	3,44	3,22	1 (1)
5-14	3,41	2,56	2,99	2 (2)
15-24	2,38	8,25	5,10	4
25-34	1,72	1,32	1,49	1
35-44	3,30	3,00	3,14	3 (2)
45-54	2,38	8,60	5,77	5 (2)
55-64	1,04	3,81	2,64	2
65 Y más	4,59	2,45	3,20	3 (2)
Total	2,69	4,03	3,42	22

Nota.. (1) cada 2 consultorios
(2) aproximado.

TABLA 2. Pacientes estudiados según ocupación y nivel escolar

Ocupación	Nivel de escolaridad								Total	
	Primario		Medio		Medio superior		Superior		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
Obreros	3	4,48	9	13,43	4	5,97	4	5,97	20	29,85
Estudiantes	5	7,46	5	7,46	1	1,49	0	0,00	11	16,42
Técnicos	0	0,00	3	4,48	7	10,45	8	11,94	18	26,87
Por cuenta propia	7	10,45	2	2,99	2	2,99	0	0,00	11	16,42
Desocupados	1	1,49	0	0,00	2	2,99	1	1,49	4	5,97
Total	16	23,88	19	28,36	16	23,88	13	19,40	64	95,52

N = 67 Nota. No se incluyen los menores de un año que no asistían a círculos infantiles.
 $X^2 = 21,242$ p menor 0,005

TABLA 3. Lesiones elementales identificadas según edad del paciente

Lesiones	Edades						Total	
	Menor de 15		Entre 15 y 64		Más de 65		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
Eritema	11	16,42	48	71,64	8	11,94	67	100,00
Pápula	6	8,96	48	71,64	5	7,46	59	88,06
Vesícula	3	4,48	21	31,34	0	0,00	24	35,82
Costras	2	2,99	12	17,91	4	5,97	18	26,87
Excoriaciones	3	4,48	44	65,67	4	5,97	51	76,12
Ronchas	1	1,49	7	10,45	1	1,49	9	13,43
Pústulas	2	2,99	6	8,96	2	2,99	10	14,93
Nódulos	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Escamas	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Surcos	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00

N = 67

TABLA 4. Localización de las lesiones en pacientes masculinos según edades

Localización	Edades						Total	
	Menor de 15		Entre 15 y 64		Más de 65		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Cuero cabelludo	2	8,33	0	0,00	0	0,00	2	8,33
Cara	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Interdigital en manos	4	16,67	5	20,83	0	0,00	9	37,50
Muñecas	0	0,00	1	4,17	0	0,00	1	4,17
Axilas	3	12,50	9	37,50	3	12,50	15	62,50
Región periumbilical	5	20,83	14	58,33	4	16,67	23	95,83
Glúteos	3	12,50	11	45,83	4	16,67	18	75,00
Pene y testículos	4	16,67	9	37,50	2	8,33	15	62,50
Pies	1	4,17	1	4,17	0	0,00	2	8,33
Muslos	4	16,67	11	45,83	4	16,67	19	79,17
Piernas	3	12,50	9	37,50	3	12,50	15	62,50
Codos	4	16,67	3	12,50	2	8,33	9	37,50
Rodillas	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Palmas	1	4,17	1	4,17	0	0,00	2	8,33
Plantas	2	8,33	3	12,50	1	4,17	6	25,00

N = 24

TABLA 5. Localización de las lesiones en pacientes femeninos según edades

Localización	Edades						Total	
	Menor de 15		Entre 15 y 64		65 y más		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Cuero cabelludo	0	0,00	0	0,00	1	2,33	1	2,33
Cara	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Interdigital en manos	5	11,63	15	34,88	1	2,33	21	48,84
Muñecas	0	0,00	0	0,00	1	2,33	1	2,33
Axilas	3	6,98	33	76,74	2	4,65	38	88,37
Región periumbilical	5	11,63	26	60,47	3	6,98	34	79,07
Glúteos	4	9,30	34	79,07	3	6,98	41	95,35
Mamas	2	4,65	32	74,42	3	6,98	35	81,40
Pies	0	0,00	0	0,00	3	6,98	3	6,98
Muslos	3	6,98	21	48,84	3	6,98	27	62,79
Piernas	5	11,63	16	37,21	1	2,33	22	51,16
Codos	0	0,00	1	2,33	0	0,00	1	2,33
Rodillas	0	0,00	2	4,65	1	2,33	3	6,98
Palmas	3	6,98	1	2,33	1	2,33	5	11,63
Plantas	3	6,98	0	0,00	0	0,00	3	6,98

N = 43

TABLA 6. Composición de núcleos familiares y otros convivientes enfermos

Núcleos	Casos índice	Convivientes enfermos	Convivente enfermo/caso índice
Hasta 3	9	2	0,66
Entre 4 y 8	55	45	0,81
Entre 9 y 12	3	5	1,66
Total	67	50	0,74

Con las medidas de control normadas en el programa se logró controlar el mayor número de pacientes entre los 8 y los 14 días (73,13 %), y se ha controlado la totalidad del grupo a los 22 días de implantadas las medidas de control.

Discusión

La incidencia de escabiosis fue alta en los consultorios analizados, situación que no ocurría en décadas pasadas,⁸ este hecho comienza a detectarse a principios de la década de los años 90 en nuestro país.⁹

No existen evidencias que indiquen diferencias sexuales, etáreas o raciales, para padecer en mayor o menor medida la enfermedad, por lo que estos resultados reflejan las características demográficas de la población estudiada; quizás los obreros sean menos cuidadosos en la higiene de su vestuario diario debido a las labores que realizan.¹⁰⁻¹²

La base para el diagnóstico dermatológico la constituyen las lesiones elementales, por tanto, la descripción de éstas es fundamental en el estudio de una dermatosis.¹³ Las lesiones mayormente identificadas coinciden con lo reportado clásicamente;¹⁰⁻¹² sin embargo, se detectaron muchos casos con vesículas, lo que puede acarrear errores diagnósticos, hecho que ya ha sido reportado por otros autores;^{14,15} por otro lado, la presencia de lesiones en palmas y plantas, así como en el cuero cabelludo, había sido observada en la sarna infantil;^{10,16} sin embargo, en el estudio se identificaron en adultos y ancianos.

Los codos y las rodillas no se consideraban sitios típicos de localización; sin embargo, en los casos estudiados se afectaron un número importante de casos, estos

hechos se han reportado sólo en los últimos 5 años.^{10-12,16} Debe tenerse en cuenta, además, que aunque el mayor porcentaje presentó el típico prurito nocturno, existió un número de pacientes que no presentó el ritmo horario típico de la enfermedad.

Coincidiendo con el alto contagio descrita en esta afección, en el grupo de pacientes estudiados aumenta el riesgo de padecer la enfermedad en la medida que aumentan los componentes del núcleo familiar.

Con las medidas de control epidemiológico indicadas y supervisadas directamente por el médico de la familia, según lo normado en el programa y sobre todo, con el control de foco realizado, se logró resolver el mayor número de casos antes de los 14 días de indicado el tratamiento.^{7,17}

Conclusiones

1. La incidencia de escabiosis fue alta, representó el 5,13 % de las consultas, con una tasa de 3,42 casos por cada 100 habitantes y una frecuencia esperada de 22 casos anuales por consultorio.
2. La enfermedad fue más frecuente entre mujeres de 45 a 54 años y obreros con nivel medio de escolaridad.
3. Se identificaron lesiones elementales poco frecuentes como manifestación clínica, así como localizaciones no habituales para algunas edades.
4. Las medidas terapéuticas normadas por el programa nacional para el control de la enfermedad fueron eficaces entre los pacientes estudiados.

SUMMARY: 67 patients affected by scabies who were cared for by family physicians' consulting rooms No. 12, 21 and 26 of «Héroes del Corintia» polyclinics were examined where 5.13 % of incidence and an expected frequency of 22 cases per year per consulting room were found. This disease was more frequently suffered by women aged 45 to 54 years and by medium educational

level workers. Uncommon basic lesions and rare lesion locations for this kind of dermatosis were detected. The majority of cases recovered 8 to 14 days after adequate disease control measures being implemented.

Subject headings: **SCABIES/epidemiology; PRIMARY HEALTH CARE; PHYSICIANS, FAMILY; EPIDEMIOLOGY, DESCRIPTIVE**

Referencias bibliográficas

1. Brown S, Becher J, Brady W. Treatment of ectoparasitic infections. Review of the English-language literature 1982-1992. *Clin Infect Dis* 1995;20(1):104-9.
2. Komelasky A. What is your assessment? Scabies. *Pediatr Nurs* 1995;21(2):164-5.
3. Meiniking T, Taplin D, Hermida J, Pardo R, Kerdel F. The treatment of scabies with ivermectin. *N Engl J Med* 1995;333(1):26-30.
4. Amer M, Mostafa F, Nasr A, Harras M. The role of mast cells in treatment of scabies. *Int J Dermatol* 1995;34(5):186-9.
5. Murtagh J. Treatment of infestations. *Aust Fam Phys* 1995;24 (2):201.
6. Aubin F, Humebert P. Ivermectin for crusted (Norwegian) scabies. *N Engl J Med* 1995;332(9):612.
7. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa nacional de control de pediculosis y escabiosis. Ciudad de La Habana, 1996.
8. Díaz J. Algunos datos estadísticos sobre morbilidad e invalidez temporal de utilidad para el médico de la familia. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1992;8(2):178-81.
9. Larrondo RJ, González AR, González FE, Larrondo RP. Estudio de la morbilidad por enfermedades de la piel en un consultorio del médico de la familia en 2 años de trabajo. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1992;8(2):139-43.
10. Clotet B, Sirera G, Fernández C. Scabies. *N Engl J Med*. 1995;332(9):611-2.
11. Marsden P. Scabies. *Rev Soc Bras Med Trop* 1995;28(2):97-8.
12. Agathos M. Scabies. *Hautarzt*. 1994;45(12):889-903.
13. Larrondo RJ, González A, Hernández L, Larrondo RP. Técnicas para la exploración de los signos patognomónicos de las enfermedades de la piel. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1994;10(4):388-92.
14. Hausteil U. Bullous scabies. *Dermatology*. 1995;190(1):83-4.
15. Dourmishev A, Moalla M. Vesicular scabies. *Int J Dermatol* 1994;33(2):149-50.
16. Wolf R, Avigard J, Brebber S. Scabies: the diagnosis of atypical cases. *Cutis* 1995; 55(6):370-1.
17. Currie B, Connors C, Krause V. Scabies programs in aboriginal communities. *Med J Aust* 1994;161(10):336-7.

Recibido: 8 de enero de 1998. Aprobado: 22 de abril de 1998.

Dra. *Ana I. Chacón Cabrera*. Calle Calzada No. 603 apto C, entre B y C, Vedado, Ciudad de La Habana, Cuba.