

INCIDENCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES. LA ESCABIOSIS EN EL CÍRCULO INFANTIL

Dra. Caridad Borrero Tablada¹

RESUMEN: Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal del cuadro epidemiológico de los años 1994 y 1995 y los 7 primeros meses de 1996 en el Círculo Infantil "Somos Felices", Bayamo. Al finalizar la problemática de Granma, en Bayamo y específicamente de los círculos infantiles se apreció correspondencia del alza de la escabiosis, identificando factores personales, ambientales y comunitarios e instituciones que incidieron directamente sobre ello; se desarrollaron en cada caso actividades preventivas con carácter higiénico-epidemiológico que contribuyeron a mejorar la asistencia, indicador de calidad para este centro modelo referencial en Granma, de fáciles solución, aplicación y generalización que reafirman las directivas de mantener la educación y la salud bajo cualquier circunstancia.

Descriptores DeCS: **ESCABIOSIS/prevención & control; FACTORES DE RIESGO; JARDINES INFANTILES.**

Desde tiempos muy antiguos se conocen enfermedades de la piel, al igual que otros tipos de enfermedades; cuentan que en los siglos IV-V a.n.e. Aristóteles conocía la existencia de parásitos en la piel, pero tuvieron que pasar 19 siglos hasta que *Hildegard* los describiera.¹ Ya en los siglos XV-XVI varios autores describen uno de estos parásitos: el *sarcoptes escabiei*, de ahí el nombre de escabiosis, relacionado además, con el prurito y con los túneles labrados por la hembra en la piel.²

Del siglo XVIII pintores como *Hauptman* los reflejaron en sus pinturas; *Giovani Bonome* describe el agente causal, sus huevos, el surco y el contagio de la enfermedad; *Linneo*, por su parte, lo clasifica como *Acarus Humanus Subcutaneus*.³

Así, con el decursar del tiempo, ya en el siglo XIX, es demostrada la presencia del ácaro en las lesiones de piel por parte de un estudiante corso, *Renucci*, a su profesor *Alibert*.⁴

Siguiendo esta evolución y con el conocimiento pleno de la enfermedad en el

¹ Especialista de I Grado en Medicina General Integral.

siglo XX se describen las grandes epidemias en la 1ra. y 2da. Guerras Mundiales debido a la falta de higiene en los campos de concentración y al hacinamiento que propiciaron su contaminación.⁵

Nuestro país no escapó a esta realidad en las Guerras del 68 y el 95, Maceo describe en su diario de campaña la presencia en las tropas insurrectas de prurito, irritación y lesiones en la piel, producidas por el rascado.⁶ En la Sierra Maestra Celia Sánchez Manduley deja constancia de la necesidad de hacer llegar al Ejército Rebelde medicamentos específicos para tratar ésta y otras enfermedades.⁷

Hasta los días actuales el Gobierno Revolucionario, como política direccional, ha llevado de frente la Higiene y Epidemiología dentro de la medicina, como medio de prevenir enfermedades que de una u otra forma, alteran el nivel de salud de la población. (Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Informe Anual 1990. La Habana: (s/n), 1990).⁸ Para lo anteriormente señalado ha desarrollado un acelerado programa de perfeccionamiento en la atención maternoinfantil, en la cual, la medicina preventiva ha obtenido grandes avances, determinando la primacía de ésta sobre la curativa.⁹

Según los postulados expresados el éxito logrado a nivel mundial, está relacionado con una serie de factores socioeconómicos, dada la introducción de sanidad pública, así como la aplicación de logros científicos en la rama de la profilaxis específica, en relación directa con la calificación del médico, de su capacidad de diagnosticar temprano la enfermedad infecciosa, de establecer la fuente de información y de tomar la medida antiepidémica en el foco.¹⁰

Al hacer un análisis particular del proceso de la enfermedad debe señalarse el concepto de campo de salud propuesto por *Halonde*; este postula que los determinan-

tes de la salud obedecen a 4 tipos de factores: biológicos y genéticos, atención de la salud, ambientales y estilos de vida.¹¹⁻¹⁶

Al prestar atención a lo revisado se apreció que en el círculo infantil "Somos Felices" de Bayamo hubo 65 casos de niños y 12 casos de trabajadores afectados con escabiosis, del municipio Bayamo al finalizar 1995 con 5 560 casos. Se diagnosticaron en instituciones escolares aproximadamente 2 780 casos, para casi un 50 % y de éste, instituciones como círculos infantiles y seminternados 926,6 casos que representan 1/3 de los casos en forma vertical. (Centro Provincial de Higiene y Epidemiología. Actualización de la Escabiosis. Conferencia del Profesor Gelasio González, 1995). (Centro Municipal de Higiene y Epidemiología. Resolución 149. Actualización de Escabiosis, 1995).

Dada esta problemática se encaminó la labor preventiva hacia la población sana con riesgo de enfermarse debido a que se afectó el porcentaje de asistencia, tanto de niños como de trabajadores que constituyen dentro del banco de problemas de la institución, el más acuciante indicador de calidad en centros modelos y referenciales en el Sistema Nacional de Educación.

De ello se desprende la importancia de la investigación en la cual se identificaron factores de dentro y fuera del círculo infantil que al profundizarlos fue necesario proyectar medidas concretas que coadyuvaran a la solución de dicho problema, aplicables a cualquier sitio donde haya Médicos de la Familia y en correspondencia además con el objetivo fundamental de la investigación y la motivación para realizarla.

OBJETIVOS

- Identificar los casos de escabiosis en el círculo infantil y sus posibles causas.

- Correlacionar factores ambientales que inciden en los casos de escabiosis.
- Presentar factores personales que condicionan la aparición de escabiosis.
- Detectar factores institucionales que repercuten en los pacientes con escabiosis.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal teniendo en cuenta el cuadro epidemiológico correspondiente a los años 1994-1995 y los primeros 6 meses de 1996 del círculo infantil "Somos Felices"; se analizaron las causas que conllevaron al aumento de enfermedades transmisibles, entre ellas, la más preocupante, la escabiosis, al identificar factores de dentro y fuera de la institución que lo propiciaron. Se halló en cada caso el porcentaje, el resultado se plasmó en una tabla y un diagrama de barras y se llegó a conclusiones que en cada uno de los casos se complementó con recomendaciones que incluyeron aspectos

personales de la institución, ambientales y comunitarios, necesarios para la solución del problema planteado.

Desarrollo

Al analizar el comportamiento de las enfermedades transmisibles entre los años 1994-1995 y lo que llevamos de 1996 se observa en la tabla.

- 1994 (1er. lugar) ERA
(2do. lugar) Pediculosis
(3er. lugar) Conjuntivitis aguda
(4to. lugar) Escabiosis
(5to. lugar) EBA (Enfermedad bronquial alérgica)
- 1995 (1er. lugar) Escabiosis
(2do. lugar) ERA
(3er. lugar) Pediculosis
(4to. lugar) EDA
(5to. lugar) Piodermatitis
- 1996 (1er. lugar) ERA
(2do. lugar) EBA y piodermatitis
(3er. lugar) Bronquitis aguda
(4to. lugar) Escabiosis y pediculosis
(5to. lugar) EDA

TABLA. Análisis de las enfermedades transmisibles. Círculo Infantil "Somos Felices" Años 1994-1996

Patologías	Año 1994		Año 1995		Año 1996	
	No. Casos	%	No. Casos	%	No. Casos	%
Escabiosis	25	1,4	65	36,5	5	2,7
ERA	90	49,4	58	32,5	15	8,2
Pediculosis	40	27,15	34	19,1	5	2,7
EDA	10	5,01	23	12,9	3	1,6
Piodermatitis	7	0,03	21	11,7	7	3,8
Conjuntivitis aguda	33	7,9	18	10,11	2	1,09
EBA	20	8,1	14	7,8	7	3,8
Bronquitis aguda	19	1,01	11	6,1	6	3,2

Se interpreta que en 1994 las ERA son propias de las edades de los niños de círculo infantil, en correspondencia con el grado de desarrollo socioeconómico, higiénico-epidemiológico y en interacción con el medio ambiente para la cual, las medidas que se tomaron, estuvieron encaminadas a lograr la higiene personal, los hábitos de vida colectiva, la atención médica precoz y la prevención de complicaciones.

Dejó de constituir problema de salud la pediculosis que fue descendiendo según los años transcurridos por el despliegue de medidas tanto en la comunidad como en la institución y en lo personal. Ocupa el cuarto lugar la escabiosis que hasta ese momento no se hizo notar.

Al finalizar el año 1995 el cuadro epidemiológico cambia considerablemente, se aprecia el crecimiento de la escabiosis en correspondencia con lo observado en el resto de la población, identificando factores que van desde los ambientales-institucionales-comunitarios y personales que se exponen a continuación.

AMBIENTALES COMUNITARIOS

- Presencia de pacientes portadores no diagnosticados circulando en el ambiente.
- Inadecuada higienización del medio.

- No realización de pesquisaje familiar para evitar la epidemia.
- No tratamiento de los contactos del enfermo.

INSTITUCIONALES

- Falta del baño en los grupos 3ro., 4to. y 5to. años de vida.
- Falta de lavado correcto con sustancias jabonosas y detergentes, de toallas, ropas de lactantes, niños mayores y forros de catres.
- La no utilización personal de las toallas de aseo.
- Variabilidad del diagnóstico oportuno de la escabiosis.

PERSONALES

- No realización del tratamiento correcto por ausencia de medicamentos específicos como: Benzoato de Bencilo, Lindano y jabón.
- Resistencia de las lesiones de la piel al tratamiento específico.
- Disminución de sustancias jabonosas y detergentes para uso en el hogar.

Al detallar casuísticamente la figura se muestra el comportamiento de los 3 últimos meses de 1995 y los 6 primeros de 1996, donde se aprecian el decrecimiento de dicha enfermedad y por tanto, el mejoramiento de la asistencia de niños y trabajadores, indicador de calidad para este centro referencial y modelo de la provincia Granma.

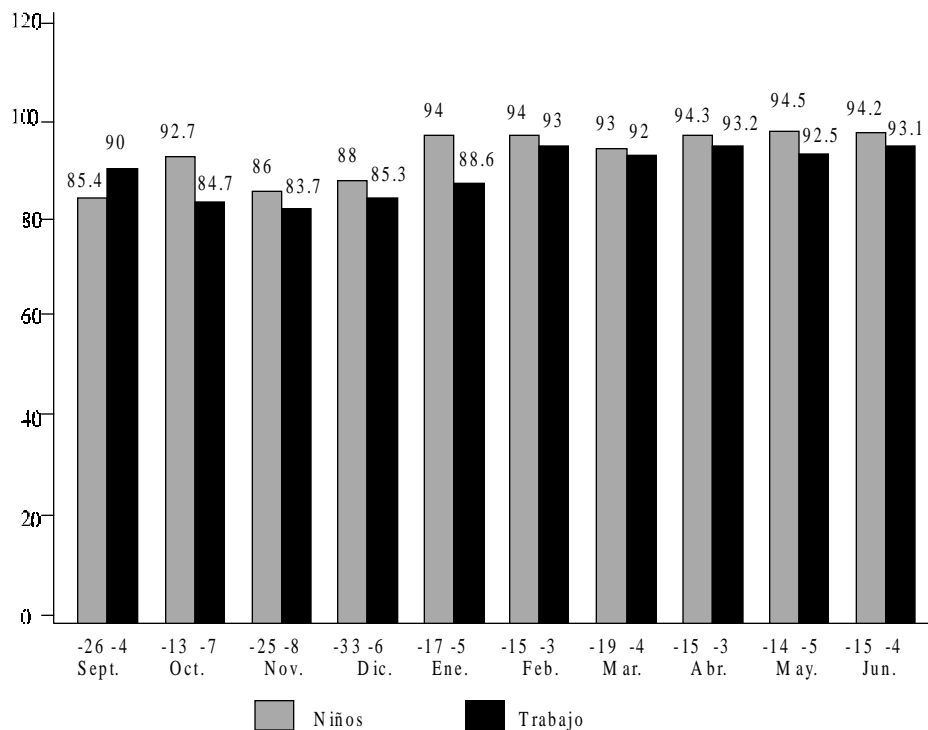


FIG. Comportamiento asistencial. Septiembre/Diciembre 95 - Junio 96.

Conclusiones

- Aumentaron las escabiosis en el 1995.
- Afectó directamente el porcentaje de asistencia de niños y trabajadores la enfermedad escabiosis.
- Se identificaron factores ambientales que influyeron de forma directa sobre la escabiosis.
- Se detectaron factores institucionales-personales que repercutieron en los pacientes con escabiosis.
- Se hizo evidente la importancia de la vigilancia epidemiológica fundamentalmente de tipo preventivo para controlar esta enfermedad.

Recomendaciones

1. Buscar el banco de problemas de cada uno de los centros de trabajo; sean educacionales o no, accionar sobre ello, hallarle soluciones que permitan su aplicación y la generalización a todos los niveles.
2. Realizar pesquisaje por parte del equipo médico y paramédico en la población sana con riesgo de adquirir la enfermedad.
3. Realizar control de foco en caso de pacientes diagnosticados con escabiosis por parte del equipo médico y paramédico de cada área de salud.
4. Velar porque se realice adecuada higienización del medio.

5. Revitalizar el proceso del baño en 3ro., 4to. y 5to años de vida.
6. Lavar correctamente con sustancias detergentes y jabonosas, toallas, ropas de lactantes, de niños mayores y forros de catres.
7. Lograr la identificación de los niños en las toallas de aseo.
8. Realizar el diagnóstico oportuno de la escabiosis.
9. Garantizar el tratamiento específico para la escabiosis.
10. Garantizar sustancias jabonosas y detergentes para el aseo personal y del hogar.

SUMMARY: A descriptive, prospective and longitudinal study of the epidemiological picture that prevailed in 1994, 1995 and during the first 7 months of 1996 at the "Somos Felices" Day Care Center, in Bayamo, was conducted. On analyzing the situation of the province of Granma, of Bayamo, and specifically of the day care centers, it was observed an increase of scabies. Personal, environmental and community factors were identified, as well as institutions that influenced directly on it. Preventive activities with hygienic and epidemiological character were carried put to improve assistance that is an indicator of quality for this model reference center in Granma. Such activities are easy to apply, provide simple solutions, and reaffirm the purpose of mainraining education and health under any circumstances.

Subject headings: **SCABIES/ prevention & control; RISK FACTORS; CHILD DAY CARE CENTERS.**

Referencias Bibliográficas

1. Academia de Ciencias de Cuba. Metodología del conocimiento científico. La Habana: Ciencias Sociales, 1990:
2. Gay Prieto I. Dermatología. Barcelona: Científico-Médica, 1992:
3. Pillsbury J. Dermatology. Philadelphia: Saunders, 1990:
4. Sarier J. Compendio de dermatología. 6.ed. Barcelona: Salvat, 1990:
5. Estes SA. Diagnóstico y tratamiento de la sarna. Clin Med Norteam 1993;4:921-9.
6. Ideario del General Maceo. La Habana: Ciencias Sociales, 1990:
7. Sánchez Manduley C. Memorias de la sierra y del llano. La Habana: Ciencia Sociales, 1990:
8. Segundo Congreso del Partido Comunista de Cuba. Informe Central. La Habana: Editora Política, 1990:
9. Rivera Gómez LC. Morbilidad general del niño mayor de un año. Rev Cubana Pediatr 1987;59(1):53.
10. Nisevich M. Enfermedades infecciosas en los niños. Moscú: Mir, 1988:7-49.
11. Nicholls ES. Diferenciales de mortalidad en las enfermedades no transmisibles según el nivel socioeconómico:el caso de América Latina. Bol Of Sanit Panam 1993;115(3):255-69.
12. Fossaert H. Sistema de vigilancia epidemiológica. Bol Of Sanit Panam 1991;110(6):7-11.
13. Handes J. Nociones prácticas de epidemiología. México;OF: Prensa Médica Mexicana,1991:
14. Armijos Rojas R. Epidemiología. Buenos Aires: Interamericana, 1991:
15. González Ochoa E. Sistema automatizado de vigilancia de las enfermedades infecciosas en Cuba. Rev Cubana Med Trop 1991;43(3):197-202.
16. Shaefer M. El hogar y la salud sobre cimientos sólidos. Foro Mund Salud 1990;11(1):38-45.

Recibido: 1ro. de octubre de 1996. Aprobado: 22 de noviembre de 1997.

Dra. *Caridad Borrero Tablada*. Policlínico "René Vallejo Ortiz", Calle Céspedes No. 109 entre Figueredo y Saco, Bayamo, Granma, Cuba.