

Universidad del Valle de Guatemala
Facultad de Ciencias y Humanidades



POLIBIO BATISTA
TRABAJOS FINALES NIVEL INTERMEDIO

Cohorte 2013
Especialización en Epidemiología de Campo

CONTENIDO

- | | PRESENTACIÓN |
|---|---------------------|
| ANÁLISIS DE SISTEMA DE VIGILANCIA | |
| 1 Análisis de la Vigilancia de las Discapacidades en el Programa de Lucha Contra la Lepra, República Dominicana, 1994-2012. | No |
| RESPUESTA A BROTES | PRESENTACIÓN |
| 2 Brote de Escabiasis entre soldados de la 5ta Brigada del Ejército en Barahona, Republica Dominicana. Julio 2013 | Si |
| 3 PRESENTACIÓN ORAL
Brote de Escabiasis entre soldados de la 5ta Brigada del Ejército en Barahona, Republica Dominicana. Julio 2013 | |
| INVESTIGACIÓN PLANIFICADA | |
| 4 Prospecto: <ul style="list-style-type: none">• Documento conceptual para prospecto de estudio en la prevalencia de discapacidad grado 2 nerviosa en manos para pacientes de Lepra Infantil y su impacto socio-educativo en la comunidad de Barahona, República Dominicana | |

Análisis de la Vigilancia de las Discapacidades en el Programa de Lucha Contra la Lepra, República Dominicana, 1994-2012.

Dr. Polibio Batista Matos, FETP Nivel Intermedio UVG.
Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel, República Dominicana.

Introducción: La lepra es una enfermedad causada por *Mycobacterium leprae* que si no se trata puede producir lesiones permanentes y discapacidad en ojos, manos y pies. En República Dominicana, a partir del año 1975 la tasa de prevalencia a presentado una tendencia a disminuir, aproximandose a la meta de tener menos de uno caso por diez mil habitantes, primer requisito de eliminación de la Lepra como no problema de salud publica según la Organización Mundial de la Salud. El objetivo de este análisis fue caracterizar los casos de Lepra, con énfasis en discapacidad, en República Dominicana en el período 1994-2012.

Metodología: Análisis descriptivo en tiempo, lugar y persona de casos de Lepra y discapacidad por Lepra notificados al sistema nacional de vigilancia durante 1994-2012. Definición de caso y algoritmo diagnóstico de laboratorio establecidos en los protocolos nacionales de vigilancia. Recolección de datos: ficha epidemiológica y base digitalizada. Estimación de tasas y proporciones.

Resultados: Desde el año 1994 hasta el 2012 se notificaron 3,857 casos de lepra. La tasa de lepra ha tenido una tendencia descendente, reportándose 3.3 casos por 100,000 habitantes en el año 1994 y 1.23 casos por 100,000 habitantes en el año 2012.

Conclusiones:

Palabra clave: Lepra, Discapacidad, República Dominicana

.

INTRODUCCIÓN:

La lepra es una enfermedad infecto-contagiosa crónica, sistémica no hereditaria, causada por el bacilo alcohol ácido resistente *Mycobacterium leprae* que se caracteriza por multiplicarse muy despacio; el periodo de incubación de la enfermedad es de unos cinco años, los síntomas pueden tardar de 5 a 20 años en aparecer. La lepra tiene un bajo nivel de infectividad. Se transmite por gotas de fomites nasales y orales cuando hay un contacto estrecho y frecuente con enfermos no tratados (Organización Mundial de la Salud, 2012; Benson, 1994).

La lepra puede tener manifestaciones en piel, nervios periféricos y con capacidad para producir discapacidades en ojos, manos y pies. Las manifestaciones en piel presentan un amplio espectro de lesiones elementales que van desde unas pocas lesiones constituidas por manchas, pápulas, infiltraciones circunscritas y de pequeño tamaño a numerosas, en que las manchas y pápulas e infiltrado son difusas de mayor tamaño y hay presencia de nódulos. Las manifestaciones neurológicas se caracterizan por alteraciones de la sensibilidad superficial en grado de hipoestésia o anestesia en el área de las lesiones dermatológicas y engrosamiento de los troncos nerviosos superficiales, en el orden de frecuencia de afectación están: Nervio cubital, Mediano, Ciático poplíteo externo, Tibial posterior y Radial (Bogaert & Castellazzi, 1993).

El diagnóstico se realiza por medio de impresión clínica (características dermatológicas como placas hipocromicas anestésicas únicas o numerosas o nódulos), posteriormente se realiza una baciloscopia de linfa para observación microscópica de bacilos alcohol ácido resistente y se confirma el diagnóstico por medio de estudio histopatológico para detección de la micobacteria y observación de cambios histopatológicos de la piel (Bogaert & Castellazzi, 1993; López-Antuñano, 1998).

El tratamiento oportuno consiste en la prescripción de multidrogas que son Rifampicina 600 mgs, Lampren 400 mgs y Dapsona 100 mgs cuyo tiempo de tratamiento depende de la clasificación bacteriológica, siendo mayor en el caso de Lepra multibacilar que requiere dos años de administración diaria de los tres medicamentos, y menor el tiempo en la Lepra pulcibacilar que solo requiere prescripción por seis meses dos medicamentos (Dapsona y Lampren) (Organización Panamericana de la Salud, 1995; Organización Panamericana de la Salud, 1996). El tratamiento debe ser administrado inmediatamente después de la confirmación de infección por *M. leprae* y resultados dentro de los parámetros normales de las pruebas de funcionamiento hepático. Desde el año 1995, la Organización Mundial de la Salud (OMS) proporciona a nivel mundial y gratuitamente el tratamiento antibiótico a todos los enfermos de lepra (Organización Mundial de la Salud, 2012).

El diagnóstico temprano y el tratamiento son los elementos fundamentales para lograr la eliminación de la enfermedad como problema de salud pública. Por otro lado, si no se da tratamiento contra la lepra, esta puede causar lesiones progresivas y permanentes en la piel, los nervios, las extremidades y los ojos (Organización Mundial de la Salud, 2012; Organización Panamericana de Salud, 1996).

La lepra es una enfermedad curable que si se trata en las primeras fases, se evita la discapacidad. Por discapacidades entendemos una deficiencia, es decir que la persona afectada puede encontrar difícil o imposible realizar ciertas actividades. En el órgano de la vista se pueden presentar: iritis, iridociclitis, ceguera o lagoftalmo; estas son patologías que disminuyen la capacidad visual. En manos y pies se pueden presentar trastornos de la sensibilidad y motilidad, parálisis de diferentes grupos musculares, reabsorciones óseas y úlceras plantares, conduciendo a discapacidad motriz (Bogaert & Castellazzi, 1993; Srinivasan, 1993).

La Lepra es una enfermedad fuertemente asociada con la pobreza y que genera estigma social y discriminación que ha sido forjada en el curso histórico de la humanidad, que aún persiste en nuestros tiempos. Según la OMS, la estigmatización constituye un obstáculo para la búsqueda de atención y tratamiento oportuno (Organización Mundial de la Salud, 2012; Organización Mundial de la Salud, 2005). Esta situación, aunado a su potencial discapacitante, la convierte en una justificada motivación para la priorización de atención colectiva de los programas de prevención y control en todos los países donde es endémica.

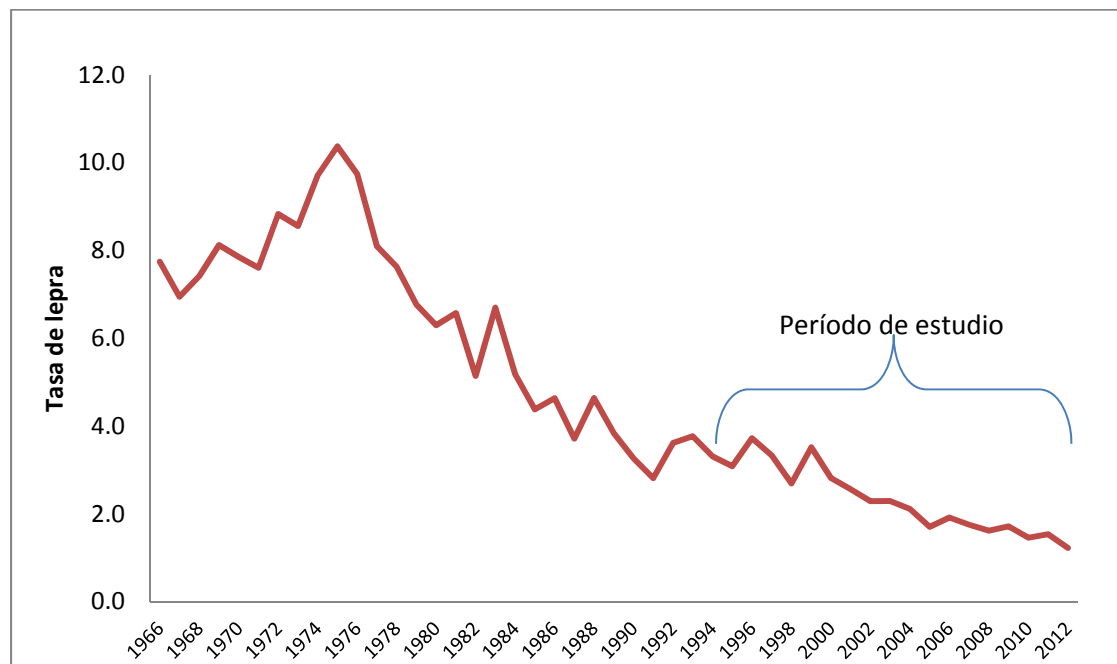
En el año 1991 la OMS acordó trabajar en la eliminación de la Lepra como un problema de salud pública, asignando como meta para el año 2000 que cada país miembro tuviera una tasa de menos de un caso por cada 100,000 habitantes. A partir de esta estrategia se han curado de la Lepra más de 14 millones de personas, y como resultado de ello, se ha eliminado esta enfermedad en 119 de 122 países que eran endémicos (Organización Mundial de la Salud, 2012).

En República Dominicana han sido diagnosticados 9,692 casos nuevos durante el período de 1966 a 1995. La tasa de incidencia evidencia una tendencia a disminuir (ver ilustración No.1), variando de 10.4 a 3.8 casos por 100,000 habitantes del año 1975 a 1993, respectivamente (Lora, Isa, Periche, & Canario, 2010).

El Instituto Dermatológico de la República Dominicana es el organismo rector del Programa de la lucha contra la Lepra, siendo responsable del sistema de vigilancia y atención en salud. La Lepra es una enfermedad de notificación obligatoria, por lo que el Instituto Dermatológico informa a la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública por medio de la referencia de bases de datos e informes mensuales y anuales. Para la recolección de la información se utiliza una ficha epidemiológica (Patronato de lucha contra la Lepra, 1988-

1997). El Instituto Dermatológico cuenta con una unidad central en Santo Domingo y ocho extensiones a nivel regional, que le reportan mensualmente (ver anexo No.1)

Ilustración No. 1 Tasa de incidencia de lepra por cada 100,000 habitantes en República Dominicana. Período 1966-2012



Fuente: Archivo central Programa Control Lepra, República Dominicana.

El programa de control de la Lepra tiene como objetivos específicos realizar búsqueda activa de casos, diagnosticar certeramente y de forma oportuna, tratar a todos los casos efectiva y gratuitamente e investigar a contactos de los casos. Además contempla la prevención de la discapacidad con intervenciones adecuadas y oportunas, tratar complicaciones y proveer rehabilitación a casos de discapacidad asociada a Lepra (Periche, 2012).

El objetivo de este análisis de vigilancia fue caracterizar los casos de Lepra, con énfasis en discapacidad, en República Dominicana en el período 1994-2012.

METODOLOGÍA:

Análisis descriptivo en tiempo, lugar y persona de casos de discapacidad por lepra notificados al sistema nacional de vigilancia, por el Programa de Lucha contra la Lepra como organismo oficializado por el Ministerio de Salud Pública en República Dominicana.

Período de estudio: Se condujo el análisis correspondiente al periodo 1994 a 2012.

Definición de caso: establecidos en los protocolos nacionales de vigilancia.

- Caso de Lepra: paciente con sintomatología dermatológica de placa hipocrómica, alopecica y anestésica o con nódulos, con confirmación del laboratorio para detección del *Mycobacterium leprae* en linfa o piel.
- Discapacidad grado 1 por Lepra: caso de Lepra con atrofia de nervio troncal de extremidades y/o nervio óptico.
- Discapacidad grado 2 por Lepra: condición traumática causada como consecuencia de la anestesia de la zona anatómica afectada por *Mycobacterium leprae*.

Diagnóstico de laboratorio: se obtienen muestras dermatológicas por medio de una pequeña incisión de la parte afectada con una hoja de bisturí estéril, extendiendo el plasma obtenido sobre una lamina portaobjetos y se deja secar. La lámina es enviada al laboratorio donde es teñida con el método de Ziehl-Neelsen para detectar mediante observación microscópica (1000x de aumento) bacilos alcohol ácido resistentes, característica de *Mycobacterium leprae*.

Puntos estratégicos de vigilancia: La notificación consiste en el reporte obligatorio inmediato de casos a las autoridades de Ministerio de Salud Pública correspondientes. Este procedimiento es de cumplimiento obligatorio para todas las instancias proveedoras de servicios de salud independientemente del origen institucional o del nivel de complejidad de los servicios que ofrecen. Conjuntamente con esta disposición oficial, el programa control Lepra ejecuta acciones de detección activa y pasiva dentro de sus funciones básicas. Los instrumentos de notificación se incluyen en anexo No.2

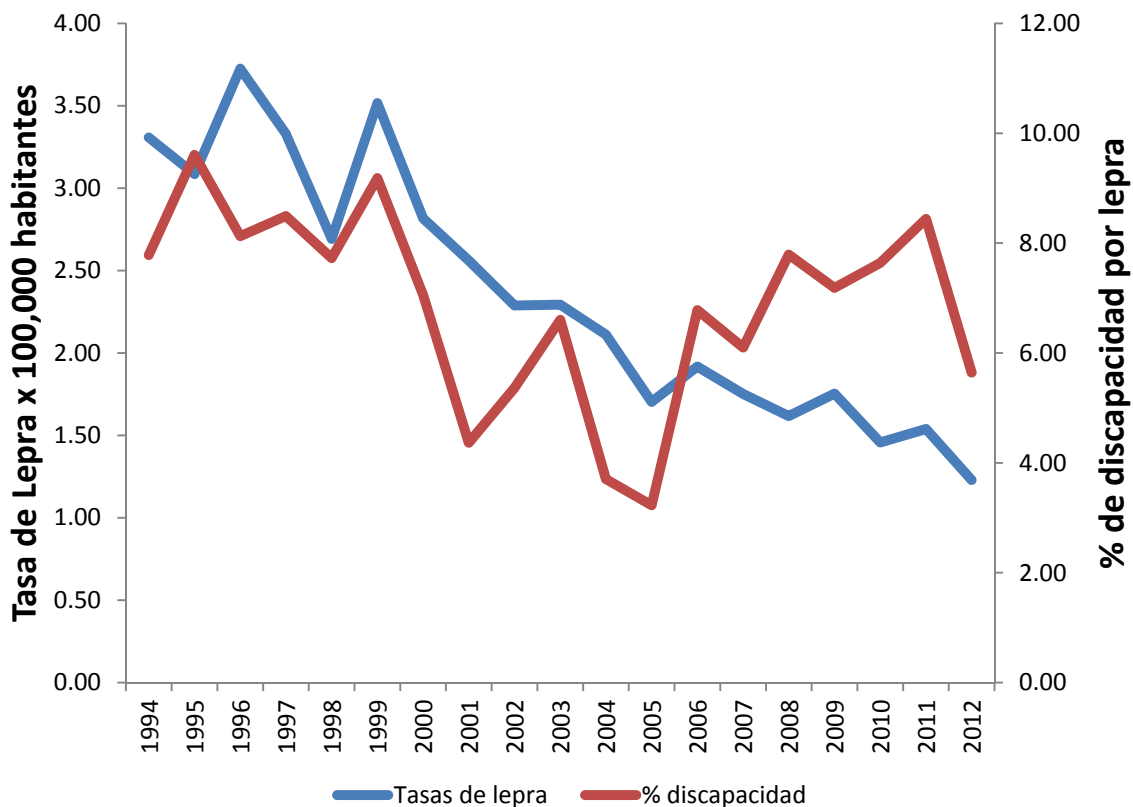
Flujo de la información: Para la recolección de los datos se consideró la información contenida en las fichas epidemiológicas que fueron notificadas durante el período analizado y que están contenidos en la base de datos digitalizada correspondiente.

Análisis de la información: la base de datos, exportada a una hoja electrónica de Microsoft Office Excel, se limpió mediante la búsqueda de duplicaciones, datos faltantes y valores atípicos e improbables. Posteriormente, se realizó un análisis descriptivo de la base de datos, considerando su distribución en tiempo, lugar y persona, utilizando Microsoft Office Excel 2007.

RESULTADOS:

Desde el año 1994 hasta el 2012 se notificaron 3,857 casos de lepra. La tasa de lepra ha tenido una tendencia descendente, reportándose 3.3 casos por 100,000 habitantes en el año 1994 y 1.23 casos por 100,000 habitantes en el año 2012 (ver gráfico No.1).

Gráfico No.1 Tasas de Lepra y proporción de discapacidad por lepra en República Dominicana, 1994-2012

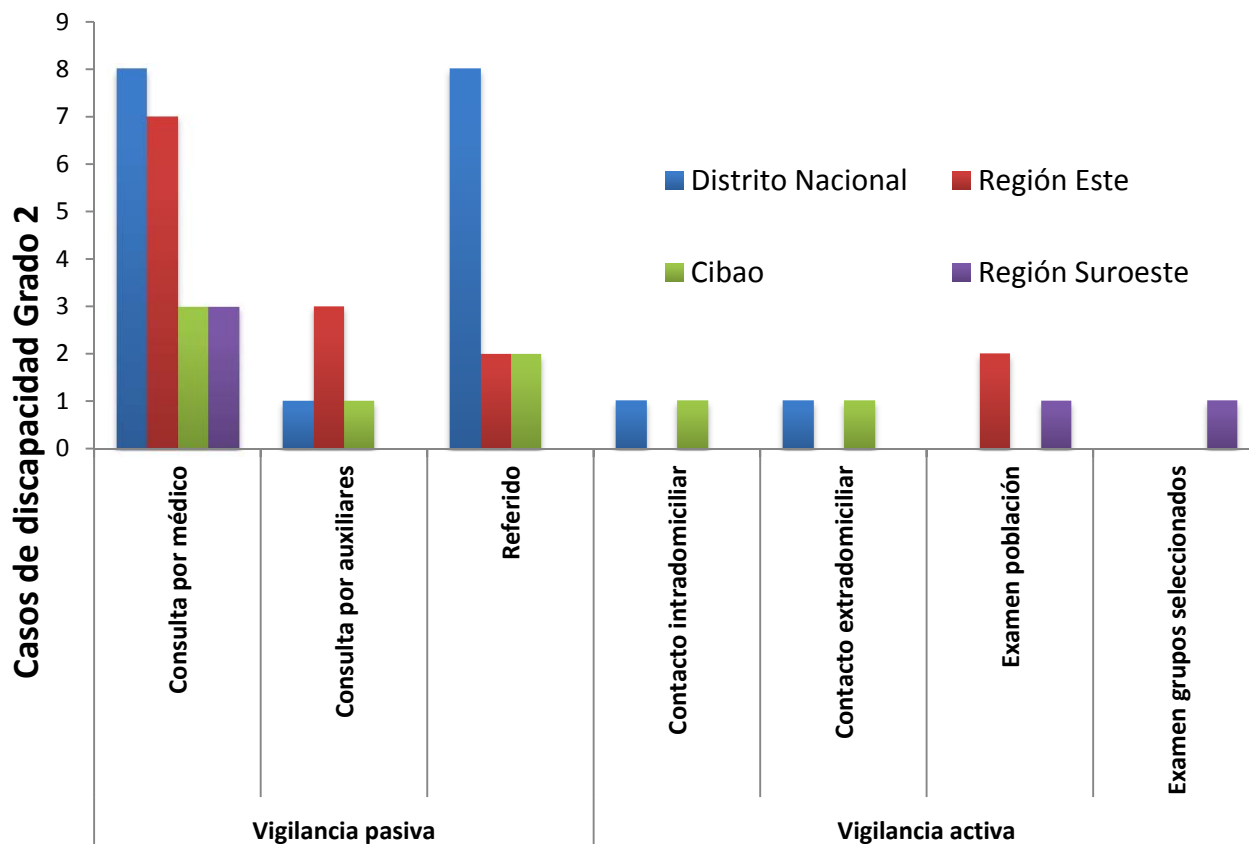


El 7% (272/3857) de los casos de Lepra notificados tenían discapacidad. Todos los casos notificados fueron de discapacidad por Lepra grado 2. La razón de casos de Lepra multibacilar y paucibacilar fue de 1:1; sin embargo, la razón de discapacidad por Lepra multibacilar y paucibacilar fue de 10:1 (ver cuadro No.1).

Cuadro No.1 Distribución de casos de Lepra y de discapacidad por lepra según presentación multi bacilar y pauci bacilar en República Dominicana, 1994-2012

Años	Casos nuevos	Multi bacilar	Pauci bacilar	Discapacidad grado 2 Multi bacilar	Discapacidad grado 2 Pauci bacilar	Total discapacitados	% Discapacidad
1994	257	122	135	20	-	20	7.8
1995	229	92	137	19	3	22	9.6
1996	283	114	169	20	3	23	8.1
1997	259	108	151	21	1	22	8.5
1998	220	98	122	14	3	17	7.7
1999	294	125	169	21	6	27	9.2
2000	241	119	122	16	1	17	7.1
2001	229	108	121	9	1	10	4.4
2002	205	96	109	11	-	11	5.4
2003	212	108	104	12	2	14	6.6
2004	189	120	69	5	2	7	3.7
2005	155	100	55	5	-	5	3.2
2006	177	103	74	10	2	12	6.8
2007	164	107	57	9	1	10	6.1
2008	154	101	53	12	-	12	7.8
2009	167	108	59	12	-	12	7.2
2010	144	86	58	11	-	11	7.6
2011	154	101	53	13	-	13	8.4
2012	124	81	43	7	-	7	5.6
Total	3,857	1,997	1,860	247	25	272	7.1

Gráfico No.2 Casos de discapacidad por lepra grado 2 por unidades dermatológicas y tipo de vigilancia en República Dominicana, 2003-2007



Cuadro No.2 Distribución de casos de discapacidad por Lepra grado 2 por unidades dermatológicas y grupo etáreo en República Dominicana, 2003-2007

Edad	Años	Regiones				Total
		Distrito Nacional	Región Este	Cibao	Región Suroeste	
Menores de 15 años	2003	0	0	0	0	0
	2004	0	0	0	0	0
	2005	0	0	0	0	0
	2006	0	0	0	0	0
	2007	0	0	0	0	0
15 años o más	2003	6	5	0	2	13

más	2004	2	2	2	0	6
	2005	1	2	1	1	5
	2006	7	2	2	1	12
	2007	3	3	3	1	10

Discusión de los Resultados:

La tendencia en el descenso de la tasa de discapacidad desde el año 1995 hasta el 2012 es constante a excepción de los años 2002 y 2006 que hubo un aumento moderado, este fenómeno puede ser atribuido a que en dos comunidades no se hizo búsqueda activa en los años anteriores, situación que pudo conducir a un diagnóstico tardío asociado al desarrollo de discapacidad por Lepra. Estas comunidades en las que no se realizó la búsqueda activa son Villa Altagracia (2002) y Pedernales (2006). Estas comunidades están muy apartadas de las unidades dermatológicas y el personal médico y paramédico de estas comunidades no habían sido entrenados para detección de Lepra. Este cuadro sugiere la importancia de que el sistema de salud pública procure entrenamiento a su recurso humano que pueda realizar una búsqueda de casos activa y efectiva que prevenga la detección tardía de casos de Lepra que puede resultar en discapacidad, situación irreversible y con serias consecuencias en el desarrollo individual de la persona afectada.

Solo se notificaron casos de discapacidad grado 2 ya que estos son de relevancia clínica; sin embargo esto no quiere decir que no hay casos de discapacidad grado 1 y epidemiológicamente es importante su notificación para evitar que el paciente llegue a un nivel de discapacidad grado 2. Clínicamente son importantes por la condición de llegar a Grado 2, pero para el seguimiento de Vigilancia es fundamental seguir el análisis de las Discapacidades Grado 2.

Conclusiones:

Por cada un caso discapacitado detectado de manera activa se detectan 4.6 de manera pasiva.

Por cada un caso discapacitado referido, 2.4 son detectados por consulta dermatológica.

Por cada un caso discapacitado detectado por auxiliar en búsqueda activa se detectan 1.53 casos por auxiliar de manera pasiva.

Los pacientes Discapacitados Grado 2 son una fuente de Vigilancia y control en el Programa de Lucha contra la Lepra nos indica el Grado efectivo de captación o Diagnostico del paciente

en la parte activa como pasiva de búsqueda del paciente y la información que tenga la comunidad en base a la enfermedad.

Cuan eficaz está el personal en la detección activa, cuan capacitado está el personal de salud de las Unidades de Atención Primaria, que debimos capacitar, médicos, promotores de salud, enfermeros, entre otros, que con el lema Una Mancha en tu Piel es lepra y se cura(2).

Todo paciente en tratamiento, es objeto de un seguimiento clínico para los casos con bacteriología negativa y clínico bacteriológico en los casos positivos.

Los pacientes con regímenes de tratamiento para Paucibacilares y Multibacilares, tendrán una evaluación clínica, cada 6 meses(3), dirigida a determinar los criterios conclusión del tratamiento, que son:

Involución de las lesiones dermatológicas, expresadas por desaparición o ausencia de infiltrado o discapacidad.

Ausencia de nuevas lesiones o ausencia de discapacidad.

Uno objetivo al realizar el historial clínico al paciente tan pronto es ingresado al programa control y las revisiones médicas, es identificar la presencia o ausencia de discapacidades su grado y la probabilidad de desarrollo de las mismas en el futuro; Esto permite una correcta y oportuna educación dirigida a la prevención de discapacidades. El médico tratante, una vez realizado el diagnóstico deberá establecer el plan de tratamiento individualizado en donde el grupo familiar se exhortará a participar, control y vigilancia de manos y pies con la anestesia que causa el Bacilo de Hansen y que estos grupos manejen la anestesia para evitar lesiones, principalmente en las quemaduras y traumas de estas extremidades.

Bibliografía

- 1-Organización Mundial de la Salud. (Septiembre de 2012). *Centro de prensa*. Recuperado el 21 de Agosto de 2013, de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs101/es/>
- 2-Bogaert, H., & Castellazzi, Z. (1993). *Manual de Lepra*. Santo Domingo: Editora Amigos del Hogar.
- 3-Organización Panamericana de la Salud. (1995). *Guía práctica para la eliminación de la Lepra como problema de salud pública. Programa de acción para la eliminación de la Lepra, Primera Edición*.
- 4-Organización Panamericana de Salud. (1996). *Eliminación de la Lepra. Preguntas y respuestas*. Programa de Acción para la eliminación de la Lepra.
- 5-Benson, A. (1994). Lepra. En O. P. Salud, *El control de enfermedades transmisibles en el hombre*.
- 6-Organización Mundial de la Salud. (1988). *Situación del Programa Control de la Lepra en las Américas*. Washington DC.

7-Patronato de lucha contra la Lepra . (1988-1997). Normas Internas. *Normas Internas del Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel* . Santo Domingo: Programa Control de Lepra de la República Dominicana.

8-Lora, M., Isa, R., Periche, J., & Canario, S. (2010). Lucha antileprosa en la República Dominicana. Su impacto en la endemia. *Revista Dominicana de Dermatología* , 37, 39-45.

9-, J. (26 de Abril de 2012). *Programa Control de La Lepra en Republica Dominicana*. Recuperado el 15 de November de 2013, de http://www.paho.org/dor/images/stories/archivos/infect2012/congreso_infectologia_2012_Periche.pdf

10-López-Antuñano, F. J. (1998). Diagnóstico y tratamiento de la lepra. *salud pública de méxico* , 40 (1).

11-Organización Mundial de la Salud. (2005). Organización Mundial de la Salud, Oficina regional del sudeste asiático, New Delhi.

12-Srinivasan, H. (1993). *Prevention of disabilities in patients with leprosy: a practical guide*. (G. .: Organization, Ed.)

Provincias en que se localizan las Unidades Dermatológicas





Brote de Escabiasis entre soldados de la 5ta Brigada del Ejército en Barahona, Republica Dominicana. Julio 2013

Dr. Polibio Batista Matos, FETP Nivel Intermedio UVG.
Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel, República Dominicana.

INTRODUCCIÓN

A partir del 14 de julio del año 2013 se evidenció aumento en la consulta dermatológica del Centro de Atención Primaria de la 5ta. Brigada del Ejército de la Republica Dominicana. Los pacientes que consultaron procedían del mismo cuartel y de la misma compañía administrativa militar. El motivo de consulta fue dermatosis rodeada de vesículas pruriginosas en todo el cuerpo, sugestivas de escabiasis.

Considerando que regularmente en este servicio se atienden 1 o 2 casos de escabiosis al mes y que en un solo día de consulta se presentaron 12 casos, el Centro de Atención Primaria consideró que en el cuartel militar se estaba presentando un brote y su personal de salud decidió realizar una investigación para estimar la magnitud del brote, caracterizar los casos, identificar el agente causal e implementar medidas de control y prevención.

A. Escabiasis

La Escabiasis es una enfermedad pruriginosa que afecta a todas las razas y a todas las edades. El agente etiológico es el ácaro *Sarcoptes scabiei* variedad *Hominis*. El período de incubación varía de 2 a 6 semanas. La transmisión es por contacto directo, relaciones sexuales y menos frecuentemente por fómites ya que el ácaro sobrevive 2 o 3 días fuera de la superficie cutánea.

La hembra del ácaro cava un túnel en la capa córnea de la epidermis donde deposita sus huevos (de 2 a 25) y muere posteriormente. Los huevos maduran pasando por estadios de larva, ninfa y adulto en 14 días. Las larvas salen de los

huevos, esperando su madurez en la capa córnea, momento en el que copulan y comienza nuevamente el ciclo en tanto los machos mueren rápidamente. En una persona con Escabiasis en determinado momento sólo se encuentran alrededor de 10 ácaros adultos, porque siendo la patología pruriginosa los ácaros son removidos constantemente por el rascado.

Es una enfermedad dermatológica que se puede manifestar como dos tipos de lesiones: la primera está relacionadas directamente con la presencia del ácaro y los surcos que este ácaro hace en la piel que pueden conducir a la formación de vesículas (difíciles de observar en personas con buena higiene); las vesículas se encuentran al final del túnel y son el lugar donde se alberga el ácaro y deben buscarse especialmente en la cara lateral de los dedos.

El segundo tipo de lesiones está relacionadas con la sensibilización alérgica al ácaro o sus productos (huevos, excrementos, secreciones) que son pápulas urticarianas, placas eccematosas, nódulos escabióticos (que suelen encontrarse en escroto, pene, axilas y abdomen y con frecuencia persisten semanas o meses tras la curación de la enfermedad) y debido a que las lesiones son rápidamente excoriadas por el rascado, se forman costras, pápulas y pústulas.

El diagnóstico clínico puede ser confirmado mediante diagnóstico de laboratorio. La muestra biológica se toma mediante un raspado suave con bisturí de la escama que cubre el túnel o de la vesícula del extremo, se coloca sobre un porta objetos y se agrega una gota de KOH, aceite mineral o agua, se lleva al microscopio donde se puede observa en fresco el ácaro, los huevecillos o excremento.

El tratamiento es tópico, puede consistir en profilaxis antifúngica y antibacteriana por medio de aplicación de loción a base de Ketoconazol como antifúngico y jabones a base de Clorexina como antibacterianos. También se debe prescribir Permetrina en crema en horario nocturno, como antiescabicida. Los casos severos deben ser tratados con Precipitado de azufre al 3% en crema, como antiescabicida.

Las medidas de prevención consiste en lavado habitual de la ropa, principalmente ropa de trabajo o escolar, el cuidado y control de animales domésticos con baños regulares. También debe evitarse acostarse en la cama utilizando la ropa de trabajo o escolar.

B. Quinta Brigada de Infanteria

La 5ta Brigada de Infanteria de la Republica Dominicana esta ubicada en el Municipio Santa Cruz de Barahona, con una división administrativa militar del 15vo

Batallón de Infantería. Este batallón está integrado por 5 compañías de soldados. La compañía de la que procedían los casos de escabiasis fue la Compañía Cuartel General, el cual tiene 220 soldados adscritos. Estos soldados están instalados en cuarteles colectivos en los cuales hay 25 literas. Hay pabellones asignados por sexo.

El objetivo de esta investigación de brote fue estimar la magnitud del brote, caracterizar los casos, identificar el agente causal e implementar medidas de control y prevención.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se condujo un estudio retrospectivo de tipo descriptivo. Se condieraron las siguientes definiciones de caso:

Caso sospechoso-militar: soldado de la compañía Cuartel General del 15vo Batallón del ejército de República Dominicana que consultara en el mes de julio del año 2013 por prurito, vesículas y escaras.

Caso confirmado-militar: soldado de la compañía Cuartel General del 15vo Batallón del ejército de República Dominicana que consultara en el mes de julio del año 2013 por prurito, vesículas y escaras, con resultado positivo de infestación por acaros.

Caso probable-comunitario: individuo no militar que consultara en el mes de julio del año 2013 por prurito, vesículas y escaras, que haya estado en contacto con soldados de la compañía Cuartel General del 15vo Batallón del ejército de República Dominicana.

Caso confirmado-comunitario: individuo no militar que consultara en el mes de julio del año 2013 por prurito, vesículas y escaras, que haya estado en contacto con soldados de la compañía Cuartel General del 15vo Batallón del ejército de República Dominicana, y que tenga un resultado positivo de infestación por acaros.

Los casos de escabiasis fueron identificados por el equipo de salud en la Unidad de Atención Primaria de la 5ta. Brigada. Los casos acudieron a esta Unidad en búsqueda de atención en salud. Durante su visita se les realizó un examen dermatológico y se les entrevistó usando como guía la ficha de registro médico, por este medio se recolectó información demográfica, clínica y epidemiológica.

Todos los casos fueron entrevistados en un plazo no mayor a 72 horas de haber iniciado sintomatología.

Fue posible entrevistar a todos los casos de escabiasis en soldados ya que por tratarse de personal militar, ellos se encontraban recluidos en las instalaciones de la Compañía Cuartel General. Los casos encontrados en la comunidad fueron detectados solamente aquellos que acudieron a consulta en el servicio de salud.

El Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel apoyó en la toma de muestras y diagnóstico de laboratorio. Con un bisturí esteril se tomó escamas cutáneas interdigitales superiores e inferiores a todos los casos. Las muestras fueron tratadas con hidróxido de potasio (KOH) para observación en fresco al microscopio. Se consideró como un resultado positivo de infestación por acaros a aquellas muestras en las que se observara acaros y/o huevecillos del ácaro.

Los datos fueron registrados en una hoja de cálculos del programa Microsoft Excel para luego ser analizados en frecuencia y distribución proporcional, medidas de tendencia central y dispersión. Se construyeron cuadros y gráficas. Se estimó tasa de ataque considerando que la población del Cuartel General es de 225 miembros. No se consideró la estimación de tasa de ataque secundario por desconocerse el número de individuos expuestos a los casos primarios.

En esta investigación se consideró la privacidad de los casos, no ligando sus nombres en este informe y restringiendo el acceso a la información exclusivamente al personal médico con propósitos de intervención en salud. La participación en esta investigación no se puede considerar riesgosa, ya que la toma de muestra no es invasiva y por que se proporcionó tratamiento farmacológico.

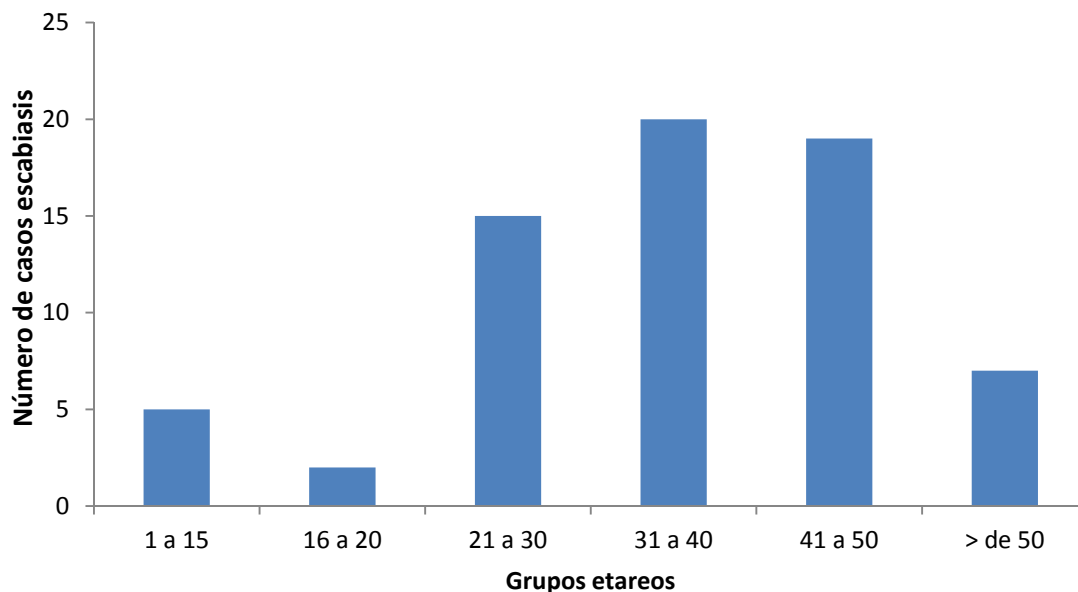
RESULTADOS

Fueron diagnosticados 68 casos de escabiasis durante el mes de julio, solamente 9 de ellos correspondieron al género femenino (13%). Todos los casos fueron confirmados por laboratorio mediante la detección microscópica del ácaro o de sus huevos. Siendo la tasa de ataque fue de 28%.

La mediana de edad de los casos fue 34 años (Q_1 29- Q_3 44), correspondiendo el 57% de los casos al grupo etáreo comprendido entre 31 y 50 años de edad (ver gráfico No.1). 5 (7%) de los casos fueron civiles, todos menores de 15 años e hijos de militares miembros de la compañía Cuartel General del 15vo Batallón del

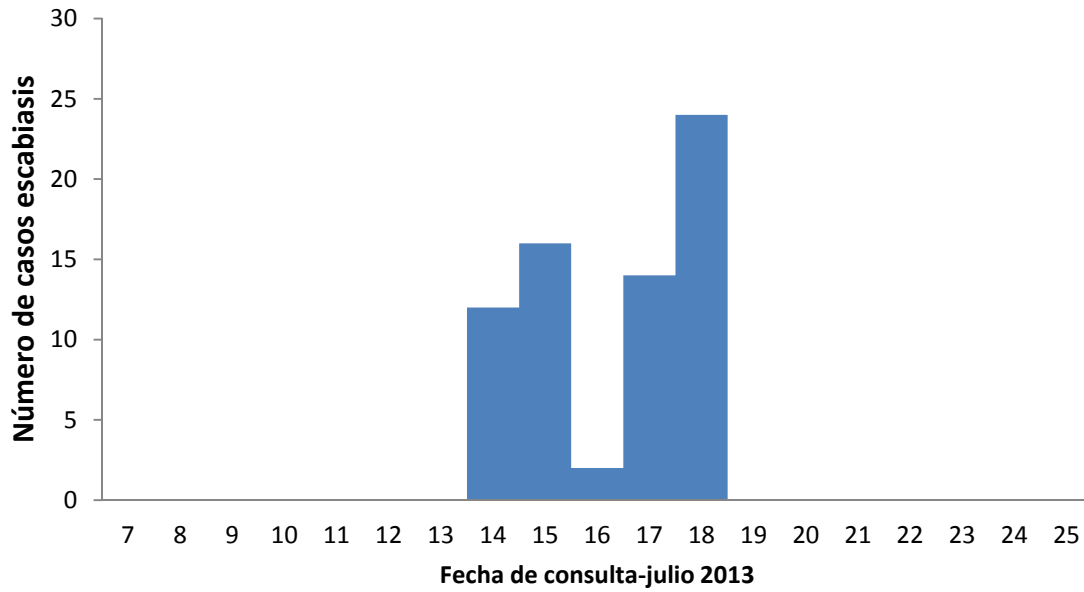
ejercito de República Dominicana. Los padres e estos menores de 15 años, también fueron casos de escabiasis en el brote investigado.

Grafico No.1 Distribución de casos de escabiasis por grupo etáreo. Brote en la compañía Cuartel General del 15vo Batallón del ejercito de República Dominicana. Julio 2013



Durante el mes de Junio no se presentó ningún caso de escabiasis. Los días 14 y 15 de Julio se presentaron de manera abrupta 28 casos de escabiasis, el 16 de Julio se detectaron 2 más y los días 17 y 18 del mismo mes fueron diagnosticados 38 casos más de escabiasis. A partir del 19 de Julio no se detectaron más casos de escabiasis en el Cuartel General del 15vo Batallón del ejercito de República Dominicana hasta la fecha de emisión de este informe.

Grafico No.2 Distribución de casos de escabiasis por fecha de consulta. Brote en la compañía Cuartel General del 15vo Batallón del ejercito de República Dominicana. Julio 2013



Medidas de control:

a todos los casos se les prohibió salir del cuartel hasta que estuvieran tratados y que hubieran remitido. Esta medida permitió detener la propagación de la enfermedad a la comunidad y a otros cuarteles militares.

Estos pacientes se trataron con Formulas a base de Ketoconazol como antimicóticos y Jabones a Base de Clorexina como antibacterianos desde el punto de vista tópicos, los casos más extremos con Dermatitis más severa se medicaron con Antibióticos (Cefalexina de 500 mgs los adultos y los niños con Cefalexina de 250 mgs en suspensión y Permetrina en Crema en horario nocturno, otros casos mas severos con Precipitado de azufre al 3% en crema..

Conclusión:

Fueron diagnosticados 68 casos de Escabiasis durante el mes de julio, solamente 9 de ellos correspondieron al género femenino (13%). Todos los casos fueron confirmados por laboratorio mediante la detección microscópica del ácaro o de sus huevos. Siendo la tasa de ataque fue de 28%, siendo el mes de Julio el mes de más calor promedio durante todo el año,pues debemos de activar la Vigilancia epidemiológica ,para este mes y los cercanos.

Siendo la temperatura y los ejercicios, las actividades militares y los entrenamientos factores desencadenantes de este ectoparásito, debemos enfocarnos a su observación en esta época del año, para la detección, control y tratamiento de los posibles casos de Escabiasis.

La mediana de edad de los casos fue 34 años (Q_1 29- Q_3 44), correspondiendo el 57% de los casos al grupo etéreo comprendido entre 31 y 50 años de edad (ver gráfico No.1). 5 (7%) de los casos fueron civiles, todos menores de 15 años e hijos de militares miembros de la compañía Cuartel General del 15vo Batallón del ejército de República Dominicana. Los padres de estos menores de 15 años, también fueron casos de Escabiasis en el brote investigado, siendo este grupo de fácil ubicación y vigilancia, y sus familiares pues, enfocaremos las recomendaciones en este grupo de edad y los que están en entrenamiento para esta época del año.

Viendo su rápida infestación y la tasa de ataque tan violenta, pues es prioridad para nosotros, entablar vigilancia efectiva para este grupo focal de militares.

Recomendaciones:

1-Medidas de control de higiene para los reclutas o nuevos soldados, en cuanto al manejo de la ropa de faena o chamacos, en cuanto al control de este tipo de vestimenta y la proliferación de huevos y ácaros por la humedad y grasa acumulada en estos.

2-Cambio de colchonetas en cada rotación de reclutas por promoción, para evitar que estos ectoparásitos se multipliquen por el sudor, grasa acumulada y humedad por los fuertes ejercicios del entrenamiento.

3-Fumigación periódica de los cuarteles o barracas para eliminación de los posibles acaraos y huevos que pudiesen quedar en estos.

4-Establecer una vigilancia epidemiológica constante, ya que en estos recintos militares, existe mucho movimiento de tropas, en el sentido de los traslados, los ejercicios militares y tareas especiales en el servicio.

5-Educar todos los soldados en entrenamiento, como la fuerza de servicio pasivo, para que conozcan de la escabiasis, sus manifestaciones clínicas, ya que pudiera ser causa de baja médica en una unidad militar, porque si no se trata, trae como consecuencia problemas agudos de piel, que dificultarían el servicio y la rutina de las unidades militares.

6-Capacitacion del personal de salud, los Cuerpos Médicos de la Sanidad Militar de los Centros de Entrenamientos para reclutas y las unidades especiales con movilidad activa operativa en todo el país, o más bien todas la Brigadas de Infanteria,naval y aérea.

Agradecimientos:

1-A la Comandancia General de la 5ta.Brigada de Infantería del ejército de la Republica Dominicana.

2-Al Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel, por su departamento de Laboratorios y Consulta Externa en Dermatología Rural y Urbano Marginal.

3-A los familiares de los soldados, por ayudarnos en el cuidado de ropa de dormir y de cama.

Escabiasis

- Dermatitis producida por ácaro
 - Prurito general intenso, vesículas y costras.
 - Período de incubación de 24h
 - Transmisión por contacto directo
 - Complicación de vesícula purulenta bacteriana
 - Altamente contagioso



Objetivo

- Identificar el agente causal
- Estimar la tasa de ataque
- Describir los casos
- Contralar el brote dentro del recinto

Definición de caso

Casos militares:

- Sospechoso: Soldado de la 5ta brigada con vesículas dérmicas y prurito intenso que se presentó a la atención médica desde el 14 julio, 2013.
- Confirmado: detección de ácaro o huevos en raspado de piel

Casos comunitarios

Métodos

- Estudio series de casos
 - Historia clínica
- Estudio de laboratorio
 - Muestras de raspado de piel
 - Tinción KOH
- Confidencialidad de la información

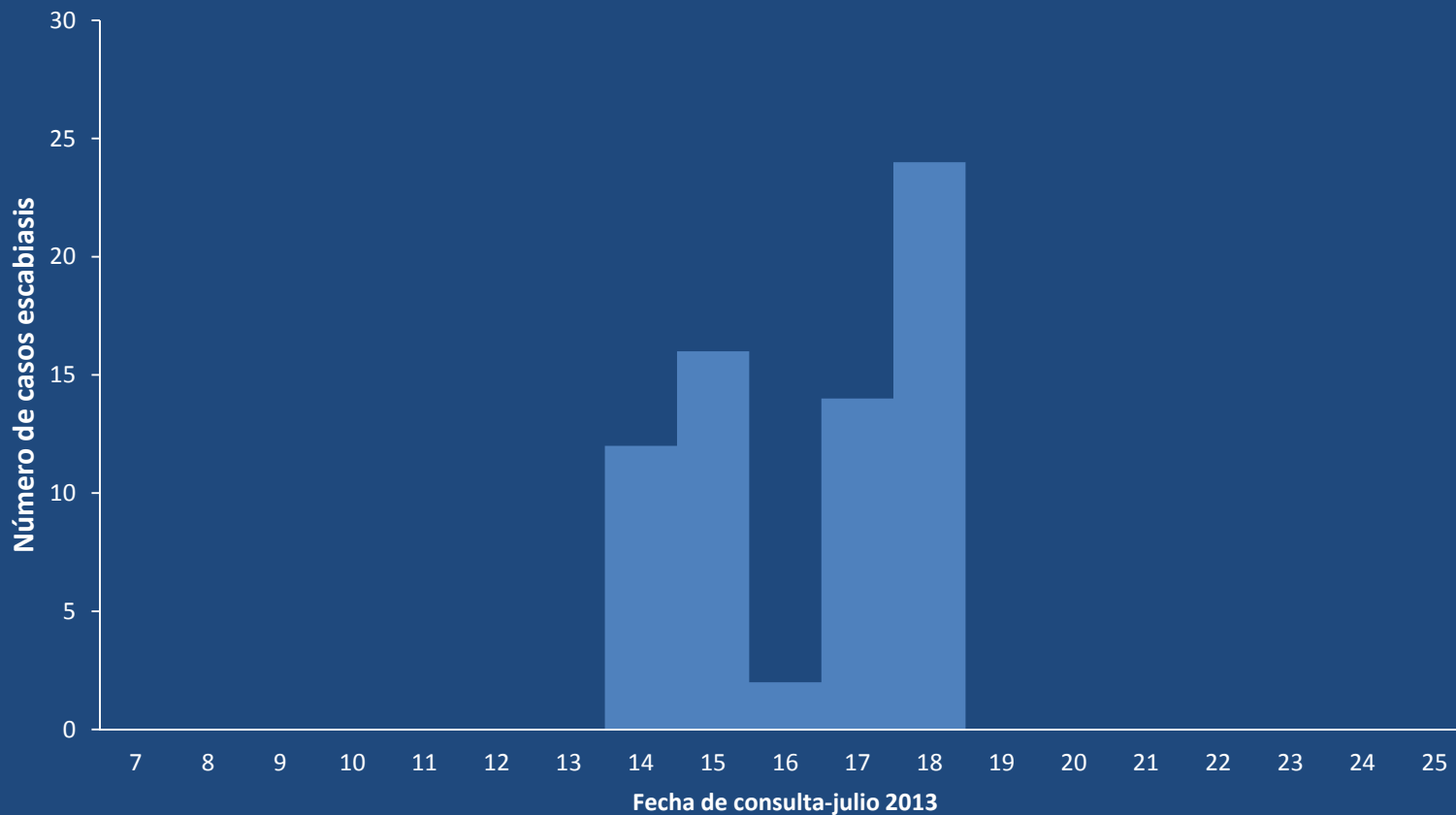
Resultados

- 68 casos sospechosos , todos confirmados *Sarcoptes scabiei*
 - 93%, 63 militares
 - 7%, 5 niños (familiares)
- Tasa de ataque
 - 5ta brigada = 28% (63/220)
 - Cuartel general = 60% (63/105)



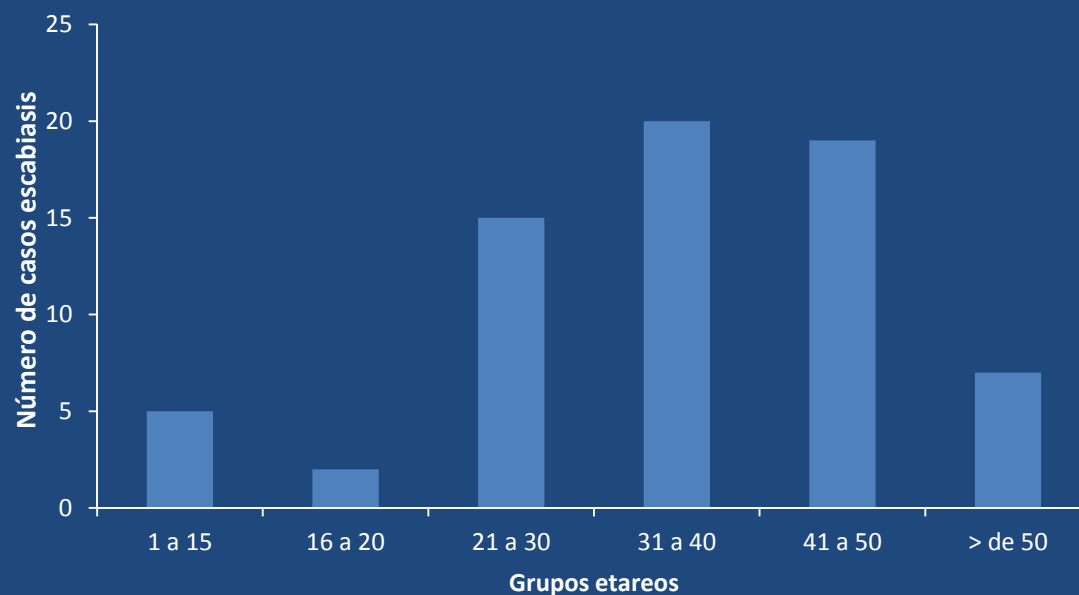
Curva epidémica

5ta brigada de infantería, julio 2013



Distribución por edad y Sexo

5ta brigada de infantería, julio 2013



f 13% mujeres
m 87% hombres

Medidas de control

- 18 julio. Lavado con detergente y cloro de todas las colchonetas de la compañía general
- 18 julio. Fumigación de los tres cuarteles
- 19 julio. Charla sobre control y prevención de Escabiasis a los soldados de los tres cuarteles.



Conclusiones

- 68 casos de Escabiasis entre el 14 y 18 de julio 2013.
 - 7% casos en niños
- 60% tasa de ataque en cuartel general
- 13% femeninos
- 57% grupo 31 a 50 años

Limitaciones

- No fue posible identificar el origen del brote
- Se desconoce el modo de transmisión de la enfermedad.
- No se colectó información sobre el parentesco entre los niños y los soldados
- No fue posible identificar colchonetas infectadas.

Impacto

Actividades adoptadas por el recinto

- Lavado inmediato de la ropa militar.
- Asignación de colchonetas a cada soldado
- Nuevas colchonetas para cada promoción de reclutas.
- Fumigación mensual de los cuarteles

Impacto

Actividades adoptadas por el cuerpo médico:

- Establecer una vigilancia epidemiológica de enfermedades endémicas en la provincia
- Programa de educación mensual a soldados sobre enfermedades endémicas
- Capacitación del personal de salud militar sobre enfermedades endémicas

Agradecimientos

- Comandancia General de la 5ta. Brigada de Infantería
- Laboratorio del Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel
- Equipo FETP - Universidad del Valle de Guatemala
- Familiares de los soldados, por apoyo en el lavado de ropa de dormir y de cama.



Documento conceptual para prospecto de estudio en la prevalencia de discapacidad grado 2 nerviosa en manos para pacientes de Lepra Infantil y su impacto socio-educativo en la comunidad de Barahona, República Dominicana

Dr.Polibio Batista Matos

Antecedentes y justificación
<ul style="list-style-type: none">• Ataque a los troncos nerviosos de los nervios cubital, mediano y radial, con trastornos motores y sensitivos que, en su grado extremo, llevan a la mano parálitica.• Es importante que la población conozca de esta patología y la discapacidad en las manos.• En el municipio de Barahona debido al poco conocimiento de la enfermedad de Hansen entre el personal de salud y la población general y la dificultad laboral para el paciente con discapacidad en manos.• Intervenir en Educación Sanitaria para el personal de salud para conocer la discapacidad en manos por Lepra.
Objetivos
<ul style="list-style-type: none">• Estimar la prevalencia de discapacidad grado 2 en pacientes con lepra infantil entre 0 a 15 años de edad en Barahona,R.D entre 2007-2012• Identificar las causas traumáticas de discapacidades grado 2 en manos• Señalar las causas de deserción escolar por esta discapacidad•
Métodos propuestos
Población bajo estudio <ul style="list-style-type: none">• Niños, Niñas y adolescentes entre 0-15 años de edad que están bajo tratamiento y seguimiento clínico en el Programa de Lucha Contra la Lepra en Barahona,R.D entre 2007-2012 Diseño del estudio <ul style="list-style-type: none">• Transversal Definiciones operacionales <ul style="list-style-type: none">• Criterios conceptuales OPS-LEP Procedimiento de muestreo <ul style="list-style-type: none">• Muestras aleatorias de los registros de pacientes entre 0-15 años de edad los archivos Programa de Lucha Contra la lepra de Barahona, R.D. entre junio 2007 a junio 2012. Tamaño de la muestra <ul style="list-style-type: none">• Recolección de datos <ul style="list-style-type: none">• Niños entre 0-15 años de edad los cuales en el historial clínico presente discapacidad grado 2 en manos.• Se les pedirá cartas de consentimientos a los padres para este estudio• Los niños diagnosticados con lepra con neuritis en extremidades superiores serán incluidos• Revisión clínica mensual Plan de análisis <ul style="list-style-type: none">• Análisis descriptivos y clínicos de los datos, estimando la prevalencia de la discapacidad grado 2 en manos por Hansen• Identificar los factores asociados a la neuritis en extremidades superiores y factores vinculantes. Protección de sujeto humanos <ul style="list-style-type: none">• Confidencialidad de los datos• Autorización consentida de los padres o tutores• Presentación del protocolo al comité de ética
Beneficios esperados
<p>Compartir los resultados con la Dirección provincial de salud</p> <ul style="list-style-type: none">• Los resultados compartirlos con la DPS local para el entendimiento de las discapacidad grado 2 en lepra infantil y

como evitar la atrofia completa de extremidades superiores.

Presupuesto

- Viaticos al personal: US \$ 2000.00
- Transporte : US \$ 2000.00
- Papelería ,copias,impresiones: US \$ 500.00

Cantidad total necesaria: US\$ 4500.00