



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CÁTEDRA SALUD DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE



FACTORES QUE CONTRIBUYEN CON LA PERSISTENCIA DE PEDICULOSIS EN NIÑOS DE 3 A 6 AÑOS DE EDAD

Autoras:

Leticia Aparicio
Stephanie Correa
Yohana Orge
Claudia Rodríguez
Jimena Valdez

Tutores:

Prof. Agda. Mag. Annalet Viera

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2013

INDICE

1. INTRODUCCION.....	4
2. JUSTIFICACION.....	5
3. ANTECEDENTES.....	6
4. PREGUNTA PROBLEMA.....	10
5. OBJETIVOS.....	10
6. MARCO CONCEPTUAL.....	11
7. DISEÑO METODOLOGICO.....	18
8. RESULTADOS.....	24
9. ANALISIS.....	38
10. CONCLUSIONES.....	40
11. SUGERENCIAS.....	41
12. BIBLIOGRAFIA.....	42
13. ANEXOS.....	44

Agradecimientos:

Al Oratorio Villa García, por permitirnos acceder a la población que allí concurre.

A las familias de los niños, por el tiempo dedicado.

A la docente tutora, por ayudarnos a realizar el trabajo.

Y especialmente a nuestras familias y amigos, por su apoyo y comprensión durante el tiempo que transcurrió la realización del mismo.

1. INTRODUCCION

El presente estudio fue llevado a cabo por cinco estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República con el fin de alcanzar el título de grado de Licenciado en Enfermería.

La infestación del cabello y cuero cabelludo con *Pediculosis Humanus Capitis* (PHC) es una de las enfermedades parasitarias más frecuentes en los niños. La patología asociada con la PHC normalmente incluye prurito constante del cuero cabelludo que en ocasiones puede dar lugar a excoriaciones y sobre infecciones.

Si bien las cifras en Uruguay no se conocen en detalle, el conocimiento común sugiere una alta prevalencia, siendo una afectación común entre los niños uruguayos en edad escolar, tanto en zonas rurales como urbanas, y la misma está asociada con el detrimento de la salud, tanto a nivel individual como familiar / comunitario.

El estudio tuvo como objetivo identificar las causas probables que determinan la persistencia de pediculosis y los factores ambientales asociados en niños entre 3 y 6 años de edad, de un oratorio de Villa García, llevado a cabo entre los meses marzo-agosto de 2013. Para la obtención de los datos se realizaron encuestas a todos los/as padres/madres de los niños, indagando sobre aspectos socio-económicos, de higiene personal y familiar.

Los resultados revelaron un alto porcentaje de niños infectados con PHC durante el último mes, observándose una alta reincidencia de la infección incluso desarrollando lesiones a causa de la misma.

Se encontraron varios factores que influyen en la persistencia de esta parasitosis, entre los que se destacan la falta de conocimiento sobre el adecuado tratamiento para combatirlo; el mal uso de los productos; creencias erróneas en cuanto a formas de contagio y algunas dificultades para acceder a los productos químicos adecuados.

2. JUSTIFICACION

La pediculosis es una parasitosis que ha acompañado al hombre desde tiempos inmemorables; si bien por sí sola no supone un riesgo significativo para la salud (ya que estos parásitos no producen trastornos graves ni transmiten enfermedades) las lesiones mecánicas producidas por el prurito influyen en la aparición de complicaciones como infecciones bacterianas y la mala utilización del tratamiento contra la misma sí puede llegar a ser un riesgo.

Se ha observado un incremento en la prevalencia de dicha parasitosis, así como también un aumento en la información inadecuada sobre el tratamiento. La pediculosis no conoce estratos socioeconómicos ni culturales, presentándose en todos los barrios. Es por eso que los niños de Villa García, que concurren a un oratorio del lugar no escapan a esta realidad. El Oratorio forma parte de "Villa" desde hace 16 años, allí concurren los niños de los barrios Paso Hondo, Villa Isabel, El Monarca, 8 de Marzo, del Km 20 y Km 19 de la ruta 8, departamento de Montevideo. Con una población total de aproximadamente 7.000 habitantes.

Cada sábado el oratorio cuenta con un promedio de 150 niños con edades que oscilan entre 3 y 14 años que trabajan en grupos por edades. En este trabajo se hará hincapié a dos subgrupos de niños, con edades entre 3 a 6 años (60 niños). La pediculosis es una problemática que se ha mantenido con el tiempo y es un tema que preocupa a los animadores que concurren al oratorio, ya que se han podido constatar lesiones en el cuero cabelludo de algunos niños con predominio en estas edades. Es por ello, que en esta investigación se procuró conocer las causas que llevan a que estos niños persistan con esta afección, para contribuir a la disminución de las afecciones secundarias.

3. ANTECEDENTES

En la búsqueda de antecedentes en nuestro país, es importante destacar que no se pudo recabar información estadística acerca de la pediculosis ya que los organismos vinculados de una forma u otra al problema no han realizado evaluaciones del tema. Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud Pública notificó que no realizan estudios relacionados con la pediculosis por lo que se derivó a Salud y Bienestar Estudiantil de la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP), donde la Dra. Isnardi de la Unidad de Prevención para la Salud (UPS), informó que si bien es una problemática que está inmersa en casi todos los escolares, en el Consejo de Educación Inicial y Primaria (CEIP) hace ya varios años que no se le ha dado trascendencia debido a que es una afección endémica y difícil de medir.

De todas formas, fueron encontrados algunos artículos realizados en Uruguay, donde se hace alusión directa al tema y a la problemática que conlleva esta parasitosis en la sociedad, los cuales son presentados a continuación:

“Pediculosis de la cabeza en el niño: ¿qué hay de nuevo para un viejo problema?” realizado por la Dra. Alicia Fernández y Andrea Giménez en julio de 2011. Este artículo hace referencia al correcto tratamiento para combatir la pediculosis, ya que consideran que el mayor riesgo de esta parasitosis es el mal uso de los tratamientos disponibles en el medio para combatirla, sobre todo de los insecticidas que son tóxicos. Consideran que la pediculosis es una infestación endémica en Uruguay, que afecta sobre todo a los niños en edad escolar, las molestias generadas y el impacto social de esta ectoparasitosis conducen al uso y abuso de productos diversos.

“Enfermedades emergentes y reemergentes en Uruguay” del Dr. Ismael A. Conti Díaz. En este trabajo se analizan los conceptos de enfermedades emergentes y reemergentes diferenciándolas de las enfermedades por gérmenes oportunistas. La pediculosis al igual que la escabiosis o sarna ha aumentado notoriamente su incidencia en los últimos años, tanto en nuestro país como a nivel mundial. Si bien los piojos no son transmisores de otras enfermedades, originan muchas veces importantes lesiones de rascado. Por lo tanto consideran muy importante la educación sanitaria de la

población y el control del tratamiento adecuado como medida más importante de profilaxis y control.

Por otra parte, en varios países de Latinoamérica se han dedicado a la investigación y estudio del tema, de los cuales destacamos:

“Estudio clínico-epidemiológico sobre pediculosis capitis en escolares de Coro, estado de Falcón, Venezuela.” Año 2003. Aquí se estudiaron los aspectos epidemiológicos y clínicos de la pediculosis en un grupo de escolares. Algunos de los resultados revelaron una prevalencia de pediculosis capitis en el 28,8% de los niños estudiados, con porcentaje de infestación significativamente mayores en las niñas (84%), con longitudes de cabello mayores a los 3cm., indiferentemente de las edades, raza, color o tipo de pelo que tuvieran. Los síntomas significativos asociados a pediculosis en estos niños fueron el prurito con predominio nocturno y las adenomegalias que prevalecieron en la región cervical. Por último destacan que uno de los factores de riesgo significativos involucrados en la dinámica de transmisión fue el bajo estrato social y el hacinamiento, entre otros.

“Prácticas de prevención y tratamiento de la pediculosis capitis en Comodoro Rivadavia, Argentina”. Se realizó un estudio entre el año 2006 y 2007 para evaluar los procedimientos y las sustancias que la población empleaba contra la pediculosis en escolares. Los resultados dan cuenta que el 56,4% de la población estudiada empleaba los procedimientos o productos preventivos adecuados, mientras el resto utiliza otros de escasa efectividad preventiva. Un 38,11% utiliza tratamientos de acción comprobada. Se constató el uso de productos inocuos y otros con potenciales efectos indeseados, así como también se evidenciaron prácticas y creencias erróneas acerca del tema.

“Frecuencia de pediculosis en los escolares de la comuna 8 de la ciudad de Popayán, Colombia” año 2001. En este estudio la muestra fue de 326 escolares donde un 39 % presentó pediculosis, la mayor parte de la población afectada eran niñas (72,4%), mayor frecuencia en jóvenes que presentaban el cabello largo, con predominancia de esta infestación en población de estrato baja.

“Pediculosis y otras ectoparasitosis en una población infantil urbana del nordeste Argentino” realizado por Alicia Milano, Elena Oscherov y Adriana Legal, durante los meses de marzo a diciembre del año 2005. El objetivo de dicho trabajo fue evaluar la

pediculosis infantil y otras ectoparasitosis en los hospedadores susceptibles presentes en el ámbito doméstico. Se evaluaron parasitológicamente 148 niños entre 1 y 14 años de edad y 80 animales domésticos. La frecuencia global de ectoparasitosis infantil fue 58,8%. El ectoparásito más frecuente fue *Pediculus capitis*, presente en el 56,8% de los niños. No se observó diferencia estadísticamente significativa entre los sexos y entre las edades. La franja etaria más afectada fue 6 a 8 años, tanto en las niñas como en los niños.

“El problema de la Pediculosis capitis en escolares del área metropolitana de San José, Costa Rica”, autores: Olger Calderon, Mayra Solano, y Claudio Sanchez. En esta investigación se estudió la ocurrencia de infestación por *P. humanus capitis* durante los ciclos lectivos de 1995 a 1997 en 28 escuelas públicas del Área Metropolitana de San José, Costa Rica. La infestación por *P. humanus capitis* fue constatada en un 10% de los niños. En la totalidad de los centros educativos estudiados se detectaron casos de infestación y las tasas de prevalencia fluctuaron entre el 3,2 y el 32,4%. Del total de positivos 80,2% fueron niñas y 19,2% fueron niños. Los porcentajes mostraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos.

“Prevalencia y estacionalidad de la Pediculosis capitis en la población infante-juvenil de la región sanitaria, Buenos Aires, Argentina” durante el periodo 1-8-1992 al 31-7-1993. El objetivo de este trabajo fue determinar la prevalencia mensual de la Pediculosis Capitis y su correlación estacional. Los resultados de la misma reflejaron que la prevalencia anual fue de 38,04%. En cuanto a la variación mensual la prevalencia más baja fue durante el verano: 16,8%, manteniéndose los niveles de prevalencia en el resto de las estaciones muy semejantes entre sí: primavera 38,8%; otoño 45,9% e invierno 42,9%.

“Representaciones sociales sobre pediculosis en las profesoras, señoras de servicios generales, padres de familia y niños del jardín infantil de la Universidad Nacional de Colombia”, realizado por Esperanza Muñoz Torres, en el año 2007. Este estudio permitió conocer lo que piensan, creen, interpretan y hacen los mencionados anteriormente con respecto a la pediculosis. La representación social que los participantes del estudio tienen sobre la pediculosis hace referencia a un riesgo y un problema social puesto que las personas al padecerlo se exponen a un daño que les

abre las puertas a procesos de enfermedades, ya sea a nivel intelectual, emocional y/o físico. En cuanto a los tratamientos que emplean, predomina en primer lugar una amplia variedad de tratamientos populares, si bien son utilizados los tratamientos medicados en especial cuando se hace difícil combatir la pediculosis. Además, en este trabajo, se hace referencia a la estigmatización social que padece la persona que tiene pediculosis.

“Conocimientos y prácticas sobre la pediculosis en un área de salud”. Este estudio fue realizado en Ciudad de la Habana – Cuba por Ana de la Cruz y Vivianne de Rojas en el periodo Enero- Abril del año 2009.

Entre los resultados se destacan los conceptos y prácticas erróneos más frecuentes: - La relación que se establecía entre el piojo y la liendre era imprecisa, no considerándose a esta última como un estadio del ciclo de vida del insecto. Se aceptaba mucho mejor la presencia de la liendre que la del piojo por considerarse a éste asociado con suciedad y abandono.

-“Existen niños con “sangre para piojos” y por eso se contagian fácilmente y casi siempre los tienen.”

-Los piojicidas eran utilizados preventivamente. Se observaron niños que los mantenían con el piojicida en la cabeza durante todo el tiempo que permanecían en la escuela.

-Aunque conocían que no debían intercambiar peines por ser una vía de transmisión, no eliminaban los cabellos de los adornos de cabeza, muebles tapizados y camas, favoreciendo así la reinfestación.

-Con frecuencia, no se quitaban mecánicamente todas las liendres. - Desconocimiento en cuanto al correcto procedimiento de aplicación de piojicidas

4. PREGUNTA PROBLEMA:

¿Cuáles son los factores que contribuyen con la persistencia de pediculosis en niños de 3 a 6 años que concurren a un oratorio de Villa García entre marzo y agosto de 2013?

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General:

Identificar las causas probables que determinan la persistencia de pediculosis en niños de 3 a 6 años que concurren a un Oratorio de Villa García.

5.2 Objetivos Específicos:

1. Caracterizar a la población de estudio.
2. Identificar factores de riesgo que conllevan a la población de estudio a adquirir dicha parasitosis.
3. Valorar el nivel de conocimiento de los responsables de la población en estudio sobre pediculosis, sus cuidados y tratamiento.
4. Identificar los diferentes tratamientos utilizados por los responsables a cargo de los cuidados higiénicos del niño/a.
5. Identificar afecciones secundarias asociadas a la pediculosis.

6. MARCO CONCEPTUAL

6.1 Primer Nivel de Atención: Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. (OMS, Alma-Atta., 1978).

6.2 Promoción de Salud: “Es la suma de acciones de la población, de los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos encaminadas al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva” (OMS, 1990).

6.3 Educación para la Salud: es el instrumento clave de la Atención Primaria de la Salud. Tiene como objetivo fundamental incrementar en la población la cultura de la Salud. “Es el proceso de enseñanza-aprendizaje que tiene como objetivo promover la salud individual, familiar y comunitaria. Contribuye a la difusión de una información clara, precisa y específica sobre la salud, promoviendo actitudes, intereses o problemas de la población objetivo. Durante el desarrollo del proceso enseñanza aprendizaje también deberá promoverse la participación protagónicas de aquellas personas a quienes este orientada la educación” (María Luz Osimani).

6.4 Enfermería Comunitaria: es una síntesis de la práctica de enfermería y salud pública aplicada a promover y preservar la salud de la población (American Nursing Association).

Dichas prácticas es llevada a cabo por los enfermeros/as comunitarios/as; siendo “los profesionales responsables que investigando en conjunto con la población conocen las necesidades de atención a la salud”

6.6 Teoría de enfermería: Las teorías son un conjunto de conceptos interrelacionados que permiten describir, explicar y predecir el fenómeno de interés para la disciplina, por lo tanto se convierten en un elemento indispensable para la práctica profesional, ya que facilitan la forma de describir y explicar y predecir el fenómeno del cuidado. Los modelos y teorías de enfermería se aplican para facilitar la práctica de enfermería en la Investigación, Educación, administración y práctica clínica. Los modelos conceptuales son una base del ejercicio de la Enfermería y contienen en sí mismos los postulados y valores que forman los cimientos teóricos en que se apoya el concepto de los “cuidados”.

En la promoción y cuidado de la salud aplicada en la comunidad uno de los modelos de enfermería que mejor aplica es el de Nola Pender, quien centra el cuidado de las personas en un intento de ilustrar la naturaleza multifacética de las personas que interactúan con el entorno intentando alcanzar un estado de salud. El modelo de Nola Pender es conocido como el modelo de “promoción de salud”.

6.7 Rol de la enfermera comunitaria: La enfermería como ciencia se ha desarrollado alcanzando niveles de especificidad en cada una de las áreas de intervención. La enfermería comunitaria es la disciplina que sintetiza los conocimientos teóricos y las habilidades prácticas de la enfermería y de salud pública y los aplica, como alternativa (estrategia) de trabajo en (y con) la comunidad, con el fin de promover, mantener y restaurar la salud de la población, contando con la participación (comunitaria) de esta, mediante cuidados directos (semidirectos) e indirectos a individuos, familias, otros grupos y a la propia comunidad en su conjunto, como miembro de un equipo multidisciplinario y en el marco de una planificación general de atención a la salud. ¹

La enfermería comunitaria cumple un rol fundamental en el cuidado de la salud siendo proveedora, educadora y administradora de los cuidados a nivel individual y/o colectivo e investigadora de los mismos. Es a la vez, defensora, asesora, promotora, coordinadora, impulsora, facilitadora y colaboradora en la promoción de la salud.

¹ Ramos Calero E. 2002

6.8 Infancia: es la etapa en la que los niños y niñas tienen que estar en la escuela y en los lugares de recreo, crecer fuerte y seguros de sí mismos y recibir el amor y el estímulo de sus familias y de una comunidad amplia de adultos. Es una época valiosa en la que los niños y las niñas deben vivir sin miedo, seguros frente a la violencia, protegidos frente a los malos tratos y la explotación. Como tal la infancia significa mucho más que el tiempo que transcurre entre el nacimiento y la edad adulta. Se refiere al estado y la condición de la vida de un niño, a la calidad de estos años.

El niño es un ser libre e independiente, psicoafectivo y biológico, con permanente potencial de cambios en su crecimiento y desarrollo, que tiene una familia, una comunidad y un medio ambiente a los cuales pertenece y que le pertenecen, de donde hereda factores culturales, sociales, económicos y políticos.

Crecimiento y desarrollo es el equilibrio de acciones conjuntas de los factores que intervienen en el proceso de crecimiento (se manifiesta por el aumento del número de células) y desarrollo (se determina mediante procedimientos como la aplicación de pruebas psicológicas para evaluar algunos campos que expresan la conducta psicomotriz gruesa y fina, cognoscitiva, psicosexual y psicosocial), que aporta una buena calidad de vida que garantice la conservación de la especie en su hábitat e identifica al niño en su grupo social.

7.9 Pediculosis

Hay tres especies de piojos con las que se puede infectar el Hombre: *Pediculus humanus capitis* (piojo de la cabeza), *Pediculus humanus corporis* (piojo del cuerpo) y *Pthirus pubis* (piojo del pubis o ladilla). Las tres especies pueden ser causantes de la aparición de dermatitis irritante generalmente inespecífica, que en niños puede acabar siendo generalizada.

En ocasiones, a consecuencia del rascado para aliviar el prurito que estos insectos producen, puede aparecer una infección bacteriana secundaria; entonces la lesión adquiere un aspecto más eczematoso y puede confundirse con la sarna.

El parásito puede no causar síntomas hasta tres meses después de la infestación, que es cuando se desarrolla el prurito a consecuencia de la sensibilización por la saliva del mismo.

Generalidades:

Los piojos de la cabeza son pequeños insectos, presentan un cuerpo dividido en 3 segmentos: cabeza, tórax y abdomen. La cabeza tiene un par de ojos, un par de antenas que intervienen en la quimiorrecepción y un aparato bucal especializado en la succión de la sangre del hospedero. El tórax presenta tres pares de patas cortas, terminadas en forma de ganchos, adaptadas para fijarse al tallo piloso, sin alas (por tanto, su transmisión no es mediante saltos ni volando, sino exclusivamente por contacto directo cabeza-cabeza o a través de objetos contaminados como almohadas, peines, horquillas, gorras, etc.). Los animales domésticos no actúan como vectores. Son parásitos humanos, de forma que para subsistir necesitan alimentarse de sangre humana, si no mueren. La pediculosis capitis en estado adulto es de color café que puede variar de acuerdo al pigmento del hospedero afectado. Presentan un dimorfismo sexual, las hembras son de mayor tamaño de 2,4 mm a 4,0mm y tienen dos proyecciones en la porción terminal, denominadas gonopodos especializadas para agarrarse al pelo en el momento de la puesta de los huevos y estimular las secreciones de las glándulas uterinas productoras del cemento que sirve para la fijación de las liendres. Los machos miden entre 2,3mm y 3,0mm y no poseen las mismas estructuras. La hembra adulta deposita en el cuero cabelludo entre 100 y 300 huevos (liendres), fijándolos fuertemente a la raíz del pelo con el cemento producido y hace que los huevos solamente se despeguen por tracción mecánica o utilizando un peine de púas muy finas (liendreras). Los huevos adheridos a la raíz del cabello se van separando del cuero cabelludo a medida que crece el pelo. Por tanto, la distancia a la que se encuentran del cuero cabelludo indica la antigüedad de la infestación. Se considera que una separación de 1 cm supone una antigüedad de un mes. Las liendres se abren a los 5-10 días dando lugar a larvas que en aproximadamente 2 semanas llegan al estado adulto, comenzando así un nuevo ciclo biológico. Para alimentarse vierten una estructura denticulada y cilíndrica con el cual raspan el cuero cabelludo, después proyectan los estiletes bucales que perforan la piel hasta encontrar un capilar sanguíneo. Uno de estos estiletes elimina saliva anticoagulante e irritante mientras que los restantes le permiten alimentarse en varias ingestas diarias. Durante la alimentación y después de ella, defecan. Pueden sobrevivir fuera del hospedero 48 horas.

Clínica

El contacto directo "cabeza con cabeza" es el principal mecanismo de transmisión, siendo el hacinamiento humano, factor clave en su propagación. También puede transmitirse por medio de utensilios como peinetas, pinches, cepillos, sombreros, gorros, bufandas o aparatos de audio personales. La mayoría de los pacientes se encuentran parasitados por no más de 10 a 15 ejemplares adultos, los que son lucífugos, por lo que el diagnóstico se hace por el hallazgo de liendres. El tiempo de evolución de la infestación puede estimarse observando la distancia de las liendres con respecto al cuero cabelludo, así una distancia menor de 6,5 a 8 mm indica una infestación activa o reciente. La irritación por la saliva del parásito provoca eritema de cuero cabelludo, de la zona retroauricular y nuca. El prurito es el síntoma más común.

Complicaciones de pediculosis capitis:



Irritación del cuero cabelludo



Pediculide

Es una reacción papilar secundaria, localizada en cuello y parte superior y posterior del tronco. Estas pápulas miden de 2 a 3 mm, desaparecen espontáneamente después del tratamiento y reaparecen en las reinfestaciones. Se las encuentra en el 20% de los casos de pediculosis.



Excoriación por grataje

Son lesiones de trayecto lineal y paralelas que se localizan con mayor frecuencia en la región posterior de cuello, cicatrizando con zonas de hipo e hiperpigmentación. En el paciente atópico el prurito es más intenso, extendiéndose más allá del cuero cabelludo, a cuello, orejas y tronco superior, en algunos casos puede generalizarse.



Sobreinfección bacteriana

Las excoriaciones favorecen el ingreso de agentes que producen infecciones de la piel como *Streptococcus pyogenes* y *Staphylococcus aureus*. En casos de inmunodeficiencia, se pueden aglutinar los cabellos con las secreciones, formando costras gruesas y fétidas,

donde los piojos pululan. Esto se denomina *plica polónica*, por el registro de casos en Polonia durante la Segunda Guerra Mundial.



Alteración de la raíz del pelo

La pediculosis puede producir alteraciones en las características del pelo. Este puede presentarse ralo, opaco y seco producto de la infestación, del rascado intenso o como consecuencia del uso excesivo de productos químicos. El uso del peine fino y el rascado intenso pueden dejar una alopecia leve. Las alopecias circunscriptas pueden ser secundarias a infecciones del cuero cabelludo y, dependiendo si hubo o no destrucción del bulbo piloso, serán definitivas o transitorias, respectivamente.

Diagnóstico diferencial de pediculosis capitis

Es importante, no confundir liendres con caspa, moldes pilosos, residuos de gel o laca, como también diferenciar los piojos de pulgas y áfidos sobretodo en primavera. En general, las liendres encontradas a más de 1 cm del cuero cabelludo es improbable que estén viables, pues se trata de una infestación antigua. Debe averiguarse si hubo eliminación manual de imagos y ninfas, o bien si existió tratamiento reciente, menor a dos semanas, ya que se trataría sólo de liendres que no han sido retiradas, y si el periodo es mayor a dos semanas podría tratarse de una reinfestación.

Dentro del diagnóstico diferencial de la pediculosis capitis debe incluirse la dermatitis seborreica, psoriasis, tiña capitis e impétigo.

Tratamiento pediculosis

Generalidades

- El tratamiento de la pediculosis de la cabeza está basado en tres pilares: pediculicidas, eliminación mecánica de los piojos y liendres y medidas ambientales para prevenir la transmisión de la reinfestación.
- En cuanto a los pediculicidas hay que insistir en que ningún producto se debe utilizar con fines preventivos (por los efectos adversos y la generación de resistencias), sino solamente como tratamiento con la finalidad de destruir o eliminar el parásito, una vez comprobada su existencia.

- La aplicación debe restringirse al pelo (aplicar desde el cuero cabelludo hasta las puntas), evitando el contacto innecesario con la piel, ojos (lavarlos con abundante agua durante varios minutos en caso de producirse contacto con el producto) o con mucosas (nariz o boca). No se debe cubrir el cabello con toallas (ya que éstas absorben el producto), aunque es opcional la utilización de gorros de plástico para evitar que el producto entre en contacto con la cara. Se recomienda aplicar los productos con guantes desechables. Previamente a la aplicación del producto, el cabello deberá estar seco, en caso de utilizar una presentación en forma de loción, o húmedo si la presentación es en crema. En este último caso, el cabello se deberá secar con una toalla, ya que el exceso de humedad hace que el producto resulte menos eficaz por la dilución, el breve contacto y la peor penetración en el piojo debido a que éste cierra sus espiráculos respiratorios.
- Todos los tratamientos químicos con pediculicidas deben acompañarse de la retirada mecánica de las liendres mediante un peine fino o con la mano (esto último parece ser más eficaz). El tratamiento no debe reducirse exclusivamente a este procedimiento mecánico, ya que en un ensayo clínico randomizado pragmático se ha observado que tiene una tasa de eliminación del parásito del 38% frente al 78% del malatión.

7. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1 Tipo y Área de estudio

El estudio es de tipo descriptivo de corte transversal. Se llevó a cabo entre marzo y agosto de 2013, en un Oratorio de Villa García que comprende los barrios de Paso Hondo, Villa Isabel, El Monarca, 8 de Marzo, Km 19 y 20 de la ruta 8, del departamento de Montevideo.

7.2 Población objeto de estudio

Estuvo constituida por 61 niños y niñas, con edades comprendidas entre los 3 y los 6 años de edad, que concurren al oratorio antes mencionado y que no pertenecen al mismo núcleo familiar.

7.3 Fuente de Datos

La unidad de observación fueron los padres y madres, a los cuales se les realizó una encuesta, para indagar sobre aspectos socio-económicos, de higiene personal y familiar.

Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario estructurado de carácter anónimo con preguntas abiertas, semiabiertas y cerradas, dirigidas a los padres del niño/a para obtener información sobre el conocimiento que poseen sobre pediculosis y las causas que determinan la infección y reinfección de dicha parasitosis, así como las condiciones ambientales que rodean a los niños (Anexo N° 1).

7.4 Aspectos éticos

Los padres, junto con sus hijos e hijas y las autoridades del centro, fueron informados acerca de los objetivos del estudio, antes de su inclusión en el mismo.

A través del consentimiento informado, los padres y madres de los niños y niñas autorizaron su participación en el estudio.

7.5 Procesamiento de datos

Los datos obtenidos fueron transferidos y procesados con un software estadístico, Microsoft Office Excel 2007.

7.6 Cronograma

Para la elaboración del estudio se trazó el siguiente cronograma:

Tarea	Marzo- julio 2012	Julio- Diciembre 2012	Enero- Marzo 2013	Abril	Mayo	Junio	Julio- Agosto	Setiembre
Selección del tema y revisión de la literatura								
Elaboración objetivos y selección de la metodología								
Elaboración del instrumento y marco teórico								
Implementación del instrumento								
Procesamiento de datos								
Elaboración de conclusiones								
Redacción final y presentación del estudio.								
Defensa								

7.7 Recursos

Por tratarse de un estudio de grado a nivel académico los recursos humanos que intervinieron fueron 5 estudiantes de la Lic. en Enfermería.

Dicha investigación estuvo sustentada económicamente por los miembros del equipo investigador, no recibiendo financiamiento externo de ninguna entidad.

Los recursos materiales utilizados para el desarrollo de la investigación se detallan a continuación:

	Rubro	Cantidad	Sub total (en \$)
	Fotocopias	75	113
	Impresiones	850	1600
	Papelería		
	Hojas		
	Carpetas	5	150
	Encuadernación	5	250
	Otros		200
	Transporte		
	Boletos Urbanos	90	1800
	Boletos Suburbanos	30	1550
	Boletos diferenciales	48	1440
	Otros	-	-
	Comunicación		
	Celulares		500
	Teléfonos		100
	Internet		1600
	Alimentos		
	Comidas	15	1500
	Bebidas	5	300
	Gastos Extras		500
	Total \$U		\$ 11.603

7.8 Variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICION
Edad del niño	Período cronológico dividido en años desde el nacimiento hasta el momento actual; permite identificar la etapa del ciclo vital.	- 3 - 4 - 5 - 6	Cuantitativa Discreta
Sexo del niño	Proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos dando por resultado variedades femenina y masculina	- Femenino - Masculino	Cualitativa Nominal
Ultimo evento de pediculosis	Último episodio de pediculosis en el niño.	-menos de un mes -entre uno y cinco meses -más de cinco meses -no sabe/no recuerda -nunca	Cualitativa nominal
Reincidencia en el último año	Número de veces que ha tenido pediculosis en el último año.	- 1 a 3 veces - 4 a 6 veces - 7 a 9 veces - 10 a 12 veces - más de 12 veces - siempre - no sabe - nunca	Cuantitativa Discreta
Existencia de lesiones a causa de pediculosis	Presencia de alteraciones de la integridad del cuero cabelludo.	-Si -No	Cualitativa nominal

Niños escolarizados presentes en el hogar	Número de niños que se encuentren en edad escolar y compartan residencia con el niño estudiado.	-1 -2 -3 -4 -Más de 4	Cuantitativa Discreta
Colecho	Número de personas por cama.	- 1 - 2 - Más de 2	Cuantitativa Discreta
Concurrencia del niño/a al centro educativo	Asistencia del niño a algún Centro de educación Formal.	-Si -No	Cualitativa Nominal
Periodicidad en búsqueda de pediculosis	Frecuencia con que el padre/madre le revisa la cabeza en búsqueda de pediculosis.	-diaria -semanal -quincenal -mensual -más de un mes -solo si hay síntomas -cuando puede	Cualitativa Nominal
Lugar donde padre/madre considera que adquiere la parasitosis	Lugar físico donde el padre/madre considera que el niño puede contagiarse de pediculosis	-centro educativo -vivienda familiar -casa de un amigo -vivienda de otro familiar -centro recreativo -espacio público -en todos lados	Cualitativa Nominal
Formas de contagio	Método por el cual consideran que el niño es contagiado de pediculosis	-compartiendo gorros -compartiendo accesorios de cabello -almohadas -peines -toallas -cabeza-cabeza -vuelan -no sabe	Cualitativa Nominal

<p>Tratamiento aplicado</p>	<p>Tipo de tratamiento que lleva a cabo el padre/madre del niño/a para combatir la infección</p>	<p>-método manual -método mecánico -aplicación de producto casero -aplicación de productos químicos -combinación de los anteriores</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>
<p>Accesibilidad a los piojicidas.</p>	<p>Posibilidad de acceder a los productos químicos para la eliminación o prevención de la pediculosis.</p>	<p>-Si -No</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>
<p>Accesibilidad al centro de salud</p>	<p>Posibilidad de acceder al centro de salud de referencia</p>	<p>-Si -No</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>

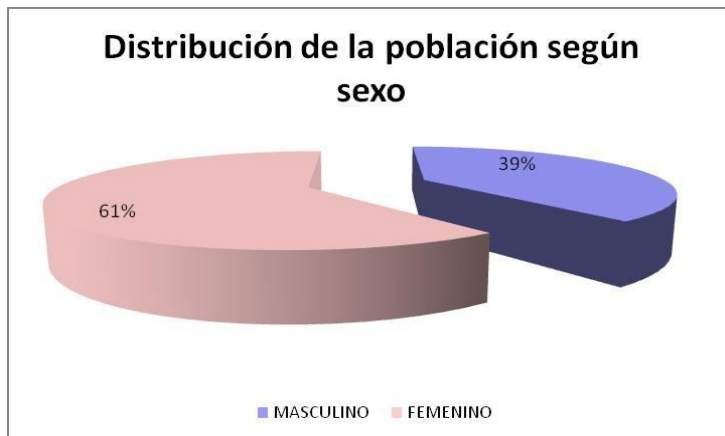
8. RESULTADOS

La base de datos fue obtenida (fuente de datos) a partir de la información recolectada a punto de partida de las entrevistas realizadas a padres/madres de los niños de 3 a 6 años.

TABLA N° 1: DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN SEXO.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN SEXO	FA	FR %
Masculino	24	39
Femenino	37	61
Total	61	100

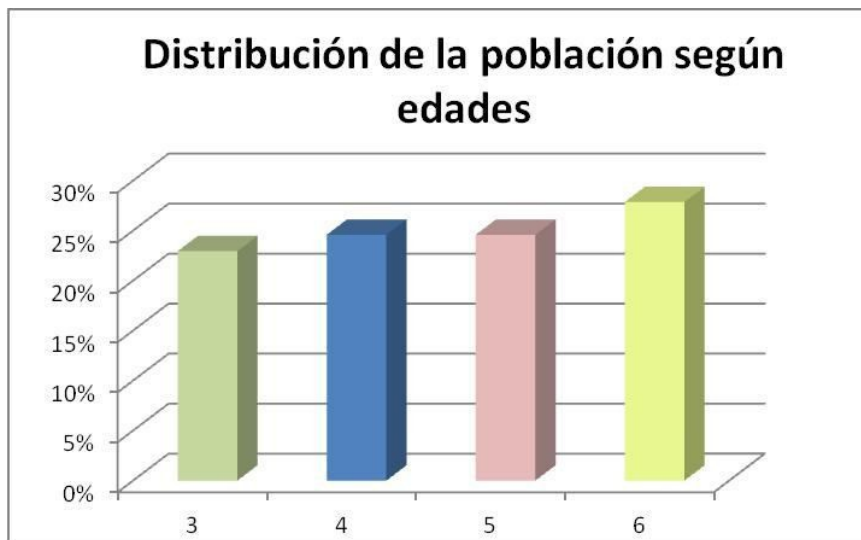
GRAFICA N° 1



Del total de niños estudiados (61), 24 (39%) son niños y 37 (61%) niñas.

TABLA N° 2: DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN EDADES

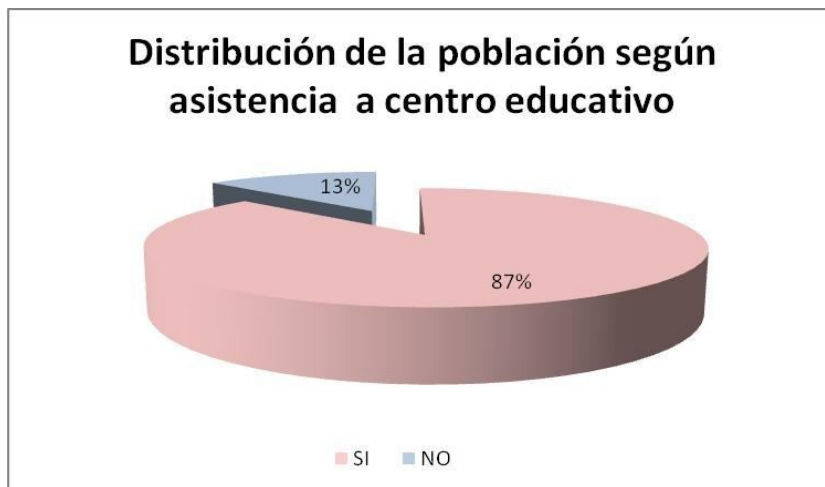
DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN EDADES	FA	FR %
3 años	14	23
4 años	15	25
5 años	15	25
6 años	17	28
Total	61	100

GRAFICA N° 2:

En cuantos a las edades de la población estudiada, se encontró una distribución relativamente homogénea, 17 niños (28%) tienen 6 años, 15 niños (25%) tienen 5, otros 15 (25%) tienen 4 y 14 niños (23%) tienen 3 años.

TABLA N°3: DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN ASISTENCIA A CENTRO EDUCATIVO

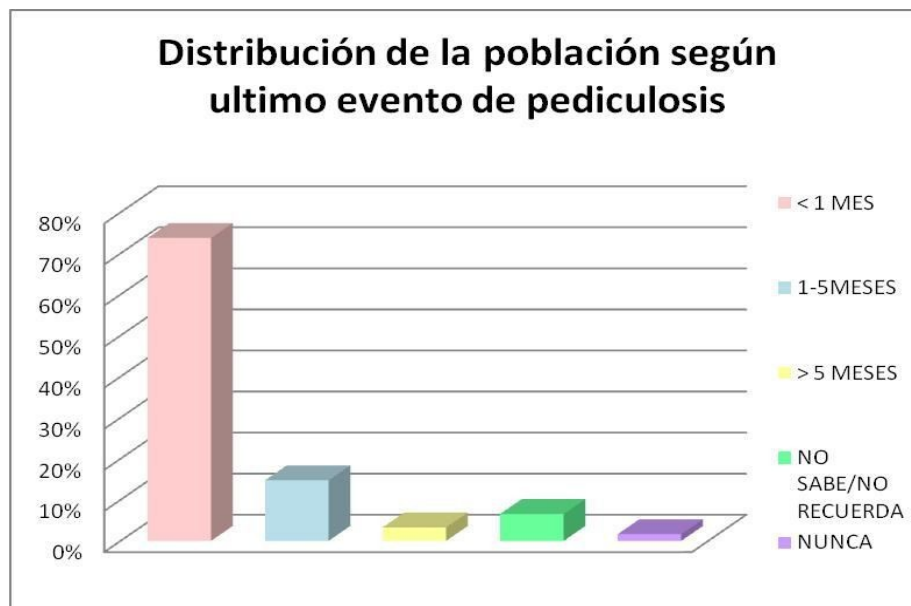
DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN ASISTENCIA A CENTRO EDUCATIVO	FA	FR %
SI	53	87
NO	8	13
TOTAL	61	100

GRAFICA N°3

Por tratarse de una población entre 3 y 6 años de edad, se observa un predominio (87%) de niños que asisten a algún centro educativo, sobre un porcentaje restante (13%) que aun no lo hacen, por tratarse de los niños de 3 años que no han comenzado su ciclo escolar.

TABLA N°4: DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN ÚLTIMO EVENTO DE PEDICULOSIS

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN ULTIMO EVENTO DE PEDICULOSIS	FA	FR %
< 1 mes	45	74
1-5meses	9	15
> 5 meses	2	3
No sabe/No recuerda	4	7
Nunca	1	2
Total	61	100

GRAFICA N°4

La gráfica N°4 muestra que 45 niños (74%) presentaron algún episodio de pediculosis en el último mes, incluyendo también el día de la entrevista. Luego hubo un total de 9 niños (15%) cuyo último episodio ocurrió hace más de un mes y menos de cinco meses, dos niños (3%) hace más de cinco meses que no tienen la infección, de 4 niños (7%) no supieron contestar cuando fue el último episodio, mientras que un niño (2%) nunca ha padecido pediculosis según las respuestas dadas.

TABLA N° 5: DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN NÚMERO DE VECES QUE HA TENIDO PEDICULOSIS EN EL ÚLTIMO AÑO

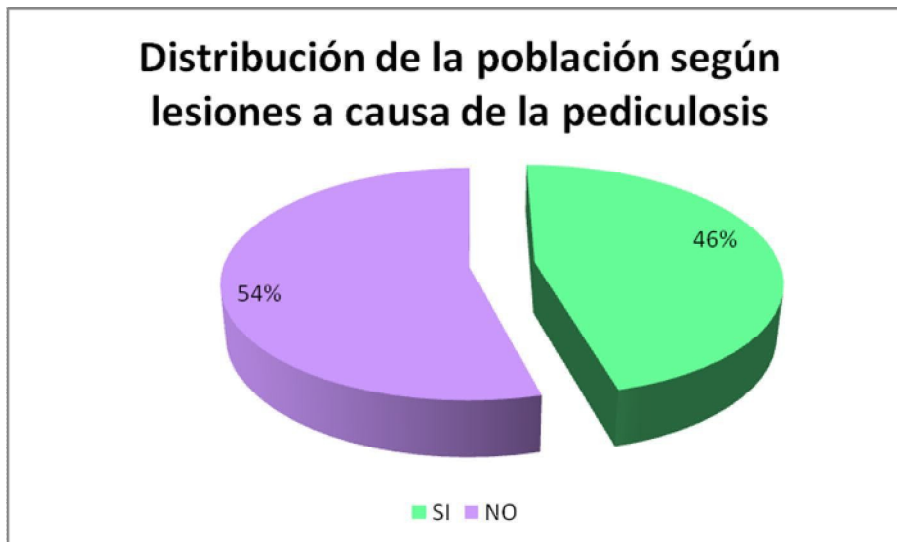
DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN N° DE VECES QUE HA TENIDO PEDICULOSIS EN EL ULTIMO AÑO	FA	FR %
1-3 veces	6	10
4-6 veces	5	8
7-9 veces	2	3
10-12 veces	6	10
> 12 veces	20	33
Siempre	8	13
Ninguna	2	3
No sabe	12	20
Total	61	100

GRAFICA N°5

En la gráfica N°5 se observa que, la mayor parte de la población en estudio (33%) ha repetido esta parasitosis más de 12 veces en un año, 12 de los entrevistados (20%) no supieron cuantificar cuantas veces el niño presentó pediculosis en el mismo periodo, 8 niños (13%) han padecido la infección diariamente durante todo el año, 6 niños (10%) han tenido de 10 a 12 episodios en todo el año, otros 6 (10%) solo de una a tres veces, 5 niños (8%) de cuatro a seis veces, 2 niños (3%) de siete a nueve veces y tan solo 2 niños (3%) no repitieron la infección durante todo el año.

TABLA N° 6: DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN LESIONES CAUSADAS POR PEDICULOSIS

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN LESIONES A CAUSA DE LA PEDICULOSIS	FA	FR %
Si	28	46
No	33	54
Total	61	100

GRAFICA N°6

La gráfica N°6 muestra que, si bien más de la mitad de los niños (54%) nunca tuvieron lesiones a causa de pediculosis, es muy alto el número que si lo padeció (46%).

En cuanto a las características de Higiene y Condiciones Ambientales:

Dentro de las características de higiene personal y condiciones ambientales, se encontraron significativamente asociadas a pediculosis capitis (tal como lo reveló el análisis de las tablas detalladas a continuación), el intercambio de peines y/o cepillos, tener convivientes con pediculosis, la presencia en el hogar de más niños que concurren a centros educativos, las creencias erróneas en cuanto al tema, así como también el haber tenido una infección anterior.

TABLA N°7: DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN NÚMERO DE NIÑOS EN EDAD ESCOLAR PRESENTES EN EL HOGAR.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN N° DE NIÑOS EN EDAD ESCOLAR PRESENTES EN EL HOGAR	FA	FR%
1	13	21
2	19	31
3	17	28
4	9	15
> 4	3	5
Total	61	100

Se observó que de los niños estudiados el 79% conviven con otros niños en edad escolar, lo que sugiere que aumentan las probabilidades de contagio a mayor cantidad de niños. Solo 13 niños (21%) no tienen hermanos ni comparten el hogar con otro niño.

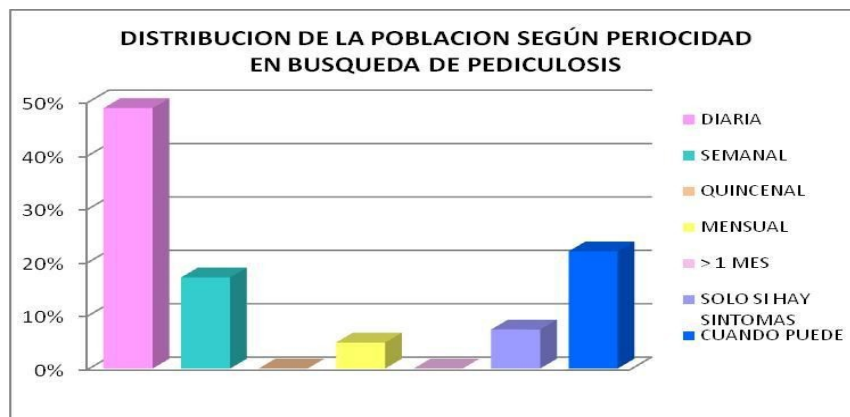
TABLA N° 8: DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN COLECHO

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN COLECHO	FA	FR%
Si	12	20
No	49	80
Total	61	100

La tabla N°8 indica que 49 niños (80%) no comparten cama con ningún otro integrante de la familia, mientras que 12 (20%) si lo hacen con una persona más (colecho).

TABLA N° 9: DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN PERIODICIDAD EN BUSQUEDA DE PEDICULOSIS

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN PERIODICIDAD EN LA BUSQUEDA DE PEDICULOSIS	FA	FR %
Diaria	28	46
Semanal	16	26
Quincenal	0	0
Mensual	2	3
> 1 mes	0	0
Solo si hay síntomas	4	7
Cuando puede	11	18
Total	61	100

GRAFICA N° 9

La gráfica N°9 muestra que a 28 de los niños/as (46%) les revisan diariamente la cabeza en busca de pediculosis, (26%) lo hacen semanalmente, 2 (3%) mensualmente, 4 (7%) les revisan la cabeza cuando aparece algún síntoma y 11 (18%) solo lo hacen cuando pueden.

CUADRO N° 1: DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN LUGAR DONDE CONSIDERAN ADQUIEREN ESTA PARASITOSIS

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN	FA	FR %
LUGAR DONDE CONSIDERAN QUE ADQUIEREN ESTA PARASITOSIS		
Centro educativo	39	64
Vivienda familiar	9	15
Casa de un amigo	5	8
Vivienda de otro familiar	0	0
Centros recreativos	3	5
Espacios públicos	7	11
En todos lados	15	25

En cuanto al lugar donde creen los entrevistados que los niños adquieren pediculosis, el cuadro N° 1 revela que, 39 personas (64%) consideran el centro educativo como lugar de mayor contagio, 15 de los entrevistados (25%) creen que están en todos lados, 9 (15%) piensan que los adquieren en la vivienda familiar, 7 de los entrevistados (11%) creen que se contagian en los espacios públicos (en el barrio, ómnibus, etc.), 5 (8%) en la casa de algún amigo y 3 de los encuestados (5%) consideran que se da en los centros recreativos (plazas, oratorio, etc.).

CUADRO N°2: DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN FORMAS DE CONTAGIO

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN FORMA DE CONTAGIO	FA	FR %
Compartiendo gorros	6	10
Compartiendo accesorios de cabello	11	18
Almohadas	1	2
Peines	4	7
Toallas	1	2
Cabeza a cabeza	28	46
Otros	0	0
Vuelan	36	59
No sabe	1	2

En lo referente a la forma de contagio la mayoría de los entrevistados (59%) creen que los parásitos vuelan y es de esta forma que adquieren dicha parasitosis, mientras que otros (46%) refieren que se contagian a través del contacto cabeza a cabeza, seguido de un porcentaje menor (18%) que refiere se adquieren compartiendo accesorios de cabellos, en un menor número compartiendo gorros (10%), peines (7%), toallas y almohadas (2%).

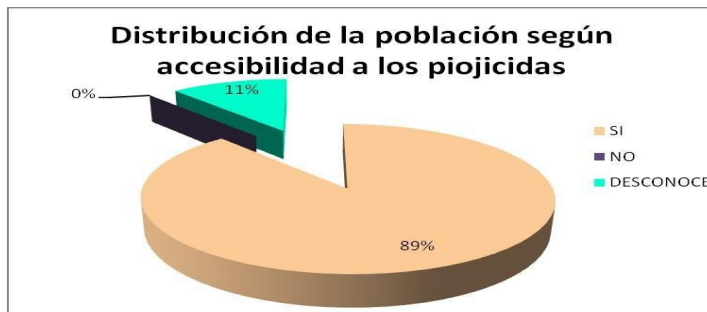
TABLA N° 10: DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN TRATAMIENTO APLICADO

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN TRATAMIENTO APLICADO	FA	FR %
Método manual	1	2
Método mecánico	8	13
Productos caseros	3	5
Productos químicos	3	5
Método manual mas producto casero	2	3
Método manual mas producto químico	2	3
Método mecánico mas producto casero	10	16
Método mecánico mas producto químico	25	41
Método manual mas producto químico y casero	1	2
Método mecánico mas producto químico y casero	2	3
Producto casero mas producto químico	0	0
Método manual mas método mecánico	4	7
Total	61	100

La tabla N°10 muestra que al hablar de tratamiento, los entrevistados manifiestan que el método mecánico más producto químico es el más utilizado (41%), seguido de el método mecánico más producto casero (16%), otros utilizan solo el método mecánico (13%), y en porcentajes menores método manual más método mecánico (7%), productos caseros y productos químicos (en un 5% ambos), el método manual más producto casero o método manual más producto químico, así como también el método mecánico más producto químico y casero es utilizado por un número menor de entrevistado (3% respectivamente)

TABLA N° 11: DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN ACCESIBILIDAD A PIOJICIDAS

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN ACCESIBILIDAD A LOS PIOJICIDAS	FA	FR %
Si	54	89
No	0	0
Desconoce	7	11
Total	61	100

GRAFICA N° 11

La grafica N° 11 evidencia que la mayor parte de los entrevistados (89%) refiere tener accesibilidad a los productos, y un menor número no sabe cuán accesible le resultaría acceder a ellos (no utiliza o nunca intentó acceder a ellos).

TABLA N° 12: DISTRIUBUCION DE LA POBLACION SEGÚN ACCESIBILIDAD A CENTRO DE SALUD

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN ACCESIBILIDAD AL CENTRO DE SALUD	FA	FR %
Si	58	95
No	3	5
Total	61	100

En la tabla N° 12 se observa que, en cuanto a la accesibilidad a los centros de salud 58 (95%) de los encuestados respondió que le es accesible acceder a ellos.

Del total de 61 niños, se encontraron 45 (74%) escolares infectados por *P. capitis* en el último mes.

Si se toma esta población como referencia para analizarla más detalladamente:

TABLA N° 13: DISTRIBUCION DE LA POBLACION INFECTADA/NO INFECTADA POR SEXO

DISTRIBUCION DE LA POBLACION INFECTADA/NO INFECTADA POR SEXO	Niños	Niñas	Total
Infectados	16	29	45
No infectados	8	8	16
Total	24	37	61

TABLA N° 14: DISTRIBUCION DE LA POBLACION INFECTADA POR SEXO

DISTRIBUCION DE LA POBLACION INFECTADA POR SEXO	FA	FR%
Femenino	29	64
Masculino	16	36
Total	45	100

Del total de los niños infectados en el último mes, 29 (64%) correspondieron al sexo femenino.

TABLA N° 15: DISTRIBUCION DE LA POBLACION INFECTADA SEGUN COLECHO

DISTRIBUCION DE LA POBLACION INFECTADA SEGUN COLECHO	FA	FR%
Si	9	20
No	36	80
Total	45	100

De los 45 niños infectados, 9 (20%) comparten la cama con algún integrante de la familia.

TABLA N° 16: DISTRIBUCION DE LA POBLACION INFECTADA SEGÚN PRESENCIA DE LESIONES A CAUSA DE PEDICULOSIS

DISTRIBUCION DE LA POBLACION INFECTADA SEGUN PRESENCIA DE LESIONES A CAUSA DE LA PEDICULOSIS	FA	FR%
Si	23	51
No	22	49
Total	45	100

La tabla N°15 muestra que 23 (51%) niños ha presentado lesiones en alguna oportunidad a causa de pediculosis.

TABLA N° 17: DISTRIBUCION DE LA POBLACION INFECTADA SEGÚN ACCESIBILIDAD A PIOJICIDAS

DISTRIBUCION DE LA POBLACION INFECTADA SEGUN ACCESIBILIDAD A LOS PIOJICIDAS	FA	FR%
Si	40	89
No	0	0
Desconoce	5	11
TOTAL	45	100

En cuanto a la accesibilidad a los piojicidas se observó que, 54 de los entrevistados (89%) manifestaron tener fácil acceso a los mismos, 7 (11%) desconocen si es posible acceder y no se encontraron casos que manifestaran no poder acceder a los piojicidas.

9. ANALISIS

Los niños que concurren a un oratorio en Villa García cuyo rango de edad se encuentra entre 3 y 6 años no escapan a la problemática de pediculosis, que persiste a lo largo de los años en todos los estratos sociales. Los resultados obtenidos en esta investigación guardan relación con los estudios encontrados sobre el tema en la región.

La población estudiada se encuentra en un nivel socio económico bajo, cuyas viviendas son predominantemente de material, contando con energía eléctrica y agua corriente en su interior. Las familias son en su mayoría numerosas, con un promedio de tres niños en etapa escolar por hogar y con padres cuyas edades oscilan entre 26 y 35 años.

En cuanto a la educación formal, un gran porcentaje de los niños se encuentran escolarizados, quedando por fuera de estos algunos de tres años que aún no han comenzado su ciclo escolar, hecho justificado ya que no es obligatorio en esta edad.

Con respecto a los cuidados higiénicos y factores de riesgo que favorecen la persistencia de pediculosis en la población estudiada hay varios puntos a destacar. Las entrevistas revelaron que las madres son las encargadas de los cuidados y en la mayoría de los casos comparten la tarea con los padres. La periodicidad en búsqueda de piojos es diaria en la mayoría de los casos, según nos refieren los padres o madres. Otro porcentaje importante lo hace semanalmente y se destaca un menor número que refiere hacerlo “cuando puede”. Los tratamientos aplicados son de gran variedad; métodos manuales, mecánicos, productos caseros, químicos, las combinaciones de los anteriores, además de los productos químicos no específicos para este fin (remedio para pulgas y garrapatas, vinagre, queroseno, entre otros). Los resultados muestran que si bien se aplican algunos productos preventivos adecuados, lo hacen de manera incorrecta, no logrando la efectividad esperada ya que la reincidencia continúa siendo muy alta. Es muy bajo el porcentaje que aplica el tratamiento en tiempo y forma, y prácticamente no se encontraron casos que lo hagan simultáneamente al resto de los integrantes de la familia.

También se evidenciaron creencias erróneas sobre el tema (piojos que vuelan o saltan, niños con más afinidad de contagio, piojos que sobreviven en la tierra y en el aire, etc.), que resultan difíciles de desarraigar ya que trascienden generaciones y tienen una gran influencia social. Según las encuestas, los entrevistados consideran que en los centros educativos se da el mayor grado de contagio ya que los niños presentan un contacto más directo entre ellos. De ser así este hecho no sería un factor menor ya que por lo hablado con la Dra. Isnardi de la Unidad de Prevención para la Salud (UPS) del CEIP éste organismo no le da mayor trascendencia al tema debido a que se trata de una infección endémica y difícil de medir.

En relación a las lesiones, si bien menos de la mitad de los niños no han presentado este problema a causa de la pediculosis, un número no despreciable si las ha tenido; en estos casos no se ha consultado al médico ni tomado las medidas adecuadas al respecto, favoreciendo la prolongación en el tiempo como la reincidencia de las mismas. Las lesiones mas manifestadas fueron heridas provocadas por el rascado y granos en el cuero cabelludo, provocando en algunos casos inflamación de los ganglios del cuello y nuca.

Un dato importante es el alto número de niños que ha presentado pediculosis en el último mes (74%), de los cuales la mayoría se encontraban infectados al momento de realizarse la entrevista. De esta muestra se destaca que: el mayor porcentaje de infección se dio en niñas (64%), hecho esperado dado que coincide con lo mencionado en los antecedentes debido a la longitud del cabello de las mismas, el número de niños que comparten cama es despreciable, por lo cual no se toma como un factor relevante a destacar en esta investigación.

Por otra parte, si bien los entrevistados consideran acceder a los piojicidas brindados por el centro de salud, el número de niños que continúan infectados y presentan lesiones a causa de pediculosis sigue siendo alto.

10. CONCLUSIONES

Finalizando el estudio se puede concluir que se logró cumplir con los objetivos planteados, pudiendo dar respuesta a la pregunta planteada.

Si bien la pediculosis es una parasitosis endémica, no es considerada una problemática sanitaria. La población de estudio no escapa a esta realidad, encontrándose además dentro del rango de edad con mayor prevalencia según los diversos estudios encontrados.

Las condiciones higiénicas, como ya se mencionara, no son predeterminantes de la parasitosis, pero sí la asiduidad con que se revisa la cabeza y utiliza el peine fino en los niños. En cuanto a esto y la presencia o no de parasitosis al momento de realizar las entrevistas, no siempre las respuestas dadas por los encuestados fueron verdaderas, ya que en varios casos se observó la existencia de liendres y el descuido de la higiene personal de los niños. Cabe destacar que igualmente se tomaron como válidas las respuestas dadas por los encuestados.

En cuanto al conocimiento sobre cómo se contagian, cómo proceder ante la infección, qué productos utilizar y cómo utilizarlos, es escaso y erróneo; las creencias y mitos están bastante arraigados en la población, ya que el uso y abuso de sustancias no apropiadas para esta patología es frecuente, sin tener en cuenta las consecuencias en cuanto a la salud de los niños y favoreciendo la resistencia de los mismos a los productos. Además del desconocimiento cabe destacar que si bien los encuestados refieren tener accesibilidad a los productos adecuados, no es tan fácil acceder a los mismos ya que el centro de salud del barrio no los proporciona, teniendo que trasladarse con la receta del médico hacia la policlínica de Libia, implicando el traslado de varios kilómetros, la utilización de ómnibus urbanos y un gasto extra hacia la familia.

Se considera que por parte de Enseñanza Primaria y las instituciones de salud no se le da mayor trascendencia al tema ya que solo se enfocan en proporcionar los piojicidas, sin tomar medidas educativas de prevención al respecto.

11. SUGERENCIAS

El grupo investigador considera que toda acción que se realice a favor de la promoción y prevención en cuanto a la pediculosis, juega un papel importante en la población infantil, por lo que se propone lo siguiente:

- Realizar jornadas de sensibilización dirigidas a los padres y las madres, en cuanto a la problemática de la pediculosis, tratamientos adecuados, creencias y mitos, advertencia sobre el mal uso de productos químicos, por parte de los profesionales de los centros de salud y policlínicas aledañas, en coordinación con los centros educativos.
- Implementar talleres didácticos para los niños y niñas sobre el hábito del revisado de cabeza por parte de sus padres/madres así como advertir frente a la presencia de síntomas.
- Mejorar las articulaciones de los distintos centros de referencia de la población para facilitar la distribución de los piojicidas.

12. BIBLIOGRAFIA

1. CASTRO CABALLERO CIPRIANO, MALDONADO GOMEZ OLGA, BENGUIGUI YEHUDA, Organización Panamericana de la Salud, programa AIEPI “*La niñez, la familia y la comunidad*”. Washington, D.C.: OPS/PALTEX, 2004.
2. HERNANDEZ SAMPIERI ROBERTO, FERNANDEZ CALLADO CARLOS, BAPTISTA LUCIO PILAR. “*Metodología de la investigación*”. 4ta Edición. D F: McGrawHill; 2006.
3. DOZAL MOLINA MARIA ROSA. Intervención de Enfermería en familias para el autocuidado de niños con cáncer. (Tesis de grado, maestría). Universidad autónoma de Nuevo Leon, febrero de 1995.
4. MUÑOZ TORRE, ESPERANZA. “*Representaciones sociales sobre pediculosis en las profesoras, señoras de servicios generales, padres de familia y niños del jardín infantil de la Universidad de Colombia. Sede Bogotá*”. Tesis de grado: Universidad Nacional de Colombia, facultad de medicina. Maestría en Salud Pública Bogotá, 2007.
5. DÍAZ MARTÍNEZ AG. Actualidades de la pediculosis. Rev Cub Med Gen Integr 1997, 13 (6): 610-618
6. MORENO M CLAUDIA, (Depto. De Microbiología, Universidad de Chile). “*Ectoparasitosis de importancia en Chile. Epidemiología y terapia*”. Revista Chilena de Infectología, 28 (5). Santiago oct. 2011.
7. MILANO ALICIA M. F., OSCHEROV ELENA B. y LEGAL ADRIANA Z. “*Pediculosis y otras parasitosis en una población infantil urbana del norte de Argentina*”. Parasitología Latinoamericana [en línea] ISSN 0717-7712. Disponible en: www.scielo.cl.php.
8. CASAROLA DALMIRO, RUIZ AIXA Y ACOSTA MARIA. “*Estudio clínico-epidemiológico sobre pediculosis capitis en escolares de Coro, estado de Falcón, Venezuela*”. Investigacion clínica vol. 48, n 4 ISSN 0535-5133. Disponible en: www.scielo.org.ar

9. CALDERON-ARGUEDAS OLGER, SOLANO MAYRA Y SANCHEZ CLAUDIO. “*El problema de la pediculosis capitis en escolares del área metropolitana de San José, Costa Rica*”. *Parasitología latinoamericana vol. 58 n 3-4 Santiago jul. 2003. Versión on-line ISSN 0717-7712. Disponible en: www.scielo.cl/scielo.php*
10. CASTRO DOLORES, ABRAHAMAICH ALBERTO, CICCHINO ARMANDO, RIGONI ANA M, RAFFAELI CARLOS, DE BARRIO ALFREDO. “*Prevalencia y estacionalidad de la pediculosis capitis en la población infanto-juvenil de la región sanitaria Bs.As., Argentina*”. *Rev. Salud Pública, 28(4):295-9, 1994. Disponible en: www.scielo.br*
11. DELGADO ADRIANA, KURDELA RITA, GAMARRA KARINA, ARTOLA SILVANA, DAS NEVES GUERREIRO MONICA, MAURE ADRIANA, ET AL. “*Prácticas en prevención y tratamiento de la pediculosis capitis en Comodoro Rivadavia, Argentina*”. *Lat. Am. J. Pharm. 29 (1):132-6 (2010). Disponible en: www.latamjpharm.org*
12. ROSSO A. ROBERTO P., RAMIREZ G. M SOLEDAD Y TORRES H MARISA. “*Pediculosis Capitis: Terapias disponibles*”. *Rev. Chil Infect [en línea] (2003); 20 (20):111-116. Infectología Pediátrica. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071610182003000200005&script=sci_abstract*
13. ZUÑIGA IVAN RENATO, CARO LOZANO JANETT “*Pediculosis: una Ectoparasitosis*”. *Revista de Enfermedades Infecciosas en Pediatría [en línea] vol. XXIV, numero 94. Disponible en: www.enfermedadesinfecciosas.com*
14. CAMPOS H. BLANCA, JOFRE M. LEONOR, NEIRA O. PATRICIA, NOEMI H. ISABEL, SAVEDRA U. TIRZA, SAN MARTIN V ANA MARIA. Artículo, Subsecretaría de Salud Pública. División Previsión y Control de Enfermedades. Depto. Enfermedades transmisibles. Unidad de Enfermedades Emergentes y Reemergentes. Gobierno de Chile. MSP. Disponible en: www.seremiaysen.redsalud.gob.cl
15. MUÑOZ F, ESQUIVEL V, ESCALONA M PESQUISA, tratamiento y resistencia en *pediculosis capitis* en comuna de la Región Metropolitana, Santiago, Chile. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?id_revista=268&id_ejemplar=7098
16. UNICEF. “*La infancia amenazada. Estado mundial de la infancia 2005*”. Artículo [en línea], disponible en <http://www.unicef.org/spanish/sowc05/childhooddefined.htm>.

13. ANEXOS

13.1 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Somos estudiante de la Licenciatura en Enfermería y estamos realizando un trabajo para la finalización de nuestros estudios en la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República. El trabajo consiste en conocer qué hace usted cuando los niños y niñas que tiene a cargo tienen pediculosis (piojos).

Para ello le pediría, si fuera tan amable, me permitiera realizarle unas preguntas que no le tomaran más de 15 minutos de su tiempo. Sus respuestas no serán publicadas y no llevaran su nombre por tratarse de un cuestionario anónimo. Muchas gracias.

DATOS DEL NIÑO/A

1) ¿CUANTOS NIÑOS EN EDAD ESCOLAR VIVEN EN EL HOGAR²?

Nº DE NIÑOS	
1	
2	
3	
4	
más de 4	

² Para el resto de la entrevista se tomaran los datos del niño de menor edad dentro del rango establecido.

2) ¿CUANTOS AÑOS CUMPLIDOS TIENE?

Edad	
3	
4	
5	
6	

3) SEXO:

Sexo	
Femenino	
Masculino	

4) ASISTE ACTUALMENTE A ALGUN CENTRO DE EDUCACION INICIAL O PREESCOLAR (GUARDERIA, JARDIN DE INFANTES, CAIF, ETC.)

¿Concurre?	
SI	
NO	

¿Cuál?	
CAIF	
Jardín	
Escuela	
Otro	

5) ¿ASISTE ACTUALMENTE A UN CENTRO DE EDUCACION PRIMARIA?

¿Concurre?	
SI	
NO	

¿Cuál?	
PUBLICO	
PRIVADO	

DATOS DE MADRE, PADRE O RESPONSABLE DEL NIÑO

1) ¿CUANTOS AÑOS CUMPLIDOS TIENE?

Edad:.....

2) ¿QUE RELACION DE PARENTESCO TIENE CON EL NIÑO O NIÑA?

RELACION DE PARENTESCO:	
Padre/Madre	
Abuela/o	
Hermano/a	
Tía/o	
Cuñado/a	
Madrastra/Padrastro	
Otro	

3) ¿CUAL ES EL NIVEL DE EDUCACION ALCANZADO POR LA PERSONA ENCARGADA DEL NIÑO O NIÑA?

Nivel de educación	
Analfabeto	
Primaria Incompleta	
Primaria Completa	
Secundaria Incompleta	
Secundaria Completa	
Terciara Incompleta	
Terciara Completa	

PERSONAS QUE INTEGRAN EL HOGAR

RESIDENTE HABITUAL: Es la persona que ha vivido en la vivienda la mayor parte de los últimos doce meses o que ha vivido menos tiempo pero se propone seguir viviendo allí.

1) ¿CUANTAS PERSONAS DE ESTE HOGAR RESIDEN HABITUALMENTE EN ESTA VIVIENDA?

Nº de personas que viven en la casa	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
Más de 6	

2) ¿QUIEN APORTA EL MAYOR INGRESO ECONOMICO EN EL HOGAR?

.....
.....

VIVIENDA

1) ¿CUAL ES EL MATERIAL PREDOMINANTE DE LA VIVIENDA?

Material predominante	
Ladrillos	
Ticholos	
Piedras	
Bloques	
Madera	
Chapa	
Barro	
Materiales de desecho	
Otro	

2) ¿CUAL ES EL NUMERO TOTAL DE HABITACIONES QUE UTILIZA ESTE HOGAR, SIN CONSIDERAR BAÑOS Y COCINA?

Número de habitaciones:	
1	
2	
3	
4	
Más de 4	

3) ¿CUANTAS HABITACIONES SON UTILIZADAS EN ESTE HOGAR PARA DORMIR?

Número de habitaciones:	
1	
2	
3	
4	
Más de 4	

4) ¿CUANTAS PERSONAS DUERMEN POR CAMA?

Numero de personas por cama	
1	
2	
Más de 2	

5) ¿CUAL ES EL ORIGEN DEL AGUA UTILIZADA PARA BEBER Y COCINAR?

Origen:	
OSE o red general	
Otros	

6) ¿COMO LLEGA EL AGUA A LA VIVIENDA?

¿Cómo llega el agua a la vivienda?	
Por cañería dentro de la vivienda	
Por cañería fuera de la vivienda	

DATOS HIGIENICOS DEL NIÑO/A

1) ¿QUIEN ES EL RESPONSABLE DE LOS CUIDADOS HIGIÉNICOS DEL NIÑO/A?

.....
.....

2) ¿CADA CUANTO TIEMPO LE REvisa LA CABEZA EN BUSCA DE PIOJOS?

.....
.....
.....

3) ¿CUANDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE LE DETECTO PIOJOS?

.....
.....
.....

4) ¿CUANTAS VECES HA TENIDO PEDICULOSIS EL NIÑO DURANTE EL ULTIMO AÑO?

.....
.....
.....

5) ¿EN ESTE MOMENTO CONSIDERA QUE ALGUNO DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA TIENE PEDICULOSIS?

.....
.....
.....

6) ¿DÓNDE CONSIDERA QUE ADQUIERE SU HIJO ESTA PARASITOSIS?

.....
.....
.....

7) ¿HA DETECTADO EN ALGUNA OPORTUNIDAD ALGUN TIPO DE LESION EN EL CUERO CABELLUDO A CAUSA DE LAP PEDICULOSIS?

.....
.....
.....

¿QUE SABE SOBRE PEDICULOSIS?

1) ¿COMO CREE USTED, QUE SE CONTAGIAN LOS PIOJOS?

.....

.....

.....



Comparte gorros, accesorios de pelos (colitas, broches), almohadas, peines, toallas, etc.

2) ¿QUE HACE CUANDO EL NIÑO/A TIENE PIOJOS?

.....

.....

.....



Método que utiliza (manual, mecánico, etc.), productos (caseros, químicos), creencias, costumbres.

3) ¿CONOCE USTED LOS PROBLEMAS QUE LE PUEDE CAUSAR UNA PEDICULOSIS MAL TRATADA?

.....

.....

.....



¿Cuáles? ¿Por qué?

COBERTURA DE SALUD

1) ¿QUE TIPO DE COBERTURA DE SALUD POSSE EL NIÑO/A?

¿Cuál?	
A.S.S.E	
Mutualista	
Ninguna	

2) EN CUANTO A LA ACCESIBILIDAD AL CENTRO DE SALUD, ¿CONSIDERA QUE ES FÁCIL ACCEDER AL MISMO CUANDO LO NECESITA?

¿Es accesible?	
SI	
NO	

3) ¿A QUE DISTANCIA SE ENCUENTRA EL CENTRO DE SALUD MAS CERCANO?

Distancia	
Menos de 1 km.	
Entre 1 y 5 km.	
Entre 5 y 10 km.	
Más de 10 km	