



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERIA

“FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE ONICOMICOSIS EN PACIENTES
INTERNOS EN EL CERESO LIC. DAVID FRANCO RODRIGUEZ” MUNICIPIO
DE CHARO MICHOACAN.

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA

PRESENTA

MARIA RAMONA OLVERA AREVALO

ASESORA

L. E. O. MA. LILIA ALICIA ALCANTAR ZAVALA

CO- ASESOR

CARLOS GOMEZ ALONSO

MORELIA, MICHOACAN. JULIO 2007

DIRECTIVOS

M.C. JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA
DIRECTORA

L.E.D. MARIA DE JESUS RUIZ RECENDIZ
SECRETARIA ACADEMICA

L.E.D. ANA CELIA ANGUIANO MORAN
SECRETARIA ADMINISTRATIVA

JURADO

L. E. O. MA. LILIA ALICIA ALCANTAR ZAVALA

PRESIDENTE

L. E. O. MARTHA MARIN LAREDO

VOCAL 1

DR. JOSE CARMEN LEDEZMA MORALES

VOCAL 2

DR. BRUNO MONTESANO CASTELLANOS

SUPLENTE

AGRADECIMIENTO

A DIOS POR PERMITIR REALIZARME COMO PROFESIONISTA POR DARME LA OPORTUNIDAD DE VIVIR Y SOBRE TODO POR SER LA LUZ DE MI CAMINO.

A MIS PADRES POR DARME LO MAS VALIOSO QUE ES LA VIDA POR SU APOYO MORAL Y ECONOMICO, POR SUS CONSEJOS Y ANIMO QUE ME DIERON A LO LARGO DE MIS ESTUDIOS. POR LA FE QUE EN MI DEPOSITARON PARA HACER REALIDAD UNO DE MIS SUEÑOS.

A MIS HIJOS POR SU TERNURA, SU PACIENCIA, POR SU AMOR INCONDICIONAL Y POR QUE ES EL REGALO MÁS HERMOSO QUE SE PUEDE TENER EN LA VIDA.

A MIS HERMANOS Y HERMANAS POR APOYARME MORAL Y ECONOMICAMENTE SIN ESPERAR NADA A CAMBIO QUE DIOS LOS BENDIGA SIEMPRE.

A TI: R.A.D.A.

MUCHAS GRACIAS POR EL APOYO INCONDICIONAL, POR LOS MOMENTOS QUE COMPARTES CONMIGO, PERO SOBRE TODO POR TU INFINITA PACIENCIA Y POR CONFIAR EN MI.

A MIS MAESTROS CON AMOR Y GRATITUD, POR AYUDARME EN EL CAMINO DE LA VIDA Y PODER ASI CONCLUIR UNA ETAPA DE MI VIDA. PRINCIPALMENTE A LA MAESTRA MA. LILIA ALICIA ALCANTAR ZAVALA Y AL MATEMATICO CARLOS POR SU PACIENCIA Y DEDICACION Y APOYO BRINDADO EN ESTA INVESTIGACION A LA MAESTRA CARMEN MARIN POR SU ATENCION MIL GRACIAS.

DEDICATORIA

A MIS PADRES POR SER UN MATRIMONIO QUE HA SABIDO AFRONTAR LOS PROBLEMAS Y SALIR ADELANTE, POR DARME UNA EDUCACION QUE ME HA PERMITIDO LOGRAR LA SUPERACION PERSONAL POR QUE CON SU APOYO, SU CONFIANZA Y AMOR QUE ME HAN BRINDADO EL CAMINO QUE HE RECORRIDO HA SIDO MAS LIGERO Y FACIL PARA LLEGAR, A DONDE AHORA ME ENCUENTRO.

INDICE

CONTENIDO	Pág.
I.- Introducción	7-8
II.- Planteamiento del problema	9-10
III- Marco Conceptual	11
3.1 Anatomía y Fisiología de la uña	
3.2 Definición de onicomycosis	11
3.3 Clasificación de onicomycosis	12
3.4 Factores de Riesgo	15
3.5 Cuadro clínico	16-17
3.6 Epidemiología	17-18
3.7 Diagnostico	18-20
3.8 Tratamiento	20-27
3.9 Prevención	27-28
IV.- Objetivos	29
4.1 Objetivo General	
4.2 Objetivo Especifico	
V.- Hipótesis	
VI.- Material y Métodos	29-30
6.1 Tipo de Estudio	
6.2 Universo	
6.3 Población y muestra	30
6.4 Criterios de selección	
6.5 Análisis estadístico	31
VII.- Resultados	31-38
VIII.- Conclusiones	39
IX.- Sugerencias	40
X.- Anexos	41-78
XI.- Bibliografías	79-84
XII.- Glosario	85-88

I. INTRODUCCION

Onicomycosis se refiere a la enfermedad de la uña causada por hongos. En el origen de la misma se involucran tres grupos de hongos bien definidos: los dermatofitos, que son responsables de la mayoría de las infecciones, los mohos no dermatofitos y las levaduras; estos dos últimos son generalmente invasores secundarios a enfermedades previas de la uña o traumatismos, mientras que los dermatofitos pueden causar infecciones primarias. Las infecciones de las uñas y pliegues ungueales causadas por levaduras del género *Candida* fueron descritas por Dubendorfer en 1904 y 1910. Sabouraud hizo una descripción clínico micológica de las enfermedades producidas por dermatofitos, denominando *tiña unguium* a la infección de las uñas por estos microorganismos. English, en 1960, sentó las bases que definirían la relación entre los hongos miceliales aislados de uñas y su significado clínico. Gentles y Evans, en 1970, describen un hongo saprofita del suelo, *Hendersonula toruloidea* que producía infecciones en piel y uñas; desde esa fecha se han publicado numerosos artículos sobre onixis causadas por este hongo. En 1977, Campbell y Mulder aislaron una variante hialina, *Scytalidium hyalinum*, a partir de infecciones de piel y uñas. Desde entonces y hasta la fecha, a pesar de estar bien definidos los grupos de agentes de onicomycosis y del advenimiento de numerosos fármacos antifúngicos para la terapia de estas infecciones, se mantienen las dificultades para establecer un diagnóstico correcto y un tratamiento eficaz, por lo cual se puede afirmar que las onicomycosis siguen siendo una problemática de actualidad.¹

En este centro penitenciario “Lic. David Franco Rodríguez” (CERESO) para el cual laboro, pude observar en un inicio, que la mayoría de los internos padecen onicomycosis, de aquí surge la inquietud de investigar cuál es su frecuencia y los factores de riesgo que la desencadenan, para lo cual, primeramente se realizó una investigación bibliográfica exhaustiva con respecto a lo que las uñas representan dentro del ser humano, así como algunas investigaciones previas realizadas de onicomycosis en el ser humano.

Se aplicó una encuesta dirigida a cada uno de los internos que acudió a consulta, así como también se revisó clínicamente las uñas de los pies y manos a cada uno

¹ <http://www.rmu.org.uy/revista/2003v2/art3.pdf>

de los internos de este centro durante el turno vespertino; la muestra fue calculada por conveniencia tomando internos al azar de los diferentes dormitorios que existen en dicho centro.

Los resultados arrojaron que tiene mayor relevancia la onicomycosis distal lateral y la onicodistrofia total, ya que a estas clasificaciones corresponde la mayoría de los casos; el riesgo relativo está directamente asociado con VIH, en donde se obtuvo una cifra estadísticamente significativa. La principal forma de contagio es compartir chanclas de baño, calcetines y cortaúñas, cabe mencionar que el total de la muestra no tiene instaurado tratamiento alguno para este problema ni contaban con conocimientos previos de esta enfermedad.

Para el procesamiento de datos se utilizó el programa SPSS versión 12 para Windows en donde se obtuvieron tablas de frecuencia y porcentajes; también se utilizó el análisis estadístico en donde se obtuvo a través de la prueba de Chi cuadrada, una significancia de 0.012. Al final se incluyen resultados, conclusiones, sugerencias, anexos, bibliografía y glosario.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La onicomycosis es un padecimiento que no pone en peligro la vida, pero si representa un problema muy serio de salud y tiene un efecto significativo en la calidad de vida por las consecuencias psicológicas y sociales. Esta enfermedad ocasiona una limitación física, pérdida de confianza, disminución del autoestima, causa ansiedad y depresión al limitarle su capacidad de relacionarse con otras personas o la actitud de rechazo de las personas que lo rodean al querer evitar un posible contagio;² la movilidad y destreza disminuidas causan dificultad en las actividades relacionadas al trabajo,³ la marcha puede ser tan dolorosa que impide llevar a cabo las actividades cotidianas. Además, los pacientes refieren disminución de la destreza y dificultad para realizar tareas manuales.⁴

Esta enfermedad no se da sólo en la población de ancianos, pacientes inmunocomprometidos, sino en aquellos pacientes aparentemente sanos y que participan de actividades relacionadas con un mejor estándar de vida, como es el caso de las población estudiantil y trabajadora;⁵ está presente entre el 30 y 40% de las infecciones micóticas superficiales.⁶ Las onicomycosis son la principal causa de enfermedad de la uña en los países desarrollados y a nivel mundial se ha encontrado un incremento en los últimos años; han sido consideradas por diferentes autores como las micosis superficiales más difíciles de diagnosticar y tratar, planteándose que aún cuando aparentemente se realiza un diagnóstico y tratamiento correcto, uno de cada cinco pacientes no se cura. Las onicomycosis pueden tener resultados significativamente negativos en lo emocional y social, pudiendo los afectados experimentar vergüenza, ser tratados como personas con malos hábitos de higiene, como probables fuentes de infección para sus compañeros y amistades, lo que afecta su autoestima y las aísla social y laboralmente. En lo laboral la presencia de una onicomycosis puede condicionar diferentes actividades, por ejemplo, manipuladores de alimentos, maestras,

² Scher RK. Onychomycosis is more than a cosmetic problem. Br J Dermatol 1994; 130(suppl 43): 18.

³ Lubeck D. Measuring health-related quality of life in Onychomycosis. Dermatol 1998; (38): S64-8.

⁴ Berger, Timothy G. Dr. STILLER MATTHEW J. 10, 4; 18 - 27

⁵ Du Vivier A, Phiffip M. Atlas de Dermatología Clínica 21. Edición Mosby/Doyma 1995, 233-7.

⁶ Kenneth A, et al., Manual of Dermatologic Therapeutics, 5.º Edición 1995, 79-82

secretarias, trabajadores de clubes deportivos, entre otros, impidiéndoles desempeñarse normalmente en sus funciones. El reintegro a sus tareas habituales es variable en función del número de uñas afectadas, de la extensión de las lesiones y del agente causal. Ésta enfermedad genera gastos considerables en el sistema de salud. Así mismo las onicomycosis son tratadas pura y exclusivamente como un problema cosmético de importancia relativamente menor, desconociéndose el impacto real que tiene esta enfermedad, alterando la calidad de vida de los pacientes en todos los aspectos antes mencionados.⁷

Por lo antes referido se observa que en este centro penitenciario está presente la onicomycosis y teniendo como referencia los artículos a nivel mundial y nacional, pero ninguno con las características semejantes a este estudio y sabiendo que es un problema que de no tomarse medidas para erradicarlo este persistiría y contagiaría a otros internos que hasta el momento son considerados como sanos desde este punto de vista.

Tomando en cuenta lo anteriormente mencionado y dada la relevancia y trascendencia de este problema, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la frecuencia y los factores de riesgo de onicomycosis en internos del Centro de Readaptación Social (CERESO) “Lic. David Franco Rodríguez” Municipio de Charo, Michoacán?

⁷ <http://www.Rev.Iberoam.Micol.1999;16:S11-S15>

III. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

3.1 ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DE LAS UÑAS

Las uñas son placas sólidas, de células epidérmicas queratinizadas. Estas células forman una cubierta traslúcida, sobre la cara dorsal de la porción distal de los dedos. Cada uña consiste en un cuerpo ungueal, borde libre y raíz de la uña. El cuerpo ungueal es la porción visible de la uña que cubre la parte distal del dedo, el borde libre es la parte que se extiende mas allá del extremo distal del dedo y la raíz de la uña es la parte proximal oculta bajo el pliegue de la piel, la mayor parte del cuerpo ungueal suele tener coloración rosada a causa de la sangre que fluye por los capilares subyacentes el contrario de lo que ocurre en el borde libre de coloración blancuzca. El extremo proximal semilunar blanquecino del cuerpo ungueal se denomina lúnula y debe su color a que no se transparenta en virtud del estrato basal engrosado en esta área. Bajo el borde libre se encuentra una región de estrato corneo también engrosado, el hiponiquio que una a la uña con la yema del dedo, el eponiquio o cutícula es una banda angosta de estrato corneo cuyas células se adhieren a los bordes lateral y proximal del cuerpo ungueal. El epitelio situado debajo de la raíz de la uña se conoce como matriz o lecho ungueal y sus células se dividen por mitosis para el crecimiento de la uña. El crecimiento longitudinal promedio de las uñas de las manos es de casi 1 mm por semana, mientras que en los pies es un poco más lento, mientras mas largos sean los dedos más rápido crecerán las uñas. Desde el punto de vista funcional, las uñas ayudan a sujetar y manipular objetos pequeños en diversas formas protegen el extremo distal de los dedos contra traumatismos y permite rascarse diversas partes del cuerpo.⁸

3.2 DEFINICION DE ONICOMICOSIS

El término onicomicosis, procede del griego donde onychos significa uñas y mycosis significa infección por hongos.⁹ La “onicomicosis” hace referencia a la infección de la uña, de las manos o los pies, por distintos hongos, levaduras o

⁸ Tortora J, Gerard. Reynolds Grabowski, Sandra. Principios de Anatomía y fisiología México Oxford universiti, pres. 2005; 152

⁹ <http://www.reviberoammicol.com/2002-19/068071.pdf>

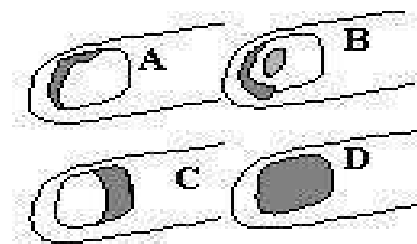
mohos. Por el contrario, el término “tiña ungueal” se refiere específicamente a las infecciones causadas por hongos dermatófitos. Las onicomycosis suponen el 50% de toda la patología ungueal. Los dermatófitos son los agentes responsables en el 90% de los casos de onicomycosis (con mayor frecuencia *Trychophyton rubrum* y *Trychophyton mentagrophytes*). Menos del 10% de los casos está producido por levaduras (*Candida*) u otros hongos no dermatófitos (*Aspergillus*., *Fusarium*., etc.)



Figura 5. La matriz ungueal. ¹⁰

3.3 CLASIFICACION CLINICA DE ONICOMICOSIS

En sus formas clínicas podemos encontrar cambios de color, paquioniquia (engrosamiento), onicólisis (despegamiento), onixis (invasión de la lámina) y distrofia total (desmoronamiento de la uña). Estos signos pueden ser ubicados dentro de la clasificación de la onicomycosis según la puerta de entrada, en las siguientes formas clínicas: a) onicomycosis subungueal distal y lateral (osdl) b) onicomycosis blanca superficial (obs) c) onicomycosis proximal subungueal (ops) d) onicodistrofia total (ot)



11

a) Onicomycosis subungueal distal y lateral (osdl)

¹⁰ http://abdonguerra.blogspot.com/2006_05_01_archive.html

¹¹ Arenas Guzmán, Roberto Micología Médica Ilustrada MC. Graw Hill. Interamericana México D.F. 2003; 70



El tipo más común de onicomycosis, que afecta el hiponiquio y el lecho ungueal distal, con invasión secundaria de la cara inferior de la placa ungueal.¹² Por lo general, es producida por los dermatofitos y ocasionalmente por los mohos.¹³

b) Onicomycosis de superficie blanca (osb)

La invasión de la superficie de la placa ungueal sin cambios inflamatorios, se caracteriza por presentar zonas de color blanco porcelana,¹⁴ con superficie rugosa. Generalmente, es producida por el *T. mentagrophytes* variedad interdigitale, los mohos *Acremonium*, *Aspergillus* y *Fusarium*. Ésta es la forma clínica prevalente en pacientes con SIDA.¹⁵

c) Onicomycosis subungueal proximal (osp)

Se inicia en el eponiquio, luego afecta la placa ungueal a partir de pliegue ungueal proximal, usualmente afecta las uñas de las manos, y son producidas por las levaduras a diferencia de los pacientes con SIDA que pueden presentar esta

¹² Domonkos A, Arnold H. Tratado de Dermatología Salvat Editores SA. 3° Edición 1985; 39-81.

¹³ Zajas N. Clinical manifestations of onychomycosis. Clin Exper Dermatol 1992; 17(Suppl 1): 6-7.

¹⁴ Arenas R. Micología Cutánea Ilustrada. Clínica, Laboratorio y Terapéutica. 1. ° Ed. 1993; 57-62, 223-4.

¹⁵ Evans EG, Path Leeds FRC. Causative pathogens in onychomycosis and the possibility of treatment resistance: a review. Dermatol 1998; 38: S32-36.

forma clínica, pero producida por *T. rubrum* ("marcador de inmunodeficiencia") Además, es frecuente la postparoniquia.

d) Onicodistrofia Total (OT)



Presenta destrucción completa de cuerpo ungueal, las uñas se rompen y desmoronan, con aspecto de madera carcomida y dejan un lecho engrosado que también puede quedar destruido. Usualmente ocurre como resultado de infecciones por dermatofitos pero de larga evolución. También es una forma clínica característica de la candidiasis mucocutánea crónica ²³.

Además, debemos considerar que la onicomycosis de pies es más frecuente que la onicomycosis de manos, en la de pies es más frecuente el *T. rubrum* y el *Trichophyton mentagrophytes*, ¹⁶ mientras que en la de manos es la *C. Albicans*. En el diagnóstico diferencial hay que considerar que si predomina el engrosamiento se debe descartar onicogriposis, psoriasis, liquen plano, y paquioniquia congénita. Si predomina la separación ungueal, descartamos traumas menores, psoriasis, fotosensibilidad, enfermedades circulatorias, enfermedades endocrinas. ¹⁷

¹⁶ Gupta AK, Sibbald RG, Lynde CW, et al. Onychomycosis in children: prevalence and treatment strategies. *J Dermatol* 1997; 36: 395-402.

¹⁷ Rubio MC, Rezusta A, Gill J., y col. Perspectiva micológica de los dermatofitos en el ser humano *Rev Iberolatín Micol* 1999; 16: 16-22.

3.4 FACTORES DE RIESGO

La onicomicosis no es una alteración de origen genético existe una serie de condicionantes ambientales, personales, de carácter social y enfermedades predisponentes que pueden implicar un mayor riesgo de infección por hongos en las uñas: Entre las condicionantes ambientales tenemos: los ambientes cálidos y húmedos pero sobre todo en áreas con climas tropicales y subtropicales y las estaciones climáticas, por ej. Los dermatofitos se presentan más a finales de la primavera, y junto con las levaduras en el verano. En personales el uso de calzado ajustado que impida la transpiración del pie, la sudoración, medias húmedas, mal cuidado de las uñas, edad 60 años o más, fumar, los malos hábitos de higiene, como el secado insuficiente de los pies, personas portadoras de micosis en espacios interdigitales de pies. El trauma ungueal por el uso de uñas artificiales y de endurecedores o el trauma secundario a la práctica de deportes.¹⁸

En sociales: Entre éstos tenemos: el contacto con personas contaminadas o con portadores sintomáticos por lo general, familiares, amigos o compañeros de trabajo y a veces la pareja, en el que lo determinante es la resistencia innata deficiente, el contacto con animales, fómites y superficies contaminadas como usuarios de baños públicos, clubes, y lugares húmedos de uso común en zonas urbanas, como gimnasios, piscinas, escuelas, pacientes hospitalizados y oficinistas, Instituciones como centros de readaptación social, cuarteles, internados, o pensiones,¹⁹et c.).

Enfermedades predisponentes como de Diabetes tipos 1 ó 2, Trastornos circulatorios, como la enfermedad vascular periférica, Trastorno del sistema inmune, como el virus de inmunodeficiencia humano (VIH). Aumento de la población inmuno comprometida, desnutridos, ancianos y trasplantes renales.²⁰

¹⁸ Kerrima M, Elewski B. Epidemiologic survey of superficial fungal disease, *Dermatol* 1996, 38 (Suppl): S64-8.

¹⁹ Raunbord L, Bastrop N, Svejgaard E. Onychomycosis in HIV infected patients. *Acta Dermatol-venerol* 1998, 78: 151-2.

²⁰ Habib TP. *Clinical Dermatology: A Color Guide to Diagnosis and Therapy*. 4th ed. Philadelphia, PA: Mosby Inc; 2004:864-884.

4.5 CUADRO CLINICO

La onicomycosis es un padecimiento frecuente, afecta en mayor proporción las uñas de los pies, que las manos; contrario a lo que sucede en la candidosis. Esta dermatofitosis por lo regular es crónica, generalmente se inicia por el borde libre o distal avanzando hacia la base de la uña. Se puede afectar una o varias, éstas se presentan con pequeñas estrías longitudinales que se van extendiendo lentamente, hasta que las uñas se vuelven opacas, amarillentas, quebradizas, polvosas y se pierde la consistencia del borde. Por lo regular el padecimiento es asintomático, y es por eso que el paciente consulta cuando ya tiene parasitadas varias uñas; por la misma cronicidad se genera gran hiperqueratosis, por lo que la uña se engruesa de 3 o 4 veces su tamaño original; en estos casos el paciente refiere dolor, pero esto se debe a la presión del calzado y no al padecimiento en sí. Es importante citar que los pacientes liberan gran cantidad de “polvo de uñas”, que viene parasitado por muchas esporas, lo que genera focos de diseminación, ya que se depositan con gran facilidad en zapatos, calcetines, y suelo de baños y piscinas, donde las esporas pueden mantenerse viables por mucho tiempo.²¹

Una persona con onicomycosis en las manos pierde la capacidad para efectuar movimientos finos y manipular objetos pequeños, no puede coger un alfiler o un clip porque la uña pierde su consistencia; si se trata del pie, entonces se puede alterar la estructura de la uña, encarnarse o presentarse la deformidad conocida como "uña en pinza", que provoca dolor al caminar o incluso al estar en reposo. Esta imperfección es visible y puede afectar las relaciones interpersonales del paciente, pues la onicomycosis es percibida por los demás como un problema contagioso, sucio y repugnante. Así ocurre, sobre todo, en quien no utiliza calzado o usa sandalias descubiertas al momento de practicar algún deporte o tener actividades de esparcimiento, ya sea en la playa, alberca, baño de vapor, lo que redundará inmediatamente en su imagen, la cual se deteriora, sin contar con que en ocasiones se restringe su ingreso a los centros deportivos.

²¹ Bonifaz, Alejandro Micología Médica Básica Méndez Editores, México D.F. 2005; 60

Como se ha visto, la manifestación de onicomicosis es muy variable y depende del tipo de hongo. Así, algunos pacientes refieren tan sólo un cambio de coloración mientras que otros presentan destrucción severa y evidente de la uña. Asimismo, hay que puntualizar que, generalmente, esta afección es indolora, y que cuando hay molestias se debe a que la uña se encuentra enterrada debido a que su forma ha cambiado.²²

3.6 EPIDEMIOLOGIA

A nivel internacional

Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo en estudiantes de la Universidad Nacional de Ingeniería que asisten a consulta especializada por onicomicosis entre junio de 1997 y mayo de 1999. El estudio abarca 187 pacientes de ambos sexos, de los que se obtuvo 228 muestras que se estudiaron por examen directo y de ellas 127 fueron cultivadas en Agar Sabouraud-dextrosa solo o con cloramfenicol y cicloheximida, incubador a 25° C. Identificación final se hizo en medios empobrecidos con harina de arroz. Solo 115 de las muestras fueron positivas al cultivo. Los agentes etiológicos más frecuentes son el *Trichophyton rubrum* y la *Candida* sp. Las formas clínicas más frecuentes fueron la onicomicosis distrófica total, la onicomicosis subungueal distal y lateral y la forma superficial blanca. A través de encuesta se obtienen una serie de datos epidemiológicos como edad, sexo, prevalencia, incidencia, nivel socioeconómico, clima y otros factores que facilitan las onicomicosis (trauma, calzado, contactos, etc.) cuyos resultados se exponen en tablas y gráficos. El análisis estadístico se realiza por una serie de pruebas y se consideró que la proporción de aciertos con el examen directo es significativamente mayor que con cultivo en onicomicosis de manos y que en el estudio de uñas de pies no existe diferencia significativa entre uno y otro examen.

22

<http://www.saludymedicinas.com.mx/SUBARTICULO2.asp?ID=1438&IDC=6&IDS=1&bann=bellesa&nbresub=piel>

A nivel Nacional

La onicomycosis u hongos en las uñas son un padecimiento muy común; ocho millones de mexicanos lo sufren. Según estudio realizado en la ciudad de México marzo. 09, 2004.- Así lo menciona Roberto Arenas, dermatólogo y micólogo, asegura que son muy frecuentes, "de hecho entre las enfermedades de las uñas constituyen el 50% y se producen por el contacto con hongos".²³

3.7 DIAGNOSTICO

Existe una gran cantidad de alteraciones ungueales que ofrecen semejanzas desde el punto de vista clínico y este hecho influye de manera determinante en la dificultad de establecer el diagnóstico correcto. El diagnóstico de onicomycosis es clínico, epidemiológico y micológico. El diagnóstico clínico se basa en la apariencia de las uñas. El diagnóstico epidemiológicos, se basa en la procedencia del paciente; los antecedentes de otras infecciones relacionadas, como tiña pedis, contacto con posibles focos infectantes, como otras personas o animales; la ocupación que favorezca el desarrollo de la onicomycosis; el antecedente de traumatismo ungueal, etcétera. Por último, el estudio micológico es el confirmatorio de la causa micótica específica. Consta del examen directo y cultivos; ambos se realizan luego de tomar la muestra a partir de las lesiones y siguen siendo la principal herramienta en el diagnóstico de las onicomycosis.²⁴ La obtención de la muestra, La fase preanalítica es un paso crucial para establecer un diagnóstico correcto; la muestra obtenida debe ser adecuada en calidad y cantidad. El instrumental usado así como los contenedores para recoger, conservar y transportar la muestra debe ser estéril. Hay que realizar una correcta desinfección de la zona afectada (lavado con agua y jabón o desinfección con alcohol 70°). Esto minimiza el desarrollo de contaminantes ambientales o de la flora normal, los que pueden confundirse con los agentes etiológicos.

²³ <http://www.esmas.com/noticierostelevisa/noticieros/348867>.

²⁴ Elewski BE. Diagnostic techniques for confirming Onychomycosis. J Acad Dermatol 1996; 35(3): 6-9.

También es importante consignar si el paciente está recibiendo tratamiento con antifúngicos tópicos o sistémicos al momento de realizar el estudio micológico ya que esto puede ser causa de falsos negativos (siendo ideal la ausencia de estos tratamientos).²⁵

De tratarse de un patrón de afectación subungueal lateral y distal, la recolección del material deberá hacerse con bisturí de punta fina por debajo de la lámina ungueal tratando de llegar al límite entre la zona sana y la afectada.²⁶

Examen directo. El examen microscópico directo de la muestra se hace con el agregado de hidróxido de potasio al 40%, esto permite ablandar, digerir y aclarar parcialmente la queratina, facilitando la visualización de los elementos fúngicos. La preparación se observa entre lámina y laminilla en microscopio óptico a 200 y 400 aumentos. La microscopía podrá orientar sobre la etiología del agente fúngico; la observación de filamentos hialinos, regulares y artrosporados son sugestivos de dermatofitos; la presencia de hifas sinuosas, irregulares, con o sin conidias, con o sin pigmento, entre otras características, hacen sospechar la existencia de otros hongos miceliales no dermatofitos; si se observan levaduras ovaladas con o sin seudofilamentos, no pigmentadas, dispuestas en acúmulos, ello induce a plantear la causa candidiásica de la onixis. Es de destacar que el examen directo confirma la etiología micótica de la onixis, permitiendo iniciar el tratamiento antifúngico inmediatamente; pero la identificación final del hongo causal solo se puede realizar mediante cultivos, son fundamentales para aislar e identificar el agente etiológico, sabiendo que ello puede modificar la conducta terapéutica. Las muestras se siembran en Sabouraud (gelosa glucosaza y peptonada de Sabouraud), para la mayoría de los hongos y en Sabouraud con cicloheximida para inhibir, total o parcialmente, el desarrollo de hongos contaminantes. El aislamiento y la identificación del hongo en los cultivos se completan con una correcta valoración del mismo, siendo fundamental determinar si el hongo aislado está implicado en la onicopatía o es un mero contaminante. Sin lugar a dudas, el aislamiento de dermatofitos a partir de una onixis confirma

²⁵ Ballesté R, Salvatella R. Manual de toma de muestras para estudio microbiológico, parasitológico y micológico. PHAO/ OMS, 2002. [En prensa].

²⁶ Hay RJ. The future of Onychomycosis therapy may involve a combination of approaches. Br J Dermatol 2001; 3-8

que se trata de una tiña unguium (onicomicosis por dermatofitos), pero el aislamiento de una levadura o de un moho no dermatofito puede reflejar contaminación ambiental o de zonas adyacentes a la lesión, ser flora normal o ser el agente real de la onicopatía.²⁷

El examen directo positivo y las características de los elementos fúngicos observados orientan en este sentido ayudando a dilucidar el problema.²⁸ En aquellos casos en los que el examen directo es negativo y en los cultivos desarrollan mohos no dermatofitos o levaduras, se cita nuevamente al paciente y se toman muestras para un nuevo examen micológico que confirmará o descartará la causa micótica de la lesión. En esta última situación se requiere que el paciente concurra nuevamente para tomar una segunda muestra, lo cual a veces es dificultoso;²⁹ consideramos que esta última metodología es muy costosa para nuestro medio, por lo que preferimos manejarnos con la primera opción.³⁰ Además, es necesario recalcar que no se aceptan hoy día las llamadas “onicomicosis mixtas” (dermatofitos y hongos filamentosos/dermatofitos y levaduras) según los principios de English, y trabajos de Ellis y colaboradores.³¹

3.8 TRATAMIENTO

En la actualidad disponemos de numerosos antifúngicos para el tratamiento de las onicomicosis tanto tópicos como orales. Pero el tratamiento de las onicomicosis es un reto terapéutico complejo determinado por las características anatómicas del substrato ungueal. Según el área o masa ungueal afectada, el tratamiento puede tener un resultado variable puesto que la respuesta terapéutica va a ser diferente. La presencia de afección de la matriz ungueal y/o de los

²⁷ Ellis DH, Marley JE, Watson AB, Williams TG. Significance of non-dermatophyte moulds and yeast in Onychomycosis. Br J Dermatol 1994; 7-8.

²⁸ English MP. Nails and fungi. Br J Dermatol 1976; 697-701.

²⁹ Gupta AK, Cooper EA, Mac Donald P, Summerbell RC. Utility of inoculum counting (Walshe and English Criteria) in clinical diagnosis of Onychomycosis caused by nondermatophytic filamentous fungi. J Clin Microbiol 2001; 2115-21.

³⁰ Ellis DH, Marley JE, Watson AB, Williams TG. Significance of non-dermatophyte moulds and yeast in Onychomycosis. Br J Dermatol 1994; 7-8.

³¹ Ellis DH, Marley JE, Watson AB, Williams TG. Significance of non-dermatophyte moulds and yeast in Onychomycosis. Br J Dermatol 1994; 7-8.

bordes laterales, el grosor de la lámina ungueal y la presencia de dermatofitomas determinarán la respuesta al tratamiento.³²

Asimismo es importante tener en cuenta la forma de valorar el resultado, puesto que la curación micológica no va ligada necesariamente a la curación clínica. Todo ello implica que en el diseño de un tratamiento actualizado de las onicomycosis deba considerar: Las diferentes formas de afectación de la lámina ungueal, Las diferentes modalidades de tratamiento; y La valoración de la eficacia terapéutica tanto clínica como micológica.

En cuanto a las diversas formas clínicas hay que considerar para su atención:

1) Afección distal; 2) Afección lateral; 3) Afección proximal - matriz ungueal; 4) Área total afectada: < 50 %, 50-80 %, > 80 %; 5) Uñas de las manos o de los pies; 6) Presencia de dermatofitomas.

En función de la clínica podemos optar por un tratamiento local, oral o combinado. El tratamiento de las onicomycosis presenta generalmente unas tasas de fracaso terapéutico próximas al 25 % en los ensayos clínicos, a las que hay que añadir una tasa de un 10 % adicional en la práctica clínica, sin diferenciar entre recidivas o reinfecciones.³³

Las razones del fracaso pueden ser:

1) El bajo cumplimiento del tratamiento por el paciente, que generalmente se cifra en tan sólo un 52%.

2) Farmacocinética inadecuada de los fármacos empleados para alcanzar toda la masa ungueal afecta. La lámina ungueal y el área subungueal no son un terreno uniforme en cuanto a la difusión de fármacos. Los fármacos orales alcanzan con dificultad los bordes laterales y la mayor parte de la lámina ungueal en caso de onicolisis, mientras que los tópicos difícilmente difunden hasta las capas más

³² Baran R, de Doncker P. Lateral edge nail involvement indicates poor prognosis for treating onychomycosis with the new systemic antifungals. Acta Dermato- Venereol 1996; 76:82-83.

³³ Hay RJ. The future of onychomycosis therapy may involve a combination of approaches. Br J Dermatol 2001;145(Suppl 60):3-8

profundas de la lámina ungueal. La penetración en las masas de los dermatofitomas es difícil y errática tanto con los tratamientos tópicos como orales.³⁴ En los tratamientos tópicos es importante establecer su capacidad de difusión en la lámina ungueal, para lo cual es básico un vehículo adecuado como el introducido recientemente en algunos preparados antifúngicos en forma de laca ungueal.³⁵ De los antimicóticos de administración oral está demostrada la penetración y depósito en la lámina ungueal del itraconazol, fluconazol y terbinafina, aunque evidentemente existen diferencias entre ellos que obligan a realizar pautas de administración diferentes (intermitentes o continuas) y de duración variable.³⁶

3) Por otra parte cabe la posibilidad de resistencia al tratamiento, aunque existen muy pocos estudios sobre este punto, especialmente en relación a los dermatofitos u hongos filamentosos. Es interesante constatar que técnicas de biología molecular han permitido establecer una marcada heterogenicidad dentro de cada una de las especies de dermatofitos y, por ejemplo, recientemente se han identificado hasta 25 subespecies de *Trichophyton rubrum*.³⁷

Estas subespecies pueden no presentar resistencia a los distintos antifúngicos, pero sí una sensibilidad variable y/o una mayor o menor capacidad de formar dermatofitomas. Por otra parte, la presencia de formas artrosporadas pueden constituir una fuente de reinfección, ya que su menor susceptibilidad al tratamiento puede hacer que persistan en la masa ungueal con posibilidad de reactivación.³⁸

³⁴ Roberts DT, Evans EG. Subungueal dermatophytoma complicating dermatophyte onychomycosis. Br J Dermatol 1998;138:189-190

³⁵ Pittrof F, Gerhards J, Erni W, *et al.* Loceryl nail lacquer – realization of a new galenical approach to onychomycosis therapy. Clin Exp Dermatol 1992; 1:26-28.

³⁶ Roberts DT. Onychomycosis: Current treatment and future challenges. Br J Dermatol 1999; 56:1-4.

³⁷ Jackson CJ, Barton RC, Kelly SL, *et al.* Strain identification of *Trichophyton rubrum* by specific amplification of subrepeat elements in the ribosomal DNA nontranscribed spacer. J Clin Microbiol 2000; 238:4527-34.

³⁸ Evans EG. The rationale for combination therapy. Br J Dermatol 2001;145(Suppl. 60):9 -13

La valoración de la eficacia del tratamiento también presenta su dificultad. No se dispone de una valoración objetiva que permita un seguimiento del tratamiento en cuanto a la mejoría clínica. Además, el estudio micológico en las lesiones ungueales depende de la toma correcta de las muestras a analizar que puede condicionar resultados falsamente negativos, ya sea en el examen directo como en el cultivo. Asimismo pueden existir resultados contradictorios entre el examen directo y el cultivo, con positividad de uno y negatividad de otro.³⁹

Terapia tópica y oral

La aparición de nuevos antifúngicos tópicos y sistémicos ha supuesto un avance importante en el tratamiento de las onicomycosis. La terapia tópica constituiría el tratamiento ideal, ya que no produce efectos adversos sistémicos ni interacciona con otros posibles fármacos que reciba el paciente, pero su uso en forma de monoterapia sólo consigue la curación en un pequeño subgrupo de onicomycosis (afectación inferior al 50% de la superficie de la lámina ungueal). Por ello en el resto de casos se precisa la administración de antifúngicos sistémicos.

Tratamiento tópico. El tratamiento tópico está indicado en onicomycosis superficiales con afectación inferior al 50% de lámina ungueal y respeto de la matriz ungueal, y en aquellos pacientes en los que el tratamiento sistémico esté contraindicado. En la actualidad disponemos de antifúngicos formulados en bases de lacas, consiguiendo que el principio activo contacte con la uña durante un periodo largo de tiempo y a una concentración eficaz (Tabla 1).

³⁹ Arrese JE, Pierard-Franchimont C, Píerard GE. Facing up the diagnostic uncertainty and management of onychomycosis. *Int J Dermatol* 1999; 38 (Suppl 2): 1-6.

Tabla 1. Tratamiento de las onicomycosis. Pautas de antifúngicos tópicos.

Fármaco	Posología	Duración del tratamiento
Amorolfina 5%	Una o dos veces / semana	Manos: 6 meses Pies: 9-12 meses
Ciclopiroxolamina 8%	1 aplicación / 48h (1er mes) 2 aplicaciones / semana (2º mes) 1 aplicación / semana (3er mes)	No superar 6 meses

La amorolfina, perteneciente a la familia de las morfolinas, es un antifúngico de amplio espectro que vehiculizado en laca al 5%, se aplica una o dos veces por semana durante seis meses en las onicomycosis de las manos y 9-12 meses en las de los pies.⁴⁰ La laca ungüal de ciclopiroxolamina es un antimicótico hidroxipiridínico de amplio espectro,⁴¹ formulado a una concentración del 8% debe aplicarse cada 48 h durante el primer mes y, posteriormente, disminuir el número de aplicaciones a dos veces por semana durante el segundo mes y, finalmente, a una vez por semana, siendo recomendable no superar los seis meses de tratamiento.⁴²

Tratamiento sistémico. Los antifúngicos sistémicos utilizados clásicamente en el tratamiento de las onicomycosis, griseofulvina y ketoconazol, han sido sustituidos por nuevos principios activos que consiguen mejores resultados, con menor duración de tratamiento y mejor perfil de seguridad.

El itraconazol es un derivado azólico con acción fungicida frente a dermatofitos y cándidas, que mantiene unos niveles elevados en las uñas durante seis a nueve meses tras su administración. Actualmente disponemos de dos pautas de tratamiento de las onicomycosis con itraconazol de eficacia similar. La pauta

⁴⁰ Niewerth M, Korting HC. Management of Onychomycosis. Drugs 1999; 58:283-96.

⁴¹ Zaugg M. Amorolfine nail lacquer: clinical experience in onychomycosis. J Eur Acad Dermatol Venereol 1995; 4 (Suppl 1):S23-S30

⁴² . Gupta AK, Fleckman P, Baran R. Ciclopirox nail lacquer topical solution 8% in the treatment of toenail onychomycosis. J Am Acad Dermatol 2000; 43 (Suppl 4):S70-S80.

clásica (continua) consiste en la administración de 200 mg/día durante 12 semanas en caso de afectación de las uñas de los pies y durante seis semanas cuando se afectan las uñas de las manos. La pauta intermitente consiste en la administración de 200 mg/12 h durante una semana al mes, a lo largo de un período de dos meses para las onicomycosis de las manos y de tres meses para las de los pies.⁴³ Los principales efectos adversos son gastrointestinales, cutáneos y hepáticos, y es muy importante tener en cuenta su gran número de interacciones farmacológicas.⁴⁴ El fluconazol es otro derivado azólico eficaz en el tratamiento de las onicomycosis, de características similares al itraconazol, que se administra en forma de pauta pulsátil a dosis de 150-300 mg una vez a la semana, durante tres meses en onicomycosis de las manos y seis meses en las de los pies.⁴⁵

La terbinafina es un antimicótico que pertenece al grupo de las alilaminas. Ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de las onicomycosis causadas por dermatofitos a dosis de 250 mg/día administradas durante seis semanas cuando se afectan las uñas de las manos y durante 12 semanas cuando se afectan las de los pies.⁴⁶

Se necesitan más estudios con la pauta intermitente para establecer su dosis y duración óptima. Por el momento, la pauta recomendada consistiría en la administración de 250 mg/12 h una semana al mes durante dos meses (onicomycosis de las manos) y cuatro meses (onicomycosis de los pies). Entre los efectos adversos destacan los gastrointestinales y cutáneos, y la alteración del

⁴³ Odom RB, Aly R, Scher RK, *et al.* A multicenter, placebo-controlled double-blind study of intermittent therapy with itraconazole for the treatment of onychomycosis of the fingernail. *J Am Acad Dermatol* 1997; 36:231-5.

⁴⁴ Ratz J, Blumberg M. Onychomycosis. www.emedicine.com/derm/topic300

⁴⁵ Gupta AK, Scher RK, Rich P. Fluconazole for the treatment of onychomycosis: an update. *Int J Dermatol* 1998; 37:815-20.

⁴⁶ De Backer M, De Vroey C, Lesaffre E, *et al.* Twelve weeks of continuous oral therapy for toenail onychomycosis caused by dermatophytes: a double-blind comparative trial of terbinafine 250 mg/day versus itraconazole 200 mg/day. *J Am Acad Dermatol* 1998;38:S57-S63

gusto. A diferencia de los derivados azólicos presenta escasas interacciones farmacológicas.⁴⁷

Terapia combinada. La terapia farmacológica combinada viene avalada por los estudios de acción terapéutica sinérgica en su acción fungistática-fungicida, realizados con los diversos antifúngicos in vitro y en animales de laboratorio.⁴⁸

Dadas las dificultades apuntadas en el tratamiento de las onicomycosis, los resultados de los estudios realizados permiten establecer que el enfoque terapéutico en las onicomycosis con la terapia farmacológica combinada, asociando un tratamiento tópico con un tratamiento oral ofrece mejores probabilidades de eficacia. La asociación de dos antifúngicos orales se ha considerado con precaución dada la posibilidad de aumentar la hepatotoxicidad, la nefrotoxicidad u otros efectos secundarios. Por ello sólo se ha publicado un estudio limitado de tratamiento con asociación de terbinafina e itraconazol oral y secuencial no simultáneo en onicomycosis de los dedos de las manos.⁴⁹

Los estudios más numerosos se han realizado combinado tratamiento tópico y oral. En 1987 se publicaron los resultados del tratamiento con la combinación disolución ungüeval de tioconazol al 28 % y griseofulvina oral⁵⁰ y posteriormente la combinación de isoconazol al 1% en crema asociado a itraconazol o griseofulvina orales.⁵¹

⁴⁷ Gupta AK, Lynde CW, Konnikov N. Single-blind, randomized, prospective study of sequential itraconazole and terbinafine pulse compared with terbinafine pulse for the treatment of toenail onychomycosis. *J Am Acad Dermatol* 2001; 44:485-491.

⁴⁸ Polak A. Combination of amorolfine with various antifungal drugs in dermatophytosis. *Mycoses* 1993; 36:43-49.

⁴⁹ Gupta AK, Konnikov N, Lynde CW. Sequential pulse therapy with itraconazole and terbinafine to treat onychomycosis of the fingernails. *J Dermatol Treat* 2000; 11:151-154.

⁵⁰ Hay RJ, Clayton YM, Moore MK. A comparison of tioconazole 28 % nail solution versus base as an adjunct to oral griseofulvine in patients with onychomycosis. *Clin Exp Dermatol* 1987; 12:175-177.

⁵¹ Arenas R, Fernandez G, Dominguez L. Onychomycosis treated with itraconazole or griseofulvine alone with and without a topical antimycotic or keratolytic agent. *Int J Dermatol* 1991; 30:586-589.

Recientemente se han ensayado terapias combinadas con laca de amorolfina al 5% y un tratamiento oral con terbinafina o itraconazol basados en la experiencia anterior con la asociación de laca de amorolfina y griseofulvina.⁵²

Tratamiento de las onicomycosis. Pautas de antifúngicos sistémicos.

Fármaco	Posología	Duración del tratamiento
Itraconazol	Continua: 200 mg/día Intermitente: 200 mg/12 h (1 semana al mes)	Manos: 6 semanas Pies: 12 semanas Manos: 2 meses Pies: 3 meses
Fluconazol	150-300 mg 1 vez / semana	Manos: 3 meses Pies: 6 meses
Terbinafina	Continua: 250 mg/día Intermitente: 250 mg/ 12h (1 semana al mes)	Manos: 6 semanas Pies: 12 semanas Manos: 2 meses Pies: 4 meses

En el año 2000, Baran y col, realizan un ensayo clínico randomizado comparando la terapia combinada con amorolfina al 5% en laca y terbinafina oral frente a terbinafina oral únicamente, en onicomycosis causadas por dermatofitos que afectan a la matriz ungueal, obteniéndose mejores resultados con la terapia combinada con una curación clínica y micológica del 72,3 % a los 18 meses. En el año 2002, Lecha y col, han descrito los resultados comparativos de la terapia combinada con laca de amorolfina al 5% (24 semanas) e itraconazol oral (12 semanas) frente a itraconazol oral en solitario (12 semanas), en un ensayo clínico multicéntrico abierto, obteniéndose unas tasas de curación clínica y micológica a las 24 semanas de tratamiento del 94 % para la combinación, frente al 69 % para el tratamiento oral único. Estos ensayos clínicos en conjunto muestran la obtención de resultados más favorables con la terapia combinada tópica y oral que con las terapias orales únicas, teniendo en cuenta que los pacientes incluidos presentan las formas de onicomycosis de mayor dificultad de tratamiento

⁵² Lauharanta J, Zaug M, Polak A, et al. Combination of amorolfine with griseofulvine: in vitro activity and clinical results in onychomycosis. JAMA 1993;9 (Suppl 4): 23-27.

(afectación de la matriz ungueal o más de un 80 % de la lámina ungueal) y tanto de etiología dermatofítica⁵³ como candidiásica o por hongos filamentosos.⁵⁴

3.9 PREVENCIÓN

Para prevenir la onicomycosis, se recomienda el cuidado adecuado de las uñas y de la piel que las circunda. Se debe evitar cualquier lesión en la uñas o en las puntas de los dedos. Las uñas no se deben comer ni raer y, debido a que son de crecimiento lento, el daño puede causar una herida que dura meses. Se sugiere igualmente proteger las uñas de la exposición a los detergentes y químicos, usando guantes protectores de caucho o plástico, preferiblemente forrados en algodón. Para minimizar el riesgo, se recomienda mantenerlas libres de asperezas y cortarlas semanalmente. Las uñas de los pies crecen más lentamente, por lo tanto se deben cortar cada mes. Para el arreglo de las uñas de las manos y de los pies, se pueden utilizar tijeras afiladas, cortaúñas o una lima para suavizar los bordes. Las uñas están más suaves después del baño y son más fáciles de cortar. También, es recomendable recortar las uñas de las manos haciendo bordes ligeramente redondeados y las uñas de los pies rectas y no muy cortas. No se recomienda recortar las cutículas ni usar removedor de cutícula porque éstos son corrosivos y pueden dañar la piel que rodea la uña. El arreglo de la cutícula provoca daño en la piel de la base de la uña, el cual es un punto de entrada para hongos (y bacterias) que pueden producir infección. Durante el día, los pacientes deben mantener sus pies secos; recomiéndeles que se apliquen talco y que usen calcetines de algodón, así como zapatos bien ventilados. Además, recordarles que no deben caminar descalzos,⁵⁵ secarse bien los pies después del baño y cuando se frecuentan lugares públicos utilizar chanclas, porque así evita la transmisión, si la tienen y adquirirla si están sanos"⁵⁶

⁵³ Baran R, Feuilhade M, Datry A, *et al.* A randomized trial of amorolfine 5% solution nail lacquer combined with oral terbinafine compared with oral terbinafine alone in the treatment of dermatophytic toenail onychomycosis affecting the matrix region. *Br J Dermatol* 2000; 142:1177-1183.

⁵⁴ Lecha M, Alsina M, Torres Rodríguez JM, Ruiz de Erenchun F, Mirada A, Rossi B. An open-label, multicentric study of the combination of amorolfine nail lacquer and oral itraconazole compared with oral itraconazole alone in the treatment of severe Onychomycosis. *Current Therapeutic Research (in press)*.

⁵⁵ <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001444.htm>

⁵⁶ <http://www.esmas.com/noticierostelevisa/noticieros/348867.html>

IV.- OBJETIVOS

4.1 GENERAL

Analizar la frecuencia y los factores de riesgo para que existan casos de onicomicosis en internos en el Centro de Readaptación Social (CERESO)

Lic. David Franco Rodríguez.

4.2 ESPECIFICOS

- Determinar la frecuencia y tipo de onicomicosis desde el punto de vista clínico en internos en el Centro de Readaptación Social (CERESO) Lic. David Franco Rodríguez.
- Identificar los factores de riesgo asociados a los diferentes tipos de onicomicosis.
- Establecer la distribución de la patología por variables sociodemográficas.

V. HIPOTESIS:

La onicomicosis se encuentra asociada al hábito de fumar, a los inmunocomprometidos, al hacinamiento, tipo de calzado, y el cuidado personal, así como los objetos de uso personal.

VI. MATERIAL Y METODOS

Se seleccionó una muestra de 414 internos de un total de 2100 internos lo cual represento el 19.71 % de la población varonil. Dichos internos fueron revisados minuciosamente en pies y manos por el personal del área médica. Asi como también se les realizo una entrevista dirigida mediante un cuestionario con preguntas estructuradas en un total de 27 reactivos. La cual contenía datos sociodemográficos tales como edad, estado civil, escolaridad, integrantes de la familia, ocupación, adicciones, y la relación de variables cuestionándoles sobre la patología de onicomicosis el estudio fue llevado acabo en el centro de

readaptación Lic. David Franco Rodríguez de Morelia Michoacán. Estudio realizado del 1º. De noviembre del 2006 al 1º. De febrero 2007.

6.1 TIPO DE ESTUDIO:

Transversal: Un estudio transversal o estudio de prevalencia es un estudio epidemiológico, observacional, descriptivo, en el que en un único momento temporal, se mide a la vez la prevalencia de la exposición y del efecto en una muestra poblacional, es decir, permiten estimar la magnitud y distribución de una enfermedad o condición en un momento dado.⁵⁷

Descriptivo: Un estudio descriptivo es un tipo de metodología a aplicar para deducir un ambiente o circunstancia que se esté presentando; se aplica describiendo todas su dimensiones en este caso se describe el organo u objeto a estudiar. Identificar casos de enfermedad, estimar su frecuencia y examinar tendencias de la población estadística.⁵⁸

Observacional: Los estudios observacionales son un conjunto de estudios epidemiológicos en los que no hay intervención por parte del investigador, y éste se limita a medir las variables que define en el estudio. Un estudio observacional puede ser descriptivo o analítico.⁵⁹

6.2 UNIVERSO DE ESTUDIO

El universo fue de 414 internos que acudieron a consulta médica en el turno vespertino, en el CERESO Lic. David Franco Rodríguez.

6.3 POBLACION Y MUESTRA

⁵⁷ http://es.wikipedia.org/wiki/Estudio_transversal

⁵⁸ http://es.wikipedia.org/wiki/Estudio_descriptivo

⁵⁹ http://es.wikipedia.org/wiki/Estudio_observacional

La siguiente investigación es realizada, en el Centro de Readaptación Social (CERESO) “Lic. David Franco Rodríguez, de Morelia Michoacán, con un total de 2100 internos de los cuales se entrevistan 414; esta muestra representa el 19.7 % de la población varonil.

6.4 CRITERIOS DE SELECCION

INCLUSION Hombres internos que acuden a consulta médica durante el turno vespertino al área médica varonil y que quisieron participar en el estudio.

EXCLUSION Hombres internos que acudieron a consulta y que no quisieron participar en el estudio.

ELIMINACION Hombres internos cuya información requerida no fuera verídica o completa.

6.5 ANALISIS ESTADISTICO

Para las variables continuas el análisis estadístico fue llevado a cabo en términos de medias y desviación estándar, para variables discretas en frecuencias y porcentajes. Se ilustraron tablas de distribución, así como tablas de contingencia y graficas de barras. El procesamiento de los datos se realizó con el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS Ver. 12.0 *para Windows*). Se obtuvieron los riesgos relativos (RR) con su respectivo intervalo de confianza al 95 %. El estadístico de prueba fue no paramétrico Chi-cuadrado. Las cifras *estadísticamente significativas* fueron aquellas para las cuales se asoció un $P_valor < 0.05$.

VII. RESULTADOS

Se entrevistaron 414 internos en el CERESO Licenciado David Franco Rodríguez; los cuales tuvieron un promedio de edad de 33.43 años, con una desviación estándar de 9.92 de los cuales su estado civil es 23.2 % (96) están en

unión libre, el 6 % (25) son divorciados, el 31.4 % (130) son casados y la modalidad 38.6 % (160) son solteros y tan solo .7 % (3) refiere ser viudos. Ver cuadro No. 1

En cuanto al grado de escolaridad el 6.3 % (26) son Analfabetas y el 35 % (145) el valor de la moda que pertenece a primaria incompleta y tan solo 1.7 (7) cuentan con estudios profesionales. Los demás porcentajes fluctúan en un rango de .5% a un 24.4 %. Ver cuadro No. 2

De estos internos entrevistados el promedio de personas que integran su familia 4.2 en promedio los integrantes de cada familia con una desviación estándar de 2.67. Observamos que 13.8% (57) refieren no tener integrantes de la familia. Ver cuadro No. 3

La mayoría de los internos dependen económicamente de su esposa 52.2 % (216), le sigue que dependen de sus padres el 25.4% (105), siguiéndole un 20.3 % que son (84) que no dependen de nadie, finalmente el 2.2 % que son (9), dependen de sus hermanos. Ver cuadro No.4

La moda en la ocupación encontramos que el 57 % (236) se dedican a la talabartería, le sigue con 28.7% (119) no realiza ninguna actividad, siguiéndole Un 11.8 % (49) se dedican a la carpintería y un 1.7 % (7) realizan la actividad de repujado y finalmente .7 % que son (3) se dedican a otras actividades. Ver cuadro No. 5

Respecto a las adicciones en tabaquismo encontramos un 63.5 % (263) usuarios, siguiéndole un 19.3 % (80) usuarios de heroína, en lo que respecta al uso de marihuana encontramos un 5.1 % (21) en usuarios de cocaína encontramos un 1.9 % (8) sin adicciones encontramos un 9.4% (39) y por ultimo lo que menos hay es alcoholismo .7 % (3) usuarios. Ver cuadro No.6

De los padecimientos que más se encontraron fueron gastritis en un 57.2 % (237) casos, le sigue la dermatitis con un 30.2% (125) casos nos encontramos solamente el 1.9 % (8) no tienen padecimiento actual, los siguientes DM2, HTA,

DM2HTA, Hepatitis C, VIH Y ASMA son 1.7 %, 1.2 %, 1.2%, 2.9 %, 2.7 % y 1% respectivamente. Ver cuadro No. 7

Respecto al porcentaje en conocimiento en el padecimiento de onicomycosis que es la esencia del presente trabajo tristemente nos damos cuenta que nadie la conoce pues un 99.8 % (413) así la refiere y tan solo una persona dice conocer el padecimiento. Ver cuadro No. 8

Con base en las imágenes y literatura se compara por medio de cotejo, el tipo de onicomycosis no se llevaron a cabo estudios de laboratorio para emitir diagnóstico por lo tanto la enfermera lo realizó en el 99.5 % (412) y un .5 % (2) el médico. Ver cuadro No. 9

Una vez cotejado el diagnóstico de onicomycosis se procedió a la clasificación de la misma obteniendo el 43.5 % (180) internos sanos siguiéndole onicomycosis subungueal con un 35.5 % (147) internos enfermos de onicodistrofia total 19.8 % (82) casos y por último la onicomycosis candidiásica 1.2% (5) casos nada más. Ver cuadro No. 10

En lo que refiere a cuantas uñas presentan el padecimiento nos encontramos un 40.3 % (167) menos de 5 uñas enfermas, un 15.7 % (65) más de 5 uñas enfermas y un .5 % (2) todas las uñas y un 43.5 % (180) no tienen ninguna uña enferma. Ver cuadro No. 11

En cuanto a tratamiento el 98.8 % (409) no tiene ningún tratamiento, y en 1.2 % (5) refiere si llevar tratamiento. Ver cuadro No.12

En cuanto a conocimiento en riesgo de el padecimiento no existe información y se tiene un 99.8 % (413) y nada más un .2 % (1) que si conoce sobre el padecimiento. Ver cuadro No. 13

La mayor parte de la muestra realiza actividad física 75.1% (311) y el 24.9% (103) no. Ver cuadro No. 14

En cuanto a visita familiar el 69.8 % (289) si tienen el 30.2 % (125) no tienen visita familiar. Ver cuadro No 15

En cuanto a la frecuencia de visita familiar encontramos que un 13.8 % (57) tiene vista dos veces por semana, un 24.6 % (102) tiene visita una vez por semana, un 33.8 % (140) tiene visita una vez por mes y un 27.8 % (115) no tienen visita. Ver cuadro No. 16

En cuanto a que pueden comprar su tratamiento un 1.9 % (8) si pueden comprar su tratamiento y un 98.1 % (406) no pueden comprar su tratamiento. Ver cuadro No. 17

En cuanto al aseo personal un 81.6 % (338) se bañan diario, un 17.4 % (72) se bañan dos veces por semana y un 1.0 % (4) se bañan una vez por semana. Ver cuadro No. 18

En cuanto al cambio de ropa un 34.8 % (144) se cambian diario, un 64.0 % (265) se cambian cada tercer día y un 1.2 % (5) se cambian cada ocho días. Ver cuadro No. 19

En cuanto a los objetos de uso personal encontramos que un 65.0 % (269) si comparten cortaúñas y un 35.0 % (145) no comparten cortaúñas, un 32.6% (135) si comparten chanclas, un 67.4 % (279) no comparten chanclas, un 1.7% (7) si comparten zapatos, un 98.3 % (407) no comparten zapatos, un y 1.7% (7) si comparten calcetines, un 98.3 % (407) no comparten calcetines. Ver cuadro No. 20, 21, 22, 23.

En cuanto al calzado que más utilizan los internos nos encontramos que un 13.8 % (57) utilizan guarache, un 30.7 % (127) utilizan zapato y un 55.6 % (230) utilizan tenis. Ver cuadro No. 24

En cuanto a como viven encontramos que un 19.3 % (80) viven cinco en una celda, un 69.1 % (286) viven ocho en una celda y un 11.6 % (48) viven más de ocho en una celda. Ver cuadro No. 25

En cuanto al material de aseo que utilizan encontramos que un .5 % (2) realizan el aseo solo con agua, un 25.4 % (105) utilizan agua y jabón, un 67.1% (278) utilizan agua cloro y jabón, tan solo un 7.0 % (29) lo realizan con agua, cloro, jabón y pinol. Ver cuadro No. 26

Una vez que se describió la distribución de las variables, se pasó a una segunda etapa en el presente trabajo, en donde hubo una asociación de los diferentes tipos de onicomycosis.

En la distribución de la patología de onicomycosis encontrada de acuerdo al número de uñas afectadas, se encontró que el valor más alto es el de la onicomycosis subungueal distal lateral en menos de 5 uñas, 26.8% (111) le sigue la onicodistrofia total para el mismo caso de menos de 5 uñas, 13.5% (56) y en opción de más de 5 uñas afectadas presentan la onicomycosis subungueal con 8.2% (34) y la onicodistrofia total con un 6.3 % (26) y solamente con onicomycosis candidiásica en más de 5 uñas 1.2 % (5) y finalmente 0.5% (2) casos de onicomycosis subungueal distal lateral, en todas las uñas. Se encontró un 43.5% (180) internos sin patología. Ver cuadro No. 27

Al ver esta misma distribución de la patología asociada al compartir o no cortaúñas, la onicomycosis subungueal distal lateral tiene una relación con los que sí comparten cortaúñas 66.2% (96) y con los que no lo comparten 33.8 % (49). La onicodistrofia total guarda una relación similar pues de los que sí comparten cortaúñas, es un 62.2 % (51) con los que no lo hacen es del 37.8 (31); la onicomycosis candidiásica se presenta en un 20% (1) que refiere compartir cortaúñas contra 80% (4) que no lo hacen. Llama la atención que el 66.1% (119) de los sanos dicen compartir cortaúñas contra un 33.9 % (61) que no comparten y que también son sanos. Ver cuadro No. 28

Al ver esta distribución en tipo de onicomycosis y el compartir chanclas, encontramos que en la onicomycosis subungueal distal lateral es mayor el porcentaje entre los internos que no comparten chanclas 58.5 % (86) contra los que si comparten 41.5% (60) y en onicodistrofia total se guarda una relación proporcional similar 35.4 % (29) que si comparten. En cuanto a onicomycosis

candidiásica se refiere tan solo un 20 % (1) contra 80% (4) que no; los sanos 75.6% (136) no comparten chanclas contra un 24.4 % (44) que si lo hacen. Muy a pesar de que los porcentajes de no compartir chanclas son mayores que los que si comparten, se encuentra una asociación entre esta distribución de patología y el hecho de compartirlas. Ver cuadro No. 29. ($\chi^2=10.862$; 3; $p=.012$)

Al ver esta distribución en tipo de onicomycosis y el compartir zapatos se encontró que en la onicomycosis subungueal distal lateral es mayor el porcentaje entre los internos que no comparten zapatos 97.3 % (143) contra los que sí comparten 2.7% (4) y en onicodistrofia total los porcentajes presentados son muy similares 2.4 % (2) que sí comparten y un 97.6% (80) que no comparten zapatos. En onicomycosis candidiásica se encontró que no comparten zapatos el 100% (5) de igual manera en los sanos en 0.6% (1) sí comparten y entre los que no comparten 99.4 % (179). En resumen la mayoría no comparte zapatos y sólo un 1.7 % tienen onicomycosis que sí los comparten. ($\chi^2=2.783$; 3; $p=.426$). Ver cuadro No. 30

En la distribución de la patología y el compartir calcetines se encontró que en onicomycosis subungueal distal lateral es mayor el porcentaje entre los internos que no comparten calcetines 97.3% (143) y los que si comparten el 2.7% (4); en cuanto a onicodistrofia total sí comparten calcetines 97.6% (80) no los comparten el 2.4% (2) y en onicomycosis candidiásica no comparten el 100% (5); entre los sanos tenemos que no comparten el 99.3% (179) y sí comparten el .6% (1). ($\chi^2=2.783$; 3; $p=.426$). Ver cuadro No. 31

Al ver la patología de onicomycosis y el padecimiento actual se encontró que en onicomycosis subungueal distal lateral y el padecimiento actual de gastritis es del 63.9% (94) con onicomycosis distal y lateral, siguiéndole la onicodistrofia total con un 63.4%(52) y en onicomycosis candidiásica se tiene un 40.0% (2). ($\chi^2=50.477$; 24; $p=.001$). La presencia de la onicomycosis está asociada al padecimiento actual Ver cuadro No. 32

Existen comunidades, grupos de individuos, familias o individuos que presentan más probabilidades que otros de sufrir un padecimiento futuro. Estos individuos son vulnerables y dicha vulnerabilidad tiene sus razones, entre otras, las

características de tipo genético, ambiental, biológicas, psicológicas... que actuando entre sí desencadenan un proceso, entonces surge la posibilidad de que suceda un evento de consecuencias adversas o de resultados no deseados y se le denomina riesgo.

El término riesgo implica que la presencia de una característica o factor aumente la probabilidad de que esas consecuencias se presenten. La medición de esta probabilidad constituye el enfoque de riesgo. Luego un factor de riesgo es la característica detectable de un grupo de personas que se sabe asociado con un evento en la probabilidad de padecer, desencadenar o estar expuesto a un proceso mórbido. Por lo tanto el riesgo relativo (RR) compara frecuencia con que ocurre el daño entre los que tienen el factor de riesgo y los que no lo tienen. (Fuerza de asociación entre la exposición y la enfermedad).

En la patología de la onicomicosis se asociaron posibles factores de riesgo a los cuales se les calculó su Riesgo Relativo (RR), como su intervalo de confianza al 95 %. También se buscaron asociaciones con el estadístico de prueba no paramétrica Chi-cuadrada.

En cuanto al hábito tabáquico, este da un riesgo relativo asociado de 1.390 (.941, 2.055) a la patología de onicomicosis, la asociación no fue significativa.

Si se tiene VIH el factor de riesgo asociado de tener onicomicosis sería de 1.818 (.887, 3.720), aquí cabe resaltar que si existió cifra estadísticamente significativa (Chi=3.997, P=.046).

Si se tiene la patología de Gastritis, el factor de riesgo de onicomicosis positivo sería de 1.249 (.620, 2.515) asociado a una gastritis por estrés.

En cuanto al cuidado personal, el riesgo de que no se bañan a diario sería de 1.059 (.859, 1.305); en cuanto a lo que al cambio de ropa se refiere asociado a la patología, este es un factor de riesgo pequeño 1.087 (.906, 1.306).

El compartir objetos de uso personal como el cortaúñas no tiene relevancia, pero sí el compartir las chanclas, arrojando un riesgo de 1.325 (1.116, 1.540)

estadísticamente significativo al igual que la asociación (Chi-cuadrado=9.659, P=.002) y esta sería la variable más importante. El compartir calcetines y zapatos da un resultado de 1.530 (1.117, 2.095) cifra *estadísticamente significativa* del riesgo relativo para ambos casos. Estas son también variables muy asociadas a un valor de probabilidad alta.

En cuanto al calzado que utilizan el hecho de asociar zapato con guarache, en zapato da un 1.295 (.942, 1.780) y zapato sobre tenis se obtiene un valor más pequeño de 1.021 (.851, 1.225), por ultimo tenis sobre guarache, arroja para el tenis 1.268 (.935, 1.718); se puede observar que el mayor riesgo está asociado al uso de zapato cerrado.

En lo que se refiere a la convivencia se observa que en las celdas con más de 5 internos da una cifra de 1.096 (.861, 1.384) de riesgo relativo asociado. En la celda de 8 internos se incrementa este porcentaje de riesgo para tal caso 1.341 (1.007, 1.786) cifra *estadísticamente significativa* quizás tres veces más que el anterior. Esta es otra de las variables importantes en donde el hacinamiento tiene gran influencia hacia la onicomycosis. El valor de asociación Chi-cuadrado = 3.767, P=.052), Ver cuadro No. 33.

Por último se procedió a obtener los riesgos relativos asociados a los objetos personales por tipo de onicomycosis. Dicho factor de riesgo relativo estimado para cada uno de los tipos de onicomycosis por el compartir objetos de uso personal, con sus compañeros de celda y en este caso son cortaúñas, chanclas, calcetines y zapatos. Se encontró que en cuanto a onicomycosis de tipo subungueal, el riesgo estimado en zapatos y calcetines es de un 1.801 (1.143, 2.839) cifra *estadísticamente significativa* en ambos objetos personales. Respecto a onicodistrofia total el compartir estos mismos dos objetos personales es de 2.158 (0.950, 4.904). Se observa que el riesgo estimado es mucho más alto en onicodistrofia total que en la onicomycosis subungueal distal y lateral, sólo que este tipo de onicodistrofia total no es tan significativa como la subungueal. En cambio en el compartir chanclas y cortaúñas en el factor de riesgo asociado es más alto en el tipo de onicomycosis subungueal 1.014 (.786, 1.308) y 1.500 (1.189,1.891) respectivamente que en la onicodistrofia total .890 (.617, 1.285) y 1.417 (.985, 2.037). Cabe mencionar que las chanclas tienen un riesgo más alto y

además significativo en onicomycosis subungueal que en la onicodistrofia total. Respecto a la onicomycosis candidiásica el factor de riesgo asociado al cortaúñas es pequeño 0.135 (.015, 1.187) y a lo que a las chanclas se refiere 0.778 (.089, 6.781) patología tan solo 1.2% (5) del total de muestra. Ver cuadro No. 34.

VIII. CONCLUSIONES

Después de haber llevado acabo la presente investigación en el CERESO “Lic. David Franco Rodríguez” se concluye que la onicomycosis subungueal distal lateral y la onicodistrofia total son de las onicomycosis las más sobresalientes y esto representa un problema de suma importancia desde el punto de vista de salud pública.

Existe varios factores de riesgo que influyen en la presencia de onicomycosis entre los que se encuentran el tabaquismo, la gastritis, el compartir objetos de uso personal como son el cortaúñas, las chanclas, los zapatos, los tenis, los calcetines, el hacinamiento, el aseo personal deficiente, el aseo de la celda en que viven el cual es deficiente.

De los factores de riesgo antes mencionados, el compartir chanclas, calcetines y zapatos son los que tienen más relevancia para la presencia de onicomycosis, situación, que en su gran mayoría se encuentra presente.

La mayor parte de los internos de este centro penitenciario, desconoce este problema y la forma de contagio, de tal manera y por consecuencia, su prevención.

Enfermería no participa en la prevención, en la detección ni en el tratamiento de esta enfermedad, es hasta ahora que se está involucrando en esta situación en particular.

IX. SUGERENCIAS

Incidir por parte el personal de enfermería en la prevención de onicomicosis con los usuarios, a fin de que conozcan la forma de contagio para que tengan un autocuidado eficaz contra este problema.

La mayor parte de las acciones corresponden a las autoridades, quienes deben de suministrar material, equipo y ropa para que se cuente con mejores condiciones de higiene dentro del CERESO.

Dar a conocer los resultados de la presente investigación a las autoridades de este centro penitenciario, para que se tomen las medidas necesarias correspondientes a esta enfermedad.

Contemplar, a nivel de autoridades del centro, la requisición de medicamentos antimicóticos tanto tópicos como sistémicos, para que el tratamiento sea a través de ambas vías de administración.

Sugerir a las autoridades que en caso de gestionar la obtención del tratamiento farmacológico, este sea estrictamente supervisado por el personal de enfermería para evitar su comercialización en el interior del CERESO.

Los medicamentos dotados, deben formar parte del cuadro básico, de tal forma, que no existan faltantes que conlleven a la suspensión del tratamiento, lo que ocasionaría resistencia por parte del hongo causal.

A nivel de esta Facultad de Enfermería, que esta opción de titulación sea cada vez mayor, ya que permite que se incursione en la investigación que mucho hace falta dentro del gremio de enfermería.

.

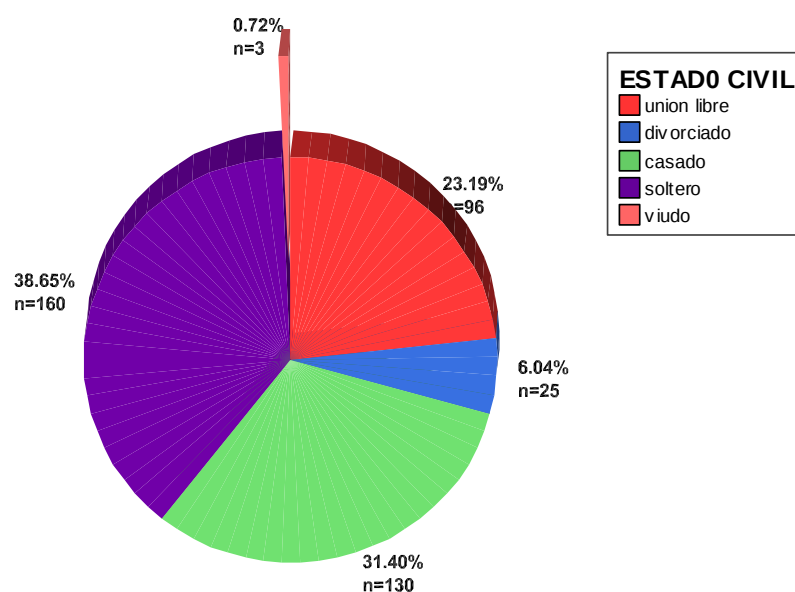
X. ANEXOS (CUADROS Y GRAFICAS)

Cuadro No. 1

ESTADO CIVIL			
	Frecuencia	%	% Acumulado
union libre	96	23.2	23.2
divorciado	25	6.0	29.2
casado	130	31.4	60.6
soltero	160	38.6	99.3
viudo	3	.7	100.0
Total	414	100.0	

Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David Franco Rodríguez.

Gráfica No. 1



Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David Franco Rodríguez.

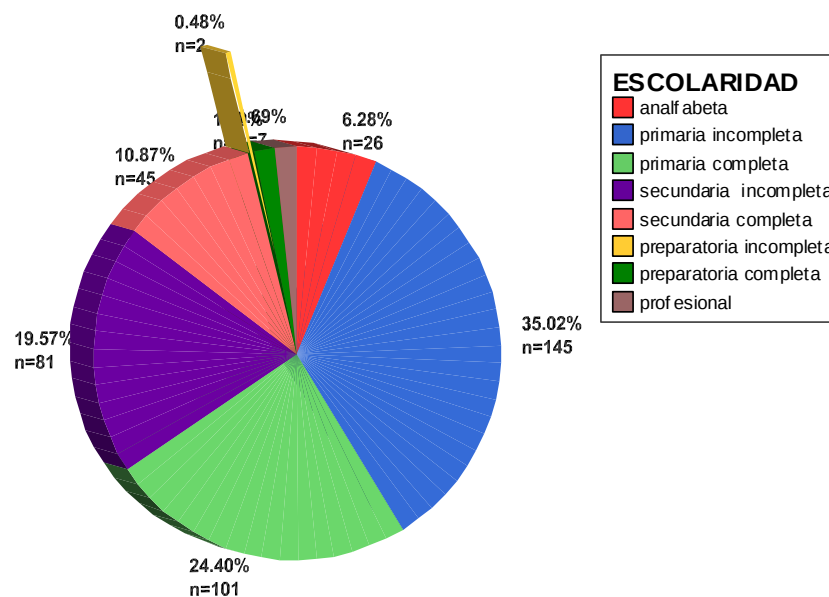
Cuadro No. 2

ESCOLARIDAD

	Frecuencia	%	% Acumulado
analfabeta	26	6.3	6.3
primaria incompleta	145	35.0	41.3
primaria completa	101	24.4	65.7
secundaria incompleta	81	19.6	85.3
secundaria completa	45	10.9	96.1
preparatoria incompleta	2	.5	96.6
preparatoria completa	7	1.7	98.3
profesional	7	1.7	100.0
Total	414	100.0	

Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David Franco Rodríguez.

Gráfica No. 2



Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David Franco Rodríguez.

Cuadro No. 3

DESCRIPTIVOS

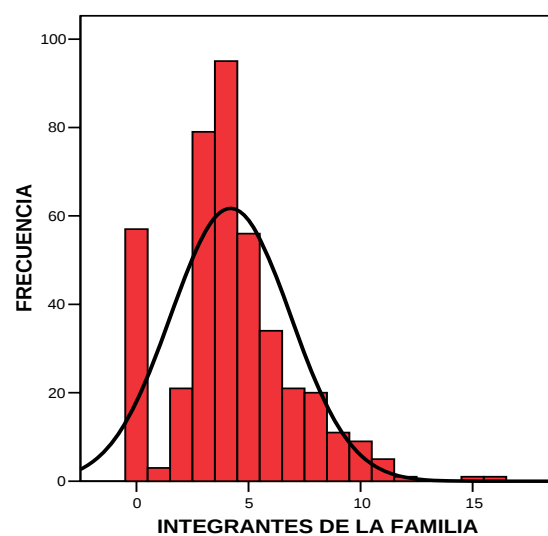
integra		
N	VALIDOS	414
	PERDIDOS	0
PROMEDIO		4.20
DESVIACION STD.		2.677
MINIMO		0
MAXIMO		16

INTEGRANTES

	Frecuencia	%	% Acumulado
0	57	13.8	13.8
1	3	.7	14.5
2	21	5.1	19.6
3	79	19.1	38.6
4	95	22.9	61.6
5	56	13.5	75.1
6	34	8.2	83.3
7	21	5.1	88.4
8	20	4.8	93.2
9	11	2.7	95.9
10	9	2.2	98.1
11	5	1.2	99.3
12	1	.2	99.5
15	1	.2	99.8
16	1	.2	100.0
Total	414	100.0	

Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David Franco Rodríguez.

Gráfica No. 3



Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David Franco Rodríguez.

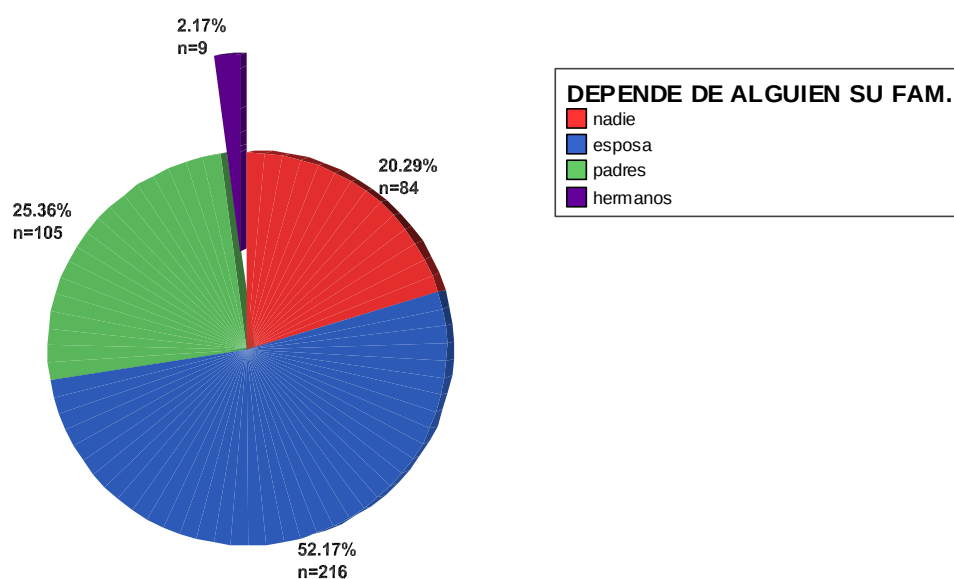
Cuadro No. 4

DE QUIEN DEPENDE ECONOMICAMENTE SU FAMILIA

	Frecuencia	%	% Acumulado
nadie	84	20.3	20.3
esposa	216	52.2	72.5
padres	105	25.4	97.8
hermanos	9	2.2	100.0
Total	414	100.0	

Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David Franco Rodríguez.

Gráfica No. 4



Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David Franco Rodríguez.

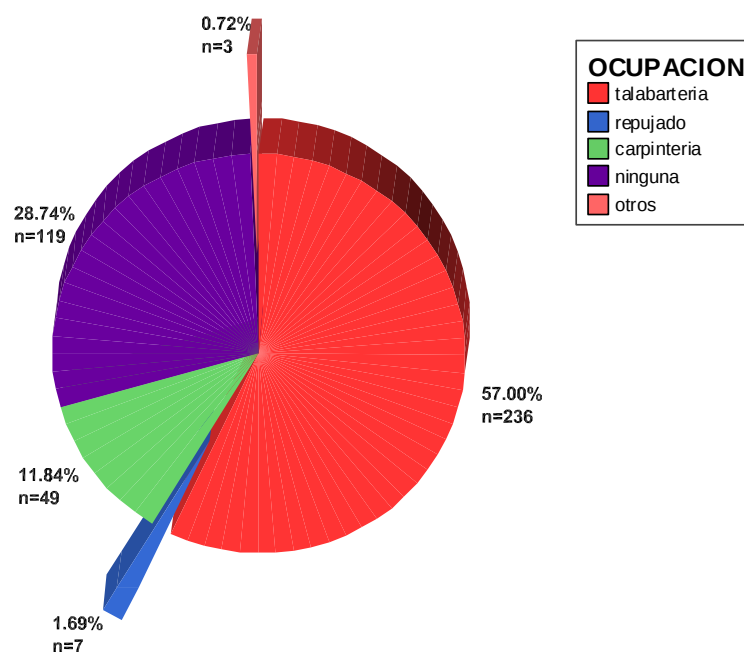
Cuadro No. 5

OCUPACION ACTUAL

	Frecuencia	%	% Acumulado
talabarteria	236	57.0	57.0
repujado	7	1.7	58.7
carpinteria	49	11.8	70.5
ninguna	119	28.7	99.3
otros	3	.7	100.0
Total	414	100.0	

Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David Franco Rodríguez.

Gráfica No. 5



Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David Franco Rodríguez

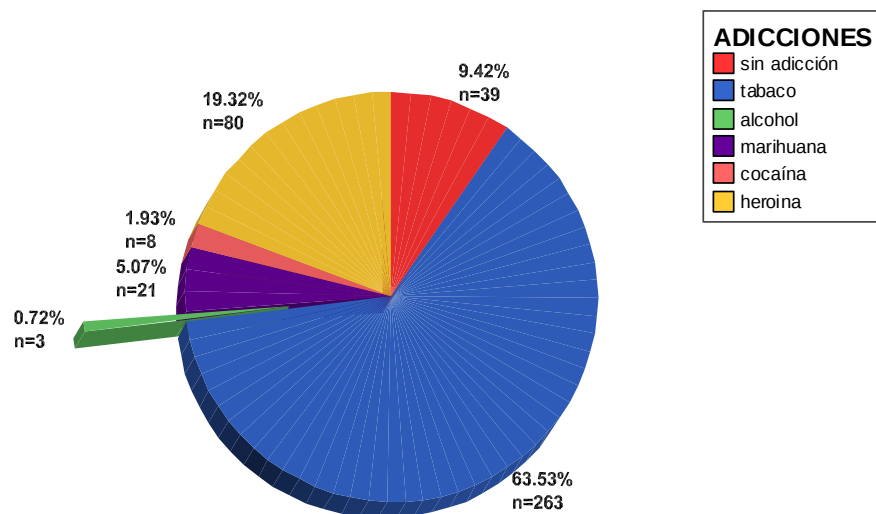
Cuadro No. 6

ADICCION

	Frecuencia	%	% Acumulado
sin adicción	39	9.4	9.4
tabaco	263	63.5	72.9
alcohol	3	.7	73.7
marihuana	21	5.1	78.7
cocaína	8	1.9	80.7
heroína	80	19.3	100.0
Total	414	100.0	

Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David Franco Rodríguez.

Gráfica No. 6



Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David Franco Rodríguez.

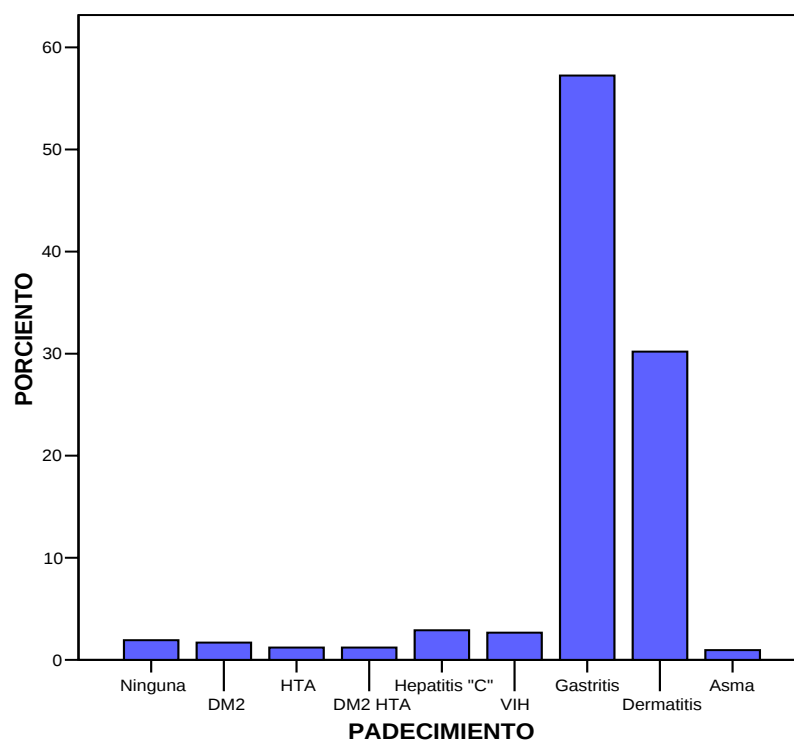
Cuadro No. 7

PADECIMIENTO ACTUAL

	Frecuencia	%	% Acumulado
Ninguna	8	1.9	1.9
DM2	7	1.7	3.6
HTA	5	1.2	4.8
DM2 HTA	5	1.2	6.0
Hepatitis "C"	12	2.9	8.9
VIH	11	2.7	11.6
Gastritis	237	57.2	68.8
Dermatitis	125	30.2	99.0
Asma	4	1.0	100.0
Total	414	100.0	

Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David Franco Rodríguez.

Gráfica No. 7



Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David Franco Rodríguez.

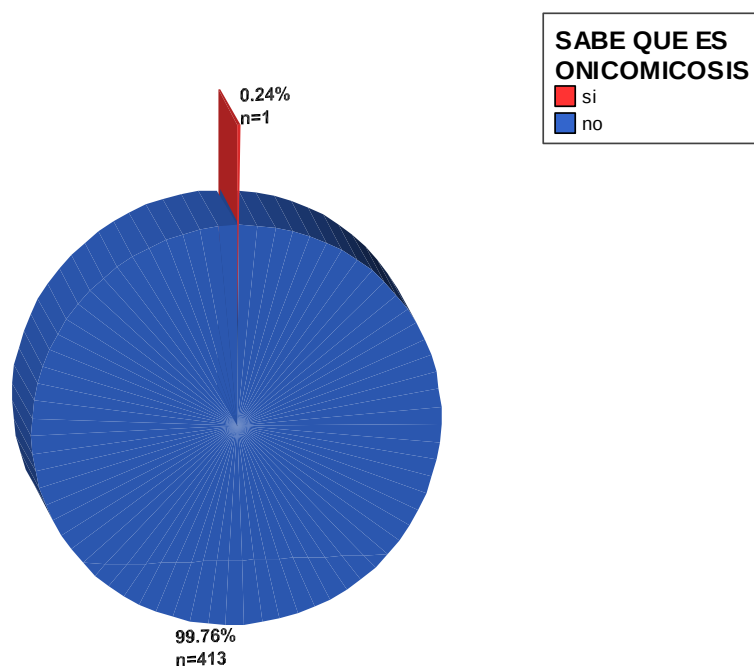
Cuadro No. 8

SABE QUE ES LA ONICOMICOSIS

	Frecuencia	%	% Acumulado
si	1	.2	.2
no	413	99.8	100.0
Total	414	100.0	

Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David Franco Rodríguez.

Gráfica No. 8



Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David Franco Rodríguez.

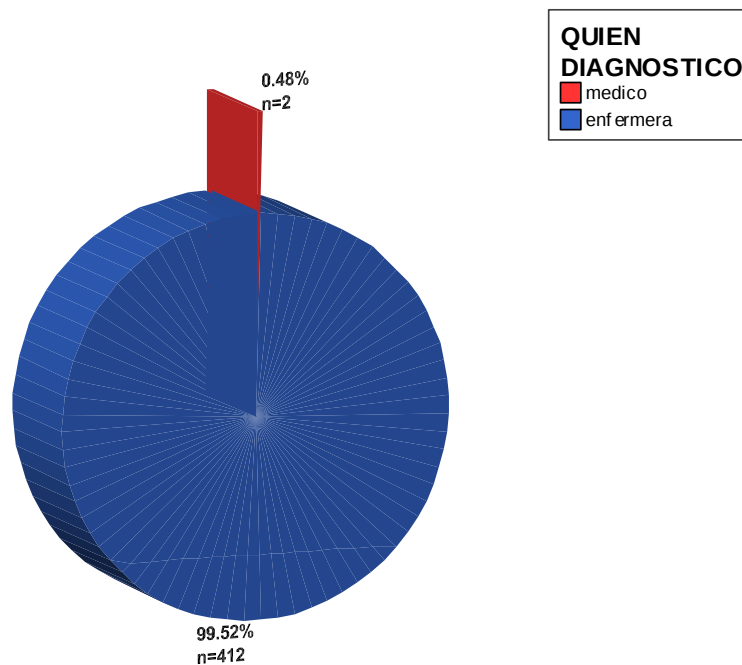
Cuadro No. 9

QUIEN DIAGNOSTICO LA ONICOMICOSIS

	Frecuencia	%	% Acumulado
medico	2	.5	.5
enfermera	412	99.5	100.0
Total	414	100.0	

Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David Franco Rodríguez.

Gráfica No. 9



Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David Franco Rodríguez.

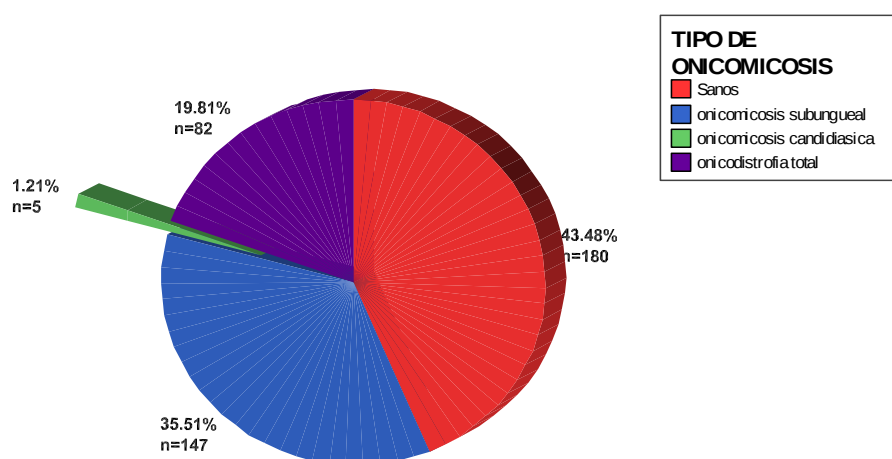
Cuadro No. 10

TIPO DE ONICOMICOSIS

	Frecuencia	%	% Acumulado
Sanos	180	43.5	43.5
onicomicosis subungueal	147	35.5	79.0
onicomicosis candidiasica	5	1.2	80.2
onicodistrofia total	82	19.8	100.0
Total	414	100.0	

Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David Franco Rodríguez.

Gráfica No. 10



Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David Franco Rodríguez.

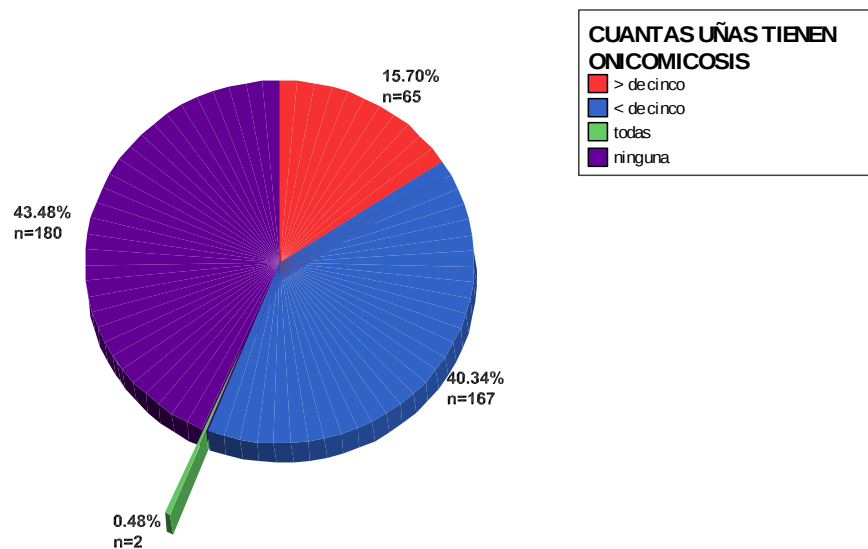
Cuadro No. 11

CUANTAS UÑAS PRESENTAN ONICOMICOSIS

	Frecuencia	%	% Acumulado
> de cinco	65	15.7	15.7
< de cinco	167	40.3	56.0
todas	2	.5	56.5
ninguna	180	43.5	100.0
Total	414	100.0	

Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David Franco Rodríguez.

Gráfica No. 11



Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David Franco Rodríguez.

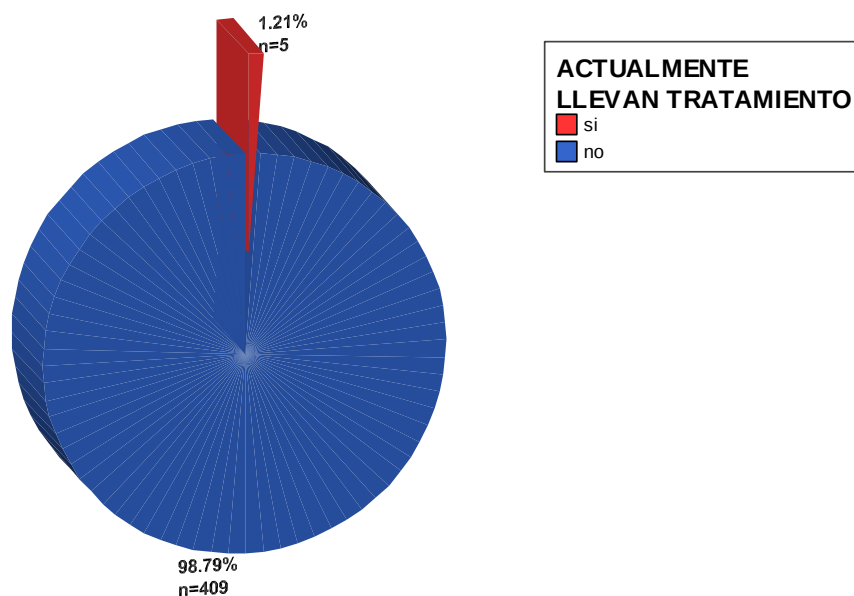
Cuadro No. 12

ACTUALMENTE LLEVA ALGUN TRATAMIENTO

	Frecuencia	%	% Acumulado
si	5	1.2	1.2
no	409	98.8	100.0
Total	414	100.0	

Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David Franco Rodríguez.

Gráfica No. 12



Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David Franco Rodríguez.

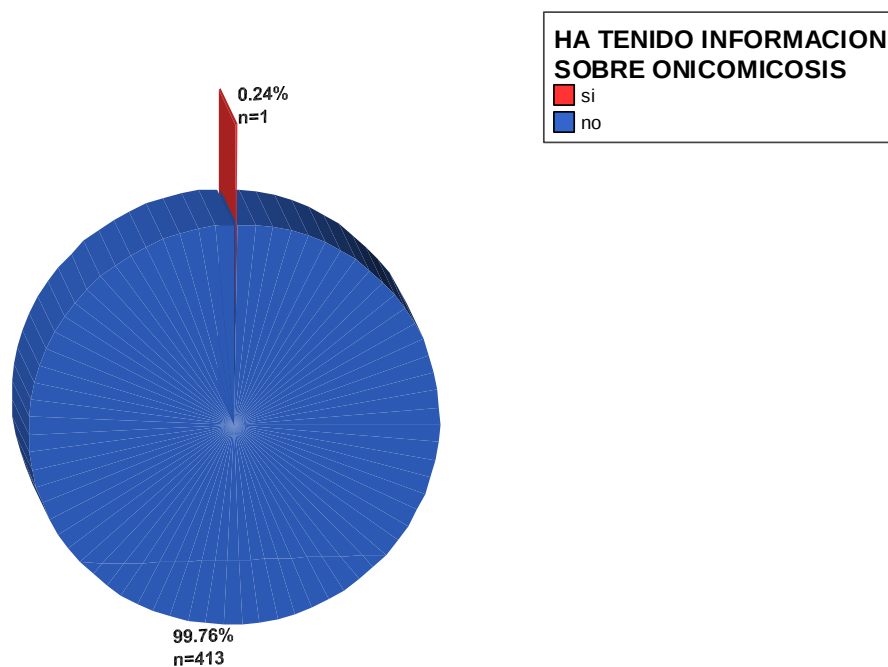
Cuadro No. 13

HA TENIDO INFORMACION SOBRE LOS RIESGOS DE ONICOMICOSIS

	Frecuencia	%	% Acumulado
si	1	.2	.2
no	413	99.8	100.0
Total	414	100.0	

Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David Franco Rodríguez.

Gráfica No 13



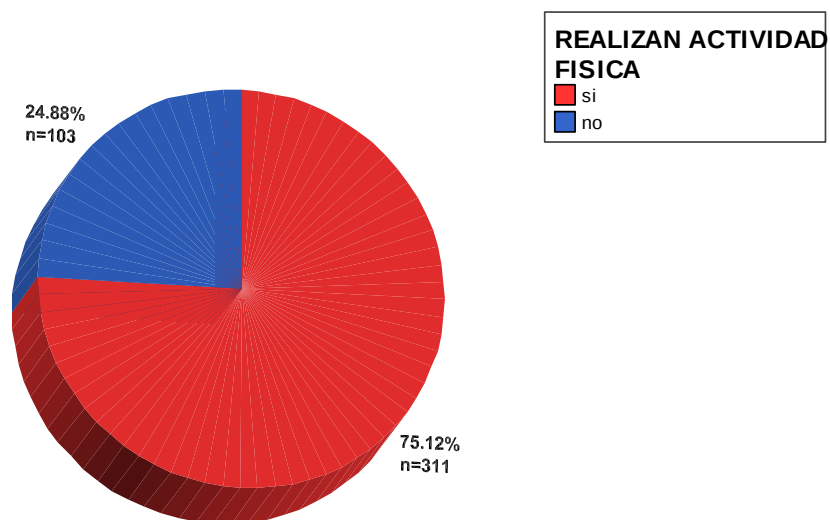
Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David Franco Rodríguez.

Cuadro No. 14

REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD FISICA			
	Frecuencia	%	% Acumulado
si	311	75.1	75.1
no	103	24.9	100.0
Total	414	100.0	

Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David

Gráfica No. 14



Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David Franco Rodríguez.

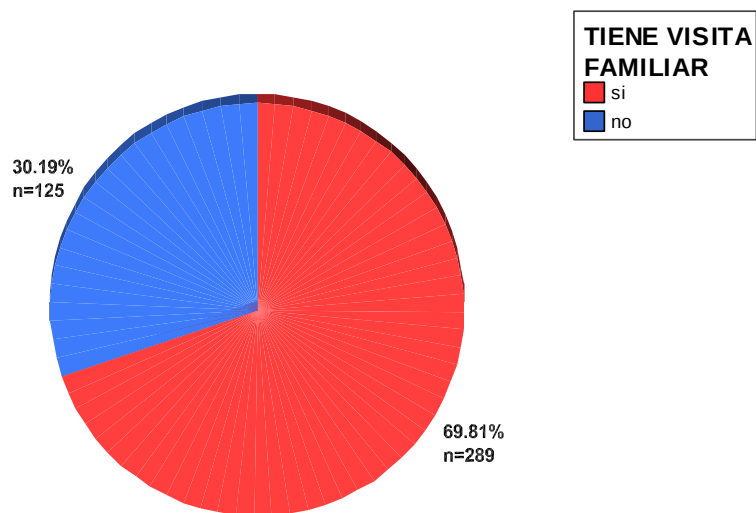
Cuadro No. 15

TIENE VISITA FAMILIAR

	Frecuencia	%	% Acumulado
si	289	69.8	69.8
no	125	30.2	100.0
Total	414	100.0	

Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David Franco Rodríguez.

Gráfica No. 15



Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David Franco Rodríguez.

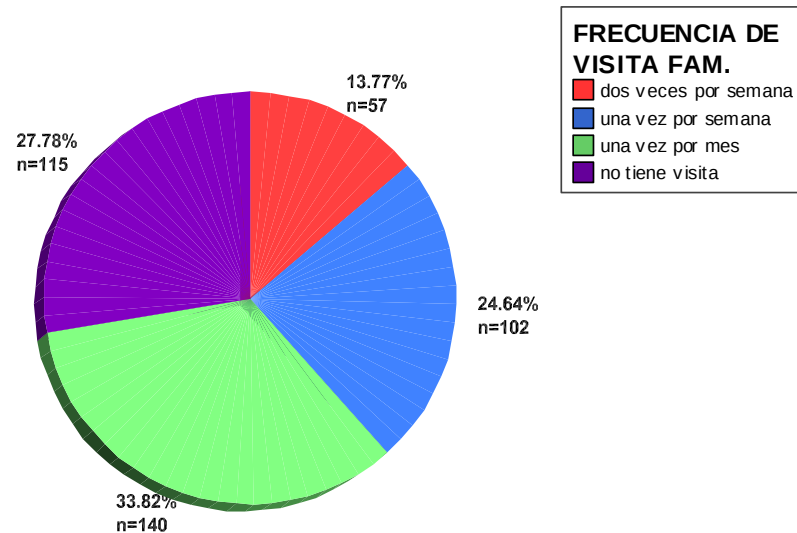
Cuadro No. 16

FRECUENCIA DE VISITA FAMILIAR

	Frecuencia	%	% Acumulado
dos veces por semana	57	13.8	13.8
una vez por semana	102	24.6	38.4
una vez por mes	140	33.8	72.2
no tiene visita	115	27.8	100.0
Total	414	100.0	

Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David Franco Rodríguez.

Gráfica No. 16



Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David Franco Rodríguez.

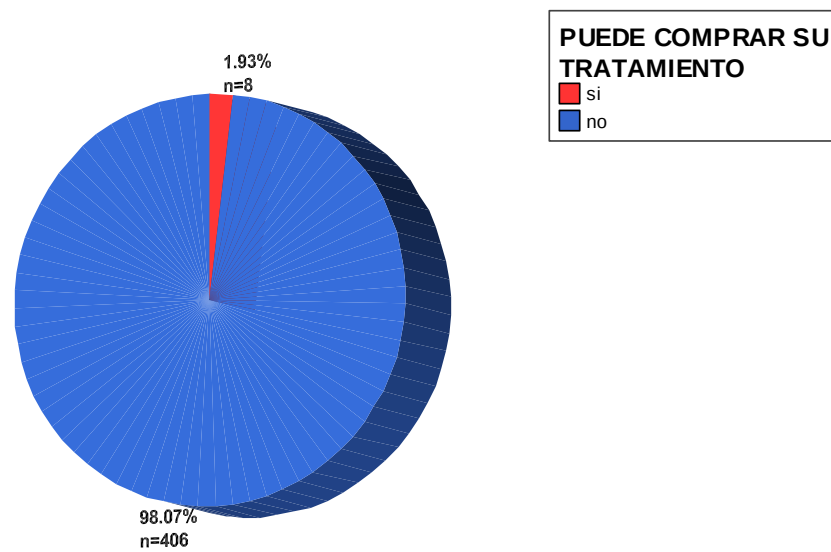
Cuadro No. 17

PUEDE COMPRAR SU TRATAMIENTO

	Frecuencia	%	% Acumulado
si	8	1.9	1.9
no	406	98.1	100.0
Total	414	100.0	

Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David Franco Rodríguez.

Gráfica No. 17



Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David Franco Rodríguez.

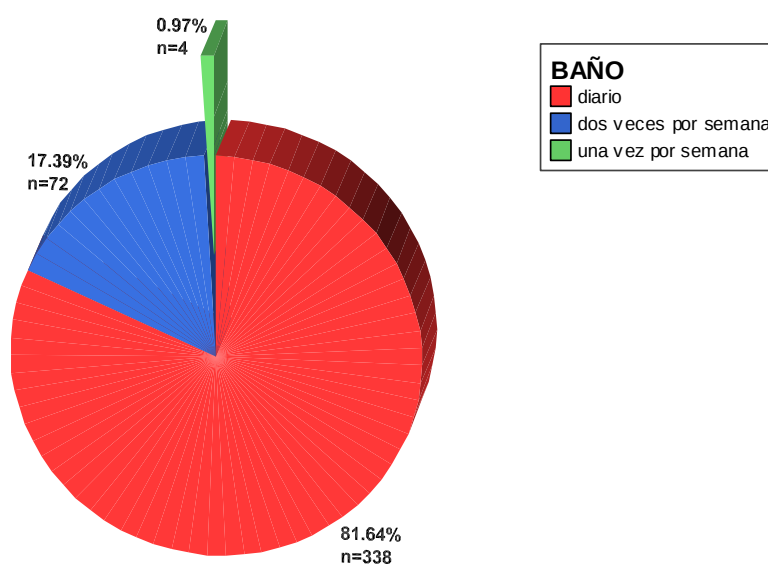
Cuadro No. 18

BAÑO

	Frecuencia	%	% Acumulado
diario	338	81.6	81.6
dos veces por semana	72	17.4	99.0
una vez por semana	4	1.0	100.0
Total	414	100.0	

Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David Franco Rodríguez.

Gráfica No. 18



Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David Franco Rodríguez.

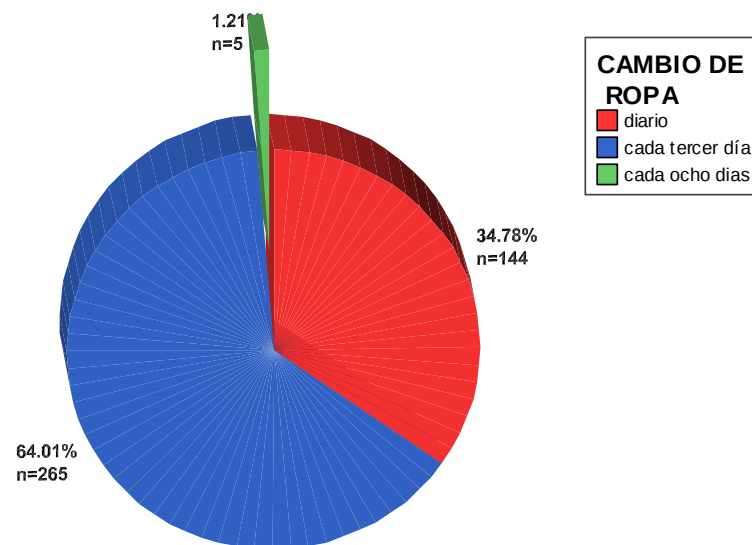
Cuadro No. 19

CAMBIO DE ROPA

	FRECUENCIA	%	% Acumulado
diario	144	34.8	34.8
cada tercer día	265	64.0	98.8
cada ocho días	5	1.2	100.0
Total	414	100.0	

Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David Franco Rodríguez.

Gráfica No. 19



Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David Franco Rodríguez.

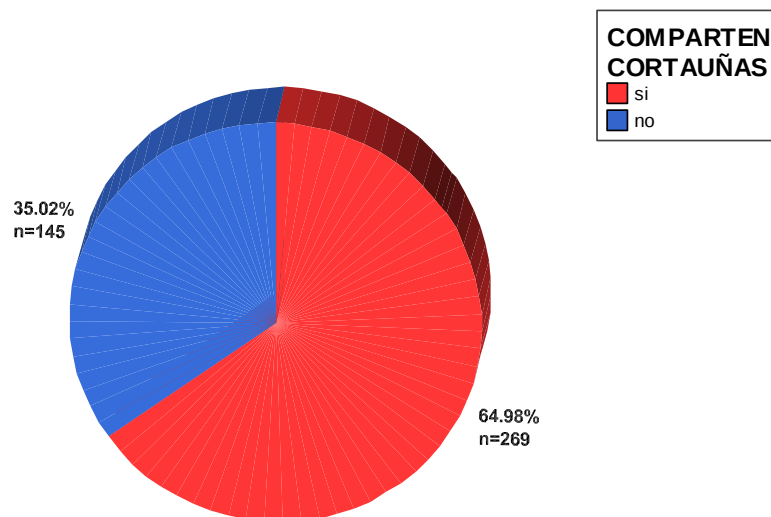
Cuadro No. 20

COMPARTEN CORTAUÑAS

	Frecuencia	%	% Acumulado
si	269	65.0	65.0
no	145	35.0	100.0
Total	414	100.0	

Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David Franco Rodríguez.

Gráfica No. 20



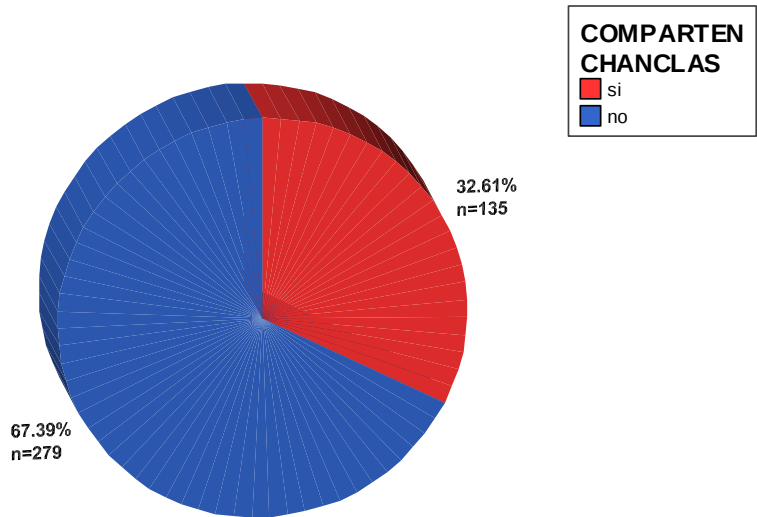
Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David Franco Rodríguez.

Cuadro No. 21

COMPARTEN CHANCLAS			
	Frecuencia	%	% Acumulado
si	135	32.6	32.6
no	279	67.4	100.0
Total	414	100.0	

Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David Franco Rodríguez.

Gráfica No. 21



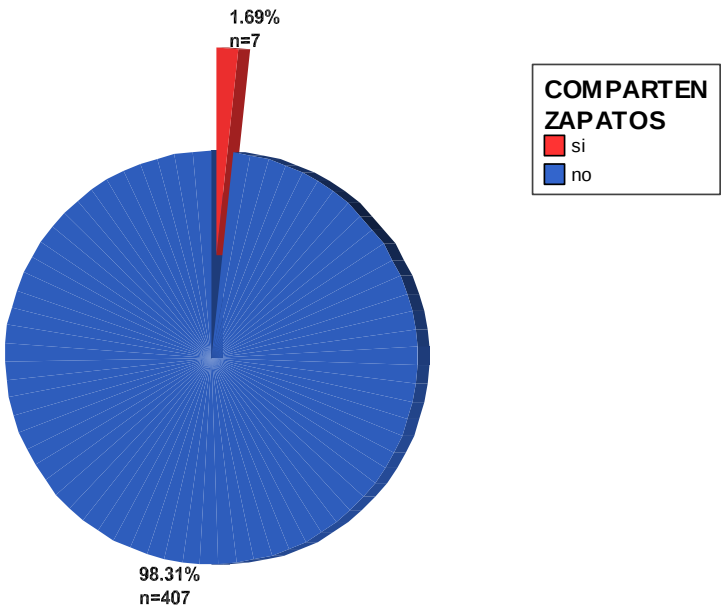
Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David Franco Rodríguez.

Cuadro No. 22

COMPARTEN ZAPATOS			
	Frecuencia	%	% Acumulado
si	7	1.7	1.7
no	407	98.3	100.0
Total	414	100.0	

Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David Franco Rodríguez.

Gráfica No. 22



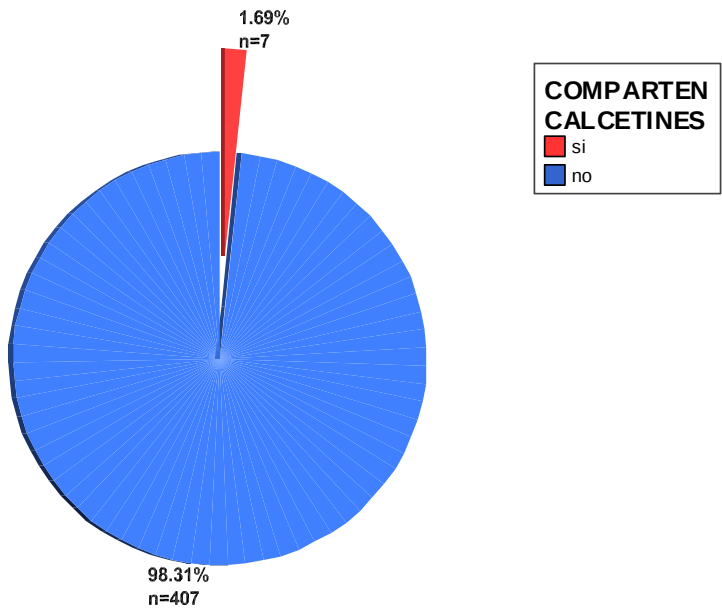
Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David Franco Rodríguez.

Cuadro No. 23

COMPARTEN CALCETINES			
	Frecuencia	%	% Acumulado
si	7	1.7	1.7
no	407	98.3	100.0
Total	414	100.0	

Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David Franco Rodríguez.

Gráfica No. 23



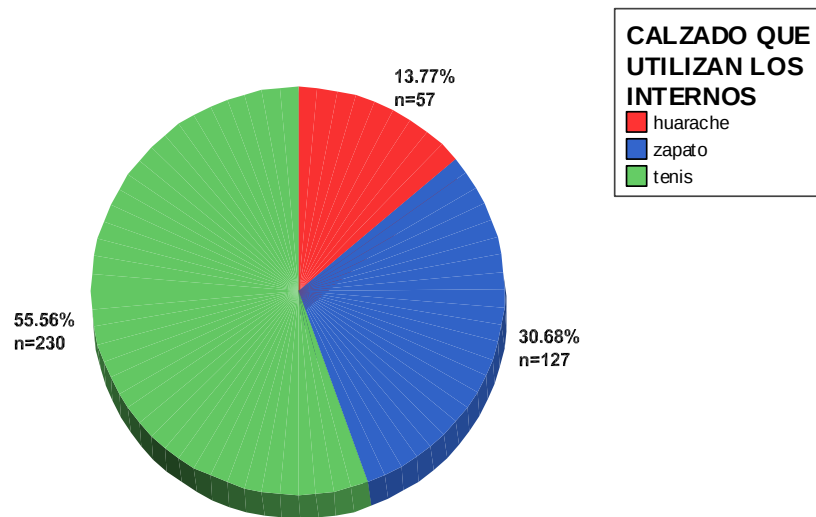
Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David Franco Rodríguez.

Cuadro No. 24

CALZADO QUE UTILIZAN			
	Frecuencia	%	% Acumulado
huarache	57	13.8	13.8
zapato	127	30.7	44.4
tenis	230	55.6	100.0
Total	414	100.0	

Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David Franco Rodríguez.

Gráfica No. 24



Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David Franco Rodríguez.

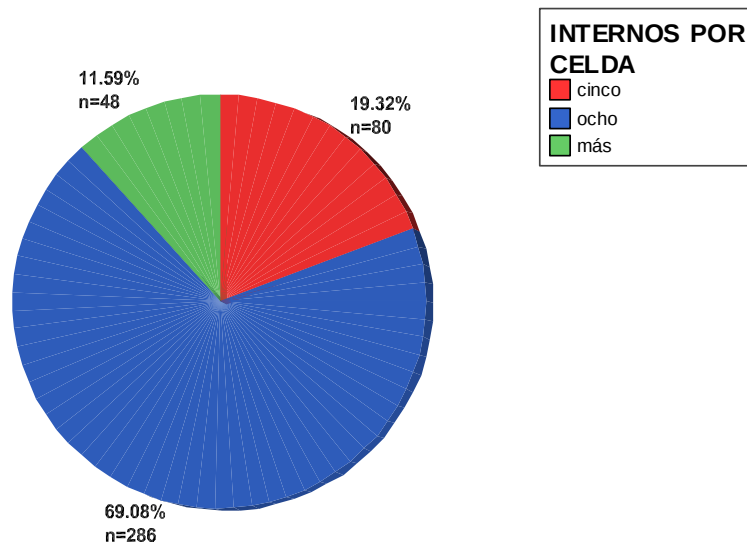
Cuadro No. 25

INTERNOS POR CELDA

	Frecuencia	%	% Acumulado
cinco	80	19.3	19.3
ocho	286	69.1	88.4
más	48	11.6	100.0
Total	414	100.0	

Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David Franco Rodríguez.

Gráfica No. 25



Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David Franco Rodríguez.

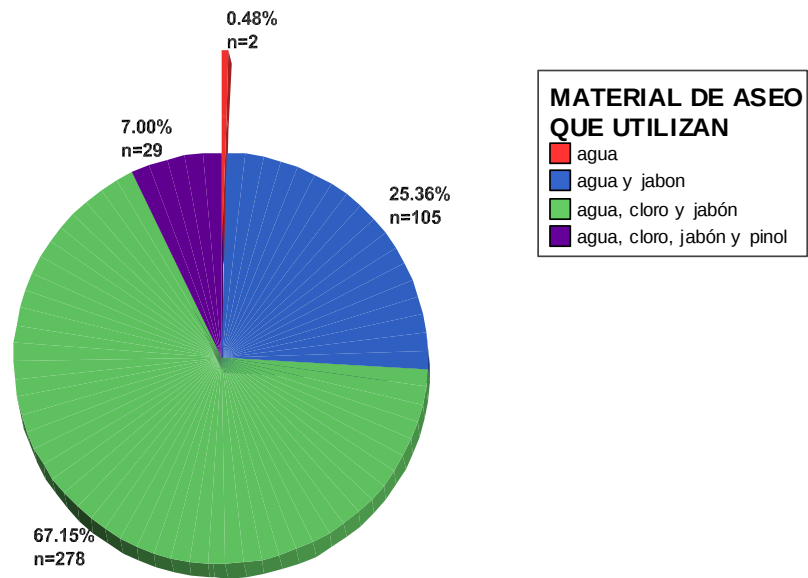
Cuadro No. 26

MATERIAL QUE UTILIZAN PARA ASEO

	Frecuencia	%	% Acumulado
agua	2	.5	.5
agua y jabon	105	25.4	25.8
agua, cloro y jabón	278	67.1	93.0
agua, cloro, jabón y pinol	29	7.0	100.0
Total	414	100.0	

Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David Franco Rodríguez.

Gráfica No. 26



Fuente: Encuesta realizada en el centro de readaptación social Lic. David Franco Rodríguez.

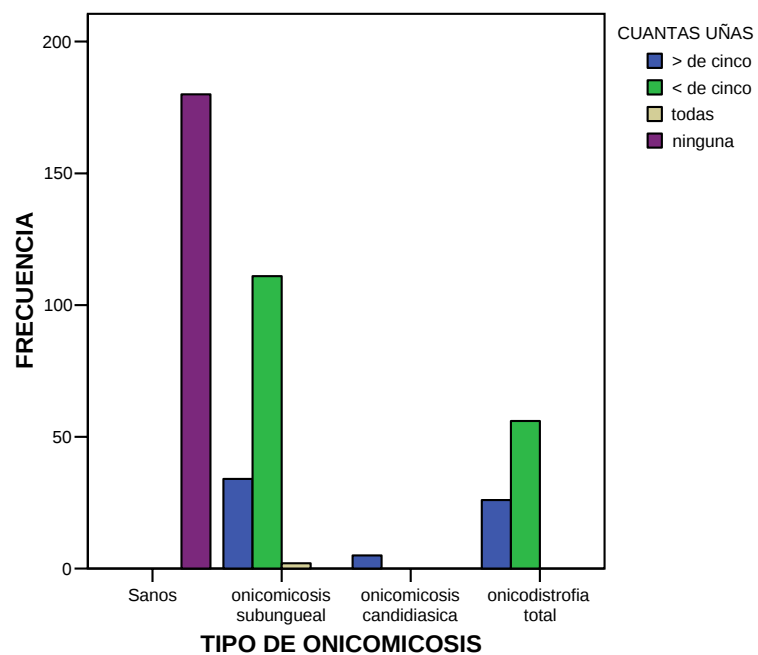
ASOCIACIONES

Cuadro No. 27

DISTRIBUCION DE LA PATOLOGIA Y NUMERO DE UÑAS AFECTADAS

		CUANTAS UÑAS PRESENTAN ONICOMICOSIS				Total
		> de cinco	< de cinco	todas	ninguna	
Sanos	N	0	0	0	180	180
	% EN TIPO	.0%	.0%	.0%	100.0%	100.0%
	% DE CUANTAS	.0%	.0%	.0%	100.0%	43.5%
	% DEL TOTAL	.0%	.0%	.0%	43.5%	43.5%
onicomicosis subungueal	N	34	111	2	0	147
	% EN TIPO	23.1%	75.5%	1.4%	.0%	100.0%
	% DE CUANTAS	52.3%	66.5%	100.0%	.0%	35.5%
	% DEL TOTAL	8.2%	26.8%	.5%	.0%	35.5%
onicomicosis candidiasica	N	5	0	0	0	5
	% EN TIPO	100.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%
	% DE CUANTAS	7.7%	.0%	.0%	.0%	1.2%
	% DEL TOTAL	1.2%	.0%	.0%	.0%	1.2%
onicodistrofia total	N	26	56	0	0	82
	% EN TIPO	31.7%	68.3%	.0%	.0%	100.0%
	% DE CUANTAS	40.0%	33.5%	.0%	.0%	19.8%
	% DEL TOTAL	6.3%	13.5%	.0%	.0%	19.8%
Total	N	65	167	2	180	414
	% EN TIPO	15.7%	40.3%	.5%	43.5%	100.0%
	% DE CUANTAS	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% DEL TOTAL	15.7%	40.3%	.5%	43.5%	100.0%

Gráfica No. 27

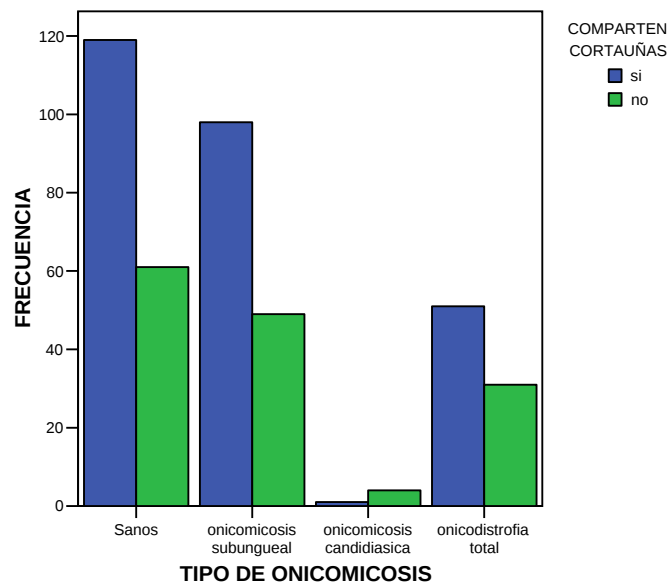


Cuadro No. 28

DISTRIBUCION DE LA PATOLOGÍA Y EL COMPARTIR CORTAUÑAS

		COMPARTEN CORTAUÑAS		Total
		si	no	
Sanos	N	119	61	180
	% en tipo	66.1%	33.9%	100.0%
	% en cortauñas	44.2%	42.1%	43.5%
	% del total	28.7%	14.7%	43.5%
onicomicosis subungueal	N	98	49	147
	% en tipo	66.7%	33.3%	100.0%
	% en cortauñas	36.4%	33.8%	35.5%
	% del total	23.7%	11.8%	35.5%
onicomicosis candidiasica	N	1	4	5
	% en tipo	20.0%	80.0%	100.0%
	% en cortauñas	.4%	2.8%	1.2%
	% del total	.2%	1.0%	1.2%
onicodistrofia total	N	51	31	82
	% en tipo	62.2%	37.8%	100.0%
	% en cortauñas	19.0%	21.4%	19.8%
	% del total	12.3%	7.5%	19.8%
Total	N	269	145	414
	% en tipo	65.0%	35.0%	100.0%
	% en cortauñas	100.0%	100.0%	100.0%
	% del total	65.0%	35.0%	100.0%

Gráfica No. 28

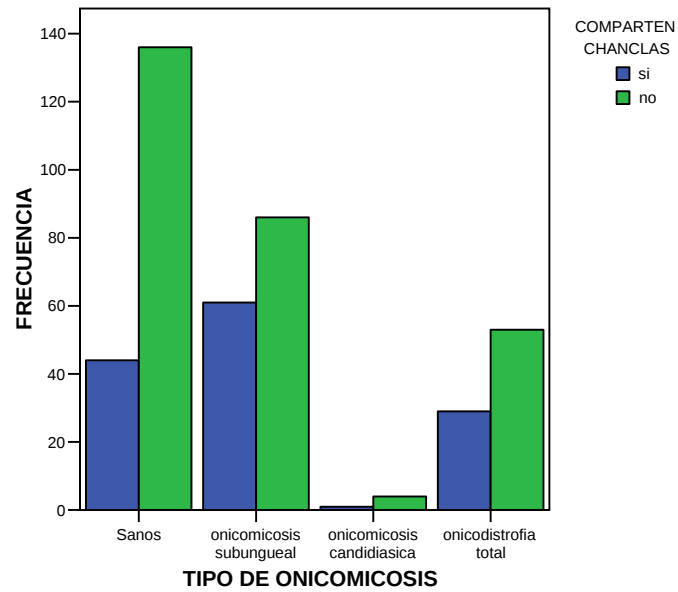


Cuadro No. 29

DISTRIBUCION DE LA PATOLOGIA Y EL COMPARTIR CHANCLAS

		COMPARTEN CHANCLAS		Total
		si	no	
Sanos	N	44	136	180
	% en tipo	24.4%	75.6%	100.0%
	% en chanclas	32.6%	48.7%	43.5%
	% del total	10.6%	32.9%	43.5%
onicomicosis subungueal	N	61	86	147
	% en tipo	41.5%	58.5%	100.0%
	% en chanclas	45.2%	30.8%	35.5%
	% del total	14.7%	20.8%	35.5%
onicomicosis candidiasica	N	1	4	5
	% en tipo	20.0%	80.0%	100.0%
	% en chanclas	.7%	1.4%	1.2%
	% del total	.2%	1.0%	1.2%
onicodistrofia total	N	29	53	82
	% en tipo	35.4%	64.6%	100.0%
	% en chanclas	21.5%	19.0%	19.8%
	% del total	7.0%	12.8%	19.8%
Total	N	135	279	414
	% en tipo	32.6%	67.4%	100.0%
	% en chanclas	100.0%	100.0%	100.0%
	% del total	32.6%	67.4%	100.0%

Gráfica No. 29

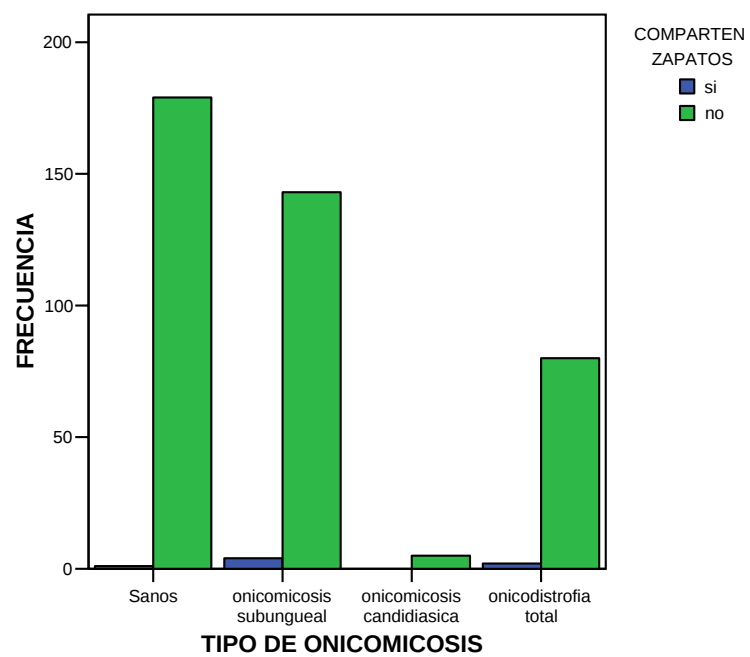


Cuadro No. 30

DISTRIBUCION DE LA PATOLOGIA Y EL COMPARTIR ZAPATOS

		COMPARTEN ZAPATOS		Total
		si	no	
Sanos	N	1	179	180
	% en tipo	.6%	99.4%	100.0%
	% en zapatos	14.3%	44.0%	43.5%
	% del total	.2%	43.2%	43.5%
onicomycosis subungueal	N	4	143	147
	% en tipo	2.7%	97.3%	100.0%
	% en zapatos	57.1%	35.1%	35.5%
	% del total	1.0%	34.5%	35.5%
onicomycosis candidiasica	N	0	5	5
	% en tipo	.0%	100.0%	100.0%
	% en zapatos	.0%	1.2%	1.2%
	% del total	.0%	1.2%	1.2%
onicodistrofia total	N	2	80	82
	% en tipo	2.4%	97.6%	100.0%
	% en zapatos	28.6%	19.7%	19.8%
	% del total	.5%	19.3%	19.8%
Total	N	7	407	414
	% en tipo	1.7%	98.3%	100.0%
	% en zapatos	100.0%	100.0%	100.0%
	% del total	1.7%	98.3%	100.0%

Gráfica No. 30

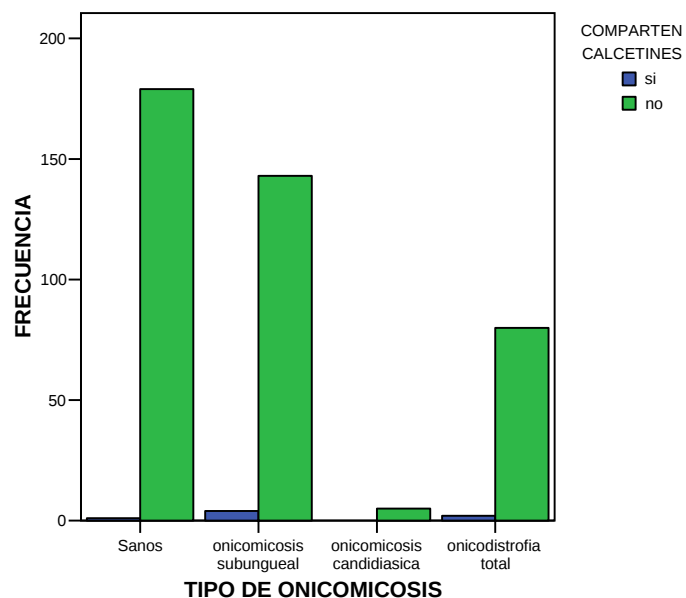


Cuadro No. 31

DISTRIBUCION DE LA PATOLOGIA Y EL COMPARTIR CALCETINES

		COMPARTEN CALCETINES		Total
		si	no	
Sanos	N	1	179	180
	% de tipo	.6%	99.4%	100.0%
	% de calcetines	14.3%	44.0%	43.5%
	% del total	.2%	43.2%	43.5%
onicomicosis subungueal	N	4	143	147
	% de tipo	2.7%	97.3%	100.0%
	% de calcetines	57.1%	35.1%	35.5%
	% del total	1.0%	34.5%	35.5%
onicomicosis candidiasica	N	0	5	5
	% de tipo	.0%	100.0%	100.0%
	% de calcetines	.0%	1.2%	1.2%
	% del total	.0%	1.2%	1.2%
onicodistrofia total	N	2	80	82
	% de tipo	2.4%	97.6%	100.0%
	% de calcetines	28.6%	19.7%	19.8%
	% del total	.5%	19.3%	19.8%
Total	N	7	407	414
	% de tipo	1.7%	98.3%	100.0%
	% de calcetines	100.0%	100.0%	100.0%
	% del total	1.7%	98.3%	100.0%

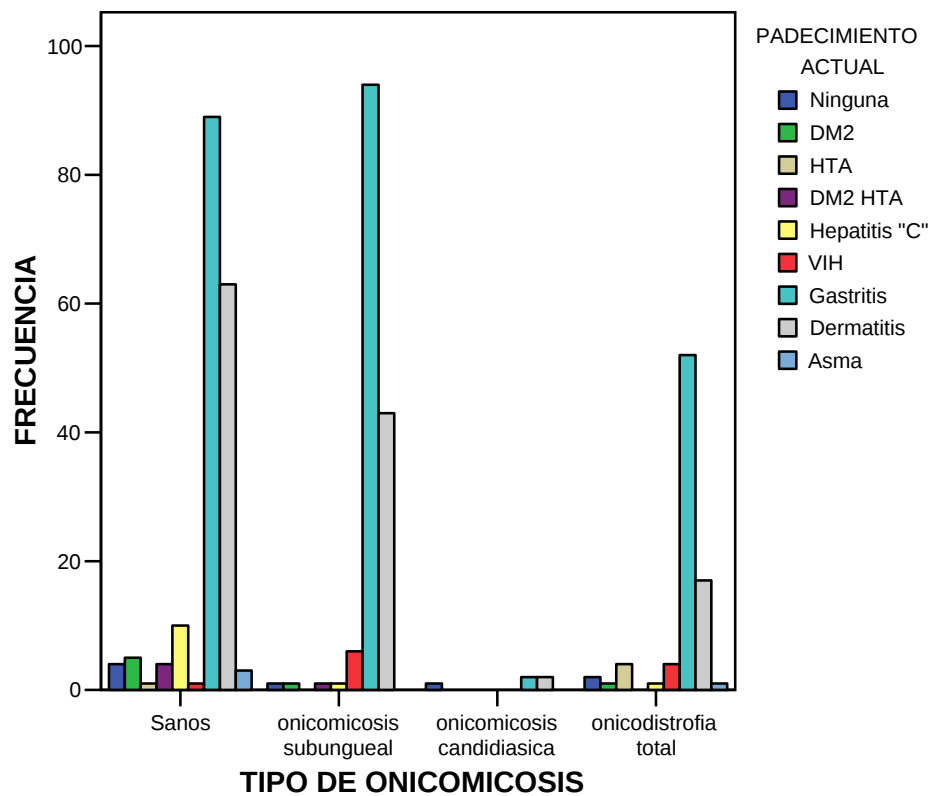
Grafica No. 31



Cuadro No. 32

DISTRIBUCION DE LA PATOLOGIA Y EL PADECIMIENTO ACTUAL												
		PADECIMIENTO ACTUAL									Total	
		Ninguna	DM2	HTA	DM2 HTA	Hepatitis "C"	VIH	Gastritis	Dermatitis	Asma		
Sanos	N	4	5	1	4	10	1	89	63	3	180	
	% en onicomicosis	2.2%	2.8%	.6%	2.2%	5.6%	.6%	49.4%	35.0%	1.7%	100.0%	
	% en padecimiento	50.0%	71.4%	20.0%	80.0%	83.3%	9.1%	37.6%	50.4%	75.0%	43.5%	
	% del total	1.0%	1.2%	.2%	1.0%	2.4%	.2%	21.5%	15.2%	.7%	43.5%	
	onicomicosis subungueal	N	1	1	0	1	1	6	94	43	0	147
		% en onicomicosis	.7%	.7%	.0%	.7%	.7%	4.1%	63.9%	29.3%	.0%	100.0%
		% en padecimiento	12.5%	14.3%	.0%	20.0%	8.3%	54.5%	39.7%	34.4%	.0%	35.5%
		% del total	.2%	.2%	.0%	.2%	.2%	1.4%	22.7%	10.4%	.0%	35.5%
	onicomicosis candidiasica	N	1	0	0	0	0	0	2	2	0	5
		% en onicomicosis	20.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	40.0%	40.0%	.0%	100.0%
		% en padecimiento	12.5%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.8%	1.6%	.0%	1.2%
		% del total	.2%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.5%	.5%	.0%	1.2%
	onicodistrofia total	N	2	1	4	0	1	4	52	17	1	82
		% en onicomicosis	2.4%	1.2%	4.9%	.0%	1.2%	4.9%	63.4%	20.7%	1.2%	100.0%
		% en padecimiento	25.0%	14.3%	80.0%	.0%	8.3%	36.4%	21.9%	13.6%	25.0%	19.8%
		% del total	.5%	.2%	1.0%	.0%	.2%	1.0%	12.6%	4.1%	.2%	19.8%
	Total	N	8	7	5	5	12	11	237	125	4	414
		% en onicomicosis	1.9%	1.7%	1.2%	1.2%	2.9%	2.7%	57.2%	30.2%	1.0%	100.0%
		% en padecimiento	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	1.9%	1.7%	1.2%	1.2%	2.9%	2.7%	57.2%	30.2%	1.0%	100.0%

Gráfica No. 32



Cuadro. No. 33 Factores de riesgo asociado a la onicomycosis

VARIABLE	ONICOMICOSIS				RR	IC 95%	Chi ²	P
	POSITIVO		NEGATIVO					
	N	%	N	%				
FUMAR SI NO	150 16	57 47	113 23	43 53	1.390	(.941,2.055)	3.516	.061
VIH SI NO	10 4	90.9 50.0	1 4	9.1 50.0	1.818	(.887,3.720)	3.997	.046
GASTRITIS SI NO	148 4	62.4 50.0	89 4	37.6 50.0	1.249	(.620,2.515)	.509	.476
BAÑO SI NO	45 189	59.2 55.9	31 149	40.8 44.1	1.059	(.859,1.305)	.274	.601
ROPA SI NO	157 77	58.1 53.5	113 67	41.9 46.5	1.087	(.906,1.306)	.836	.361
CORTAUÑAS SI NO	150 84	55.8 57.9	119 61	44.2 42.1	.963	(.808,1.146)	.180	.671
CHANCLAS SI NO	91 143	67.4 51.3	44 136	32.6 48.7	1.325	(1.116,1.540)	9.659	.002

VARIABLE	ONICOMICOSIS				RR	IC 95%	Chi ²	P
	POSITIVO		NEGATIVO					
	N	%	N	%				
CALCETINES SI NO	6 228	85.7 56.0	1 179	14.3 44.0	1.530	(1.117,2.095)	2.469	.116
ZAPATOS SI NO	6 228	85.7 56.0	1 179	14.3 44.0	1.530	(1.117,2.095)	2.469	.116
ZAPATO- HUARACHE SI NO	75 26	59.1 45.6	52 31	40.9 54.4	1.295	(.942,1.780)	2.871	.090
ZAPATO- TENIS SI NO	75 133	59.1 57.8	52 97	40.9 42.2	1.021	(.851,1.225)	2.757	.097
TENIS- HUARACHE SI NO	133 26	57.8 45.6	97 31	42.2 54.4	1.268	(.935,1.718)	.051	.822
CELDA>5 SI NO	160 41	55.9 51.3	126 39	44.1 48.8	1.096	(.861,1.384)	.556	.456
CELDA>8 SI NO	33 41	68.8 51.3	15 39	31.3 48.8	1.341	(1.007,1.786)	3.767	.052

Cuadro No. 34 Riesgo relativo por tipo de onicomicosis

COMPARTE:	TIPO DE ONICOMICOSIS					
	ONICOMICOSIS SUBUNGEAL N=327		ONICODISTROFIA TOTAL N=262		ONICOMICOSIS CANDIDIASICA N=185	
	RR	IC 95%	RR	IC 95%	RR	IC 95%
CORTAUÑAS	1.014	(0.786,1.308)	0.890	(0.617,1.285)	0.135	(0.015,1.187)
CHANCLAS	1.500	(1.189,1.891)*	1.417	(0.985,2.037)	0.778	(0.089,6.781)
CALCETINES	1.801	(1.143,2.839)*	2.158	(0.950,4.904)	-	
ZAPATO	1.801	(1.143,2.839)*	2.158	(0.950,4.904)	-	

* Estadísticamente significativas

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
FACULTAD DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA

La presente encuesta tiene carácter estrictamente confidencial y la información adquirida será utilizada para la realización de una investigación en el CERESO "Lic. David Franco Rodríguez Municipio de Charo Michoacán para obtener el título de licenciado en enfermería.

1.- ¿Qué edad tiene usted?-----

2.- ¿Cuál es su estado civil?

Unión libre ()

Divorciado ()

Casado ()

Soltero ()

Viudo ()

3.- ¿Cuál es su grado de escolaridad?

Analfabeta ()

Primaria incompleta ()

Primaria completa ()

Secundaria incompleta ()

Secundaria completa ()

Preparatoria incompleta ()

Preparatoria incompleta ()

4.- ¿Cuántas personas integran su familia?

5.- ¿De quién depende económicamente su familia?

6.- ¿Ocupación actual? Talabartería () Repujado () Carpintería ()

Ninguna ()

7.- ¿Tiene alguna adicción? Tabaquismo () Alcoholismo () Marihuana ()

Cocaína () Ninguna ()

8.- ¿Padece alguna enfermedad? DM2 () HTA () DM2 HTA ()

HEPATITIS C () VIH () GASTRITIS () DERMATITIS ()

9.- ¿Sabe usted que es onicomicosis?

Si ()

No ()

10.- ¿Sabe usted como se transmite la onicomicosis?

Si ()

No ()

11.- ¿Sabe usted cuales son los signos y síntomas de la onicomicosis?

Si ()

No ()

12.- ¿Quién diagnostico la onicomicosis?

Médico ()

Enfermera ()

Usted ()

13.-¿ Tipo de onicomicosis que presenta?

Onicomicosis subungueal distal y lateral ()

Onicomicosis subungueal proximal ()

Onicomicosis subungueal blanca superficial ()

Onicodistrofia Total ()

14.- ¿Cuántas uñas presentan onicomicosis?

> De 5 ()

< De 5 ()

Todas ()

Ninguna ()

15.- ¿Actualmente lleva algún tratamiento?

Si ()

No ()

16.- ¿Le han informado sobre los riesgos de onicomicosis?

Si ()

No ()

17.- ¿Realiza alguna actividad física?

Si ()

No ()

18.- ¿Tiene visita familiar?

Si ()

No ()

19.-¿Con que frecuencia lo visitan?

Dos veces por semana ()

Una vez por semana ()

Una vez por mes ()

No tiene visita ()

20.- ¿Puede usted comprar su tratamiento?

Si ()

No ()

21.- ¿Con que frecuencia se baña?

Diario ()

Dos veces por semana ()

Una vez por semana ()

23.- ¿Su cambio de ropa con que frecuencia lo realiza?

Diario ()

Cada tercer día ()

Cada ocho días ()

24.- ¿Cuáles de los siguientes objetos de uso personal comparte con sus compañeros de celda?

Cortaúñas Si () No ()

Chanclas Si () No ()

Calcetines Si () No ()

Zapatos Si () No ()

25.- ¿Qué tipo de calzado usa?

Guaraches ()

Zapatos ()

Tenis ()

26.-¿Cuántas personas viven en su celda?

Cinco ()

Siete ()

Ocho ()

26.- ¿ Que material utilizan para el aseo de la celda?

Agua ()

Agua y jabón ()

Agua, jabón cloro ()

Agua, jabón cloro y pinol ()

Arrese JE, Pierard-Franchimont C, Píerard GE. Facing up the diagnostic uncertainty and management of onychomycosis. *Int J Dermatol* 1999; 38 (Suppl 2): 1-6.

Arenas Guzmán, Roberto *Micología Médica Ilustrada* MC. Graw Hill. Interamericana México D.F. 2003; 70

Arenas R. *Micología Cutánea Ilustrada. Clínica, Laboratorio y Terapéutica*. 1. ° Ed. 1993; 57-62, 223-4.

Arenas R, Fernandez G, Dominguez L. Onychomycosis treated with itraconazole or griseofulvine alone with and without a topical antimycotic or keratolytic agent. *Int J Dermatol* 1991; 30:586-589.

Bonifaz, Alejandro *Micología Médica Básica* Méndez Editores, México D.F. 2005; 60

Berger, Timothy G. Dr. STILLER MATTHEW J. 10, 4; 18 - 27

Baran R, de Doncker P. Lateral edge nail involvement indicates poor prognosis for treating onychomycosis with the new systemic antifungals. *Acta Dermato-Venereol* 1996; 76:82-83.

Ballesté R, Salvatella R. *Manual de toma de muestras para estudio microbiológico, parasitológico y micológico*. PHAO/ OMS, 2002. [En prensa].

Baran R, Feuilhade M, Datry A, *et al*. A randomized trial of amorolfine 5% solution nail lacquer combined with oral terbinafine compared with oral terbinafine alone in the treatment of dermatophytic toenail onychomycosis affecting the matrix region. *Br J Dermatol* 2000; 142:1177-1183.

Domonkos A, Arnold H. *Tratado de Dermatología* Salvat Editores SA. 3° Edición 1985; 39-81.

Du Vivier A, Phiffip M. *Atlas de Dermatología Clínica* 21. Edición Mosby/Doyma 1995, 233-7

De Backer M, De Vroey C, Lesaffre E, *et al*. Twelve weeks of continuous oral therapy for toenail onychomycosis caused by dermatophytes: a double-blind comparative trial of terbinafine 250 mg/day versus itraconazole 200 mg/day. *J Am Acad Dermatol* 1998;38:S57-S63

Elewski BE. Diagnostic techniques for confirming Onychomycosis. *J Acad Dermatol* 1996; 35(3): 6-9.

Evans EG. The rationale for combination therapy. *Br J Dermatol* 2001;145(Suppl. 60):9 -13

Evans EG, Path Leeds FRC. Causative pathogens in onychomycosis and the possibility of treatment resistance: a review. *Dermatol* 1998; 38: S32-36.

Ellis DH, Marley JE, Watson AB, Williams TG. Significance of non-dermatophyte moulds and yeast in Onychomycosis. *Br J Dermatol* 1994; 7-8.

English MP. Nails and fungi. *Br J Dermatol* 1976; 697-701.

Ellis DH, Marley JE, Watson AB, Williams TG. Significance of non-dermatophyte moulds and yeast in Onychomycosis. *Br J Dermatol* 1994; 7-8.

Ellis DH, Marley JE, Watson AB, Williams TG. Significance of non-dermatophyte moulds and yeast in Onychomycosis. *Br J Dermatol* 1994; 7-8.

Gupta AK, Sibbald RG, Lynde CW, et al. Onychomycosis in children: prevalence and treatment strategies. *J Dermatol* 1997; 36: 395-402.

Gupta AK, Cooper EA, Mac Donald P, Summerbell RC. Utility of inoculum counting (Walshe and English Criteria) in clinical diagnosis of Onychomycosis caused by nondermatophytic filamentous fungi. *J Clin Microbiol* 2001; 2115-21

Gupta AK, Lynde CW, Konnikov N. Single-blind, randomized, prospective study of sequential itraconazole and terbinafine pulse compared with terbinafine pulse for the treatment of toenail onychomycosis. *J Am Acad Dermatol* 2001; 44:485-491.

Gupta AK, Scher RK, Rich P. Fluconazole for the treatment of onychomycosis: an update. *Int J Dermatol* 1998; 37:815-20.

Gupta AK, Fleckman P, Baran R. Ciclopirox nail lacquer topical solution 8% in the treatment of toenail onychomycosis. *J Am Acad Dermatol* 2000; 43 (Suppl 4):S70-S80.

Gupta AK, Konnikov N, Lynde CW. Sequential pulse therapy with itraconazole And terbinafine to treat onychomycosis of the fingernails. *J Dermatol Treat* 2000; 11:151-154.

Habib TP. *Clinical Dermatology: A Color Guide to Diagnosis and Therapy*. 4th ed. Philadelphia, PA: Mosby Inc; 2004:864-884.

Hay RJ. The future of Onychomycosis therapy may involve a combination of approaches. *Br J Dermatol* 2001; 3-8

Hay RJ. The future of onychomycosis therapy may involve a combination of approaches. *Br J Dermatol* 2001;145(Suppl 60):3-8

Hay RJ, Clayton YM, Moore MK. A comparison of tioconazole 28 % nail solution versus base as an adjunct to oral griseofulvine in patients with onychomycosis. Clin Exp Dermatol 1987; 12:175-177.

Jackson CJ, Barton RC, Kelly SL, *et al.* Strain identification of *Trychophyton rubrum* by specific amplification of subrepeat elements in the ribosomal DNA nontranscribed spacer. J Clin Microbiol 2000; 238:4527-34.

Kerrima M, Elewski B. Epidemiologic survey of superficial fungal disease, Dermatol 1996, 38 (Suppl): S64-8.

Kenneth A, *et al.*, Manual of Dermatologic Therapeutics, 5.º Edición 1995, 79-82

Lauharanta J, Zaug M, Polak A, *et al.* Combination of amorolfine with griseofulvine: in vitro activity and clinical results in onychomycosis. JAMA 1993;9 (Suppl 4): 23-27.

Lecha M, Alsina M, Torres Rodríguez JM, Ruiz de Erenchun F, Mirada A, Rossi B. An open-label, multicentric study of the combination of amorolfine nail lacquer and oral itraconazole compared with oral itraconazole alone in the treatment of severe Onychomycosis. Current Therapeutic Research (*in press*).

Lubeck D. Measuring health-related quality of life in Onychomycosis. Dermatol 1998; (38): S64-8.

Niewerth M, Korting HC. Management of Onychomycosis. Drugs 1999; 58:283-96.

Odom RB, Aly R, Scher RK, *et al.* A multicenter, placebo-controlled double-blind study of intermittent therapy with itraconazole for the treatment of onychomycosis of the fingernail. J Am Acad Dermatol 1997; 36:231-5.

Pittrof F, Gerhards J, Erni W, *et al.* Loceryl nail lacquer – realization of a new galenical approach to onychomycosis therapy. Clin Exp Dermatol 1992; 1:26-28.

Polak A. Combination of amorolfine with various antifungal drugs in dermatophytosis. Mycoses 1993; 36:43-49

Ratz J, Blumberg M. Onychomycosis. www.emedicine.com/derm/topic300

Roberts DT. Onychomycosis: Current treatment and future challenges. Br J Dermatol 1999; 56:1-4

Roberts DT, Evans EG. Subungueal dermatophytoma complicating dermatophyte onychomycosis. Br J Dermatol 1998; 138:189-190

Raunbord L, Bastrop N, Svejgaard E. Onychomycosis in HIV infected patients. Acta Dermatol- venerol 1998, 78: 151-2.

Rubio MC, Rezusta A, Gill J., y col. Perspectiva micológica de los dermatofitos en el ser humano Rev Iberolatín Micol 1999; 16: 16-22.

Scher RK. Onychomycosis is more than a cosmetic problem. Br J Dermatol 1994; 130(suppl 43): 18.

Tortora J, Gerard. Reynolds Grabowski, Sandra. Principios de Anatomía y fisiología México Oxford universiti, pres. 2005; 152

Zaug M. Amorolfine nail lacquer: clinical experience in onychomycosis. J Eur Acad Dermatol Venereol 1995; 4 (Suppl 1):S23-S30

Zajas N. Clinical manifestations of onychomycosis. Clin Exper Dermatol 1992; 17(Suppl 1): 6-7.

<http://www.Rev.Iberoam.Micol.1999;16:S11-S15>

<http://www.rmu.org.uy/revista/2003v2/art3.pdf>

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001444.htm>

<http://www.esmas.com/noticierostelevisa/noticieros/348867.html>

http://es.wikipedia.org/wiki/Estudio_transversal

http://es.wikipedia.org/wiki/Estudio_descriptivo

http://es.wikipedia.org/wiki/Estudio_observacional

<http://www.podologo.cl> Powered by Joomla! Generated: 30 July, 2006, 00:06

<http://www.iqb.es/diccio/o/on.htm>

http://www.podologo.cl/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=31

<http://www.reviberoammicol.com/2002-19/068071.pdf>

http://abdonguerra.blogspot.com/2006_05_01_archive.html

<http://www.saludymedicinas.com.mx/SUBARTICULO2.asp?ID=1438&IDC=6&IDS=1&bann=belleza&nbresub=piel>

<http://www.esmas.com/noticierostelevisa/noticieros/348867>.

XII. GLOSARIO

Anoniquia

Consiste en la ausencia congénita de una o más uñas, se ha observado asociada a una ictiosis congénita. Es posible observar niños nacidos sin uñas, y en los que éstas aparecen más tarde en el curso de su vida.

Espiculización

Se produce después de un intento fallido de extraer la uña quedando residuos de la misma que al crecer originan trastornos dolorosos en la piel o surcos.

Epidermolisis

Existe un desprendimiento de la epidermis de las estructuras subyacentes. Las uñas desarrollan una atrofia, se acortan y caen progresivamente. Por fin se desarrolla una onicomadesis permanente, que acaba transformando los extremos de los dedos en muñones bulbosos desprovistos de uñas, (epidermolisis ampollar).

Hematoma Subungueal

Corresponde a la acumulación de sangre causado por un violento trauma sobre la uña, de dolor intenso que requiere una urgente asistencia en el drenaje de la zona ungueal afectada.

Hemorragia

La hemorragia bajo la uña es consecuencia de un escape de sangre de las arteriolas. Generalmente es provocada por una compresión directa ejercida por el zapato, durante un período de tiempo prolongado. La uña se desprende y cae. La hemorragia subungueal es distinta del hematoma subungueal por el hecho de que en la hemorragia se trata de una extravasación difusa de sangre, que afecta frecuentemente a más de una uña.⁶⁰

También los pacientes afectos de una hemofilia pueden sufrir hemorragias subungueales.

Hiperqueratosis

⁶⁰ <http://www.podologo.cl> Powered by Joomla! Generated: 30 July, 2006, 00:06

Se trata de una hipertrofia cutánea. Cuando se encuentra alrededor de la uña, existe también una hipertrofia del lecho ungueal. La hipertrofia es también concomitante con la psoriasis o una onicomycosis. Ictiosis

Es una enfermedad de la piel que se caracteriza por su sequedad, la presencia de escamas y su carácter áspero.

Generalmente afecta a las uñas, que presentan muy numerosas y pequeñas deformidades, alteraciones de color y engrosamiento.

Leuconiquia

Corresponde a una decoloración blancuzca de la uña, que aparece en forma de manchas o estrías, situadas siempre en dirección transversal. Pueden aparecer bandas longitudinales después de la extracción de cuerpos extraños que han penetrado bajo la uña. La leuconiquia se debe en ocasiones a trastornos de la nutrición o sistémicos.

Macroniquia

Se denomina a una longitud o anchura anómala de las uñas. Puede ser concomitante con uñas hipocráticas y dedos en palillo de tambor, cardiopatía.

Microniquia

Corresponde a una uña de tamaño extremadamente pequeño, reducido pero normales en todo lo demás.

Onicoatrofia: atrofia de las uñas.

Onicauxis: hipertrofia de las uñas.

Onicocriptosis: uña encarnada

Onicofagia: costumbre compulsiva de comerse las uñas

Onicofima: uñas engrosadas

Onicólisis: desprendimiento de la uña por alteraciones tróficas.

Onicoma: tumor de la raíz de las uñas

Onicogriposis: incurvación anormal de las uñas que adquieren la forma de ganchos.

Onicomadesis: muda de la uñas, comenzando en la matriz y volviéndose completa.

Onicomalacia: reblandecimiento de las uñas

Onicomycosis: infección de la uñas producida por hongos o levaduras.

Onicofosis

Consiste en una formación callosa del surco periungueal, el callo es provocado por la presión de una uña encorvada.

Onicorrexix: Rotura o fisuración espontánea de las uñas.

Onicosis: enfermedad o deformidad de las uñas

Onicotrofia: nutrición de las uñas

Oniquia: inflamación de la matriz de la uña con caída de ésta.

Oniquitis: inflamación de la matriz de la uña.⁶¹

Paquioniquia

Consiste en un engrosamiento de las uñas. Estas uñas son en general anormalmente duras y estriadas según su eje longitudinal. Este estado puede asociarse con una hiperqueratosis de la planta de los pies y palma de la mano.

Padrastro

Corresponde a una exfoliación de la epidermis junto a la uña. Cuando la zona afectada. La infección es frecuente y viene provocada por el hecho de que el paciente arranca la zona de piel levantada de sus dedos.

Paroniquia

⁶¹ <http://www.iqb.es/diccio/o/on.htm>

Es una infección de ambos lados de la uña y de la base de la misma. Esta en sí misma no participa en el proceso. La paroniquia crónica es dolorosa muy raramente. La inflamación periungueal es casi siempre discreta. Esta afección es tres veces más frecuentes en pacientes diabéticos y el 97% de los casos observados se obtuvo cultivo de Candida (Stone y Mullins).

Polioniquia

Se trata de un estado caracterizado por la existencia de uñas supernumerarias en un mismo dedo. La uña puede presentar una matriz común o individual.

Psoriasis

Es una lesión de la piel que en las fases precoces la uña sufre una fina descamación lemelar, pierde su brillo, formación de pequeñas fositas sobre el cuerpo de la uña y presenta una discromía blancuzca. La uña puede destruirse completamente.

Sinoniquia

En el sindactilismo, puede suceder que las falanges afectadas presentan una sola uña. Esta puede aparecer dividida por uno o más surcos.⁶²

⁶² http://www.podologo.cl/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=31