

11226 61
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
UNIDAD ACADÉMICA: CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR OBSERVATORIO, MEXICO, D. F.

**ESTUDIO DE LAS CAUSAS DE NO TRATAMIENTO Y
FACTORES QUE SE ASOCIAN A LA ONICOMICOSIS**

**TRABAJO DE INVESTIGACION
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. MARIA ESTELA LEON ISLAS

**I. S. S. T. E.
DELEGACION PONIENTE
SUBDELEGACION MEDICA**

JUN. 27 2000 +

**CLINICA OBSERVATORIO
DIRECCION**



ISSSTE MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

280814

1999



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO**

UNIDAD ACADEMICA:
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR OBSERVATORIO
MEXICO, D.F.

**ESTUDIO DE LAS CAUSAS DE NO TRATAMIENTO Y FACTORES
QUE SE ASOCIAN A LA ONICOMICOSIS.**

TRABAJO DE INVESTIGACION
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

DRA. MARIA ESTELA LEON ISLAS.

I. S. S. S. T. E.
DELEGACION PONIENTE
SUBDELEGACION MEDICA

MAYO 31 2000 +

CLINICA OBSERVATORIO
DIRECCION

MEXICO, D.F.

1999

**ESTUDIO DE LAS CAUSAS DE NO TRATAMIENTO Y FACTORES QUE SE
ASOCIAN A LA ONICOMICOSIS.**

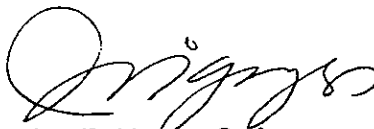
**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA.
DRA. MARIA ESTELA LEON ISLAS.**

AUTORIZACIONES:



**Dr. Miguel Ángel Fernández Ortega.
Jefe del Departamento de Medicina Familiar.
U.N.A.M.**



**Dr. Arnulfo Irigoyen Coria.
Coordinador de Investigación del Departamento
de Medicina Familiar.
U.N.A.M.**



**Dr. Isaías Hernández Torres.
Coordinador de Docencia,
Departamento de Medicina Familiar.
U.N.A.M.**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PARA OBTENER
EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR**


PRESENTA:

Dra. María estela León Islas.

**ESTUDIO DE LAS CAUSAS DE NO TRATAMIENTO Y FACTORES QUE SE
ASOCIAN A LA ONICOMICOSIS.**


Dr. Héctor A. Giles Hernández.

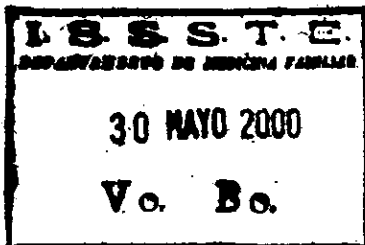
**PROFESOR TITULAR Y ASESOR DE TESIS DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR.
Clínica de Medicina Familiar Observatorio.**


Dra. María del Carmen Carranza Cervantes.

**PROFESORA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR,
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.
ASESOR DE TESIS.**


Dra. Leticia Esnaumizar Jurado.

**JEFA DE EDUCACION MEDICA CONTINUA Y MEDICINA FAMILIAR DEL
I.S.S.S.T.E.**



Clínica Observatorio, febrero del 2000

ÍNDICE GENERAL

Marco teórico	1
Planteamiento del problema	8
Justificación	9
Objetivos	10
Material y métodos	11
Resultados	13
Discusión	23
Conclusiones	25
Bibliografía	26
Anexos	30

MARCO TEÓRICO.

Las uñas son apéndices córneos que cubren las puntas de los dedos de las manos y pies, resto de las garras de los animales.

La uña es el resultado de la unión de cuatro estructuras que juntas reciben el nombre de unidad ungueal, constituidas; por pliegue proximal, la matriz, lecho ungueal y el hiponiquio que juntos forman el plato o lamina ungueal.

La mayor parte del aparato ungueal deriva de la epidermis primitiva, por lo tanto tiene muchas similitudes con el pelo y el extracto córneo.

La anatomía normal de la uña esta compuesta por: Perioniquio, lo componen el lecho ungueal (incluyendo la matriz ungueal) y el tejido blando circundante (paroniquio).

Paroniquio, se extiende a lo largo de los pliegues laterales de la uña y en diversos grados se pliega sobre sus bordes. Hiponiquio, es el sitio de unión del lecho ungueal con la epidermis volar normal debajo de la porción distal libre de la lámina ungueal.

Presenta extracto granuloso así como anexos normales, fisiológicamente este epitelio sufre un proceso normal de queratinización. Tiene gran cantidad de polimorfonucleares y linfocitos. Es el sitio mas frecuente de invasión inicial por dermatófitos (onicomicosis subungueal distal). Eponiquio, es la porción distal del pliegue proximal que se une firmemente a la lamina ungueal compuesta de estrato córneo modificado. Protege a las estructuras de la base de la uña.

Lamina o plato ungueal, es una estructura rectangular convexa translúcida plana y dura situada sobre y más allá del borde libre de los dedos y ortijos. Histologicamente son células córneas estrechamente unidas, dispuesta en capas.

Al retirar la lamina queda al descubierto la matriz ungueal que es la porción germinativa del aparato ungueal, se encuentra en intimo contacto con el periostio de la falange distal.

Lecho ungueal, se inicia donde termina la lúnula hasta el hiponiquio y está constituida por una porción epidérmica delgada, tiene gran abundancia en la

circulación arterial.

El aporte vascular arterial, esta dada principalmente por las arterias digitales ventrales (palmares y plantares) e innervado por ramas dorsales de los nervios digitales.

Aparte del papel cosmético, las uñas tienen diferentes funciones: participan en el tacto fino, auxiliares para recoger objetos pequeños, protección de la punta de los dedos, se usan como armas ofensivas y defensivas, son excelentes herramientas para aliviar el prurito.

Cuando la onicomycosis esta presente más de una de estas funciones está afectada, en ocasiones producen dolor cuando se asocia a infecciones, si existe distrofia ungueal de las uñas de los pies puede interferir al caminar con el uso de cierto calzado o al realizar algún deporte.

La infección fúngica de las uñas se puede extender a otra parte de la piel. Cuando las uñas de las manos son las afectadas, afecta la calidad de vida del paciente en términos de autoestima y de interacción social con repercusión en la actividad laboral del individuo (13,18).

La onicomycosis es una enfermedad causada por hongos que infestan la uña, éstos se pueden introducir a través de: plato ungueal, hiponiquio, pliegue lateral de la uña o porción distal del plato ungueal. Existe una amplia variedad de especies fúngicas que se aíslan de las uñas infectadas, siendo los dermatófitos los microorganismos más frecuentes.

La infección puede adquirirse a partir del medio ambiente, de animales domésticos o personas enfermas, exige exposición con la fuente de contagio, predisposición genética y factores favorecedores tales como: tipo de calzado, mala higiene, hacinamiento, nivel socioeconómico, mala nutrición, enfermedades concomitantes, etc.

La composición antigénica del dermatofito en su fracción de carbohidratos participa

en la reacción de hipersensibilidad inmediata tipo I mediada por IgE, la fracción proteica se relaciona con la respuesta de hipersensibilidad tardía tipo IV, y el complejo galactomanas-péptido con la reacción alérgica. En las infecciones crónicas las manananas inhiben la inmunidad celular, existe la participación de IL-4 e interferón gama.

Otro factor de patogenicidad es el grupo de enzimas extracelulares: lipasa, elastasa y desoxirribonucleasa que son variables para cada dermatófito.

A la clínica, en la onicomicosis distal y lateral, las uñas son opacas, friables y erosionadas. Los bordes dan la impresión de duplicarse, toman un color amarillento, café o grisáceo. Puede haber engrosamiento o paquioniquia despegamiento u onicolisis y es rara la onixis o invasión del plato. La invasión es lenta, progresiva y la evolución es crónica.

La leuconiquia tricofítica u onicomicosis blanca superficial, se caracteriza por pequeñas zonas de color blanco porcelana con superficie rugosa. Causada principalmente *T. Mentagrophytes* en niños es frecuente el *T. Rumbum*.

En la forma distrófica total, las uñas se rompen y desmoronan dando un aspecto de madera carcomida, dejan un lecho engrosado que también puede destruirse (14).

Las onicomicosis son focos infecciosos crónicos, que pueden dar origen a otras infecciones por dermatófitos en otras áreas de la piel, o bien producir cuadros de hipersensibilidad, que van desde aquellas tricofitides o levurides de estirpe eccematoso, hasta cuadros de vasculitis que se traducen a la clínica en eritema nodoso, púrpura palpable.

Los diagnósticos diferenciales son con psoriasis, liquen plano, lupus eritematoso generalizado (14).

De acuerdo a la edad del individuo es más frecuente en la edad adulta que en la infancia, con predominio de los 20 a los 40 años de edad, si bien se presenta desde los dos años de edad hasta los 90. (14,17,19).

Es mas frecuente en el hombre que en la mujer (6,17,19). Sin embargo la onicomicosis en la edad pediátrica ha ido en aumento, encontrándose que la variedad clínica más frecuente es la subungueal distal, siendo el signo más marcado la hiperqueratosis subungueal (17).

Existe gran participación en la contagiosidad la participación de la historia familiar de onicomicosis (6,25).

En poblaciones en donde el nivel escolar es bajo la incidencia de onicomicosis es baja, quizá por el uso de sandalias o falta de calzado (14).

Se considera un padecimiento frecuente en los deportistas, sobre todo en quienes practican natación y se relaciona con la gran demanda del uso de tenis actualmente (14).

Cuando existe compromiso vascular favorece la instalación de la onicomicosis, provocada por la pobre oxigenación de los tejidos principalmente en las extremidades inferiores por ejemplo en la microangiopatía diabética (6,14).

Existe más onicomicosis de uñas de pies que en las uñas de las manos.

Con la nueva clasificación clínica de la onicomicosis, se han correlacionado aspectos clínicos con agentes etiológicos:

1.- Onicomicosis Subungueal distal y lateral. Se caracteriza por presentar; hiperqueratosis subungueal, onicolisis y paroniquia.

Los agentes causales son: *Trichophyton rubrum*, *Scytalidiu dimidiatum*. Poco frecuente se presenta onicomicosis por candida.

2.- Onicomicosis Superficial. Afecta el plato ungueal provocando una pigmentación negra. Los agentes causales más frecuentes son; *T. Mentagrophytes* y algunos no dermatófitos como *Acremonium Sp.* *Aspergillus Sp.* y *Fusarium Sp.* En niños y en pacientes con SIDA se ha encontrado onicomicosis asociada a *T. Rubrum*.

3. - Onicomicosis Proximal Subungueal. Sin paroniquia el agente causal es el *T. Rubrum*, con paroniquia puede involucrarse secundariamente *C. Albicans* y algunos

no dermatófitos como *Fusarium* y *Scapularopsis brevicaulis* provocan una decoloración blanca del plato ungueal. Por *Aspergillus* se observa áreas de coloración negra y verde.

4. - Onicomicosis Endonix. La infección penetra en forma profunda al plato ungueal se caracteriza por presentarse un aspecto laminar en capas. Es causada por *T. Soudanense*, *T. Violaceum*.

5. - Onicomicosis Distrofica Total. Existen dos formas. La onicomicosis con distrofia total secundaria, que se presenta secundariamente a las demás onicomicosis y la onicomicosis con distrofia total primaria, se presenta en candidiasis mucocutánea crónica (2).

La mayoría de las onicomicosis en uñas de las manos son causadas por *Candida*, (8).

La onicomicosis por no dermatófitos y levaduras son frecuentes en pacientes con inmunodepresión, en lesiones necrotizantes de piel, los dermatofitos encuentran condiciones para su desarrollo, dando como resultado características clínicas diferentes (1,3,4,9).

En un estudio en el que se vio la prevalencia de esta enfermedad en pacientes diabéticos, se encontró que una tercera parte de los diabéticos son portadores de onicomicosis en las uñas de los pies, y que los factores que predisponen son: la edad, el sexo (masculino), historia familiar de onicomicosis, terapia inmunosupresora y enfermedad vascular periférica. El diabético presenta 2.77 veces más la enfermedad que el individuo normal (6).

A nivel mundial de todas las onicopatías, la onicomicosis es la más frecuente, del 1 al 5 % de todos los pacientes que acuden a consulta de dermatología la padecen (23).

En México se inicia la investigación sobre onicomicosis con los trabajos de incidencia de dermatofitos en México por González-Ochoa en el año de 1957, posteriormente el

trabajo de López Martínez y cols., en que coinciden que el *Trychophyton. runbrum*, es el dermatofito más frecuente.

En estudios recientes, las estadísticas revelan los siguientes datos, por orden de frecuencia: *Tyichophyton runbrum* 87%, *T. Tonsurans* 5.5%, *T. mentagrophytes* 3%, *Micosporum canis* 3% y *Epidermophyton floccosum* 1.5% (14).

Cada especie de dermatofitos tiene ciertas características según su distribución geográfica. Estos microorganismos pueden ser zoófilos, geófilos ó antropófilos, todos son patógenos para el ser humano. Los cambios climáticos influyen en la prevalencia de éstos (24).

En nuestro país, la onicomicosis ocupa el segundo lugar entre todas las dermatofitosis, se encuentra entre las primeras diez causas más frecuentes de la consulta diaria en dermatología (19).

Existe poca información reportada sobre onicomicosis en el primer nivel de atención. Los trabajos más recientes de investigación en onicomicosis están enfocados principalmente al tratamiento de ésta.

La griseofulvina y el ketoconazol son antimicoticos sistémicos que actualmente se han caído en deshuso por lo prolongado del tratamiento y por sus efectos colaterales (27).

La aplicación de tratamiento oral a base de triazólicos en días alternos o mediante pulsos, más un antimicótico local es una buena alternativa (28,29,30). Existen tratamientos tópicos como la amorolfina o ciclopirox que reduce la tasa de curación a menos del 50 % (5,27,30).

En un estudio farmacoeconómico de la terapia oral de onicomicosis, se demostró que la terbinafina es el medicamento ideal, actúa a nivel de la biosíntesis del ergosterol en sus primeros estadios (7,10). El ergosterol es esencial para la función de la membrana fúngica, la terbinafina tiene gran afinidad por la queratina y rápidamente entra al estrato corneo. Después de un tratamiento con esta droga, persiste el

medicamento activo de 2 a 3 semanas en piel y uñas, lo que nos da una proporción alta de cura (10,16,22).

Como en otros antimicóticos los efectos secundarios de este fármaco son: náuseas, dolor abdominal, trastornos del sentido del gusto, reacción alérgica en piel e incluso Lupus Eritematoso Sistémico (7,11,12).

Recientemente existe un incremento substancial de las micosis y entre ellas la onicomycosis, debido al mal uso de antibióticos, a agentes inmunosupresores, a la utilización de técnicas quirúrgicas invasivas y al trasplante de órganos.

El futuro del manejo de la onicomycosis es llegar a tener un tratamiento que tenga pocos efectos colaterales, menos interacciones con otros medicamentos, tiempos cortos y un costo accesible a la población que la padece.

Por otro lado es importante establecer la prevalencia de esta patología en nuestro campo de acción, para fomentar el interés de los médicos del primer nivel de atención, y en un futuro sea mejor manejada desde el punto de vista tanto preventivo como correctivo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La frecuencia de la Onicomicosis es alta, sin embargo no se le ha dado la importancia que requiere y aunque existe poca captación a nivel estadístico, actualmente se ha incrementado.

Esta patología es altamente transmisible, los factores que se requieren para que se propicie esta enfermedad son: calor, humedad, queratina y falla en el sistema inmune. Es una enfermedad cosmopolita que se ha relacionado con el contagio en baños públicos, el no usar sandalias al bañarse, la ocupación, la edad, el nivel socioeconómico, en pacientes con enfermedades crónico degenerativas y abandono del tratamiento. En la gran mayoría de los casos es asintomática, y los pacientes que acuden a consulta lo hacen por motivos estéticos.

En la atención del primer nivel, se ha observado que muchos pacientes acuden a consulta por motivos diferentes a la onicopatía. Relegando esta patología. ¿Porqué la mayoría de los pacientes portadores de Onicomicosis no le dan la importancia necesaria para su tratamiento y que factores se asocian a esta patología?.

JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial la incidencia de onicomycosis es alta. Sin embargo, particularmente en nuestro país por diversas razones existe poca información a pesar de que es muy frecuente y que afecta a la población en general.

La mayoría de los pacientes que padecen esta enfermedad no le dan la importancia necesaria para solicitar atención médica.

Esta patología es previsible, fácilmente identificable, su abordaje es accesible y con tratamiento adecuado es resolutive en la mayoría de los casos.

La contribución al primer nivel, es proporcionar un mejor conocimiento de esta patología, para que el médico le dé la importancia que se requiere ya que es un problema de salud pública.

En cuanto al paciente, la magnitud de esta patología nos dé pauta para proporcionarles educación para la salud en cuanto a medidas preventivas para evitar contagiosidad, así como proporcionarles un tratamiento completo.

Este estudio fue fácil de realizar ya que se contó en su mayoría con el apoyo de las autoridades de la Institución y colaboración de parte de los pacientes.

Los recursos materiales fueron en realidad pocos los utilizados.

OBJETIVO GENERAL.

Estudiar las causas de no tratamiento y factores asociados a la onicomicosis.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Definir la incidencia de onicomicosis en una población de una Unidad de Medicina Familiar.
2. Registrar cual es el sexo que predomina.
- 3 Descubrir a que edad es mas frecuente la onicomicosis.
- 4 Explicar la influencia del grado de escolaridad en pacientes que padecen esta patología.
- 5 Revisar el porqué los pacientes que son portadores de onicomicosis no acuden a consulta.
- 6 Determinar los principales motivos de consulta de estos pacientes.
- 7 Identificar los factores que se asocian a esta patología.
- 8 Localizar el sitio del pie donde mayormente se repite esta patología.

MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO.-

Se realizó un estudio observacional, prospectivo transversal y descriptivo.

DEFINICION DE UNIVERSO.-

Población derchohabiente del I.S.S.S.T.E., Zona Poniente del D.F. En la Clínica de Medicina Familiar "Observatorio", efectuado en un periodo de tres meses comprendido entre febrero y abril de 1999.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.-

La muestra para este estudio fue de tipo aleatoria simple de 550 pacientes ambos sexos, de 0 a 76 años de edad, que acudieron a consulta de medicina familiar de primera vez o subsecuente.

CRITERIOS DE INCLUSION.-

Se incluyeron en este estudio a todos los pacientes adscritos al consultorio # 6.

Tener alguna anomalía en sus uñas de los pies y no las mostraron lo que fueron eliminados.

CRITERIOS DE EXCLUSION.-

Además se excluyeron del estudio a los pacientes que no pertenecían al consultorio # 6.

CRITERIOS DE ELIMINACION.

Hubo pacientes que a pesar de darles a conocer el protocolo de estudio negaban tener alguna anomalía en sus uñas de los pies y no las mostraban.

DEFINICION DE LOS SUJETOS DE OBSERVACION.-

Se observaron las uñas de los pies y manos, en búsqueda intencionada de onicomicosis.

FORMA DE RECOLECCION DE DATOS.-

Se aplicó un cuestionario en el que se preguntó: edad, escolaridad, si acude frecuentemente a baños públicos, si realiza algún deporte, si existe hacinamiento, que tipo de zapato usa, si otro familiar comparte la misma enfermedad y de otros padecimientos que se asocian a la onicomicosis el grado de conocimiento sobre la enfermedad, otras dermatomicosis y si fue tratada.

RECURSOS MATERIALES.-

Se utilizaron: hojas de papel bond, guantes para cirujano, lápiz, bolígrafo, expediente clínico y una computadora.

RECURSOS HUMANOS.-

Únicamente el investigador.

ESCALA DE MEDICION DE LAS VARIABLES.-

Se aplicó un tratamiento estadístico, con el uso de medidas de tendencia central.

CONSIDERACIONES ETICAS.-

No existe riesgo en la investigación. Según la declaración de Helsinki este estudio no tiene implicaciones éticas.

RESULTADOS.

Durante el trimestre de febrero a abril acudieron a consulta a la clínica Observatorio 16535 pacientes en ambos turnos de medicina familiar, de estos 137 acudieron por onicomicosis (tabla I).

En el mismo periodo en el consultorio # 6 del turno matutino asistieron 550 pacientes, de los cuales 93 se les diagnosticó onicomicosis, además del motivo de su consulta, 26 del sexo masculino y 67 del sexo femenino (gráfica 1).

En la distribución de casos por grupos de edad los resultados son los siguientes: de 21 a 30 años 7 casos, de 31 a 40 años 12 casos, de 41 a 50 años 18 casos, de 51 a 60 años 25 casos, de 61 a 70 años 23 casos y mayores de 70 años 8 casos (gráfica 2). No observándose en los grupos menores de 21 años.

De acuerdo al grado de escolaridad se encontró que 9 personas son analfabetas, 43 estudiaron primaria, 24 secundaria, 12 preparatoria o equivalente y 5 con licenciatura (gráfica 3).

Los motivos del porque los pacientes no se atendieron de su onicomicosis son: 29 pacientes ignoraban que esta fuera una enfermedad, 51 sabían que efectivamente es una enfermedad pero les falta interés para tratarla, 10 pacientes abandonaron el tratamiento y 3 están en tratamiento (tabla II).

Los motivos de consulta de los 93 pacientes a quienes se les encontró onicomicosis son: En primer lugar esta diabetes mellitus con 32 pacientes en segundo lugar infecciones de vías respiratorias altas con 25 pacientes y por orden decreciente enfermedades ostioarticulares e insuficiencia venosa periférica con 7 pacientes, hipertensión arterial sistémica y dermatomicosis con 4 pacientes, onicomicosis, enfermedad ácido péptica, cervicovaginitis e infección de vías urinarias con 3 pacientes, por último colon irritable con 2 pacientes, representados en la tabla III.

Factores que se asocian a la onicomicosis, 56 pacientes viven en hacinamiento, 25 acuden a balnearios públicos, 70 usan zapato sintético, 19 practican algún deporte, 56 tienen otro familiar que presentan la misma enfermedad, 11 tienen baño compartido con otra familia, 30 son diabéticos, 5 tienen compromiso vascular y 4 tienen otras dermatomicosis, (tabla IV).

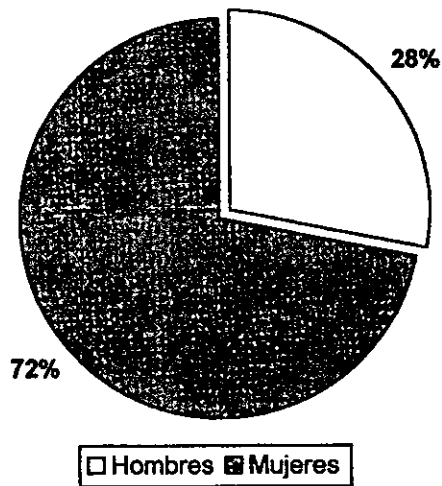
Por localización, 93 pacientes presentaron onicomycosis en pies, 2 de ellos presentaban además onicomycosis de manos. De acuerdo a localización en dedos de los pies, 78 veces se repetía en el primer dedo, en el segundo 38 veces, en el tercero. 25 veces, en el cuarto 15 veces y en el quinto dedo 51 veces (tabla V).

TABLA I
PACIENTES ATENDIDOS DE FEBRERO A ABRIL DE 1999 EN C.M.F.
OBSERVATORIO.

	PACIENTES	CASOS DE ONICOMICOSIS	%
C.M.F. Observatorio	16,535	137	0.82
Consultorio # 6	550	93	16.9

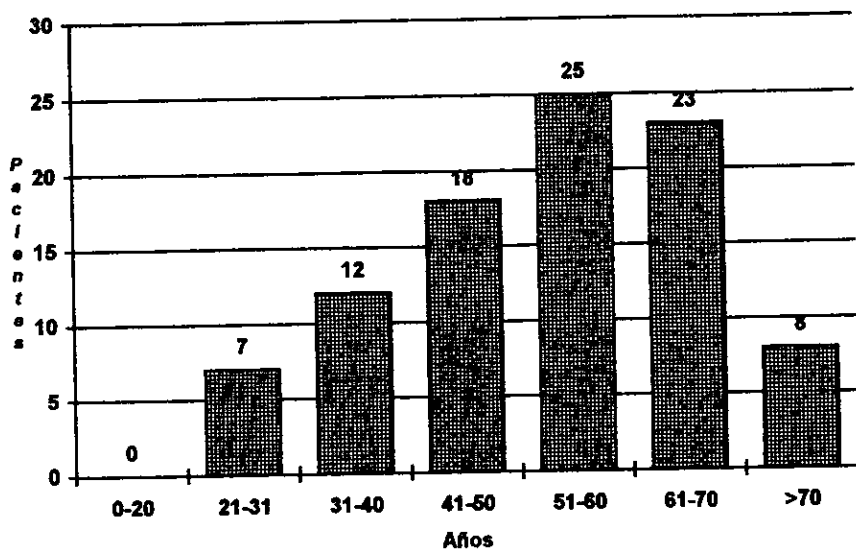
Fuente: Formato SM 10-1

GRAFICA 1
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON
ONICOMICOSIS POR SEXO



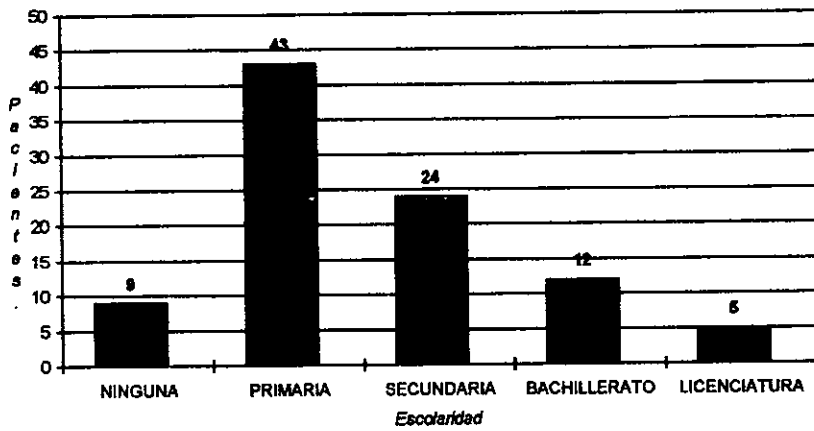
Fuente: Formato SM 10-1

GRÁFICA 2
DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD.



Fuente: Formato SM 10-1

GRÁFICA 3.
ESCOLARIDAD DE PACIENTES CON ONICOMICOSIS



Fuente: Encuesta directa.

TABLA II
PRINCIPALES ARGUMENTOS DEL PACIENTE PARA NO TRATAR
SU ONICOMICOSIS.

	PACIENTES	%
Ignoran que sea enfermedad	29	31.1
Tienen el conocimiento, pero sin interés para tratarse	51	54.8
Abandonaron el tratamiento	10	10.7
Están en tratamiento	3	3.4
Total	93	100.00

Fuente. Encuesta directa.

**TABLA III
PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA EN PACIENTES CON
ONICOMICOSIS.**

MOTIVO	PACIENTES	%
Infecciones de vías respiratorias altas.	25	27.0
Hipertensión arterial sistémica.	4	4.3
Diabetes Mellitus.	32	34.5
Onicomicosis.	3	3.2
Enfermedad ácido-péptica.	3	3.2
Colon irritable.	2	2.1
Enfermedades osteoarticulares.	7	7.5
Dermatomicosis.	4	4.3
Cervicovaginitis.	3	3.2
Insuficiencia venosa periférica.	7	7.5
Infección de vías urinarias.	3	3.2
Total.	93	100.00

Fuente: Formato SM 10-1

TABLA IV
FACTORES QUE SE ASOCIAN A LA ONICOMICOSIS

	PACIENTES	%
Hacinamiento	56	60.2
Acostumbran visitar balnearios públicos	25	26.8
Uso de zapato sintético	70	75.2
Practican algún deporte	19	20.4
Otro integrante de la familia que la presente	56	60.2
Baño compartido con otra familia	11	11.8
Pacientes diabéticos	30	32.3
Con compromiso vascular	5	5.3
Con otras dermatomicosis	4	4.3

Fuente: Encuesta directa.

**TABLA V.
LOCALIZACIÓN DE ONICOMICOSIS DE ACUERDO
AL DEDO DEL PIE.**

DEDO	VECES QUE SE REPITE	%
1°	78	83.8
2°	38	40.8
3°	25	26.8
4°	15	16.1
5°	51	54.8

Fuente: Observación directa.

DISCUSION

Existe gran diferencia en cuanto a porcentaje, entre los pacientes que acudieron a consulta por onicomicosis 0.82 % a 16.9% de pacientes que se les diagnosticó onicomicosis intencionalmente, esto nos indica que realmente hay poco interés de parte del paciente para atender su onicomicosis.

Con respecto al predominio de la enfermedad en el sexo femenino, éste no corresponde con lo reportado en la literatura, en la que se refiere que el sexo masculino es el más afectado (6,17,19). Esta situación está en relación directa con el número de pacientes femeninas que acudieron a la consulta.

De acuerdo a la edad, el grupo de 51 a 60 años destaca por ser el de mayor incidencia, pues la onicomicosis se torna crónica por su característica sintomática, estos resultados no corresponden a los reportados en donde la mayor frecuencia está entre 20-40 años aunque hay que aclarar que estos datos son de centros dermatológicos (14,19).

Entre los niños examinados en el consultorio no se encontró onicomicosis en ninguno de ellos, sin embargo en la bibliografía revisada sí se reportan. Esto obedece a que esos estudios fueron realizados en centros dermatológicos y no en un primer nivel de atención (17,19).

En cuanto a la escolaridad, predomina la onicomicosis en pacientes con nivel de primaria, pero la encontramos en todos los niveles de escolaridad, este factor nos señala que tienen el conocimiento, pero les falta interés para tratarse, reflejado en un 54.8 % de los pacientes estudiados.

Son múltiples las razones por las que los pacientes no acuden a consulta por este motivo, además de que no presentan molestia alguna y al parecer desde el punto de vista estético no existe interés en particular en las uñas de los pies ya que no son visibles, existen estudios donde este problema afecta la calidad de vida en quienes la padecen (13,23).

Las condiciones de inmunodeficiencia, el compromiso neurovascular y la mala higiene y la desatención de sus pies, en el diabético aumentan la posibilidad de que exista esta infección. De 32 pacientes diabéticos estudiados 93.7% presentaron

onicomicosis esto quiere decir que casi todos los diabéticos la presentan comparando con un estudio en donde una tercera parte de los diabéticos padecen esta patología (6).

Solo 3.2% del total de pacientes revisados durante el estudio se captó como motivo de consulta la onicomicosis, esto apoya aún más, que si no existen síntomas no buscan un tratamiento.

Dentro de los factores que se asocian los que sobresalen son: uso de zapato sintético 74.2 %, el hacinamiento 60.2 % y el que exista otro familiar portador de onicomicosis. Se corrobora que es una enfermedad altamente transmisible y sobre todo cuando encuentra las condiciones favorables para su desarrollo (6,14).

Por localización de la onicomicosis, de los 93 pacientes dos de ellos presentaron además, onicomicosis en las uñas de las manos, pero es más frecuente la onicomicosis en las uñas de los pies, la que no se ve y por eso no se busca (14,19).

La incidencia en las uñas afectadas coincide con lo reportado en la bibliografía, ya que el primer dedo del pie es el más afectado (6,14). Pues esta más en contacto con el zapato que cualquier otro dedo, lo interesante es que conforme avanza la edad del paciente se va propagando la infección a otros dedos. Cabe mencionar que el dedo que se afecta menos frecuente es el cuarto dedo, ya que se protege por los dedos vecinos contra la presión del zapato.

La realización de este estudio mostró que la presencia de onicomicosis tanto en individuos sanos como en diabéticos es mayor a lo reportado en trabajos anteriores (6).

Los factores favorecedores de esta enfermedad son semejantes a los ya conocidos. No fue posible la identificación de los agentes causales de la onicomicosis por falta de un laboratorio equipado.

Este trabajo da pauta para la realización de un trabajo de investigación en donde se correlacione aspectos clínicos con agente causal, según la nueva clasificación de onicomicosis (2).

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS.

La captación de la información es inadecuada en cuanto que en la clínica de Medicina Familiar de Observatorio la onicomycosis entra como Dermatomicosis, diagnóstico que se registra en la estadística diaria. Siendo la incidencia de la onicomycosis en el 1er nivel de atención mucho mayor que la que se notifica.

El uso de zapato sintético, el hacinamiento, y el tener otro familiar con onicomycosis en la familia son factores más favorables para que se desarrolle ésta enfermedad.

Los motivos por los que no acuden a solicitar atención médica son: porque no le dan importancia, ignoraban que esto fuera una infección, ignorancia en cuanto al tratamiento, por pena, creencia que por la edad tenían que cambiar sus uñas, ignorancia acerca del mecanismo de transmisión y el poco interés estético.

Finalmente, podemos concluir que la falta de información y de interés por parte del paciente y del médico tratante así como la mala relación interpersonal de ambos, en el ámbito institucional, son de los factores más determinantes que incrementan la incidencia de ésta patología y que, aunque su evolución natural es benigna, el impacto a nivel de salud pública es mucho mayor al que se registra en las fuentes primarias de captación de datos.

En el primer nivel de atención pocos son los estudios de investigación sobre incidencia de onicomycosis, los resultados aquí obtenidos definen que se lograron los objetivos planteados mostrando un panorama del padecimiento al observar la magnitud del problema. Con la exploración completa del paciente se podría identificar en etapas iniciales y tratarla más eficazmente.

Hace falta educación para la salud como; informar al paciente sobre esta enfermedad, motivarlos para que tengan mas interés en su estética, medidas preventivas para evitar el contagio a otros miembros de la familia, así como la vigilancia de un tratamiento completo.

BIBLIOGRAFIA

1. Piraccini BM, *et al*: Proximal subungual onychomycosis due to *Microsporium Canis*. Br J Dermatol 1996; 134: 175-7.
2. Baran R, *et al*: A new classification of onychomycosis. Br Dermatol 1998; 139: 567-71.
3. Ellis DH, *et al*: Non-dermatophytes in Onychomycosis of the toenails. Br Dermatoll 1997; 136: 490-3.
4. Baran R, Tosti A, Piraccini BM: Uncommon clinical patterns of *Fusarium* nail infection report of three cases. Br J Dermatol 1997; 136: 424-7.
5. Ubricht H, Worz K: Therapie von schimmelpilz. Onychomykosen mit ciclopirox-lacck. Mycoses 1994; 37: 97-100.
6. Gupta AK, *et al*: Prevalence and epidemiology of toenail onychomycosis in diabetic subjects: a multicentre survey. Br J Dermatol 1998; 139: 665-71.
7. Malini H, Harriet M, Bryson A: Review of its Pharmacological Properties and therapeutic Potential in the treatment of Onychomycosis and other Superficial Fungal Infections. Drugs 1995; 49: 103-120.
8. Hull PR: Onychomycosis-treatment, Relapsed and Re-infection. Dermatology 1997; 194: 7-9.
9. Tosti A, Piraccin BM. Proximal Subungual onychomycosis due to *Aspergillus niger*, report of two casos. Br J Dermatol 1998; 139: 156-7.

10. Arikian SR, *et al*: A multinational pharmaco-economic analysis of oral therapies for onychomycosis. *Br J Dermatol* 1994; 130: 35-44.
11. Bong JL, Lucke TW, Evans CD: Persistent impairment of taste resulting from terbinafine. *Br J Dermatol* 1998; 139: 747-8.
12. Brooke R, Coulson IH, Dawoud AT: Terbinafine-induced subacute cutaneous lupus erythematosus. *Br J Dermatol* 1998; 139:1132-3.
13. Scher RK. Onychomycosis is more than a cosmetic problem. *Br J Dermatol* 1994; 130: 15.
14. Arenas R: Las Onicomycosis, aspectos clinico-epidemiológicos, micológicos y terapéuticos. *Gaceta Med Mex.* 1990; 126: 84:91.
15. Manzano P, *et al*: Dermatophytoses in México City. *Mycoses* 1994; 37: 49-52.
16. Arenas R, Dominguez J, Fernández LM: Open Randomized comparison of Itraconazole versus terbinafine in onychomycosis. *Int. J Dermatol.* 1995; 34: 138-143.
17. Chang P, and Heidelogemann, PH: Onychomycosis in children. *Int J Dermatol.* 1994; 33: 550-1.
18. Drake LA, *et al*: Effect of onychomycosis on quality of life. *J Am Acad Dermatol.* 1998; 38: 702-4.
19. Reynoso S. Tiña de las uñas. *Revista del Centro Dermatológico Pascua* 1996; 5:: 5-10.

20. Fletcher CL, *et al*: Onychomycosis caused by infection with *Paccilomyces lilacinus*. Br J Dermatol 1998; 339: 1111-37.
21. Manzano P, *et al*: Dermatophytoses in Mexico City. Mycoses 1994; 37: 49-52.
22. Korstanje MJ, Staats CC: Fungal infections in the Netherlands. Dermatology 1995; 190: 39-42.
23. Elewsk BE: The effect of toenail onychomycosis on patient quality of life. Inter J Dermatol 1997; 36: 754-6.
24. González A, Orozco V: Dermatofitos causantes de "tinea unguis" en México. Rev Inst Sal Enf Tropicales 1957; 18: 93-5.
25. López MR, *et al*: Dermatofitos, algunos aspectos epidemiológicos. Rev Med IMSS 1972; 11: 242-7.
26. Lemm AC, Seijo CJ: Anatomía y fisiología normal de la uña. Rev Cent Dermatol Pascua 1997; 6: 91-6.
27. Man KK, *et al*: Onychomycosis in Hong Kong. Inter J Dermatol 1997;36: 757-61.
28. Arenas R, Fernández G, Domínguez L. Onychomycosis treated with itraconazole or griseofulvin alone with and without a topical antimycotic or keratolytic agent. Inter J Dermatol 1991;30: 586-9.
29. Richard R, Boni EE: Intermittent fluconazole dosing in patients with onychomycosis: Results of a pilot study. J Amer Acad Dermatol 1996; 355: 216-9.

30. Richard BO, *et al*: A multicenter placebo-controlled. Double-blind study of intermittent therapy with itraconazole for the treatment onychomycosis of the fingernail. *J Amer Acad Dermatol* 1997; 36: 231-5.
31. Mercantini R, *et al*: Epidemiology of dermatophytoses observed in Roma, Italy, between 1985 a 1993. *Mycoses* 1995; 38: 415-9.
32. Lehenkari E, Silvennoinen KS: Dermatophytes in northern Finland in 1982-90, *Mycoses* 1995; 38: 9-10.
33. Arenas R, Arce M, Leyva J: Onicomicosis dermatofítica. *Dermatología Rev. Mex.* 1999; 43: 149-56.

**ESTA TESIS NO PUEDE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

ANEXOS

DRA. MARIA ESTELA LEON ISLAS
consultorio # 6.

CUESTIONARIO PARA SER CONTESTADO POR EL PACIENTE

FECHA _____
 NOMBRE _____ CEDULA _____
 SEXO _____ EDAD _____

MOTIVO DE LA CONSULTA _____

ENFERMEDADES ASOCIADAS _____
 INICIO DE LA INFECCION DE LAS UÑAS _____

INSTRUCCIONES: Marcar con una X, lo que se le pida.

ESTADO CIVIL:	
Soltero (a)	
Casado (a)	
Unión libre	
Divorciado	
Viudo	

ESCOLARIDAD:	
Ninguna	
Primaria	
Secundaria	
Preparatoria	
Profesional	

REALIZA ALGÚN DEPORTE		CUÁL DEPORTE?
SI	NO	

CASA HABITACIÓN	
Un sólo cuarto	
Dos cuartos	
Tres o más cuartos	

NÚMERO DE PERSONAS QUE CONVIVEN CON USTED	

USA SANDALIAS AL BAÑARSE	
SI	NO

EL BAÑO QUE USA ES PARA UNA SÓLA FAMILIA	
SI	NO

TIPO DE ZAPATO QUE USA MÁS FRECUENTEMENTE	
Tenis	
Zapato de piel	
zapato imitación piel	

TIENE ALGÚN FAMILIAR QUE TENGA LA MISMA INFECCIÓN DE UÑAS	
SI	NO

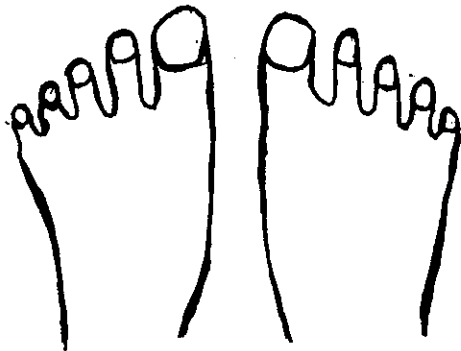
TIENE AL GUNA ENFERMEDAD EN LA PIEL		HA TENIDO TRATAMIENTO PARA SU UÑAS	
SI	NO	SI	NO

POR CUANTO TIEMPO RECIBIO SU TRATAMIENTO? _____

PORQUÉ NO TERMINO SU TRATAMIENTO? _____

MORFOLOGÍA CLÍNICA:

- a.- Cuáles son las uñas afectadas?
- b.- Tipo de afección ugueal.
- c.- Se acompaña de otras desrmatomicosis (tiña, pedis, hiperqueratosis, micosis vesiculosa, etc.)



PORQUÉ NO SE HA ATENDIDO EN TODO EL TIEMPO QUE LLEVA LA ENFERMEDAD?

Acepto y estoy de acuerdo en proporcionar información para la realización de este tipo de trabajo.

FIRMA DEL PACIENTE