

VI CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Impacto Positivo de la Seguridad del Paciente en la Atención Sanitaria al Ciudadano"

ESTUDIO DE CASOS DE MOLUSCOS CONTAGIOSOS EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Autor principal SILVIA TINEO JUSTICIA

CoAutor 1 ANA BELEN MONTES ROMERO

CoAutor 2

Área Temática La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Comunitaria

Palabras clave Molusco contagioso Virus Dermatología Lesiones

» **RESUMEN. Se recomienda utilizar estructura IMRAD (Introduction, Methods and Materials, Results, and Discussion — introducción, materiales y métodos, resultados y discusión)**

Introducción:El molusco contagioso es una infección cutánea viral. Afecta principalmente a 3 grupos poblacionales: la infancia, los adultos sexualmente activos y los individuos inmunodeprimidos. Aunque el pico de incidencia máximo se observa en menores de 5 años. El objetivo de este estudio fue evaluar los casos detectados en el C.S. Algeciras Sur, analizar los datos epidemiológicos y el tratamiento pautado.

Metodología:La muestra total fue de 50 pacientes <14 años. Se empleó un enfoque cuantitativo de diseño transversal. Se creó un cuestionario de elaboración propia además de un estudio y observación de las lesiones por el personal de enfermería.

Resultados:Los resultados mostraron que un 63% de los individuos habían observado las lesiones desde más de 6 meses. El 31% se había tratado previamente sin resultado satisfactorio. Al 88,6% se le realizó la exéresis en las lesiones. El 28% de los participantes manifestó un impacto moderado en la calidad de vida y el 10%, alto. Del total de la muestra, el 15% no había acudido al colegio y a las actividades extraescolares por el miedo a la propagación y contagio a su entorno.

Discusión:La opción terapéutica debe ser individualizada en función del paciente. Entre los factores asociados a fracaso terapéutico se destaca la presencia de más de 10 lesiones. El curetaje se destaca como el método más eficaz, además de proveer una muestra de tejido para la confirmación del diagnóstico. La mejor opción es el tratamiento activo para que así los pacientes no pierdan sus actividades sociales.

» **ANTECEDENTES / OBJETIVOS. Se identifica los antecedentes del tema, relevancia del mismo, referencias actualizadas, experiencias válidas fundamentadas, que centre el trabajo, justifique su interés, enuncie las hipótesis y/o los objetivos del trabajo.**

El molusco contagioso (MC) es producido por un miembro del grupo de los poxvirus. Afecta principalmente a 3 grupos poblacionales: la infancia, los adultos sexualmente activos y los individuos inmunodeprimidos, aunque el pico de incidencia máximo se observa en menores de 5 años con una prevalencia del 25% (1).

El MC tiene una distribución mundial y una incidencia de 4,5%. No tiene predilección racial o entre géneros. Los estudios epidemiológicos realizados sugieren que la transmisión podría estar relacionada con factores tales como la humedad y calor del clima y la falta de higiene. En niños la transmisión se produce por contacto directo piel-piel o por auto inoculación. (1)

El periodo de incubación de la infección es de 14 a 50 días. Las lesiones se inician como neoformaciones que miden generalmente de 2 a 6 mm, aunque pueden llegar a medir 3 cm, son hemisféricas, cupuliformes, lisas, del color de la piel o perladas, algunas (20%) tienen una umbilicación central; la base es levemente eritematosa y son de consistencia firme.(1)

Se observa con frecuencia en la cara, el cuello, las axilas, los brazos y las manos, aunque se puede presentar en cualquier parte del cuerpo, con excepción de las palmas de las manos y las plantas de los pies(1).

Las lesiones del molusco suelen aparecer entre los 14 días a 6 meses después de la exposición. El molusco contagioso es una enfermedad autolimitada que eventualmente se resolverá en la mayoría de los pacientes después de algunos meses o años, pero en niños atópicos e inmunosuprimidos la evolución es larga y tórpida.(2)

Las lesiones son asintomáticas en la mayoría de los pacientes, aunque en el 10% de los casos puede haber prurito y desarrollarse una reacción eczematosa. El diagnóstico diferencial incluye verrugas comunes y fibromas (2).

Sin embargo, la terapia puede ser útil en prevenir la autoinoculación o la transmisión a contactos cercanos. El objetivo común de los diferentes métodos terapéuticos es la destrucción de las lesiones. Aunque existen múltiples opciones terapéuticas: técnicas quirúrgicas (destrucción física de las lesiones como crioterapia o curetaje), agentes tópicos que producen una respuesta inflamatoria local y agentes tópicos modificadores de la respuesta inflamatoria. La elección del tratamiento es en función del paciente (edad, número de MC, localización de las lesiones, complicaciones, etc.)(3)

Pese a que no es una enfermedad muy agresiva, existe una alarma social ante su contagio. En Febrero 2015, en un diario digital leonés (El Bierzo Noticias) recoge la preocupación de los padres de los alumnos en un aula de parvulario por el miedo al contagio de un alumno infectado de MC que ha seguido asistiendo al aula con total regularidad.

En el Centro de Salud (C.S.) Algeciras Sur, se observó un aumento en la demanda de la consulta de enfermería para el tratamiento y control de MC desde el inicio del periodo escolar y actividades extraescolares, como la natación. Así pues, el presente estudio se decidió realizar, para conocer las características de los casos de MC evaluados y tratados en la consulta de enfermería.

» **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA- MATERIAL Y MÉTODO. Debe estar claro y conciso. Definición necesidades o problemas. Población identificada. Contexto de recogida información. Método de selección. Definición tipo de estudio. Detalle del análisis.**

Este estudio surge a partir de tener citados en consulta de enfermería pacientes con MC para exéresis de las lesiones remitido por su médico o pediatra de cabecera.

El objetivo fue realizar un análisis de los casos vistos en la consulta, analizar los datos epidemiológicos, el tratamiento pautado y ofrecer una correcta educación sobre hábitos higiénicos para disminuir número de casos de MC en la zona.

Cronológicamente, el estudio tuvo una duración de un trimestre académico, se comenzó la segunda semana de enero y finalizó la última semana de marzo en el C.S. Algeciras Sur. Primeramente para seleccionar los participantes fue necesaria la colaboración de algunos facultativos (médicos y pediatras) del centro que derivasen los sujetos para incluirlos al programa. Ya en la consulta de enfermería, tras la selección de los participantes (<14 años) y previo consentimiento de sus tutores legales, se establecieron las intervenciones y objetivos a realizar.

En el aspecto metodológico se decidió emplear un enfoque cuantitativo de diseño transversal. Para su desarrollo y recogida de información, se usó un cuestionario de elaboración propia.

Primeramente se realizó un pilotaje del cuestionario con una muestra de 10 pacientes con MC escogidas al azar, el propósito de esta prueba era determinar si la comprensión del texto era del 100% en todos sus ítems, si el tiempo requerido para contestar era el adecuado, así como el interés de los participantes por contestar. Finalmente se realizó algunas correcciones con el fin de evitar sesgos de interpretación.

Tras realizar las modificaciones oportunas se creó un cuestionario compuesto por 10 preguntas tipo test, con una duración aproximada para contestarlo de 20 minutos. Fue totalmente voluntario y anónimo, se recogieron preguntas que abarcaban datos diversos: sexo, edad, asociación a atopia (dermatitis atópica, asma, rinitis, conjuntivitis o alergia a ácaros o a pólenes), durante cuánto tiempo habían estado padeciendo MC, asistencia regular a la piscina en los 3 meses previos a la aparición de las lesiones, número de MC en el momento de la exploración, tratamientos recibidos previamente, lugar en el que presentan las lesiones, familiares o personas en el entorno más cercano con MC, y como les había afectado a sus asistencia a actividades escolares y sociales.

Cada pregunta tuvo 4 posibles repuestas, presentando los resultados en escalas valoradas según el orden nominal, de intervalo u ordinal.

Además, el personal de la consulta de enfermería evaluaba las lesiones, número, tamaño, forma y localización. Para ello se fijó un criterio para poder incluirlo en este estudio, las lesiones debían cumplir con el diagnóstico de MC, debían presentar su aspecto típico: pápulas hemisféricas, de menos de 0,5 cm de diámetro, a veces umbilicadas, de color blanquecino o similar a la piel circundante.

La muestra total con la que se contó fue de 50 pacientes, adscritos al C.S. Algeciras Sur. Para su selección se tuvo en cuenta los siguientes criterios:

-De inclusión: Tener diagnóstico de MC. Presencia de más de 3 lesiones clínicamente evidentes. Edad < 14 años.

-De exclusión fueron: personas con enfermedades sistémicas asociadas o con signos de excoriación o eczema importantes en áreas cercanas a las lesiones de MC.

El análisis estadístico se realizó mediante porcentajes y el cálculo de la media aritmética en algunos parámetros.

» **RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Descripción resultados en función objetivos. Análisis coherente. Debe contrastar los objetivos iniciales del estudio con los datos obtenidos, establece las limitaciones, las conclusiones emergen de la discusión y dan respuesta a los objetivos del estudio.**

Los resultados más destacados del estudio fue que no existía apenas diferencia en la distribución por sexo: el 52,4% eran niños y el 47,6% eran niñas. La edad media fue de 8,6 años. El 49,63% de los niños presentaba algún tipo de atopia (dermatitis atópica, asma, rinitis, conjuntivitis, alergia a ácaros o pólenes).

A menudo son pacientes con dermatitis atópica y esto se relaciona con un número mayor de lesiones. Posiblemente la diseminación del MC puede favorecerse por la xerosis, el prurito constante (genera rascado y autoinoculación de lesiones) (1).

Los resultados mostraron que un 63% de los individuos habían observado las lesiones desde más de 6 meses. El 65% había acudido con frecuencia a la piscina en los 3 meses previos a la aparición de las lesiones. El antecedente de uso de piscinas es un hallazgo habitual en estos pacientes, ya que facilita la transmisión de la enfermedad por contacto con personas infectadas a través de fómites (objetos contaminados empleados para nadar, como flotadores, toallas o esponjas) y por la alteración por el agua clorada.(4)

El 35% de los participantes que convivían con más de un menor de 14 años manifestó que por lo menos uno de esos menores había desarrollado la infección mientras aún tenía las lesiones.

La media del número de MC fue de 12,6 con una desviación típica de 13,4 y una mediana de 7, con una media más alta en los varones (14,2 lesiones frente a 9,8 en las mujeres). En los pacientes que acudían a la piscina observamos una media de 12,4 frente a los 12 que no lo hacían, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

El 63,4% de las lesiones se presentaban en tronco y brazos, a diferencia del 36,6% que se presentaba en cara y muslos. El 75% de las pápulas eran hemisféricas y con un diámetro entre 0,5 y 1 cm. Siendo el número de lesiones entre 15-20 en el 79,6% de la muestra.

Los padres del 19% de los niños dijeron que sus hijos habían recibido algún tratamiento (aunque en un tercio de los casos, eran antibióticos de uso tópico que se utilizan para las complicaciones en lugar de la infección viral).

El 31 % llevaban más de un año tratándose, con otro método (nitrógeno líquido), sin resultado alguno. Según el tratamiento a aplicar por el pediatra, el 58,6 % consistió en la exéresis de las lesiones, el 31% con nitrógeno líquido frente al 10,4% que no realizó tratamiento.

El 28% de los participantes manifestó un impacto moderado en la calidad de vida y el 10%, un efecto alto. Del total de la muestra, el 15 % no había acudido al colegio y a las actividades extraescolares por las incidencias de los MC entre los niños de su entorno.

Los datos obtenidos en este estudio se asemejan a resultados obtenidos en otras investigaciones. Según una publicación realizada

en Reuters Health en Enero 2015 de una investigación por la Universidad de Cardiff, en los niños, el molusco contagioso sin tratar tarda años en desaparecer. Estos datos se contrastan con el presente estudio, que reveló el 63% padecieron las lesiones de MC por un periodo superior a 6 meses.

A su vez, en esa misma publicación se muestra que un cuarto de los niños (76) tenían por lo menos 21 lesiones y el 70 % las tenía en más de un lugar del cuerpo, similares a nuestros resultados, en el que el 79.6% presentó un número de lesiones entre 15- 20.(4)

Respecto a la viabilidad del presente estudio, resaltar que no se pudo realizar una evaluación a largo plazo dado el poco tiempo del que se constó. Por este motivo se deja la línea abierta para ampliar las investigaciones en este aspecto y seguimiento de la muestra analizada en este trabajo. Sería interesante contrastar los datos de la muestra ya estudiada y realizarle un seguimiento para ratificar los datos obtenidos en el estudio de la Universidad de Cardiff en el que se realizó un seguimiento de su muestra y se obtuvo que los 269 niños controlados, la infección desapareció en unos 13,3 meses (entre 1 y 62 meses). El 58% se recuperó a los 12 meses, pero el 30% seguía con lesiones a los 18 meses y el 13%, a los 24 meses.(4)

La opción terapéutica debe ser individualizada en función del paciente (edad, número de lesiones, localización, complicaciones, antecedentes de atopia, miedo). La exéresis ha sido la opción terapéutica que se ha empleado en los casos tratados en este estudio(88,6%). Entre los factores asociados a fracaso terapéutico se incluyen la presencia de más de 10 lesiones, hecho que destaca la importancia de un diagnóstico y tratamiento precoz y la necesidad en estos casos de barajar otras opciones.

Según el Dr. A. Gómez Agámez, publicado en el diario digital el Universal, el curetaje de las lesiones sigue siendo el método más sencillo y disponible de forma rápida, a pesar de que existen diferentes otros métodos (crioterapia, nitrógeno líquido, tratamientos tópicos como la podofilina, la cantaridina, etc...) pero la ventaja del curetaje es que provee una muestra de tejido para la confirmación del diagnóstico en caso de dudas. (2)

En conclusión, existen múltiples pacientes y la disponibilidad de múltiples tratamientos para así lograr una resolución satisfactoria de una enfermedad que a veces puede ser una de las principales preocupaciones de los padres porque sus hijos queden estigmatizados por perder actividades físicas o en equipo durante mucho tiempo hasta que desaparezcan todas las lesiones. Por eso, a menudo, la mejor opción es el tratamiento activo.

» APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Educación higiénico-sanitaria del cuidado de las lesiones y tratamientos.

Educación sanitaria en centros escolares, lugares públicos que favorecen el contagio (piscinas, gimnasios), familias y enfermos.

Prevención del contagio.

» PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.

-Seguimiento de los casos tras un año.

-Reincidencias en el mismo centro.

-Se necesitan más estudios para evaluar el efecto de los tratamientos en los niños con molusco contagioso grave.

» BIBLIOGRAFÍA.

1. Monteagudo B, Cabanillas M, Suárez-Amor O, et al. El molusco contagioso: ¿cuándo debería iniciarse el tratamiento? Acta Pediatría España. La Coruña. 2010; 68(1): 91-94.

2. Gómez Agámez A. Moluscos Contagiosos, ¿qué son? El Universal [revista en Internet] 2012 Octubre [acceso 2 de marzo 2015]; Disponible en: <http://www.eluniversal.com.co/columna/moluscos-contagiosos-que-son>.

3. Allevato M. Molusco contagioso. Actualizaciones Terapéuticas Dermatología. Argentina. 2004; 27: 5. Disponible en: www.atdermae.com/pdfs/atd_27_01_06.pdf

4. Reuters Health. En los niños, el molusco contagioso tarda años en desaparecer. Reuters España [revista en Internet] 2015 [acceso 5 de Marzo 2015]. Disponible en:

<http://es.reuters.com/article/entertainmentNews/idESKBN0KD06T20150104?pageNumber=2&virtualBrandChannel=0&sp=true>