

Comm Dermatol J 2018; 14:13-24

Tenga en cuenta que la edición 24 ya ha sido traducida al francés y está a su disposición en nuestro sitio web de la Liga Internacional de Sociedades Dermatológicas (ILDS, por sus siglas en inglés), [www.ilds.org](http://www.ilds.org). Veuillez noter que le numéro 24 a été traduit en français et est maintenant disponible sur notre site, [www.ilds.org](http://www.ilds.org).

## COMMUNITY DERMATOLOGY JOURNAL – ¿Qué nos dice un nombre?

**Christopher Lovell, Michele Murdoch**

*Editores*

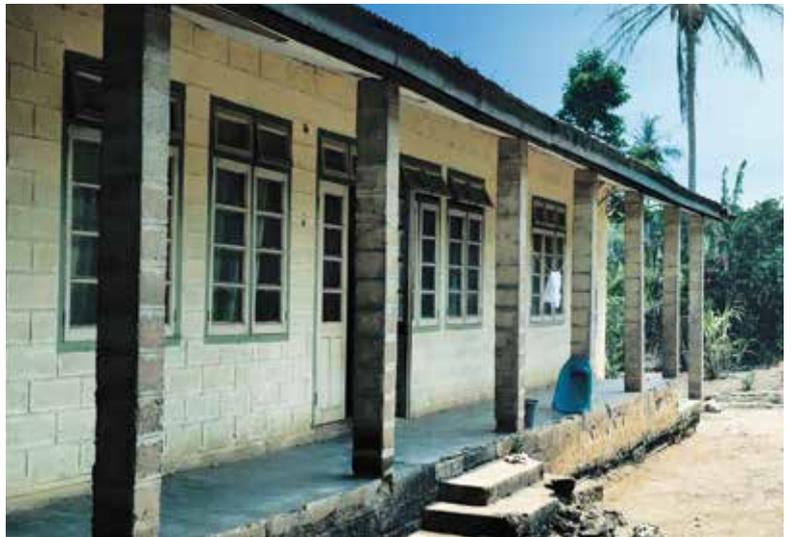
**Claire Fuller**

*Presidenta, Fundación Internacional de Dermatología*

Desde su nacimiento hace doce años a manos del Dr. Paul Buxton, esta publicación ha recibido el nombre de *Community Dermatology*, pasando posteriormente a denominarse *Community Dermatology Journal*. Sin embargo, la junta editorial es consciente de que esta denominación no se identifica con exactitud con nuestros lectores.

A nivel mundial, los profesionales sanitarios de un amplio abanico de disciplinas velan por los pacientes con enfermedades cutáneas y luchan por mejorar la salud cutánea de las comunidades a las que atienden. The International Foundation for Dermatology.

Numéricamente, los dermatólogos juegan un pequeño, pero vital, papel en ello. Proponemos el cambio de la denominación de la revista a *Community Skin Health*, que se hará efectivo a partir de la próxima edición (n.º 27), ya que consideramos que esta denominación describe con mayor precisión los objetivos y metas de la revista y de la Fundación Internacional de Dermatología.



Centro de salud en la región Sudoeste de Camerún



Centro de salud en Debark, norte de Etiopía.

### Contents

- 13 Community Dermatology Journal – ¿Qué nos dice un nombre?**  
*Christopher Lovell, Michele Murdoch y Claire Fuller*
- 14 Atención dermatológica en zonas rurales de Nepal: un viaje para alcanzar lo inalcanzable**  
*Dwarika P Shrestha*
- 17 Novedades sobre la oncocercosis**  
*Dra. Michele Murdoch*
- 18 Puntos destacados de la reunión: Dermatología para África en el Congreso Conjunto de la Sociedad de Dermatología de Sudáfrica (DSSA, por sus siglas en inglés) y la Sociedad Africana de Dermatología y Venerología (ASDV, por sus siglas en inglés), Durban, agosto de 2018**  
*Ncoza C Dlova, Anisa Mosam, Sian Hartshone*
- 20 Conocimientos y actitudes en materia de sarcoma de Kaposi asociado al VIH de los profesionales sanitarios del Centro de Atención y Tratamiento (CTC, por sus siglas en inglés) de Arusha, Tanzania**  
*Hannah Cook*

# Atención dermatológica en zonas rurales de Nepal: un viaje para alcanzar lo inalcanzable

**Dwarika P Shrestha**

*Instituto de Medicina, Katmandú, Nepal*

**Corresponding author: D P Shrestha**

*Medicina, Katmandú*

*drdpshrestha@gmail.com*

## Resumen

Las enfermedades cutáneas son una de las principales causas de morbilidad en Nepal, con una prevalencia muy alta y un gran impacto sobre la calidad de vida. La mayor parte de la población, en particular quienes viven en zonas rurales y remotas, no tiene acceso a la atención dermatológica.

Nuestros objetivos eran determinar la prevalencia y el impacto de las enfermedades cutáneas en Nepal y desarrollar intervenciones para reducirlos.

Para ello diseñamos un cuestionario denominado «Índice de Discapacidad por Enfermedad Cutánea» que permite evaluar el impacto de las enfermedades cutáneas sobre la calidad de vida. Estudiamos una amplia población para evaluar su prevalencia e impacto. La prevalencia era del 25 % y se producía un impacto muy fuerte sobre la calidad de vida.

Desarrollamos un atlas ilustrativo, el «Manual de Atención Sanitaria Primaria para Enfermedades Cutáneas», destinado a los profesionales sanitarios. Se estudió la posibilidad de utilizar la teledermatología móvil para ayudar a los médicos en el tratamiento de enfermedades cutáneas y, a su vez, formarles acerca de cómo tratar las enfermedades cutáneas más comunes.

Recientemente, se ha desarrollado una aplicación de internet, DCRN, para facilitar la consulta y formación de los médicos.

## Antecedentes

Quienes trabajamos en un país como Nepal, sabemos las dificultades que se les presentan a sus habitantes en materia de problemas sanitarios. Necesitan viajar lejos y gastar mucho dinero para poder conseguir un tratamiento, incluso para problemas sanitarios tan comunes como las infecciones cutáneas.

Con la vista puesta en esta realidad, sentimos una fuerte necesidad de llevar la atención dermatológica a los habitantes que viven en las zonas rurales y remotas de Nepal, quienes no pueden permitirse ni tienen acceso a dicha atención.

En el año 2010, tuve la gran oportunidad de conocer a la catedrática Inger Rosdahl de la Universidad de Linköping, Suecia, que en aquel momento impartía clases como invitada en la Facultad de Medicina de Katmandú.

Compartimos nuestras inquietudes y hablamos sobre lo que podíamos hacer en materia de atención dermatológica en Nepal. Con el lema «Skin Care for All» (de la Sociedad Internacional de Dermatología), formamos un equipo de dermatólogos, la catedrática Rosdahl, el Dr. Dipendra Gurung, la Dra. Rushma Shrestha y yo mismo, con la incorporación posterior del Dr. Suwash Baral. Así comenzó un fructífero y desafiante viaje para llevar la atención dermatológica a las poblaciones más remotas de Nepal.

Las enfermedades cutáneas son una de las causas principales de morbilidad en Nepal y su prevalencia global resultó ser de un 25 %

## PALABRAS CLAVE

*enfermedades cutáneas, manual de atención sanitaria primaria, teledermatología móvil, Nepal remoto*

en nuestro estudio previo en áreas rurales de la región del centro de Nepal<sup>1</sup>. Producían un gran impacto sobre la calidad de vida de los habitantes de estas zonas rurales.

En el Sudeste Asiático, Nepal se encuentra entre las naciones en desarrollo más pobres, la mayor parte de su población (85 %) vive en zonas rurales y remotas, de terreno difícil e inaccesible. La atención sanitaria en estas áreas la proporcionan los profesionales sanitarios (enfermeros/as) destinados en puestos sanitarios y los médicos (médicos de familia) que trabajan en los centros de atención sanitaria primaria y los hospitales de distrito.

El Ministerio de Sanidad proporciona la atención sanitaria básica. A pesar de que muchos de estos servicios son gratuitos, no están siempre disponibles. La atención especializada solo está disponible en los hospitales de las grandes ciudades o en las facultades de medicina.

Hay 169 dermatólogos en Nepal<sup>2</sup>, para una población de más de 26 millones de personas<sup>3</sup>, y todos ellos trabajan en las grandes ciudades. Los médicos y los profesionales sanitarios no tienen la formación necesaria para tratar las enfermedades cutáneas más comunes. La mayor parte de la población nepalí no tiene acceso a la atención dermatológica.

El sistema sanitario nacional no presta la debida atención a las enfermedades cutáneas y se dedican muy pocos o ningún recurso a esta especialidad. Una de las razones puede ser que las enfermedades cutáneas provocan una alta morbilidad pero menor mortalidad, y esta última es la que prioriza las enfermedades a la hora de destinar recursos. La otra parece ser una completa falta de promoción por parte de los dermatólogos.

Las enfermedades cutáneas más comunes (el 70 % de la totalidad)<sup>1</sup> no suelen requerir hospitalización ni investigación de laboratorio para su tratamiento.

Se pueden prevenir y tratar en los centros de atención sanitaria primaria, siempre y cuando se pueda disponer de atención dermatológica especializada y de las medicaciones necesarias.

Estábamos convencidos de que es posible llevar la atención dermatológica a los centros de atención primaria y, por tanto, a las poblaciones rurales y remotas.

Lo primero y primordial era la falta de datos científicos sobre enfermedades cutáneas en Nepal. Los únicos datos disponibles procedían de los informes anuales del Ministerio de Sanidad, donde las enfermedades cutáneas se clasificaban entre los 5 a 10 problemas sanitarios más comunes en Nepal<sup>4</sup> por los que la población buscaba atención sanitaria.

Nuestra primera tarea fue obtener datos científicos en materia de carga sanitaria por enfermedades cutáneas en Nepal.

Yo ya había realizado en 2009 un estudio piloto en un pueblo a las afueras del valle de Katmandú. En este estudio, la prevalencia de las enfermedades cutáneas en dicho pueblo fue del 20,1 % y producían un gran impacto sobre la calidad de vida<sup>5</sup>. El impacto sobre la calidad de vida se evaluó con el «Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI),

por sus siglas en inglés).

Desarrollamos un proyecto, «Atención Dermatológica en el Nepal Rural» (DCRN, por sus siglas en inglés) con dos objetivos generales:

- Determinar la carga sanitaria por enfermedades cutáneas (prevalencia e impacto) en Nepal.
- Desarrollar intervenciones para reducir la carga sanitaria por enfermedades cutáneas.

## Índice de Discapacidad por Enfermedad Cutánea (SDDI, por sus siglas en inglés)

Teníamos la impresión de que el DLQI no era totalmente apropiado para la sociedad nepalí, que es diferente tanto sociocultural como económicamente del país donde fue desarrollado. Era muy importante contar con una herramienta para medir el impacto sobre la calidad de vida, de forma que pudiéramos generar alguna evidencia científica que respaldara el hecho de que las enfermedades cutáneas tienen un impacto significativo sobre la calidad de vida, a pesar de que normalmente no provocan la muerte.

En el primer estudio, en 2011, desarrollamos y validamos un cuestionario, el SDDI, para medir el impacto de las enfermedades cutáneas sobre la calidad de vida<sup>6</sup>. Está compuesto por 10 preguntas dirigidas al efecto sobre 6 aspectos de la vida: bienestar general, trabajo/estudio/juego, actividades diarias, bienestar psicológico, relaciones sociales y tratamiento.

## Prevalencia e impacto de las enfermedades cutáneas en la Región de Desarrollo Central

Posteriormente, realizamos un estudio mucho más amplio en 2012 para determinar la prevalencia y el impacto sobre la calidad de vida de las enfermedades cutáneas en 4 distritos: uno en las montañas, dos en las colinas y uno en Terai (planicies de sur con un clima cálido y húmedo). Se realizó una encuesta a puerta fría para obtener datos sociodemográficos e identificar a los habitantes con enfermedades cutáneas. A continuación, se llevaron a cabo campamentos de atención sanitaria en esas mismas zonas, durante los que se diagnosticaron las enfermedades cutáneas y se entrevistó a los pacientes con el cuestionario SDDI.

La prevalencia global de las enfermedades cutáneas fue del 25 %, con una prevalencia significativamente superior en mujeres (30,1 %) que en hombres (19,7 %). La prevalencia fue superior en el distrito de Terai



Fig. 1. Vitiligo.

(39,9 %), en comparación con el distrito de las montañas (17,5 %). Las categorías de enfermedades cutáneas más comunes fueron eccemas, seguidos de trastornos de la pigmentación, micosis, nevos y urticaria. Usamos nuestro propio cuestionario, el SDDI, para evaluar el impacto



Fig. 2. Eccema en pierna crónico.



Fig. 3. Sarna infectada.



Fig. 4. Acné.

sobre la calidad de vida y resultó que producían un gran impacto (puntuación de 13,7) sobre la misma<sup>1</sup>.

Gracias a este estudio, concluimos que hay una prevalencia muy alta de las enfermedades cutáneas y que estas tienen un fuerte impacto sobre la calidad de vida, por lo que la carga sanitaria debida a las enfermedades cutáneas es importante. A pesar de que los nevos benignos no contribuyen significativamente a la carga sanitaria por

*Continúa al dorso...*

enfermedad cutánea, es necesario identificar las lesiones atípicas, y sospechamos que la incidencia del melanoma está infravalorada.

Una vez obtenidos los datos de prevalencia e impacto de referencia, desarrollamos tres intervenciones con el objetivo de ofrecer atención dermatológica a las poblaciones que viven en áreas rurales y remotas.

**Manual de Atención Sanitaria Primaria para Enfermedades Cutáneas (manual SD-PHC, por sus siglas en inglés):**

Se trata de un manual ilustrativo, desarrollado en 2013, con tratamientos primarios para las 17 enfermedades cutáneas más comunes y 5 medidas preventivas. Está destinado a los profesionales sanitarios que trabajan en puestos sanitarios en los que no hay médicos.

El manual se probó durante un taller de formación de dos días dirigido a profesionales sanitarios que tuvo lugar en 2014. Planeamos distribuir el manual a un grupo mayor de profesionales sanitarios en colaboración con el Ministerio de Sanidad de Nepal con el fin de realizar una revisión ulterior.

**Consultas por tele dermatología móvil (MTD, por sus siglas en inglés):**

La siguiente etapa era ayudar a los médicos que trabajan en centros de atención primaria y hospitales de distrito a diagnosticar y tratar las enfermedades cutáneas comunes. Teniendo en cuenta el rápido desarrollo del acceso inalámbrico a internet y el uso generalizado de teléfonos móviles, en 2015, estudiamos la posibilidad de ofrecer consultas dermatológicas por teléfono móvil a los médicos de los centros de atención sanitaria de las zonas rurales.

La concordancia general entre las consultas por MTD y las consultas en persona fue del 88 %<sup>7</sup>. Se trata de una forma económica, viable y válida de ofrecer consultas dermatológicas.

Formación de médicos a través de MTD: Mientras realizábamos el estudio anterior, nos dimos cuenta de que podíamos formar simultáneamente a los médicos responsables acerca de cómo tratar las enfermedades cutáneas comunes. Por tanto, desarrollamos un paquete de formación que constaba de 12 días de formación a nivel ambulatorio,

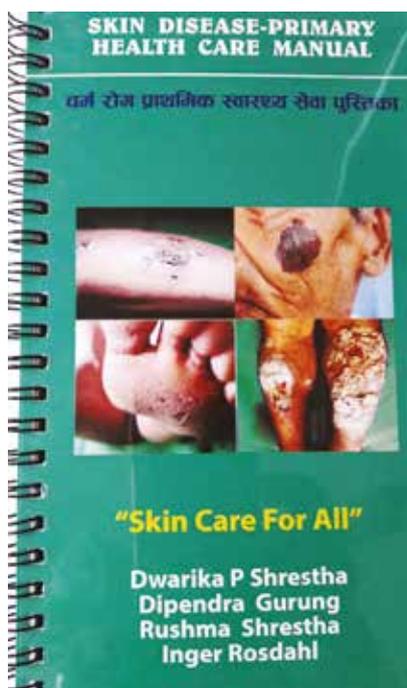


Fig. 5. Manual SD-PHC.



Fig. 6. Consulta por tele dermatología móvil.

con consultas MTD, en los que el médico debía ver un mínimo de 60 enfermedades cutáneas comunes. Realizamos este estudio en 2016<sup>8</sup> y resultó ser efectivo y válido.

**Aplicación DCRN**

En ambos estudios MTD anteriores, usamos la aplicación Viber. Actualmente, hemos desarrollado nuestra propia aplicación DCRN y estamos estudiando su uso.

**Conclusiones**

Hemos dedicado mucho esfuerzo e invertido muchos maravillosos años en este proyecto. Planteamos el proyecto de forma que los pacientes con enfermedades cutáneas se pudieran beneficiar desde el principio. La parte más importante de nuestras actividades fue la realización de campamentos de salud cutánea. Realizamos alrededor de 20 de estos campamentos, en los que ofrecimos consultas y medicinas gratuitas a más de 4000 habitantes de las zonas rurales y remotas de Nepal.

El resto de actividades consistieron en entrevistas exhaustivas, debates con los grupos de muestra elegidos y reuniones del grupo de expertos. Presentamos nuestro trabajo en todas las conferencias de dermatología a nivel nacional y en algunas a nivel internacional. La mayor parte de nuestro trabajo ha sido publicado.

Estamos convencidos de que hemos estudiado y desarrollado un modelo sencillo, viable, económico y fiable de ofrecer atención dermatológica a las poblaciones necesitadas de las áreas rurales y remotas. No hay previsión que vaya a haber dermatólogos en estas áreas en un futuro cercano.

Nuestro próximo reto es integrar nuestro trabajo en el sistema de atención sanitaria nacional de Nepal para que la atención dermatológica esté disponible gradualmente para las poblaciones necesitadas que viven en áreas remotas y de difícil terreno de todo el país.

**Agradecimientos**

Prashant V Shahi, catedrático Sivert Lindstorm, Dr. Dilip Chaudhari, Dra. Sonya Gupta, Dra. Shristi Shrestha, Dr. Amit Amatya, Dra. Sabeena Bhattarai, Dr. Govinda Pokhrel, Dr. Bharat Pradhan, Dr. Mahesh Maskey, Universidad de Linkoping

**Referencias**

- Shrestha DP, Gurung D, Shrestha R, Rosdahl I. Skin Diseases and Impact on Quality of Life in the Central Development Region of Nepal: A Major Public Health Problem. *Journal of Institute of Medicine* 2014; **36**: 15-20.
- Datos obtenidos de la Sociedad de Dermatólogos, Venerólogos y Leprólogos de Nepal.
- Datos obtenidos del Censo Nacional de Población y Vivienda de 2011: Informe nacional. Oficina Central de Estadística, Nepal
- Gobierno de Nepal, Ministerio de Sanidad y Población. Informes anuales del Departamento de Servicios Sanitarios, 2006-2015
- Shrestha DP, Gurung D, Rosdahl I. Prevalence of skin diseases and impact on quality of life in hilly region of Nepal. *Journal of Institute of Medicine*, 2012; **34**: 44-49.
- Shrestha DP, Shrestha R, Gurung D y col. Development of skin disease disability index (SDDI) to assess the dermatologic burden in rural Nepal. *Journal of Institute of Medicine*, 2013; **35**: 24-29
- Shrestha DP, Suwash B, Gurung D y col. Mobile tele dermatology for rural Nepal: dermatologic care using mobile phone in a primary health care centre. *Journal of Institute of Medicine*, 2016; **38**: 7-10
- Shrestha DP, Baral S, Shahi PV, Rosdahl I. Mobile tele dermatology for Dermatological Care in Rural Nepal: Dermatology training of medical officers at primary health care centers. *Journal of Institute of Medicine*, 2017; **39**: 3-7.



Fig. 7. Aplicación DCRN.

# NOVEDADES SOBRE LA ONCOCERCOSIS

**Dra. Michele Murdoch**

Especialista en Dermatología,  
West Herts Hospitals NHS Trust, Reino Unido  
Correo electrónico: michele.murdoch@nhs.net

t

## Prevalencia global

La política para el control de la oncocercosis en África, donde habita el 99 % de la población mundial en situación de riesgo, ha pasado del control de la morbilidad a la eliminación de la infección. Se está utilizando la administración masiva de fármacos con ivermectina con el fin de intentar erradicar la oncocercosis de África para el 2025. El estudio Global Burden of Disease (GBD) es un ambicioso proyecto que facilita estimaciones de la prevalencia, morbilidad y mortalidad de las enfermedades más importantes a nivel mundial. Los últimos datos publicados en el estudio GBD de 2016 estimaban una prevalencia global de la oncocercosis de 14,65 millones, lo que representa una reducción del 13,6 % con respecto al estudio GBD de 2013.

Puesto que la oncocercosis no es mayoritariamente una enfermedad fatal, su importancia en términos de salud pública se entiende mejor en términos de AVAD [Años de vida perdidos debido a muerte prematura (AVP) + Años vividos con discapacidad (AVD)]. En 2016, la oncocercosis se clasificó como la primera causa principal de AVD a nivel nacional en Liberia, la segunda causa principal en la República Democrática del Congo y Sudán del Sur, la quinta en Camerún y la sexta en la República Centroafricana y Sierra Leona.

Vos T, Abajobir AA, Abbafati C y col. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2017; **390**: 1211-1259, doi:10.1016/S0140-6736(17)32154-2.

## Impacto de la ivermectina sobre la oncocercosis



**Fig. 1. Despigmentación por oncocercosis.**

Se realizaron dos encuestas transversales en el punto de referencia y tras seis años de participación comunitaria activa en la distribución de ivermectina (CDTi, por sus siglas en inglés) en el distrito de Anfilo, en el oeste de Etiopía, un área hiperendémica de oncocercosis.

Se examinaron un total de 1114 individuos  $\geq$  de 15 años de edad en el punto de referencia y se evaluaron 971 sujetos  $\geq$  de 15 años en la fase de posintervención. Los autores encontraron una reducción



**Fig. 2 Elefantiasis genital.**

estadísticamente significativa del 45,6 % en la prevalencia de biopsias superficiales positivas (74,8 % frente al 40,7 %).

Asimismo, la prevalencia del prurito, la despigmentación por oncocercosis y la elefantiasis genital se redujeron en un 54,4 %, 61,3 %, 77,7 % y 88,5 %, respectivamente.

Samuel A, Belay T, Yehalaw D. y col. Impact of six years community directed treatment with ivermectin in the control of onchocerciasis, western Ethiopia. *PLoS ONE* 2016; **11**:e0141029. doi:10.1371/journal.pone.0141029.

## Moxidectina

La moxidectina es un agente microfilaricida más efectivo que la ivermectina para la oncocercosis. En un ensayo aleatorizado doble ciego controlado realizado en cuatro zonas de estudio en Ghana, Liberia y la República Democrática del Congo, se analizaron los resultados de 947 participantes que habían recibido una dosis oral única de 8 mg de moxidectina y de 480 participantes tratados con 150  $\mu$ g/kg de ivermectina. Las densidades cutáneas de microfilaria fueron significativamente inferiores tras el tratamiento con moxidectina en comparación con el tratamiento con ivermectina y el porcentaje de sujetos con microfilarias cutáneas indetectables fue significativamente superior tras el tratamiento con moxidectina en comparación con el tratamiento con ivermectina a los 18 meses postratamiento. No se produjeron acontecimientos adversos graves relacionados con el tratamiento. Los modelos matemáticos anteriores sugerían que el número de años necesarios para alcanzar umbrales potenciales de eliminación de la oncocercosis con tratamiento anual con moxidectina eran similares a los necesarios usando ivermectina cada seis meses. Actualmente, la moxidectina cuenta con la homologación de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos para el tratamiento de oncocercosis en adultos, pero aún se carece de una formulación pediátrica. Confiamos en que las investigaciones futuras clarifiquen el uso óptimo de moxidectina en el tratamiento generalizado de la totalidad de la población.

Opoku NO, Bakajika DK, Kanza EM y col. Single dose moxidectin versus ivermectin for *Onchocerca volvulus* infection in Ghana, Liberia, and the Democratic Republic of Congo: a randomised, controlled, double-blind phase 3 trial. *Lancet* 2018; **392**: 1207-16. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32844-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32844-1).

# PUNTOS DESTACADOS DE LA REUNIÓN: Dermatología para África en el Congreso Conjunto de la Sociedad de Dermatología de Sudáfrica (DSSA, por sus siglas en inglés) y la Sociedad Africana de Dermatología y Venerología (ASDV, por sus siglas en inglés), Durban, agosto de 2018



**\*Ncoza C Dlova, Doctorada, Licenciada en Medicina y Cirugía, Especialidad de Dermatología<sup>1</sup>; Anisa Mosam Doctorada, Máster en Medicina, Licenciada en Medicina y Cirugía, Especialidad de Dermatología<sup>1</sup>; Sian Hartshone, Doctorada, Licenciada en Medicina y Cirugía, Especialidad de Dermatología<sup>2</sup>**

**\*Autora correspondiente: Ncoza C. Dlova**

Correo electrónico: [dlovan@ukzn.ac.za](mailto:dlovan@ukzn.ac.za)

1. Departamento de Dermatología, Facultad de Medicina Nelson R Mandela, Universidad de KwaZulu-Natal, Durban, Sudáfrica.
2. Dermatóloga en ejercicio privado, Plettenberg Bay, Ciudad del Cabo.

El 2.º congreso de la Sociedad Africana de Dermatología y Venerología (ASDV, por sus siglas en inglés) tuvo lugar junto con la edición n.º 50 del Congreso Nacional de la Sociedad Sudafricana de Dermatología del 30 de agosto

al 2 de septiembre de 2018 en el Durban ICC, ubicado en la Milla de Oro de Durban, un crisol cultural en la costa este de Sudáfrica.

El ASDV 2018 fue el primer congreso de dermatología africano que tuvo lugar en Sudáfrica y resultó un éxito rotundo, que atrajo

a dermatólogos de más de 20 países africanos. Este fue el 2.º congreso de la ASDV, el primero tuvo lugar en Abuja, Nigeria, en 2016. Acudieron alrededor de 500 delegados y más de 25 ponentes internacionales de renombre de todo el mundo, un auténtico éxito para Sudáfrica. El congreso se centró principalmente en las afecciones cutáneas prevalentes en África y estuvo principalmente enfocado a las enfermedades infecciosas y de la piel de color. Se trataron infinidad de temas apasionantes, orientados a los dermatólogos académicos y de los sectores tanto público como privado. El objetivo de estas reuniones conjuntas es fomentar la especialidad de dermatología en África con el fin de promover los estándares de prácticas clínicas más exigentes, programas de control de enfermedades y la investigación colaborativa en dermatología, así como de potenciar el desarrollo de políticas en la región africana.

## Puntos destacados del congreso

### ***Piel y cabello étnicos***

Numerosos proyectos científicos elementales y aplicados sobre el cabello y la piel en África realizados por el departamento de investigación y desarrollo de L'Oréal compartieron resultados en materia de la diversidad de tipos de cabello y la identificación de patrones biológicos específicos del cabello rizo y encrespado africano en un intento de explicar su extrema fragilidad.

Por primera vez en la historia de la dermatología en África, contamos con el primer taller «práctico» sobre el cabello, al que asistieron varios ponentes de África, Norteamérica y Europa. Fue el taller práctico previo al congreso más popular, con más de 100 asistentes.

El tratamiento de la pseudofoliculitis de la barba (PB) supone un reto, especialmente entre los hombres que necesitan mantener un afeitado limpio por tema de aspiraciones sociales. Al contrario de la creencia popular, se ha demostrado que el uso de cuchillas de afeitar de una



**La catedrática Ncoza Dlova rinde homenaje a la catedrática Gail Todd por su trascendental contribución al desarrollo de la dermatología en África.**

sola hoja no se diferencia significativamente del uso de cuchillas de cinco hojas en lo que respecta al desencadenamiento de la PB. Además, si se quiere minimizar la recurrencia de la pseudofoliculitis de la barba, es recomendable afeitarse a diario, en lugar de 2-3 veces a la semana. La depilación química es preferible al afeitado con cuchillas.

En otra presentación, se trató el impacto del uso de extensiones de pelo artificial en el pelo africano natural por motivos estéticos y se demostró que esta práctica provoca fracturas y daños en el tallo del cabello. Las recomendaciones del estudio fueron no usar extensiones de pelo artificial durante más de dos meses al año.



**Miembros directivos de la Sociedad de Dermatología de Mujeres Africanas (AWDS, por sus siglas en inglés), vestidas con el colorido atuendo africano típico. De izquierda a derecha: Dra. Sian Hartshone, Dra. Sarina Drusinsky, Catedrática Anisa Mosam, Catedrática Ncoza Dlova, Dra. Suretha Kannenberg, Dra. Dagmar Whittaker, Dra. Antoinette Chateau, Dra. Pholile Mpfu.**

## Dermatología médica

Tuvieron lugar varios simposios interesantes dirigidos a la terapia de afecciones con particular relevancia para África. Uno de ellos trató sobre el uso de terapias biológicas para la psoriasis y la hidradrenitis supurativa en África. La sesión consistió en una guía práctica de nuevas terapias para estas afecciones debilitantes.

Además, el congreso acogió y apoyó una iniciativa de los dermatólogos de toda África para reunirse y crear un registro de reacciones cutáneas graves a fármacos, denominado AfrISCAR. Esta iniciativa fue apoyada por la Dra. Elizabeth Phillips (Estados Unidos), que habló sobre la «Comprensión de la inmunopatogénesis para fomentar la prevención de reacciones cutáneas graves a fármacos», especialmente relevante en África debido a la alta incidencia del VIH y la tuberculosis.

Los cánceres de piel fueron otra de las palabras de moda en el congreso, en el que se realizaron charlas sobre el cáncer en pacientes con albinismo, xeroderma pigmentoso y melanoma en personas de color. El Dr. Wolfgang Philipp-Dormston, Alemania, presidió una sesión sobre el uso de la TFD con luz diurna para pacientes de África y, especialmente, para aquellos con albinismo.

Asistió una excelente representación, con charlas sobre dermatología infecciosa de ponentes procedentes de diversos países africanos. Hubo una interesante charla sobre la pelagra derivada de la profilaxis con INH y otra que describió el «onyalai» como una nueva enfermedad africana, ambas presentadas por ponentes malauíes. Una charla que trató sobre el tratamiento de la cromoblastomycosis en Madagascar fue sin duda bien recibida, ya que muchos otros países africanos comparten las dificultades con su terapia. Una charla sobre la oncocercosis como enfermedad tropical ignorada aportó una perspectiva del grado del problema, mientras que otra sobre la lepra y las oportunidades de diagnóstico perdidas, especialmente en una era de erradicación, resultó bastante alarmante.

## Estética, cirugía y vitíligo

El Congreso Conjunto de Dermatología para África reunió a dermatólogos africanos y del resto del mundo con interés especial en temas tan variados como el cabello étnico, los trastornos de pigmentación, la experiencia quirúrgica en cicatrices, el tratamiento de queloides y el vitíligo.

Los talleres previos al congreso sobre vitíligo y estética práctica para dermatólogos contaron con buena asistencia. El taller sobre vitíligo mostró todas las técnicas quirúrgicas disponibles para el tratamiento del vitíligo. Los expertos en estas técnicas comentaron y realizaron demostraciones de la creación de blísteres de succión, la inyección de tripsina en blísteres de succión, la preparación de injertos celulares y su transferencia a las zonas con vitíligo. También se incluyó la transferencia de folículos pilosos a zonas con vitíligo, así como un debate y el uso de técnicas láser en el tratamiento del vitíligo.

En el taller previo al congreso de la SASDS (Sociedad Sudafricana de Cirugía Dermatológica), se presentó y comentó el uso de productos cosméticos y se dieron pautas sobre cómo aconsejar correctamente a los pacientes acerca de qué productos serían apropiados para su tipo de piel. También se habló de la exfoliación química y la inyección con microagujas y, posteriormente, se realizaron demostraciones prácticas.

La sesión sobre estética ofreció una maravillosa plataforma para el debate de la estrategia a seguir para todos los tipos de pieles étnicas. Se realizó un examen y una interpretación de las características específicas del rostro de la población india y de la integración del uso de rellenos en el tratamiento de pacientes con diversos tipos de pieles étnicas. También se habló sobre la concienciación de la imagen que tienen las generaciones más jóvenes de sí mismas y la necesidad de adaptar nuestros programas de tratamientos estéticos con el fin de mejorar sus características. Los trastornos de pigmentación,

*Continúa al dorso...*

## Puntos destacados de la reunión: Congreso Conjunto de la Sociedad Dermatológica de Sudáfrica (DSSA, por sus siglas en inglés) y la Sociedad Africana de Dermatología y Venerología (ASDV, por sus siglas en inglés), Durban (*continuación*)

especialmente el melasma y el tratamiento de otros muchos trastornos de pigmentación, se comentaron en muchas sesiones durante el congreso. La mayor comprensión de la patofisiología de los trastornos de pigmentación permite que las terapias sean más efectivas y específicas.

Diversos expertos, tanto internacionales como locales, comentaron muchas cuestiones quirúrgicas, desde el melanoma facial y las suturas quirúrgicas en zonas difíciles hasta los carcinomas de células escamosas. Expertos en cirugía micrográfica de Mohs procedentes de Sudáfrica, América y Tanzania presentaron maravillosas visiones de los programas ofrecidos en cada uno de estos países y de la frecuencia con que se pueden ofrecer tratamientos de primera categoría en medios relativamente rurales.

En un taller sobre el tratamiento de cicatrices, se comentaron todas las técnicas existentes y se realizaron demostraciones en directo de técnicas quirúrgicas y terapias láser.

En una sesión especial para todos los dermatólogos residentes y especialistas, se destacó el papel de las técnicas quirúrgicas sencillas, con sorprendentes consejos sobre la eliminación de lesiones como los quistes y los lipomas.

La sesión final reunió a todos los expertos para un maravilloso debate acerca de la controversia sobre el uso de filtros solares, rellenos

e inyectables. La controversia quirúrgica y los consejos prácticos permitieron que los delegados sacaran sus propias conclusiones en temas como, por ejemplo, el uso de adrenalina con lignocaina y la forma de inyectar un anestésico local.

Algunas de las primicias de este congreso fueron: becas para 9 estudiantes de medicina locales para que asistieran al congreso y así presentarles la dermatología como un área de especialización potencial en una etapa temprana de su carrera profesional y, en segundo lugar, la creación de 13 becas para dermatólogos y residentes africanos con el fin de que asistieran a la reunión y así garantizar la representación de tantas regiones de África como fuera posible. Por último, se proyectó un documental, *A Gentle Magic*, que aborda el problema del uso de cremas para aclarar la piel en África.

La presidenta, la catedrática Ncoza Dlova, y la vicepresidenta y presidenta del comité científico, la catedrática Anisa Mosam, así como la coordinadora científica de la SASDS, la Dra. Sian Hartshorne, quedaron muy satisfechas con el resultado del congreso y agradecen a todos los miembros de su equipo, la Dra. Ayesha Akinkugbe, el Dr. Percy Naidu, la Dra. Nokubonga Khoza, la Dra. Kiasha Govender, la Dra. Khanyi Dladla, la Dra. Patiswa Nombona, el Dr. Noufal Raboobee y la Dra. Ndo Ngcobo su contribución a que el congreso fuera un éxito, así como a la industria por su apoyo a este congreso.

# SARCOMA DE KAPOSI ASOCIADO AL VIH

## Conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios del Centro de Atención y Tratamiento (CTC) de Arusha, Tanzania

**Hannah Cook (Bsc)**

*Centro Nuffield para la Salud y el Desarrollo Internacional, Instituto de Ciencias de la Salud de Leeds, piso 10 Edificio Worsley, Universidad de Leeds, Leeds, LS2 9NL, Reino Unido. Correo electrónico: um13hc@leeds.ac.uk*

### Resumen

El sarcoma de Kaposi (SK) es el segundo tipo de cáncer con mayor incidencia en Tanzania; su principal factor de riesgo es el VIH. Sin embargo, solo hay un centro nacional para el cáncer

y se carece de directrices gubernamentales para el tratamiento del SK en los centros de Atención y Tratamiento (CTC, por sus siglas en inglés) del VIH. Este artículo investiga los conocimientos y las actitudes en materia de sarcoma de Kaposi asociado al VIH de los profesionales sanitarios del CTC de Arusha, Tanzania, con el fin de comprobar si poseen los conocimientos adecuados para diagnosticar y tratar el SK. Los resultados muestran que el grado de conocimiento general es bajo y que los profesionales sanitarios solicitan mayor formación sobre el SK.

### Antecedentes

El sarcoma de Kaposi (SK) es un tumor causado por el virus del herpes humano ocho (VHH-8)<sup>1</sup>. Se manifiesta con lesiones cutáneas y en las mucosas y, en su etapa más avanzada, se presenta en los órganos internos, hecho que puede resultar fatal<sup>2</sup>.

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es el principal factor de riesgo que predispone al SK. La terapia antirretroviral (TAR) es un tratamiento de primera línea efectivo para el SK, combinada con quimioterapia, en caso de que esté avanzado<sup>3</sup>, sin embargo, el África Subsahariana tiene el acceso más bajo a las TAR a nivel mundial<sup>4</sup>.

### PALABRAS CLAVE

**Sarcoma de Kaposi, virus de la inmunodeficiencia humana, educación sanitaria, Tanzania**

En 2012, el VIH fue la causa principal de muerte en Tanzania<sup>5</sup>. El SK es el tumor maligno asociado al VIH más común y el segundo tipo de cáncer con mayor prevalencia en Tanzania: representa un 11,9 % de todos los cánceres<sup>6</sup>. El VHH-8 tiene una prevalencia estimada en la población del 50 %<sup>7</sup>, lo que demuestra el gran peso y crecimiento potencial del SK.

El tratamiento básico del SK se menciona en las Directrices de Salud Nacional para el VIH/SIDA de 2012<sup>8</sup>, sin embargo, en medios con pocos recursos (donde se presentan la mayoría de casos)<sup>9</sup>, no se dispone de muchas de las opciones de tratamiento.

Solo hay un centro oncológico a nivel nacional, en Dar es Salaam<sup>10</sup>, al cual se remiten los pacientes con SK avanzado. No se dispone de bibliografía que analice los conocimientos en materia de SK de los profesionales sanitarios que trabajan en los CTC.

La discrepancia entre el alto peso de la enfermedad y las limitadas pruebas fehacientes de distribución de su tratamiento requieren una investigación para comprender la capacidad de los profesionales sanitarios de los CTC para diagnosticar y tratar el SK.

### Propósito

Investigar los conocimientos en materia de sarcoma de Kaposi asociado al VIH y su aplicación por parte de los profesionales sanitarios del CTC de Arusha, Tanzania.

## Objetivos

1. Evaluar si los profesionales sanitarios son conscientes de que el SK es una afección asociada al VIH examinando sus conocimientos acerca de las complicaciones cutáneas derivadas del VIH.
2. Determinar sus conocimientos en materia de etiología, diagnóstico y tratamiento del SK.
3. Explorar la aplicación de dichos conocimientos a través de sus respuestas individuales ante diversos escenarios clínicos.

## Métodos

Se recopilaban datos en una estrategia de «métodos mixtos»; un cuestionario transversal cuantitativo de conocimientos y una serie de hipótesis clínicas cualitativas.

Se realizaron entrevistas en una sala privada, en presencia del investigador y un intérprete. La primera mitad de la entrevista consistió en un cuestionario estructurado, disponible en inglés y suajili. La primera sección trató sobre demografía, complicaciones cutáneas del VIH (objetivo 1) y etiología, diagnóstico y tratamiento del SK (objetivo 2).

La segunda mitad de la entrevista consistió en tres escenarios clínicos para explorar problemas éticos, el SK avanzado y el diagnóstico diferencial (objetivo 3).

Esta investigación se llevó a cabo en Arusha, Tanzania, en mayo de 2017. Se obtuvo la aprobación ética de la Universidad de Leeds, el Instituto Nacional de Investigación Médica de Tanzania (NIMR, por sus siglas en inglés) y la Comisión de Ciencia y Tecnología de Tanzania (COSTECH, por sus siglas en inglés).

## Análisis de los datos

Se aplicaron análisis estadísticos, tales como media, desviación estándar y prueba binomial exacta de Fisher (debido al pequeño tamaño de muestra<sup>11</sup>), a las respuestas al cuestionario cuantitativo.

Los debates clínicos se transcribieron y combinaron con las notas tomadas durante las entrevistas para aumentar su credibilidad<sup>12</sup>. Estos se analizaron con un enfoque-marco y un análisis del contenido temático.

## Resultados

### Hallazgos cuantitativos

#### Demografía

En total, se contó con 12 participantes (4 hombres y 8 mujeres). La Tabla 1 muestra los profesionales sanitarios agrupados por profesión y la Tabla 2 muestra su distribución por ubicación urbana/rural de su puesto de trabajo.

Profesión	Número de hombres		Número de mujeres		Número total de adultos	
	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)
Enfermero/a	0	0	6	75	6	50
Médico	3	75	2	25	5	41.7
Otros	1	25	0	0	1	8.3
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

Ubicación principal de su puesto de trabajo	Número de médicos	Número de enfermeros/as	Número de adultos	Número de adultos
Urbana	2	1	1	4
Rural	0	0	0	0
Urbana/rural a partes iguales	3	5	0	8

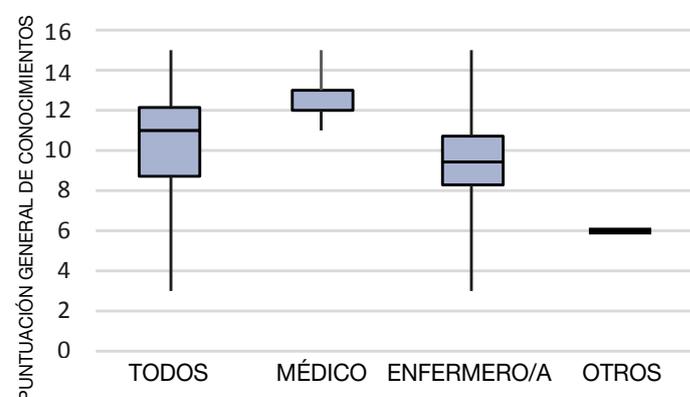
### Puntuaciones de conocimientos generales

De un máximo de **24**, la puntuación global media fue de **10,4** [intervalo de confianza (IC) de 7,9-13,2]. La puntuación media de los médicos fue de **12,6** (IC de 8,2-17), la de los/as enfermeros/as de **9,3** (IC de 5,3-13,3) y la del resto de profesionales sanitarios de **6** (IV de 0-15,8). La Tabla 3 demuestra una relación significativa entre la consecución de una puntuación superior a la media y el hecho de ser médico (frente a ser enfermero/a u otro profesional); la Figura 1 muestra la distribución de las puntuaciones por profesión. La ubicación del puesto de trabajo no presentó una relación significativa con la puntuación general (Tabla 4).

Puntuación	Médico		No médico	
	Frec.	(%)	Frec.	(%)
Por encima de la puntuación media	5	100	2	28.6
Por debajo de la puntuación media	0	0	5	71.4
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>

Valor p de la prueba exacta de Fisher = 0,0278

Figura 1. Distribución de la puntuación general por profesión



Puntuación	Urbana		Urbana/rural a partes iguales	
	Frec.	(%)	Frec.	(%)
Superior al promedio	2	50	6	75
Inferior al promedio	2	50	2	25
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

Valor p de la prueba exacta de Fisher = 0,5475

### Complicaciones cutáneas del VIH

La puntuación máxima para esta sección fue de **5** y la puntuación media de **2,3**. (IC de 0-5). La distribución de las respuestas correctas por profesión se muestra en la Figura 2 (al dorso). No hay significancia estadística entre profesión y puntuación.

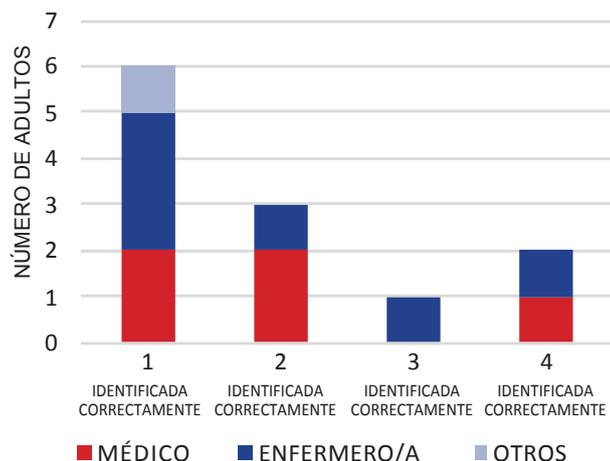
### Conocimientos específicos sobre la enfermedad

La relación entre profesión y puntuación de los conocimientos sobre el SK es estadísticamente significativa, el valor p de la prueba exacta de Fisher es de 0,028.

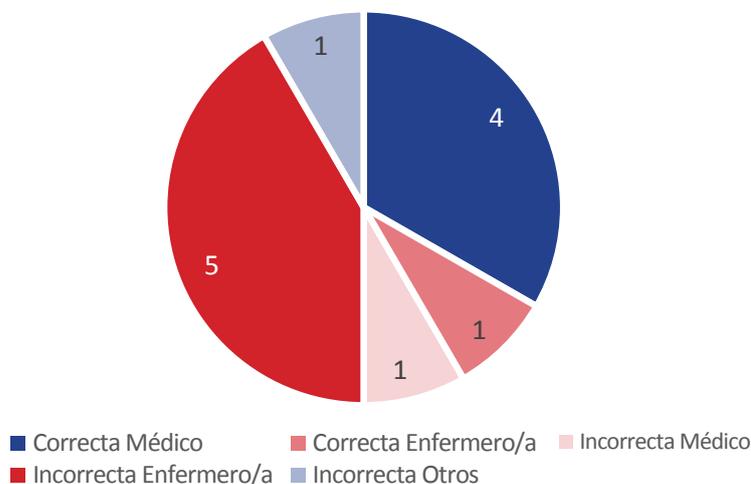
Cinco participantes (41,7 %) fueron capaces de describir correctamente las lesiones características del SK. La Figura 3 (al dorso) muestra la distribución de las respuestas. El 66,7 % de los participantes identificaron correctamente el tratamiento de primera línea para el SK. Cuando se les preguntó acerca del tratamiento para el SK avanzado, solo 5 participantes (41,7 %) dieron respuestas correctas, 4 de los cuales eran médicos.

Continúa al dorso...

**Figura 2. Respuestas correctas a las complicaciones cutáneas asociadas al VIH**



**Figure 3. Distribution of answers: KS Lesion Description**



Alarmantemente, el 50 % de los/as enfermeros/as creían que los productos medicinales a base de hierbas eran los más adecuados.

### Gestión del SK en Tanzania

Cuando se preguntó acerca de cómo se podría mejorar su gestión, el 58,3 % de los profesionales sanitarios sugirieron que con una mayor educación pública, el 50 % afirmaron que con una mejor educación de los profesionales sanitarios y el 58,3 % contestaron que mejorando el tratamiento (los participantes podían dar varias respuestas).

### Datos cualitativos

#### Escenario 1

Esta hipótesis se centró en la presentación inicial del SK a un paciente con VIH previo que había visitado a un curandero tradicional. El primer punto comentado fue la gestión del VIH. 5 participantes preguntaron por el tratamiento con antirretrovirales (ARV) y 6 sugirieron el asesoramiento sobre las prácticas sexuales seguras. 7 de los participantes plantearon la visita a un curandero tradicional: «Es muy estúpido que Agnes (participante) acuda a un curandero tradicional».

El siguiente tema comentado fue el diagnóstico y la gestión del SK. 2 de los profesionales sanitarios sugirieron la realización de una biopsia. 2 participantes sugirieron un tratamiento incorrecto y 5 sugirieron acudir a un dermatólogo.

#### Escenario 2

Esta hipótesis implicaba a un paciente preocupado por el VIH y con un diagnóstico poco claro (SK o púrpura trombocitopénica). Todos los participantes querían realizarse una prueba del VIH y solicitar asesoramiento.

El siguiente punto comentado fue el del diagnóstico diferencial. 5 participantes pensaban que, indudablemente, el paciente tenía SK, 2 pensaban que podía ser eso u otro tipo de cáncer. 6 participantes consideraron que podía ser cualquier otro tipo de infección oportunista; solo 1 de los médicos identificó correctamente la púrpura trombocitopénica.

En lo que respecta al diagnóstico y la gestión, 4 participantes sugirieron un diagnóstico visual, 2 de los cuales realizarían también una biopsia (recomendada por un total de 7 participantes).

#### Escenario 3

Esta hipótesis implicaba a una paciente con diagnóstico reciente de SIDA y manchas púrpuras en su cuerpo.

El primer punto comentado fue la gestión del VIH. 9 participantes sugirieron analizar los niveles de CD4 del paciente. 6 querían investigar síntomas secundarios.

La biopsia fue el método de diagnóstico sugerido más habitualmente, seleccionada por 10 participantes, a pesar de que 2 CTC no tenían capacidad para realizar biopsias; 4 participantes querían remitir a un dermatólogo.

#### Temas habituales

El primer tema habitual fue la percepción de los participantes de que sus conocimientos eran insuficientes, 8 participantes así lo creían:

«No sé cómo tratar a este/a paciente. No tengo conocimientos suficientes».

«Me sentiría muy incómodo si se me pidiera que tratara a alguien con SK».

En segundo lugar, los participantes se centraron en el tratamiento y la gestión del VIH en cada escenario, y la mayoría de las respuestas estuvieron relacionadas con este, no con el SK.

### Debate

Los hallazgos se comentarán y compararán con cada uno de los investigadores. Se utilizarán investigaciones de estudiantes de odontología, ya que no se han realizado estudios sobre conocimientos acerca del SK en otros profesionales sanitarios. Cabe esperar que los estudiantes de odontología tengan conocimientos acerca del SK en términos de sus manifestaciones orales<sup>13</sup>, por lo que se podrán extraer algunas comparaciones.

### Complicaciones cutáneas

A pesar de que los conocimientos generales en materia de afecciones cutáneas asociadas al VIH eran pobres, todos los participantes fueron capaces de identificar al SK como una complicación. Sin embargo, este estudio se realizó únicamente sobre 12 participantes, por lo que los resultados puede que no sean muy fiables.

A nivel mundial, los estudios entre estudiantes de odontología son similares: en Brasil, el conocimiento de la asociación entre VIH y SK fue del 92,5 % y en Irán del 93,8 %<sup>13,14</sup>. Estos estudios tuvieron lugar entre estudiantes de odontología en países de rentas medias, por lo que su reproducibilidad en Tanzania puede ser limitada.

Los estudiantes de enfermería dental de Nigeria mostraron una carencia de conocimientos exhaustivos en materia de VIH y sus complicaciones orales<sup>15</sup>. Ambos estudios se realizaron en el África Subsahariana, lo que hace que los países sean más comparables. Sin embargo, Nigeria tiene tasas inferiores de VIH, lo que puede influir en sus conocimientos, y, una vez más, el estudio se realizó entre estudiantes de odontología.

Esto demuestra la necesidad de una mayor educación entre los profesionales sanitarios de los CTC. La realización de estudios a gran escala aumentaría la fiabilidad de los resultados.

### Sarcoma de Kaposi

Los conocimientos en materia de SK fueron bajos en general, a pesar de que los médicos consiguieron resultados significativamente superiores.

Esto puede ser debido a que los médicos reciben una mayor educación. Asimismo, es más probable que los médicos tengan que atender a pacientes con SK, ya que los/as enfermeros/as se los derivan como pacientes «complicados» con VIH<sup>8</sup>. Una mayor exposición al SK puede aumentar estos conocimientos.

El 75 % de todos los participantes demostraron una carencia de conocimientos exhaustivos y desconocían el organismo causante del SK. La alta frecuencia de selección de ARV para el tratamiento de primera línea del SK puede ser debida a que son los fármacos más habitualmente utilizados en los CTC<sup>8</sup>.

En lo que respecta al tratamiento del SK avanzado, el 80 % de los médicos identificó correctamente la quimioterapia como tratamiento. A pesar del que el 50 % de los/as enfermeros/as respondieron correctamente, el restante 50 % sugirieron los productos medicinales a base de hierbas, lo cual puede ser perjudicial para los pacientes.

No hay estudios sobre conocimientos de los profesionales sanitarios acerca del SK a nivel mundial.

Las carencias de conocimientos de los participantes pueden derivar en nuevos casos de SK no detectados, especialmente porque la mayoría de las consultas las realizan enfermeros/as<sup>8</sup> (quienes, generalmente, tienen menos conocimientos sobre el tema). Se debe abordar esta deficiencia de conocimientos con el fin de reducir la repercusión del SK.

### Aplicación clínica de los conocimientos

En general, el rendimiento en escenarios clínicos reflejó conocimientos teóricos sobre el SK. En el escenario 2, cuando se pidió que sugirieran un diagnóstico diferencial, el 50 % sugirieron posibles infecciones oportunistas «generales», pero no fueron capaces de nombrarlas. Asimismo, solo los médicos fueron capaces de distinguir los síntomas del SK. Esta falta de conocimientos detallados se reflejó en los datos cuantitativos, especialmente entre los/las enfermeros/as (que representan la mayoría del personal de los CTC)<sup>8</sup>.

Los/as enfermeros/as se centraron en monitorizar el VIH, quizá porque esta era un área de especialización. Sin embargo, si se les presentara un paciente con SK, es posible que la mayoría de enfermeros/as no fueran capaces de identificar o gestionar la enfermedad. Esto exige una mejor educación para poder diagnosticar y gestionar correctamente el SK.

### Conclusión

A pesar de que los profesionales sanitarios son conscientes de que el SK es una complicación del VIH, había una carencia de conocimientos exhaustivos en muchos participantes, especialmente en los/as enfermeros/as, que son quienes están en primera línea en el tratamiento del VIH.

Existían carencias concretas acerca de las causas, la presentación y el tratamiento del SK. Se debería priorizar la educación de los profesionales sanitarios y el diseño de campañas de salud pública, y los CTC deberían ofrecer un cribado y una atención básicos para el SK con el fin de reducir su carga de morbilidad.

### Agradecimientos

Quiero agradecer al catedrático Timothy Ensor su apoyo, a todo el personal del Centro para el Desarrollo Educativo Sanitario de Arusha (CEDHA, por sus siglas en inglés), en concreto al Dr. Matusu y el Dr. Kini por recibirme y a mi auxiliar de investigación Christina Renatus por su ayuda con la traducción.

### Referencias

1. NHS England. *Kaposi's Sarcoma*. [Internet]. 2017. [último acceso el 20 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.nhs.uk/conditions/kaposi-sarcoma/Pages/Introduction.aspx>
2. American Cancer Society. *What is Kaposi's Sarcoma?* [Internet]. 2017. [último acceso el 20 de mayo de 2017]. Disponible en: <https://www.cancer.org/cancer/kaposi-sarcoma/about/what-is-kaposi-sarcoma.html>
3. National AIDS Map. *Factsheet Kaposi's Sarcoma*. [Internet]. 2017. [último acceso el 20 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.aidsmap.com/Kaposi-sarcoma/page/1044692/>
4. Mosam A, Aboobaker J, Shaik F. Kaposi's Sarcoma in sub-Saharan Africa: a current perspective. *Current Opinion in Infectious Diseases*. 2010; **23**(2):119–23.
5. WHO. *Health Profile: Tanzania* [Internet]. 2015 [último acceso el 21 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/gho/countries/tza.pdf?ua=1>
6. WHO. *GLOBOCAN 2012: Tanzania* [Internet]. 2012 [último acceso el 1 de mayo de 2017]. Disponible en: [http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_population.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx)
7. Tindwa C, Maunda K. Survival and its determinants of Kaposi's Sarcoma in Tanzania: Retrospective study. [Internet]. *Journal of Clinical Oncology*. 2014; **32**(15\_supplement):e20607–e20607. Disponible en: [http://ascopubs.org/doi/abs/10.1200/jco.2014.32.15\\_suppl.e20607](http://ascopubs.org/doi/abs/10.1200/jco.2014.32.15_suppl.e20607)
8. Tanzania Ministry of Health and Social Welfare. *National Guidelines for the Management of HIV and AIDS*. Dar es Salaam; 2012.
9. Sissolak G, Mayaud P. AIDS-related Kaposi's sarcoma: epidemiological, diagnostic, treatment and control aspects in sub-Saharan Africa. *Tropical Medicine and International Health*. 2005; **10**(10):981–92.
10. Koski L, Ngoma T, Mwaeselage J, y col. Changes in the pattern of Kaposi's sarcoma at Ocean Road Cancer Institute in Tanzania (2006–2011). *International Journal of STD and AIDS*. 2015; **26**(7):470–8.
11. McDonald J. *Small Numbers in Chi-square and G-tests* [Internet]. Handbook of Biological Statistics. 2017 [último acceso el 24 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.biostathandbook.com/small.html>
12. Mays N, Pope C. Rigour and qualitative research. *BMJ*. 1995; **311**(6997):109–12.
13. Oliviera ER, Narendran S y col. Brazilian dental students' knowledge and attitudes towards HIV infection. *AIDS Care*. 2002; **14**(4):569–76.
14. Sadeghi M, Hakimi H. Iranian Dental Students' Knowledge of and Attitudes Towards HIV/AIDS Patients. *Journal of Dental Education*. 2009; **73**(6):740–5.
15. Azodo C, Umoh A, Ezeja E, Ukpobor M. A survey of HIV-related knowledge and attitude among dental nursing students in south western Nigeria. *Benin Journal of Postgraduate Medicine*. 2007; **9**(1):1–12.

### African Journals Online (AJOL)

Se trata de la biblioteca digital de revistas académicas examinadas por compañeros de la profesión publicadas en África más grande del mundo y representa un valioso recurso para los investigadores de muchas disciplinas científicas. AJOL es una organización sin ánimo de lucro con sede en Sudáfrica. <https://www.ajol.info>



### Edición n.º 24 de la conferencia EMC del Centro Regional de Formación en Dermatología

9 al 12 de enero de 2019

Moshi, Tanzania

Podrá disponer de información más detallada en el sitio web [rdtc.go.tz](http://rdtc.go.tz).

### Beca Strauss y Katz de la Academia Americana de Dermatología

Su objetivo es llevar a jóvenes dermatólogos (incluso los que están en prácticas) procedentes de países en desarrollo a la reunión anual de la Academia Americana de Dermatología para que puedan contar con oportunidades educativas y establezcan una red de contactos.

Para obtener información más detallada, póngase en contacto Kari Webb a través de la dirección [k.webb@aad.org](mailto:k.webb@aad.org)





#### EDITOR FUNDADOR

Dr Paul Buxton

#### EDITORES

Dr Chris Lovell  
Dr Michele Murdoch

#### JUNTA EDITORIAL

Dra. Susannah Baron  
Catedrática Jean Bologna (*Estados Unidos*)  
Dr Paul Buxton  
Dra Isabel Casas (*Argentina*)  
Catedrática Steven Ersser  
Dra Guadalupe Estrada (*México*)  
Dr Arnold Fernandes  
Dra Claire Fuller  
Dr Sam Gibbs  
Catedrática Henning Grossman (*Tanzania*)  
Prof. Rod Hay  
Dr Arjan Hogewoning (*Países Bajos*)  
Dra Vineet Kaur (*India*)  
Catedrática John Masenga (*Tanzania*)  
Dr Rachael Morris-Jones  
Catedrática Anisa Mosam (*South Africa*)  
Catedrática Ben Naafs (*The Netherlands*)  
Ms Rebecca Penzer  
Catedrática Terence Ryan  
Mafalda Soto (*Tanzania*)  
Catedrática Gail Todd (*Sudáfrica*)  
Dr Shyam Verma (*India*)  
Dr Stephen Walker

#### SECRETARÍA EDITORIAL

ILDS Secretariat

#### DISEÑO

Fiona Bowring  
fiona.bowring@gmail.com

#### IMPRESIÓN

Bishops Printers  
Walton Road, Farlington, Portsmouth PO6 1TR  
enquiries@bishops.co.uk

Los artículos pueden ser fotocopiados,  
reproducidos o traducidos, siempre que no se  
utilicen con fines comerciales o personales.  
Es preciso incluir los reconocimientos  
adecuados a los autores y a la revista  
Community Dermatology Journal



Si compra en línea,  
puede respaldar  
económicamente la revista  
sin coste adicional. Varios  
grandes minoristas harán  
un donativo en función de  
la cantidad que gaste.



www.easyfundraising.org.uk



Comm Dermatol J 2018;14:13-24

Si está interesado en la asistencia médica, ya sea en centros médicos reconocidos o en un centro sanitario local, entonces la revista *Community Dermatology Journal* es para usted. En ella encontrará información relevante actualizada acerca del diagnóstico y tratamiento de enfermedades cutáneas. Está especialmente destinada a profesionales sanitarios de países en desarrollo.

Comparta su interés y experiencia enviándonos artículos, informes y cartas, todos ellos serán bienvenidos por nuestra Junta Editorial (consulte las directrices para los autores más adelante).

Encontrará que también es un recurso útil para educar a los profesionales sanitarios y a las poblaciones a las que sirven, así como para mantenerse en contacto con los servicios de dermatología de los países en desarrollo.

Esta revista se publica dos veces al año y se envían más de 7000 copias de cada edición, de forma gratuita, a prácticamente 200 países. Todas las ediciones están a su disposición en formato digital gratuito en la página web de la IFD [www.ifd.org](http://www.ifd.org).

Cuenta con una junta editorial honoraria, pero se publica, imprime y distribuye profesionalmente, hecho que representa el gasto principal. Esta revista recibe donaciones voluntarias; pueden enviar su contribución a nuestra oficina editorial.

#### Directrices para los autores

Se revisan todas las contribuciones antes de su publicación. Los artículos originales no deben superar las 2000 palabras y los informes o cartas breves no deben superar las 500 palabras. Las contribuciones deben cumplir las directrices detalladas que se encuentran en el sitio web <https://ilds.org/our-foundation/community-dermatology-journal/community-dermatology-journal-articles/>.

Envíe las comunicaciones por correo electrónico a: [cdj@ilds.org](mailto:cdj@ilds.org)

con copia a: [christopher.lovell@nhs.net](mailto:christopher.lovell@nhs.net) o [michele.murdoch@nhs.net](mailto:michele.murdoch@nhs.net)

o por correo postal a: **ILDS Secretariat, Community Dermatology Journal, International Foundation for Dermatology, 4 Fitzroy Square, Londres W1T 5HQ, Reino Unido**

**¡Esperamos recibir sus informes, artículos y cartas!**

## DERMLINK

ILDS DermLink es una de las formas en que IDLS está mejorando la atención dermatológica de los pacientes en zonas marginadas del mundo a través de la Fundación Internacional de Dermatología (IFD, por sus siglas en inglés). Existen subvenciones de hasta 5000 \$ para emprender iniciativas que ayuden a pacientes con enfermedades cutáneas en partes del mundo con pocos recursos.

Se pueden solicitar documentación y equipos dermatológicos, formación dermatológica a corto plazo o proyectos de campo y comunitarios para llegar a los pacientes con necesidades dermatológicas que viven en regiones remotas y desatendidas.

En 2018, hemos concedido becas por un importe total de 20 000 \$ para seis proyectos de seis países diferentes que estaban mejorando las vidas de las personas afectadas por problemas dermatológicos.

**La próxima ronda de solicitudes se abrirá en diciembre de 2018.**

**Más información disponible en <https://ilds.org/our-foundation/ilds-dermlink/ilds-dermlinkapplications/>. Si tiene alguna duda o desea comentar su propuesta de proyecto, envíe un correo electrónico a [dermlink@ilds.org](mailto:dermlink@ilds.org).**

## Hágase amigo de CDJ

Por tan solo 5 \$, 5 £ o 5 € al mes puede convertirse en amigo de CDJ. Su donativo regular nos ayudará a enviar más de 8000 copias de esta revista bianual a profesionales sanitarios de todo el mundo. Para obtener más información sobre cómo convertirse en amigo de CDJ, envíe un correo electrónico a [info@ilds.org](mailto:info@ilds.org).