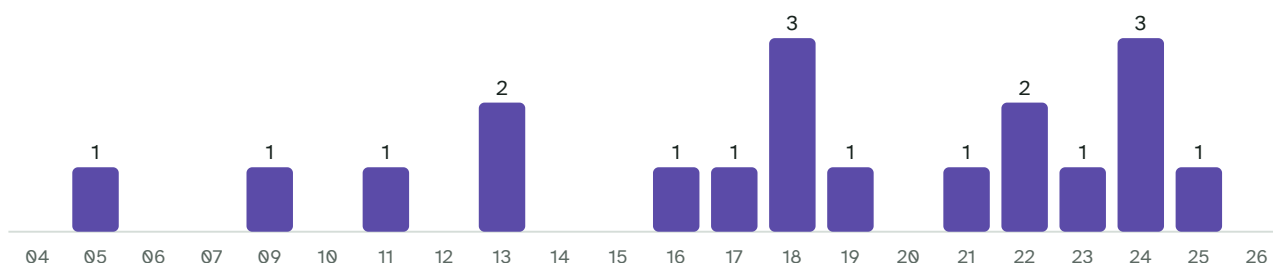


# Dermatología

La piel es el órgano que la enfermera valora en cada paciente: su estructura, cómo se describen sus lesiones, qué dicen las uñas y el pelo, y cuáles son las infecciones, infestaciones y cánceres cutáneos más frecuentes. En el EIR cae como una pregunta suelta cada año, casi siempre de definiciones (lesiones elementales, uñas), de parasitosis (sarna, piojos, chinches) o de factores de riesgo y prevención del cáncer de piel.

Apuntes para el EIR · versión 2026-09-29 · **sin revisión enfermera**. Todas las preguntas son reales, de exámenes EIR, con su año y su número; ninguna está escrita por IA. Las respuestas están en el solucionario, al final.

## Cómo cae en el EIR



**19** preguntas de este tema en 22 exámenes (2004-2026, ordinarias, clasificación segura).

Ningún concepto de este tema se ha repetido en dos exámenes distintos.

# Índice

|                                                           |           |
|-----------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Resumen para repasar</b>                               | <b>3</b>  |
| <b>Puntos clave</b>                                       | <b>5</b>  |
| <b>1. Estructura de la piel y tejidos</b>                 | <b>6</b>  |
| <b>2. Valoración: lesiones elementales</b>                | <b>10</b> |
| <b>3. Anejos: uñas y pelo</b>                             | <b>12</b> |
| <b>4. Impétigo</b>                                        | <b>14</b> |
| <b>5. Escabiosis (sarna)</b>                              | <b>15</b> |
| <b>6. Pediculosis y chinches</b>                          | <b>17</b> |
| <b>7. Acné, dermatitis del pañal y tatuajes</b>           | <b>19</b> |
| <b>8. Cáncer de piel y fotoprotección</b>                 | <b>21</b> |
| <b>Todas las preguntas del tema (20)</b>                  | <b>24</b> |
| <b>Preguntas que también podrían ser de este tema (5)</b> | <b>30</b> |
| <b>Solucionario</b>                                       | <b>32</b> |
| <b>Fuentes</b>                                            | <b>33</b> |

# Resumen para repasar

## 1. Estructura de la piel y tejidos

- Epidermis: epitelio escamoso estratificado queratinizado, **avascular**, de 4 estratos (5 en la piel gruesa de palmas, plantas y dedos, con el **lúcido**) <sup>F1</sup>
- **Langerhans**: célula dendrítica que actúa como **macrófago** (defensa); **Merkel**: tacto; **melanocito**: melanina <sup>F1</sup>
- **Pacini**: presión profunda y vibración, en la **dermis profunda o el tejido subcutáneo**; Meissner: tacto fino, dermis papilar <sup>F1,F2</sup>
- **Mucosas**: cavidades abiertas al exterior; **serosas**: cavidades cerradas y los órganos que contienen (hoja parietal y visceral) <sup>F4,F9</sup>
- Todos los tejidos conectivos derivan del **mesodermo**; el tejido adiposo es **tejido conectivo laxo** con adipocitos llenos de una **gran gota de lípido** <sup>F6</sup>
- Líneas de Langer: líneas de escisión por la **orientación del colágeno**; se usan tradicionalmente para las **incisiones quirúrgicas**, hoy con matices <sup>F10</sup>

## 2. Valoración: lesiones elementales

- **Mácula**: plana, no palpable, < 10 mm, cambio de color; **pápula**: elevada y palpable < 10 mm; **placa**: > 10 mm <sup>F11</sup>
- **Nódulo**: pápula o lesión **firme** que se extiende a dermis o tejido subcutáneo <sup>F11</sup>; para Bolognia, **firme, más gruesa y profunda que la pápula**; el tamaño varía según el tratado <sup>F45</sup>
- **Vesícula** < 10 mm / **ampolla** > 10 mm con líquido; **pústula**: vesícula con **pus** <sup>F11</sup>
- **Petequias y púrpura no palidecen** a la presión (hemorragia) <sup>F11</sup>; el **eritema** (vasos dilatados) **desaparece a la vitropresión** <sup>F46</sup>

## 3. Anejos: uñas y pelo

- **Lindsay (mitad y mitad)**: mitad proximal blanca, distal rosa o marrón rojiza; **enfermedad renal crónica** <sup>F13</sup>
- **Terry**: ~80 % blanca con banda distal estrecha; **cirrosis**, insuficiencia cardiaca o renal, diabetes <sup>F13</sup>
- **Beau**: surcos **horizontales** de la uña por enlentecimiento del crecimiento (infección, **quimioterapia**) <sup>F13</sup>; **Muehrcke**: líneas blancas paralelas, síndrome nefrótico <sup>F48</sup>; **vidrio de reloj**: criterio de acropaquia <sup>F49</sup>
- **Hirsutismo**: pelo terminal en la mujer con **patrón masculino** (androgénico); **hipertrichosis**: pelo **no androgénico** en cualquier zona <sup>F14</sup>

## 4. Impétigo

- *S. aureus* y/o *S. pyogenes*; **muy contagioso**; niños < 5 años, pico en **verano**; cara y extremidades <sup>F28,F29</sup>
- No ampolloso (70 %, **costra melicérica**) y ampolloso (30 %, siempre *S. aureus*) <sup>F28</sup>
- Tratamiento: **lavar con agua y jabón** y antibiótico tópico (**mupirocina o ácido fusídico**) 5-7 días; oral si es extenso <sup>F28,F29</sup>

## 5. Escabiosis (sarna)

- *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*: **ácaro**, artrópodo de la clase **Arachnida** <sup>F16</sup>
- **Prurito nocturno, surcos** y pápulas en **interdigitales, muñecas, cintura y genitales**; convivientes con lo mismo <sup>F15</sup>
- **Permetrina 5 %** del cuello a los pies, 8-14 h; FT: **> 2 meses**; lactancia con precaución <sup>F19,F20</sup>
- **Todos los contactos a la vez**, con o sin síntomas; ropa de los **3 días previos** a **> 50 °C** <sup>F17,F20,F21</sup>

## 6. Pediculosis y chinches

- Piojos: **permetrina 1 %** y **repetir** (7-10 días; CDC: día 9); en España 2026, la **dimeticona** pasa a primera línea; **lindano** contraindicado por neurotoxicidad <sup>F22,F23,F24</sup>
- Chinches: **no se ha demostrado que transmitan enfermedades**; pican **piel expuesta** de noche <sup>F25,F26,F27</sup>
- Lesiones **lineales o agrupadas**; el patrón «desayuno, comida y cena» es poco fiable; la reacción puede tardar **hasta 10-11 días** y la **latencia se acorta** con picaduras repetidas <sup>F25,F27</sup>

## 7. Acné, dermatitis del pañal y tatuajes

- La relación del acné con el **chocolate** es **infundada**; limpiar 1-2 veces al día; los cosméticos oclusivos lo desencadenan <sup>F32</sup>
- Dermatitis irritativa del pañal: **zonas convexas, respeta los pliegues**; los pliegues sugieren **Candida** <sup>F33</sup>
- Tatuajes: las reacciones al **rojo** son las más frecuentes (mercurio y sus sustitutos) <sup>F34,F35</sup>

## 8. Cáncer de piel y fotoprotección

- Melanoma: **piel clara**, quemaduras solares, antecedentes familiares, **nevos atípicos (síndrome del nevo displásico)** y **nevo congénito gigante** <sup>F36</sup>
- **ABCDE**: asimetría, bordes, color, **diámetro > 6 mm**, evolución <sup>F36</sup>
- No melanoma: **exposición UV acumulada**; piel clara (la oscura no está exenta); **xeroderma pigmentoso** y otras genodermatosis <sup>F37,F38,F40</sup>
- Fotoprotección: evitar el sol de **12 a 16 h**; protector **30 min antes** (AAD: 15) y cada 2 h; **nunca para alargar la exposición** <sup>F40,F41,F42,F53,F54</sup>

## Puntos clave

- 1 Las células de Langerhans son las células inmunitarias de la epidermis: dendríticas que actúan como macrófagos <sup>F1</sup>
- 2 Los corpúsculos de Pacini (presión profunda y vibración) están en la dermis profunda o el tejido subcutáneo <sup>F2</sup>
- 3 La serosa cubre los órganos de las cavidades cerradas; la mucosa reviste los conductos abiertos al exterior <sup>F4</sup>
- 4 Petequia y púrpura no palidecen a la presión; pústula es una vesícula con pus <sup>F11</sup>
- 5 Uñas de Lindsay (mitad y mitad): enfermedad renal crónica; líneas de Beau: surcos horizontales, p. ej. tras quimioterapia <sup>F13</sup>
- 6 Sarna: prurito nocturno y surcos interdigitales; permetrina 5 % en mayores de 2 meses y a todos los contactos a la vez <sup>F15,F19</sup>
- 7 Chinchas: pican piel expuesta, no se ha demostrado que transmitan enfermedades y la latencia de la reacción se acorta con picaduras repetidas <sup>F26,F27</sup>
- 8 Impétigo: muy contagioso; agua y jabón más mupirocina o ácido fusídico <sup>F28,F29</sup>
- 9 Melanoma: ABCDE con diámetro > 6 mm; no melanoma: exposición UV acumulada <sup>F36,F37</sup>
- 10 El protector solar no sirve para alargar la exposición; evitar el sol de 12 a 16 h <sup>F40,F41</sup>

# 1. Estructura de la piel y tejidos

La piel tiene dos capas: la **epidermis**, de epitelio escamoso estratificado **queratinizado** y **avascular** (no tiene vasos), y la **dermis**, formada por dos capas de tejido conectivo, con vasos sanguíneos y linfáticos, nervios, folículos pilosos y glándulas sudoríparas. Debajo está la **hipodermis** (capa subcutánea o fascia superficial), que en sentido estricto no forma parte de la piel <sup>F1</sup>.

| Estrato (de profundo a superficial) <sup>F1</sup> | Qué hay                                                                                 |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Basal                                             | Células madre que se dividen; <b>células de Merkel</b> y <b>melanocitos</b>             |
| Espinoso                                          | 8-10 capas de queratinocitos; <b>células de Langerhans</b>                              |
| Granuloso                                         | Queratinocitos que se aplanan                                                           |
| Lúcido                                            | Solo en la <b>piel gruesa</b> (palmas, plantas y dedos), entre el granuloso y el córneo |
| Córneo                                            | Capa superficial de células queratinizadas                                              |

| Célula de la epidermis <sup>F1</sup> | Función                                                                                                                                               |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Queratinocito                        | Célula mayoritaria; se forma en el estrato basal y asciende                                                                                           |
| Melanocito (basal)                   | Produce el pigmento <b>melanina</b>                                                                                                                   |
| Merkel (basal)                       | <b>Receptor</b> : estimula los nervios sensitivos que el cerebro percibe como <b>tacto</b>                                                            |
| <b>Langerhans</b> (espinoso)         | Célula <b>dendrítica</b> que actúa como un <b>macrófago</b> : engloba bacterias, partículas extrañas y células dañadas: su papel es de <b>defensa</b> |

Receptores del tacto: las **células de Merkel** están en el estrato basal de la epidermis; los **corpúsculos de Meissner** (tacto fino) están en la **dermis papilar**; los **corpúsculos de Pacini** (laminares), que detectan la **presión profunda y la vibración**, son terminaciones encapsuladas situadas **en la profundidad de la dermis o en el tejido subcutáneo** <sup>F1,F2</sup>. La piel protege frente a microorganismos y agentes químicos, evita la deshidratación, es órgano sensorial, regula la temperatura y el equilibrio electrolítico y sintetiza la **vitamina D** <sup>F3</sup>.

## Pacini: dermis profunda, no epidermis

En **EIR2005-007** la respuesta (reconstruida por un tercero) sitúa los corpúsculos de Pacini «en la dermis profunda y la epidermis de la piel». La fuente los sitúa **en la dermis profunda o el tejido subcutáneo**; ninguna fuente consultada los pone en la epidermis (allí están las células de Merkel) <sup>F2</sup>. La respuesta se deduce porque es la única opción que los relaciona con la piel: la fuente los coloca en la dermis profunda o, justo debajo, en el tejido subcutáneo <sup>F2</sup>.

Células de Langerhans: función inmunológica de la piel

Las células de la piel que participan en la respuesta inmunológica se denominan:

1. Células de Merkel.
2. Células de Paccini.
3. Melanocitos.
4. Queratinocitos.
5. Células de Langerhans.

Localización de los corpúsculos de Pacini

¿Dónde se encuentran los corpúsculos de Pacini?:

1. En el hígado.
2. En el tejido renal.
3. En la dermis profunda y la epidermis de la piel.
4. En el tejido nervioso del cerebelo.
5. En la médula espinal.

Los cuatro tejidos básicos son epitelial, conectivo, muscular y nervioso. El epitelio procede de las tres hojas embrionarias; el tejido nervioso, sobre todo del ectodermo, y el muscular, del mesodermo <sup>F4</sup>. Los tejidos epiteliales son **casi completamente avasculares**: ningún vaso atraviesa la membrana basal <sup>F5</sup>. **Todos los tejidos conectivos derivan del mesodermo**; el primero en formarse es el mesénquima <sup>F6</sup>. El tejido nervioso está formado por dos clases de células: **neuronas y neuroglía** <sup>F8</sup>.

| Membrana<br><sup>F4,F9</sup> | Qué reviste                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Mucosa</b>                | Cavidades y conductos huecos <b>que se abren al exterior</b> : tubo digestivo, vías respiratorias, excretoras y reproductoras                                                                                              |
| <b>Serosa</b>                | Cavidades celómicas <b>que no se abren al exterior</b> (pleura, pericardio, peritoneo) y <b>cubre los órganos situados dentro</b> de ellas: hoja <b>parietal</b> (pared de la cavidad) y <b>visceral</b> (sobre el órgano) |

### Quién cubre los órganos de dentro de una cavidad

Es la **serosa** (su hoja visceral), no la mucosa: la mucosa reviste los conductos abiertos al exterior <sup>F4,F9</sup>.

El **tejido adiposo** se clasifica como **tejido conectivo propiamente dicho, laxo** (junto con el areolar y el reticular): células grasas con **poca matriz extracelular**. Los **adipocitos** almacenan lípidos en gotas que llenan casi todo el citoplasma; en la grasa blanca, en **una sola gota grande** <sup>F6</sup>. Esa gota única de los adipocitos

blancos, por lo general esféricos, **empuja todos los orgánulos, incluido el núcleo, a la periferia** de la célula <sup>F47</sup>. Nada que ver con el músculo: las células cardíacas son **estriadas**, con un núcleo y unidas por **discos intercalares**; las lisas son **fusiformes**, con un solo núcleo y **sin estrías** <sup>F7</sup>.

### Adiposo: ¿conectivo «especializado»?

La fuente de este tema no usa la categoría «especializado»: divide el tejido conectivo en tres grupos (propriadamente dicho, de sostén y líquido) y coloca el tejido adiposo en el **tejido conectivo laxo**, dentro del conectivo propriadamente dicho <sup>F6</sup>. Sus rasgos: células grasas con **poca matriz** entre ellas <sup>F6</sup>; en la grasa blanca, llenas por **una sola gota lipídica** que desplaza el **núcleo a la periferia** (la parda tiene varias gotas) <sup>F47</sup>.

EIR 2011 · 5

P24 · respuesta en el solucionario

Tejidos corporales: tipos de membranas (mucosas, serosas)

¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los tejidos corporales NO es correcta?:

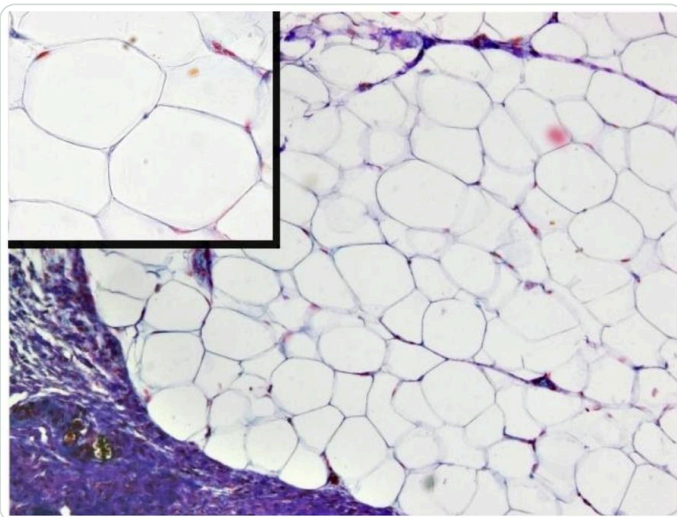
1. El tejido epitelial es avascular.
2. Los tejidos conectivos derivan del mesodermo.
3. Las mucosas cubren los órganos que están en el interior de cavidades.
4. El tejido nervioso está constituido por neuronas y células de neuroglía.
5. Las serosas tapizan las cavidades corporales que no se hallan abiertas directamente al exterior.

EIR 2021 · 5

P8 · respuesta en el solucionario

Identificación histológica de tejido adiposo

Pregunta asociada a la imagen 5. Identifique de qué tipo de tejido se trata:



1. Tejido muscular cardíaco.
2. Tejido muscular liso.
3. Tejido conjuntivo especializado.
4. Tejido adiposo.

**Líneas de Langer:** Karl Langer estudió en cadáveres (1861) las **líneas de escisión** de la piel, cuya dirección se debe a la **orientación preferente de las fibras de colágeno**. El cirujano Emil Kocher recomendó seguirlas en las **incisiones quirúrgicas** y se convirtieron en práctica habitual. Borges acuñó después el término **líneas de tensión de la piel relajada** para las escisiones en la cara. El artículo sostiene que las líneas de Langer **no son las óptimas** para las escisiones y propone otras. En ningún caso delimitan un plano del cuerpo: son líneas de la piel cuya dirección cambia según la región (en el cuero cabelludo, por ejemplo, van en dirección sagital) <sup>F10</sup>.

EIR 2021 · 13

P21 · respuesta en el solucionario

Líneas de Langer: definición y orientación

Indique la respuesta INCORRECTA en relación con las líneas de Langer:

1. Son líneas o arrugas naturales con una mínima tensión lineal.
2. Se denominan también líneas de tensión.
3. Delimitan el plano sagital del cuerpo dividiéndolo en derecha e izquierda.
4. Deben tenerse en cuenta a la hora de diseñar las incisiones quirúrgicas.

## 2. Valoración: lesiones elementales

La descripción de una lesión cutánea empieza por su **tipo** (lesión elemental), seguido de su configuración, textura, localización y distribución, y color. El límite de tamaño que separa la mayoría de parejas de lesiones es **10 mm** <sup>F11</sup>.

| Lesión <sup>F11</sup> | Definición                                                                                                                       |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Mácula</b>         | <b>Plana y no palpable</b> , suele medir < 10 mm; es un <b>cambio de color</b> . Un parche es una mácula grande                  |
| <b>Pápula</b>         | <b>Elevada</b> y palpable, < 10 mm                                                                                               |
| <b>Placa</b>          | Palpable, > 10 mm, elevada o deprimida                                                                                           |
| <b>Nódulo</b>         | <b>Pápulas o lesiones firmes</b> que se extienden dentro de la <b>dermis o el tejido subcutáneo</b> (quistes, lipomas, fibromas) |
| <b>Vesícula</b>       | Ampolla pequeña llena de líquido, < 10 mm                                                                                        |
| <b>Ampolla</b>        | Contiene líquido, > 10 mm                                                                                                        |
| <b>Pústula</b>        | <b>Vesícula que contiene pus</b>                                                                                                 |
| Habón (urticaria)     | Lesión elevada por edema localizado, pruriginosa y eritematosa; suele durar < 24 h                                               |
| Escama                | Acumulación de epitelio cornificado (estrato córneo)                                                                             |
| Costra                | Suero, sangre o pus secos                                                                                                        |
| Erosión               | Pérdida de parte o de toda la epidermis                                                                                          |
| Excoriación           | Erosión lineal por rascado                                                                                                       |
| Úlcera                | Pérdida de la epidermis y al menos de parte de la dermis                                                                         |

**El nódulo según los tratados.** Los manuales de dermatología no coinciden del todo. Una revisión de siete tratados recoge que, para Bologna, el nódulo es una **lesión firme (endurecida), más gruesa y más profunda que la pápula o la placa**; para Fitzpatrick y Rook, una lesión sólida y palpable **mayor de 0,5 cm**; para otros autores, de **1 a 3 cm**. Su profundidad también varía: puede ser epidérmica, dérmica o subcutánea. La pápula es para todos una lesión sólida y elevada, de hasta 0,5 o 1 cm según el autor <sup>F45</sup>.

**Color.** La piel roja (**eritema**) aparece en muchas enfermedades inflamatorias o infecciosas. Las **petequias** son focos puntiformes de **hemorragia** que **no palidecen a la presión**, y la **púrpura**, un área de hemorragia más extensa, **tampoco palidece** <sup>F11</sup>. La lesión por presión de estadio 1 se define precisamente por un **«eritema que no palidece a la presión»** <sup>F12</sup>. El **eritema** es una **dilatación temporal de los vasos sanguíneos** que **desaparece a la vitropresión**; las púrpuras, que son **extravasaciones de hematíes** (petequias, víbices, equimosis), se distinguen de él porque **no desaparecen a la vitropresión** <sup>F46</sup>.



## Lo que más cae

**Desaparece a la vitropresión → eritema** (vasos dilatados) <sup>F46</sup>; **no palidece a la presión → petequia o púrpura** (hemorragia). **Pústula = vesícula con pus. Nódulo = pápula o lesión firme que profundiza en dermis o subcutáneo** <sup>F11</sup>.

### EIR 2017 · 178

P13 · respuesta en el solucionario

Lesiones elementales: definición de nódulo

Leyendo el informe de enfermería de Joaquín usted encuentra respecto a la valoración de la piel "Nódulo en espalda, zona superior". Señale la opción que corresponda a la definición de nódulo:

1. Cambio de color de una zona de la piel, plana y no palpable.
2. Lesión circunscrita de la piel, elevada, redondeada, menor de un centímetro y llena de líquido seroso.
3. Masa sólida elevada, con bordes circunscritos, de mayor tamaño y firmeza que una pápula.
4. Masa sólida que se extiende profundamente hacia tejido subcutáneo y de tamaño mayor a dos centímetros.

### EIR 2018 · 124

P11 · respuesta en el solucionario

Lesiones elementales: definición de pústula

De las diferentes lesiones en la piel, la pústula se caracteriza por:

1. Masa sólida, prominente, palpable con un borde circunscrito.
2. Masa semisólida en el tejido subcutáneo o la dermis.
3. Grieta lineal en la piel que abarca más allá de la epidermis.
4. Vesícula o ampolla llena de líquido purulento.

### EIR 2009 · 30

P19 · respuesta en el solucionario

Eritema: enrojecimiento que palidece a la presión

Al valorar el estado de la piel de la Sra. Ruiz, observa que presenta un área enrojecida que al ser tensada entre los dedos, la piel palidece. Este dato lo registraría en la historia como:

1. Eritema.
2. Mácula.
3. Pápula.
4. Petequia.
5. Púrpura.

### 3. Anejos: uñas y pelo

Las **uñas de Lindsay** (uñas **mitad y mitad**) y las **de Terry** son tipos de leuconiquia aparente. Las **líneas de Mees**, en cambio, son una leuconiquia verdadera <sup>F13</sup>.

| Alteración <sup>F13</sup>              | Aspecto                                                                                                | Se asocia a                                                                                                          |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Uñas de Lindsay (mitad y mitad)</b> | Porción <b>proximal blanca</b> que ocupa la mitad del lecho y <b>mitad distal rosa o marrón rojiza</b> | <b>Enfermedad renal crónica</b> (20-50 % de estos pacientes)                                                         |
| <b>Uñas de Terry</b>                   | Unos <b>80 % del lecho blanco</b> con una banda distal de 0,5-3 mm                                     | Insuficiencia hepática crónica o <b>cirrosis</b> , insuficiencia renal o cardíaca crónica, diabetes de inicio adulto |
| <b>Líneas de Beau</b>                  | <b>Surcos horizontales</b> en la placa ungueal cuando el crecimiento se <b>enlentece</b> temporalmente | Infección, traumatismo, enfermedad sistémica o <b>ciclos de quimioterapia</b>                                        |
| <b>Líneas de Mees</b>                  | Líneas <b>blancas transversales</b>                                                                    | Quimioterapia, intoxicación aguda por <b>arsénico</b> , entre otras causas                                           |

Otras dos alteraciones de las uñas: las **líneas de Muehrcke** son **líneas blancas paralelas en los lechos ungueales** que aparecen en el **síndrome nefrótico** <sup>F48</sup>. Las **uñas en vidrio de reloj** son uno de los cuatro criterios diagnósticos de la **acropaquia** (dedos en palillo de tambor), junto con el engrosamiento bulboso distal del dedo, la desaparición del ángulo que forma la raíz de la uña con el dedo y la sensación de esponjosidad al presionar la uña <sup>F49</sup>.

#### Lindsay y Terry

Lindsay → La mitad (riñón). Terry → Toda blanca menos el borde (hígado).

EIR 2022 · 140

P7 · respuesta en el solucionario

Uñas mitad y mitad (uñas de Lindsay) en nefropatía crónica

Las uñas “mitad y mitad” que presentan una porción proximal blanquecina y la mitad distal roja, rosada o marrón rojizo, y que se asocian a nefropatías crónicas se llaman también:

1. Uñas de Terry.
2. Uñas de Lindsay.
3. Uñas en vidrio de reloj.
4. Uñas con líneas de Mees o con líneas de Muehrcke.

Líneas de Beau: alteración de las uñas

Al revisar la historia clínica de una paciente ingresada para continuación de tratamiento quimioterápico, lee que presenta “líneas de Beau”. Para valorarlas y poder realizar el seguimiento debe de revisar:

1. La cara.
2. El abdomen.
3. Los antebrazos.
4. Las uñas.

| Término <sup>F14</sup> | Definición                                                                                                                                                                                             |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Hirsutismo</b>      | Crecimiento excesivo de pelo <b>oscuro y grueso en la mujer</b> , en zonas típicas del <b>patrón masculino</b> (bigote, barba, pecho, hombros, abdomen inferior, espalda, cara interna de los muslos)  |
| <b>Hipertrichosis</b>  | Aumento del crecimiento de pelo <b>en cualquier parte del cuerpo</b> , generalizado o localizado; pelo <b>no androgénico</b>                                                                           |
| <b>Virilización</b>    | Cuando el hirsutismo se debe a un <b>exceso de andrógenos</b> , suele acompañarse de virilización: ausencia de menstruación, más masa muscular, voz grave, acné, alopecia androgénica y clitoromegalia |

### ★ Hirsutismo frente a hipertrichosis

Si el pelo es **androgenodependiente** y sale en una mujer en zonas de **patrón masculino**, es **hirsutismo**. La hipertrichosis es pelo **no androgénico**; la virilización es el cuadro completo, no solo el pelo <sup>F14</sup>.

Hirsutismo: vello androgenodependiente en la mujer

Juana López es una señora de 55 años que acude a la enfermera de atención primaria. Está preocupada porque viene observando un crecimiento excesivo de pelo andrógenodependiente en zonas en que hasta entonces no tenía. El problema que preocupa a la señora López se denomina:

1. Virilización.
2. Hipertrichosis.
3. Androstedioma.
4. Hirsutismo.
5. Hormonal.

## 4. Impétigo

El impétigo es una infección cutánea superficial, generalmente por ***Staphylococcus aureus* y/o *Streptococcus pyogenes***, y es **muy contagioso** <sup>F28</sup>. Es la infección cutánea más frecuente en niños en todo el mundo, sobre todo en **menores de 5 años**, con **pico de incidencia en verano** y hasta finales de otoño, y predomina en zonas expuestas como la **cara o las extremidades** <sup>F29</sup>. La humedad ambiental es factor de riesgo; las lesiones pueden causar dolor o malestar leves y el prurito es frecuente <sup>F28</sup>.

| Forma <sup>F28</sup> | Rasgos                                                                                     |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| No ampollosa (70 %)  | Pústulas o vesículas que se rompen y dejan la típica <b>costra melicérica</b> (color miel) |
| Ampollosa (30 %)     | Siempre por <i>S. aureus</i> ; las ampollas las causan <b>toxinas exfoliativas</b>         |
| Ectima               | Forma ulcerada más profunda: requiere <b>antibiótico oral</b>                              |

- **Limpieza:** lavar las zonas con suavidad con **agua y jabón** varias veces al día para eliminar las costras <sup>F28</sup>
- **Antibiótico tópico** en lesiones aisladas: **mupirocina o ácido fusídico** cada 8 h durante **5-7 días** suele ser suficiente (también retapamulina u ozenoxacino) <sup>F28,F29</sup>
- **Antibiótico oral** si hay muchas lesiones, enfermedad extensa, inmunodepresión o brotes; en España, **cefadroxilo** de elección <sup>F28,F29</sup>

### Lo que no es el impétigo

No es vírico (es bacteriano), no es de lactantes en invierno (es de niños pequeños, con pico en **verano**), no es poco contagioso (es **muy contagioso**) y predomina en **zonas expuestas como la cara o las extremidades** <sup>F28,F29</sup>.

EIR 2024 · 166

P2 · respuesta en el solucionario

Impétigo: tratamiento con limpieza y antibiótico tópico

Con relación al impétigo, señale la respuesta correcta:

1. Se trata de una infección superficial causada por el Virus de Epstein Barr.
2. Es más frecuente en niños lactantes en épocas de frío.
3. El impétigo es poco contagioso, lo más habitual es que aparezca en tórax y abdomen, y se suele acompañar de fiebre.
4. El tratamiento se basa en la limpieza de las lesiones con agua y jabón, y en la aplicación de un pomada antibiótica de mupirocina o ácido fusídico.

## 5. Escabiosis (sarna)

La sarna la causa ***Sarcoptes scabiei* var. *hominis***, el ácaro humano de la sarna, un **artrópodo** de la clase **Arachnida** (subclase Acari). Los ácaros excavan túneles en la capa superior de la piel, sin pasar del estrato córneo <sup>F16</sup>. Se contagia sobre todo por **contacto directo y prolongado** <sup>F19</sup>; la ropa de cama compartida y el **contacto sexual** también contribuyen <sup>F15</sup>. Los síntomas aparecen a las **4-6 semanas** de la infestación en la primera vez <sup>F44</sup>.

- **Prurito intenso** que clásicamente **empeora por la noche** <sup>F15</sup>
- **Pápulas eritematosas y surcos** en **espacios interdigitales, muñecas, cintura y genitales**; los surcos son **patognomónicos** <sup>F15</sup>
- La sospecha aumenta si los **convivientes** tienen síntomas parecidos <sup>F15</sup>
- **Sarna costrosa (noruega)**: respuesta inmunitaria inadecuada que permite millones de ácaros; más grave, a menudo menos pruriginosa, en inmunodeprimidos <sup>F15</sup>

| Cuadro <sup>F15,F30,F31</sup> | En qué se diferencia de la sarna                                                |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Picaduras de chinches         | Lesiones en piel expuesta, lineales o agrupadas, sin surcos (sección 6)         |
| Miasis cutánea                | Infestación de la piel por <b>larvas de mosca</b>                               |
| Parasitosis delirante         | El paciente <b>crea erróneamente</b> estar infestado; es un trastorno delirante |

EIR 2004 · 50

P25 · respuesta en el solucionario

Sarcoptes scabiei: agente causal artrópodo

En la enfermedad de transmisión sexual producida por Sarcoptes Scabiei, el agente causal es:

1. Una bacteria.
2. Un hongo.
3. Un artrópodo.
4. Un virus.
5. Un protozoo.

EIR 2024 · 101

P4 · respuesta en el solucionario

Escabiosis: cuadro clínico y diagnóstico

Acude a su consulta una paciente que refiere la aparición de lesiones muy pruriginosas con pápulas eritematosas y surcos en los espacios interdigitales, muñecas, cintura y genitales. El prurito aumenta por la noche y su compañera de piso presenta un cuadro similar, lo que le hará sospechar de:

1. Picaduras de chinches.
2. Escabiosis.
3. Parasitosis delirante.
4. Miásis cutánea.

**Permetrina 5 % crema.** Se aplica **desde el cuello hasta la planta de los pies** (en lactantes y niños pequeños, también cara y cuero cabelludo); no hace falta bañarse antes, y se deja actuar **8-14 horas**, retirándola con agua tibia o fría. En ficha técnica está indicada en **adultos y niños mayores de 2 meses**; en la **lactancia** se valora interrumpirla temporalmente o aplazar el medicamento <sup>F19,F20</sup>. Las fichas españolas solo repiten la aplicación si a los 14 días hay ácaros vivos <sup>F19,F20</sup>; el Manual MSD y la Guía ABE repiten a los 7 días o 7-10 días, y el CDC dice que pueden hacer falta dos o más aplicaciones separadas una semana <sup>F15,F18,F21</sup>.

- **Contactos:** el tratamiento debe hacerse **de modo simultáneo a todos los contactos** (todo el grupo familiar) <sup>F19</sup>, **tengan o no síntomas** <sup>F15,F21</sup>
- **Ropa:** lavar la ropa y la ropa de cama usadas **los 3 días previos** al tratamiento; más de **50 °C** durante 10 minutos mata ácaros y huevos; lo que no se lave, en bolsa cerrada unos días <sup>F15,F17,F21</sup>
- Los ácaros no suelen sobrevivir más de **2-3 días** fuera de la piel humana <sup>F17</sup>
- Se puede volver a la guardería, al colegio o al trabajo **al día siguiente del tratamiento** <sup>F17</sup>

### Sarna: ¿tratar a toda la familia?

En **EIR2019-221** la respuesta oficial es que **no** se recomienda que «toda la familia» se aplique permetrina al 5 %. Las fuentes actuales dicen lo contrario como norma: **todos los contactos a la vez, con o sin síntomas** <sup>F15,F19,F21</sup>. La oficial solo se sostiene por el caso concreto: en la familia hay un **bebé de 1 mes**, y la ficha técnica indica la permetrina en **mayores de 2 meses** (por debajo, solo **con control médico**), con precaución en la **lactancia** <sup>F19,F20</sup>. No es que el bebé quede sin tratar, sino que no se le aplica la pauta general <sup>F20,F21</sup>. Las otras opciones, que la clave da por buenas (lavar a diario a 60 °C, evitar el contacto hasta la curación, no aplicarla tras el baño), no figuran en las fuentes consultadas; la ficha técnica dice que **no es necesario el baño antes** de aplicarla <sup>F19</sup>, y las fuentes piden lavar la ropa de los 3 días previos a más de 50 °C y permiten volver a la actividad al día siguiente del tratamiento <sup>F17</sup>. El NHS británico pide lavar la ropa de cama y la ropa de la casa **a 60 °C o más el primer día del tratamiento y no tener contacto físico estrecho hasta completar el tratamiento**; no pide lavar a diario ni evitar el contacto hasta la curación. También trata a todos los convivientes a la vez, pero **los menores de 2 años no deben usar los tratamientos de farmacia** y los tiene que ver el médico <sup>F51</sup>.

#### EIR 2019 · 221

P9 · respuesta en el solucionario

Escabiosis: tratamiento de convivientes con permetrina 5%

F.T.H. ha sido diagnosticado de escabiosis tras haber estado ingresado en un centro sociosanitario durante un periodo de convalecencia. Vive en su domicilio con su mujer, sus hijas (una de las cuales está amamantando a un bebé de 1 mes) y susyernos. Señale cuál de las siguientes recomendaciones NO le daremos tanto a él como a su familia:

1. Toda la familia, incluido F.T.H. (el paciente), deben aplicarse solución de permetrina al 5% como medida preventiva.
2. Han de lavar la ropa de cama de toda la familia diariamente con un programa de al menos 60° de temperatura.
3. Deben evitar el contacto directo con F.T.H. todos los miembros de la familia hasta la curación.
4. No deben aplicarse el escabicida justo después del baño o ducha.

## 6. Pediculosis y chinches

**Pediculosis de la cabeza.** Los pediculicidas **no matan todas las liendres**, por eso se **repiten**: normalmente a los **7-10 días** <sup>F23</sup>; con **permetrina 1 %**, el CDC indica que puede hacer falta repetir **el día 9** y la aprueba desde los **2 meses** de edad <sup>F24</sup>; el Manual MSD indica que **puede repetirse a los 7 días** si hay liendres vivas <sup>F22</sup>. El **lindano** ya no se recomienda por **resistencias y neurotoxicidad** <sup>F22,F23</sup>. El **malatión** es de segunda línea en mayores de 6 años <sup>F23</sup> y la **ivermectina oral** se reserva para casos refractarios <sup>F22,F23</sup>.

| Guía ABE 2026, pediculosis <sup>F23</sup> | Recomendación                                                              |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Menores de 6 meses                        | Eliminación mecánica; tratamiento no insecticida como la <b>dimeticona</b> |
| 6 meses-2 años                            | <b>Dimeticona</b>                                                          |
| Mayores de 2 años (primera línea)         | <b>Dimeticona</b> o permetrina 1-1,5 %                                     |
| Alternativa                               | Malatión 0,5 %                                                             |
| Refractaria                               | Ivermectina oral 200 µg/kg (> 15 kg)                                       |
| Contraindicado                            | <b>Lindano</b> (perfil neurotóxico)                                        |

**Piojos: en España, la dimeticona pasa a ser la preferente**

En **EIR2016-165** la respuesta oficial es **permetrina 1 % y nueva aplicación a los 7-10 días**. Ese es el esquema clásico, que el CDC sigue recogiendo (repetir el día 9) <sup>F24</sup>. La Guía ABE (v. 3.0, 2026) dice que **la dimeticona se consolida como primera línea** y que las resistencias obligan a **abandonar los piretroides como primera línea**, aunque su tabla aún admite la permetrina 1-1,5 % junto a la dimeticona en mayores de 2 años <sup>F23</sup>. El lindano está contraindicado por su perfil neurotóxico <sup>F23</sup> y el Manual MSD ya no recomienda el champú de lindano por resistencias y neurotoxicidad <sup>F22</sup>.

**EIR 2016 · 165**

P14 · respuesta en el solucionario

Pediculosis capitis: permetrina 1% y repetir a los 7-10 días

¿Cuál es tratamiento de elección ante una infestación por pediculus humanus capitis o piojo de la cabeza?:

1. Crema o loción de permetrina al 1% y nueva aplicación en 7-10 días.
2. Crema o loción de lindano al 1% y nueva aplicación en 5 días.
3. Loción de ácido acético al 2% diario durante 7 días.
4. Crema de mebendazol 100 mg en una sola aplicación.

**Chinches de cama** (*Cimex lectularius*). Pican a personas y animales **de noche mientras duermen** <sup>F26</sup>, en la **piel expuesta** <sup>F25</sup>. **No se sabe que transmitan enfermedades** a las personas <sup>F26</sup>; se han detectado más de 40 patógenos en ellas, pero **no hay pruebas definitivas** de que los transmitan <sup>F27</sup>. Las lesiones son pápulas

eritematosas que pueden disponerse en **línea recta** o en **grupos**, con el llamado patrón «desayuno, almuerzo y cena» <sup>F25</sup> (el CDC solo dice que pueden ser aleatorias o en línea recta <sup>F26</sup>); es un patrón poco evidente en la práctica y no cuantificado <sup>F27</sup>, y la apariencia de las picaduras suele ser **inespecífica** <sup>F25</sup>. Viven escondidas en colchones y camas <sup>F26</sup>.

- La mayoría de las personas **no ven las picaduras hasta uno o varios días después** <sup>F26</sup>; pueden tardar **hasta 10 días** <sup>F25</sup> o **hasta 11** <sup>F27</sup>
- Muchos pacientes **no reaccionan a las primeras picaduras** y sí a exposiciones posteriores (**sensibilización**) <sup>F27</sup>
- Con picaduras repetidas, el **tiempo de aparición de la reacción disminuyó** de unos 10 días a unos segundos <sup>F27</sup>



### Chinches en el EIR

**Pápulas agrupadas o en línea** en piel expuesta, en quien duerme donde las chinches se esconden (colchones y camas) → **chinches**. Reacción que puede **tardar días** y cuya **latencia se acorta** con más picaduras; **no** se ha demostrado que transmitan enfermedades; «desayuno, comida y cena» **no es específico** <sup>F25,F26,F27</sup>.

#### EIR 2024 · 123

P3 · respuesta en el solucionario

Chinches de cama: latencia de la reacción a la picadura

En relación a las picaduras por chinches de cama, indique la opción correcta:

1. Sus picaduras constituyen una vía de contagio de enfermedades infecciosas en humanos.
2. La reacción a la picadura puede tardar varios días en aparecer, y la latencia tiende a disminuir cuando se producen más picaduras.
3. La mayoría de las picaduras se producen en zonas no expuestas mientras las personas duermen.
4. La presencia de tres lesiones denominadas “desayuno, comida y cena” es específica de las picaduras por chinches.

#### EIR 2018 · 204

P10 · respuesta en el solucionario

Picaduras de chinches: identificación clínica

Acude a la consulta de Atención Primaria María de 8 años de edad acompañada de su padre por presentar lesiones en las piernas. El padre comenta que ayer estuvieron en una antigua casa familiar en el campo para revisar la estructura de la misma y se quedaron a dormir, aunque los colchones eran viejos. Se observan en la niña pápulas eritematosas múltiples y agrupadas dispuestas en zigzag. No presenta sufusiones hemorrágicas. ¿Cuál sería la primera sospecha de causa de dichas lesiones?:

1. Picaduras de chinches.
2. Picaduras de tábanos.
3. Picaduras de orugas.
4. Picaduras de piojos.

## 7. Acné, dermatitis del pañal y tatuajes

**Acné vulgar.** Las asociaciones del acné con la limpieza inadecuada del rostro, la masturbación, la actividad sexual o **comer chocolate son infundadas**. Algunos estudios proponen una posible relación con los **lácteos** y las **dietas de alto índice glucémico**, pero sigue siendo controvertida. Entre los desencadenantes están los **cosméticos, limpiadores, lociones y prendas que producen oclusión**, la humedad alta y la transpiración. Se aconseja limpiar las zonas **1 o 2 veces al día**: el lavado excesivo, los jabones antibacterianos y la fricción no aportan beneficio. La **manipulación** o el rascado pueden romper el folículo inflamado hacia la dermis <sup>F32</sup>.

### Chocolate y acné

Suprimir por completo el chocolate **no** es una recomendación: la relación es **infundada**. Sí lo es evitar cosméticos oclusivos y no manipular las lesiones <sup>F32</sup>.

EIR 2011 · 56

P18 · respuesta en el solucionario

Acné juvenil: falsos mitos dietéticos (chocolate)

Alejandra tiene la forma clásica de acné juvenil. Le ha afectado principalmente a la cara y espalda y acude a su consulta para que le recomiende productos cosméticos, dieta u otro tipo de remedios. Usted le daría las siguientes recomendaciones, EXCEPTO:

1. Mantener las zonas afectadas por el acné muy limpias.
2. No utilizar cosméticos con lanolina o vaselina.
3. Realizar ejercicio físico al aire libre.
4. Suprimir por completo el chocolate de la alimentación.
5. Respetar las horas de sueño.

**Dermatitis del pañal.** En la forma irritativa, las lesiones aparecen al principio en las **zonas convexas**, las de contacto directo con el pañal (genitales externos, nalgas, muslos, periné), **respetando característicamente los pliegues**; si progresa, se hace confluyente y acaba afectando también a los pliegues. La complicación principal es la **candidiasis** (*Candida albicans*): eritema intenso rojo violáceo **localizado inicialmente en los pliegues**, con pápulas y pápulo-pústulas **satélites** <sup>F33</sup>. El Manual MSD (2026) sitúa la candidiasis sobre todo en las áreas intertriginosas, como axilas, ingles y **pliegues glúteos (p. ej., dermatitis del pañal)** <sup>F52</sup>. Si no se cambia el pañal con frecuencia, se produce maceración del estrato córneo. Tratamiento: **airear, cambiar el pañal con frecuencia**, limpiar y secar sin irritar y **cremas barrera de óxido de zinc**; en formas moderadas, un corticoide de **baja potencia** <sup>F33</sup>.

### Dermatitis del pañal: ¿pliegues o zonas convexas?

En **EIR2016-172** la respuesta oficial es que la dermatitis del pañal «afecta preferentemente a pliegues y zonas cóncavas». La fuente dice lo contrario para la irritativa: **zonas convexas, respetando los pliegues**; los pliegues son propios de la **candidiasis** <sup>F33</sup>, que el Manual MSD (2026) sitúa en los **pliegues glúteos** de la dermatitis del pañal <sup>F52</sup>. La oficial se obtiene descartando las demás: los corticoides se reservan para formas moderadas y de baja potencia, la frecuencia de cambio del pañal **sí** influye y la sobreinfección característica es por **Candida**, no por gramnegativos <sup>F33</sup>.

Dermatitis del pañal: localización de las lesiones

En relación a la dermatitis del pañal, indique la respuesta correcta:

1. Afecta preferentemente a pliegues y zonas cóncavas.
2. Es conveniente el uso profiláctico de cremas con corticoides suaves.
3. El número de cambios de pañal NO tiene repercusión en el desarrollo de la dermatitis del pañal.
4. La sobreinfección asociada más frecuente se produce por bacterias gram negativas.

**Tatuajes.** Las reacciones se han descrito con todos los colores, pero **las asociadas al rojo son las más frecuentes**. Al principio se relacionaron con los pigmentos de **mercurio** (cinabrio); después se usaron sales férricas, de cadmio y pigmentos orgánicos, y aun así **las reacciones al rojo siguen siendo las más frecuentes**

<sup>F34</sup>. La **dermatitis alérgica de contacto** se presenta como lesiones eccematosas limitadas a la zona tatuada; la reacción liquenoide se asocia sobre todo a los pigmentos con **mercurio** <sup>F35</sup>, el del rojo clásico <sup>F34</sup>. En la Unión Europea, desde el **4 de enero de 2022** no se pueden comercializar ni usar para tatuaje mezclas con sustancias clasificadas como carcinógenas, mutágenas, tóxicas para la reproducción o **sensibilizantes cutáneas**, entre otras, a partir de un límite de concentración (concentración igual o superior al límite); para el **mercurio** el límite es del **0,00005 %** en peso. Los pigmentos Azul 15:3 y Verde 7 tuvieron de plazo hasta el 4 de enero de 2023

<sup>F50</sup>.

Tatuajes: color rojo asociado a más reacciones

El auge de la realización de tatuajes corporales va acompañado de un aumento de la incidencia de complicaciones, tanto locales, como sistémicas, habiendo evidencia de la relación causal entre el color de las tintas utilizadas y posibles complicaciones, entre las que se encuentra la dermatitis alérgica de contacto. ¿A qué color de tinta se debe más habitualmente?:

1. Amarillo.
2. Rojo.
3. Verde.
4. Azul.

## 8. Cáncer de piel y fotoprotección

- **Exposición solar**, sobre todo las **quemaduras solares repetidas con ampollas** en la infancia o la adolescencia; bronceado con UVA o PUVA <sup>F36</sup>
- **Piel clara, pecas, pelo pelirrojo o rubio**; el melanoma es **menos frecuente** en las personas de piel oscura <sup>F36</sup>
- **Antecedentes familiares** (un familiar de primer grado multiplica el riesgo hasta 6-8 veces) y personales de melanoma <sup>F36</sup>
- **Nevos atípicos** (> 5), **síndrome del nevo displásico** y **muchos nevus** (> 50) <sup>F36</sup>
- **Nevo congénito gigante** (> 20 cm): origen de casi todos los raros melanomas de la infancia <sup>F36</sup>
- **Inmunosupresión** (trasplante), **léntigo maligno** y **cáncer de piel no melanoma** previo <sup>F36</sup>

En el melanoma, la **exposición solar aguda e intermitente que produce quemaduras** se relaciona con un aumento del riesgo <sup>F37</sup>; el tipo de exposición puede diferir entre los tipos de cáncer de piel <sup>F38</sup>.

EIR 2018 · 52

P12 · respuesta en el solucionario

Factores de riesgo del melanoma maligno

¿Cuáles son factores predisponentes de padecer un melanoma maligno?:

1. Piel clara, exposición al sol, antecedente familiar de melanoma, síndrome de nevo displásico y presencia de un nevo congénito gigante.
2. Piel oscura, exposición al sol, antecedente familiar de melanoma, síndrome de nevo displásico.
3. Piel clara, exposición al sol, no tener antecedentes familiares de melanoma, síndrome de nevo displásico y presencia de nevo congénito gigante.
4. Baja exposición al sol, antecedente familiar de melanoma, síndrome de nevo displásico y presencia de un nevo congénito gigante.

| Regla ABCDE <sup>F36,F43</sup> | Signo de alarma                                                      |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <b>Asimetría</b>               | Una mitad distinta de la otra                                        |
| <b>Bordes</b>                  | Irregulares, no redondos ni ovalados                                 |
| <b>Color</b>                   | Variación de color dentro del lunar                                  |
| <b>Diámetro</b>                | <b>&gt; 6 mm</b> (aunque puede ser menor al diagnóstico)             |
| <b>Evolución</b>               | Lunar nuevo en > 30 años o lunar que cambia de tamaño, forma o color |

ABCD del melanoma: D, diámetro mayor de 6 mm

Al examinar una lesión pigmentada (nevus), los signos indicativos de su malignización se conocen como el ABCD de los lunares. La A representa la asimetría de la lesión, la B los bordes irregulares, la C el color abigarrado y la D el diámetro de la lesión. ¿Qué diámetro se considera sospechoso de malignización?:

1. > 2 mm.
2. > 3 mm.
3. 4 mm.
4. > 4 mm.
5. > 6 mm.

**Cáncer de piel no melanoma** (carcinoma de queratinocitos: basocelular y espinocelular). Se ha demostrado de forma sistemática que la **exposición solar acumulada** es factor de riesgo del carcinoma de queratinocitos <sup>F37</sup>; la **exposición acumulada a la radiación UV** y la sensibilidad cutánea individual son factores de riesgo del cáncer de piel <sup>F38</sup>. Aumentan el riesgo la **piel clara** (pelo y ojos claros, pecas, se quema con facilidad), la **inmunodepresión** tras un trasplante, el **arsénico** y trastornos genéticos (**genodermatosis**) como el **xeroderma pigmentoso** o el **síndrome del nevo basocelular (Gorlin)** <sup>F37,F38,F39</sup>. La piel oscura tiene menos riesgo, **pero no está exenta** <sup>F40</sup>. En el basocelular, la radiación UV es el factor ambiental más importante, en particular la **exposición intermitente e intensa** en la infancia y la adolescencia <sup>F39</sup>.

### Acumulada frente a intensa

Para el **no melanoma en conjunto**, lo que está demostrado de forma sistemática es la **exposición UV acumulada a lo largo de la vida** <sup>F37,F38</sup>. La exposición **aguda e intermitente con quemaduras** se asocia al **melanoma**, y la **intermitente e intensa** en la infancia al basocelular <sup>F37,F39</sup>.

Cáncer de piel no melanoma: radiación UV acumulada a lo largo de la vida

Cuál de los siguientes es un factor de riesgo en el cáncer de piel de tipo no-melanoma:

1. Es muy importante la intensidad de la exposición a la luz solar.
2. Tienen más predisposición las personas de raza negra.
3. Influye la radiación UV a lo largo de toda la vida.
4. No influye la genodermatosis.

- **Evitar la exposición solar entre las 12 y las 16 horas**, las horas centrales del día <sup>F41,F53,F54</sup>
- **Protector solar** en cantidad generosa sobre piel seca, **media hora antes** de la exposición, y **repetir cada 2 horas** y tras sudar o bañarse <sup>F41,F53</sup>; la AEDV pide un **SPF igual o superior a 30** media hora antes <sup>F54</sup>; la AAD aconseja aplicarlo **15 minutos antes** de salir <sup>F42</sup>
- **No se deben emplear protectores solares para prolongar el tiempo de exposición al sol**: la mejor protección es la **sombra y la ropa** <sup>F40</sup>

- **Gafas de sol** con protección UVA y UVB del 99-100 %, **sombrero de ala ancha**, ropa protectora y sombra <sup>F40</sup>
- **Niños**: la AEMPS aconseja no exponer al sol a los menores de 3 años <sup>F41,F53</sup>, la AAD, evitar el sol directo y el protector en menores de 6 meses <sup>F42</sup>
- Los **inmunodeprimidos** (trasplantados) tienen más riesgo de CCE y CCB <sup>F37</sup>

### ¿15 o 30 minutos antes?

La AEMPS y la AEDV dicen **media hora antes** <sup>F41,F53,F54</sup> y la AAD **15 minutos antes** <sup>F42</sup>; las dos cifras aparecen en fuentes válidas. La OMS y la AEMPS advierten de que no se debe usar el protector para **alargar la exposición** <sup>F40,F41</sup>.

EIR 2015 · 202

P15 · respuesta en el solucionario

Prevención primaria del cáncer cutáneo: la fotoprotección no es para alargar la exposición

Señale la respuesta INCORRECTA en relación a las medidas de prevención primaria del cáncer cutáneo:

1. Evitar la exposición solar entre las 12 y 15 horas.
2. Aplicación de cremas solares con índice de protección solar alto, 15 minutos antes de la exposición.
3. Utilizar la fotoprotección para aumentar el tiempo de exposición al sol.
4. Utilizar gafas de sol, gorros y ropa adecuada, así como toldos y sombrillas.
5. No exponer a los bebés al sol ni a aquellas personas que estén en tratamiento con inmunosupresores.

## Todas las preguntas del tema (20)

De la más reciente a la más antigua. Las respuestas, en el solucionario.

**EIR 2025 · 138**

P1 · respuesta en el solucionario

El auge de la realización de tatuajes corporales va acompañado de un aumento de la incidencia de complicaciones, tanto locales, como sistémicas, habiendo evidencia de la relación causal entre el color de las tintas utilizadas y posibles complicaciones, entre las que se encuentra la dermatitis alérgica de contacto. ¿A qué color de tinta se debe más habitualmente?:

1. Amarillo.
2. Rojo.
3. Verde.
4. Azul.

**EIR 2024 · 166**

P2 · respuesta en el solucionario

Con relación al impétigo, señale la respuesta correcta:

1. Se trata de una infección superficial causada por el Virus de Epstein Barr.
2. Es más frecuente en niños lactantes en épocas de frío.
3. El impétigo es poco contagioso, lo más habitual es que aparezca en tórax y abdomen, y se suele acompañar de fiebre.
4. El tratamiento se basa en la limpieza de las lesiones con agua y jabón, y en la aplicación de un pomada antibiótica de mupirocina o ácido fusídico.

**EIR 2024 · 123**

P3 · respuesta en el solucionario

En relación a las picaduras por chinches de cama, indique la opción correcta:

1. Sus picaduras constituyen una vía de contagio de enfermedades infecciosas en humanos.
2. La reacción a la picadura puede tardar varios días en aparecer, y la latencia tiende a disminuir cuando se producen más picaduras.
3. La mayoría de las picaduras se producen en zonas no expuestas mientras las personas duermen.
4. La presencia de tres lesiones denominadas “desayuno, comida y cena” es específica de las picaduras por chinches.

Acude a su consulta una paciente que refiere la aparición de lesiones muy pruriginosas con pápulas eritematosas y surcos en los espacios interdigitales, muñecas, cintura y genitales. El prurito aumenta por la noche y su compañera de piso presenta un cuadro similar, lo que le hará sospechar de:

1. Picaduras de chinches.
2. Escabiosis.
3. Parasitosis delirante.
4. Miásis cutánea.

Cuál de los siguientes es un factor de riesgo en el cáncer de piel de tipo no-melanoma:

1. Es muy importante la intensidad de la exposición a la luz solar.
2. Tienen más predisposición las personas de raza negra.
3. Influye la radiación UV a lo largo de toda la vida.
4. No influye la genodermatosis.

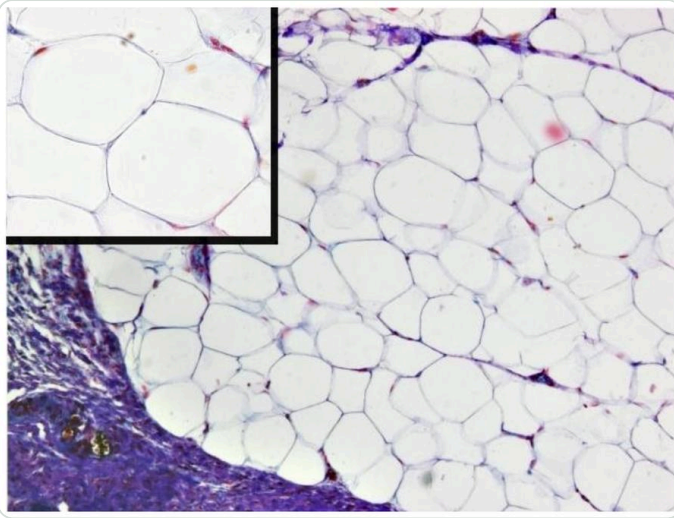
Al revisar la historia clínica de una paciente ingresada para continuación de tratamiento quimioterápico, lee que presenta “líneas de Beau”. Para valorarlas y poder realizar el seguimiento debe de revisar:

1. La cara.
2. El abdomen.
3. Los antebrazos.
4. Las uñas.

Las uñas “mitad y mitad” que presentan una porción proximal blanquecina y la mitad distal roja, rosada o marrón rojizo, y que se asocian a nefropatías crónicas se llaman también:

1. Uñas de Terry.
2. Uñas de Lindsay.
3. Uñas en vidrio de reloj.
4. Uñas con líneas de Mees o con líneas de Muehrcke.

Pregunta asociada a la imagen 5. Identifique de qué tipo de tejido se trata:



1. Tejido muscular cardíaco.
2. Tejido muscular liso.
3. Tejido conjuntivo especializado.
4. Tejido adiposo.

F.T.H. ha sido diagnosticado de escabiosis tras haber estado ingresado en un centro sociosanitario durante un periodo de convalecencia. Vive en su domicilio con su mujer, sus hijas (una de las cuales está amamantando a un bebé de 1 mes) y susyernos. Señale cuál de las siguientes recomendaciones NO le daremos tanto a él como a su familia:

1. Toda la familia, incluido F.T.H. (el paciente), deben aplicarse solución de permetrina al 5% como medida preventiva.
2. Han de lavar la ropa de cama de toda la familia diariamente con un programa de al menos 60° de temperatura.
3. Deben evitar el contacto directo con F.T.H. todos los miembros de la familia hasta la curación.
4. No deben aplicarse el escabicida justo después del baño o ducha.

Acude a la consulta de Atención Primaria María de 8 años de edad acompañada de su padre por presentar lesiones en las piernas. El padre comenta que ayer estuvieron en una antigua casa familiar en el campo para revisar la estructura de la misma y se quedaron a dormir, aunque los colchones eran viejos. Se observan en la niña pápulas eritematosas múltiples y agrupadas dispuestas en zigzag. No presenta sufusiones hemorrágicas. ¿Cuál sería la primera sospecha de causa de dichas lesiones?:

1. Picaduras de chinches.
2. Picaduras de tábanos.
3. Picaduras de orugas.
4. Picaduras de piojos.

De las diferentes lesiones en la piel, la pústula se caracteriza por:

1. Masa sólida, prominente, palpable con un borde circunscrito.
2. Masa semisólida en el tejido subcutáneo o la dermis.
3. Grieta lineal en la piel que abarca más allá de la epidermis.
4. Vesícula o ampolla llena de líquido purulento.

¿Cuáles son factores predisponentes de padecer un melanoma maligno?:

1. Piel clara, exposición al sol, antecedente familiar de melanoma, síndrome de nevo displásico y presencia de un nevo congénito gigante.
2. Piel oscura, exposición al sol, antecedente familiar de melanoma, síndrome de nevo displásico.
3. Piel clara, exposición al sol, no tener antecedentes familiares de melanoma, síndrome de nevo displásico y presencia de nevo congénito gigante.
4. Baja exposición al sol, antecedente familiar de melanoma, síndrome de nevo displásico y presencia de un nevo congénito gigante.

Leyendo el informe de enfermería de Joaquín usted encuentra respecto a la valoración de la piel "Nódulo en espalda, zona superior". Señale la opción que corresponda a la definición de nódulo:

1. Cambio de color de una zona de la piel, plana y no palpable.
2. Lesión circunscrita de la piel, elevada, redondeada, menor de un centímetro y llena de líquido seroso.
3. Masa sólida elevada, con bordes circunscritos, de mayor tamaño y firmeza que una pápula.
4. Masa sólida que se extiende profundamente hacia tejido subcutáneo y de tamaño mayor a dos centímetros.

¿Cuál es tratamiento de elección ante una infestación por *pediculus humanus capitis* o piojo de la cabeza?:

1. Crema o loción de permetrina al 1% y nueva aplicación en 7-10 días.
2. Crema o loción de lindano al 1% y nueva aplicación en 5 días.
3. Loción de ácido acético al 2% diario durante 7 días.
4. Crema de mebendazol 100 mg en una sola aplicación.

Señale la respuesta INCORRECTA en relación a las medidas de prevención primaria del cáncer cutáneo:

1. Evitar la exposición solar entre las 12 y 15 horas.
2. Aplicación de cremas solares con índice de protección solar alto, 15 minutos antes de la exposición.
3. Utilizar la fotoprotección para aumentar el tiempo de exposición al sol.
4. Utilizar gafas de sol, gorros y ropa adecuada, así como toldos y sombrillas.
5. No exponer a los bebés al sol ni a aquellas personas que estén en tratamiento con inmunosupresores.

Al examinar una lesión pigmentada (nevus), los signos indicativos de su malignización se conocen como el ABCD de los lunares. La A representa la asimetría de la lesión, la B los bordes irregulares, la C el color abigarrado y la D el diámetro de la lesión. ¿Qué diámetro se considera sospechoso de malignización?:

1. > 2 mm.
2. > 3 mm.
3. 4 mm.
4. > 4 mm.
5. > 6 mm.

Las células de la piel que participan en la respuesta inmunológica se denominan:

1. Células de Merkel.
2. Células de Paccini.
3. Melanocitos.
4. Queratinocitos.
5. Células de Langerhans.

Alejandra tiene la forma clásica de acné juvenil. Le ha afectado principalmente a la cara y espalda y acude a su consulta para que le recomiende productos cosméticos, dieta u otro tipo de remedios. Usted le daría las siguientes recomendaciones, EXCEPTO:

1. Mantener las zonas afectadas por el acné muy limpias.
2. No utilizar cosméticos con lanolina o vaselina.
3. Realizar ejercicio físico al aire libre.
4. Suprimir por completo el chocolate de la alimentación.
5. Respetar las horas de sueño.

Al valorar el estado de la piel de la Sra. Ruiz, observa que presenta un área enrojecida que al ser tensada entre los dedos, la piel palidece. Este dato lo registraría en la historia como:

1. Eritema.
2. Mácula.
3. Pápula.
4. Petequia.
5. Púrpura.

¿Dónde se encuentran los corpúsculos de Pacini?:

1. En el hígado.
2. En el tejido renal.
3. En la dermis profunda y la epidermis de la piel.
4. En el tejido nervioso del cerebelo.
5. En la médula espinal.

## Preguntas que también podrían ser de este tema (5)

La clasificación automática dudó entre este tema y otro.

**EIR 2021 · 13**

P21 · respuesta en el solucionario

Indique la respuesta INCORRECTA en relación con las líneas de Langer:

1. Son líneas o arrugas naturales con una mínima tensión lineal.
2. Se denominan también líneas de tensión.
3. Delimitan el plano sagital del cuerpo dividiéndolo en derecha e izquierda.
4. Deben tenerse en cuenta a la hora de diseñar las incisiones quirúrgicas.

**EIR 2016 · 172**

P22 · respuesta en el solucionario

En relación a la dermatitis del pañal, indique la respuesta correcta:

1. Afecta preferentemente a pliegues y zonas cóncavas.
2. Es conveniente el uso profiláctico de cremas con corticoides suaves.
3. El número de cambios de pañal NO tiene repercusión en el desarrollo de la dermatitis del pañal.
4. La sobreinfección asociada más frecuente se produce por bacterias gram negativas.

**EIR 2012 · 71**

P23 · respuesta en el solucionario

Juana López es una señora de 55 años que acude a la enfermera de atención primaria. Está preocupada porque viene observando un crecimiento excesivo de pelo andrógenodependiente en zonas en que hasta entonces no tenía. El problema que preocupa a la señora López se denomina:

1. Virilización.
2. Hipertrichosis.
3. Androstedionoma.
4. Hirsutismo.
5. Hormonal.

**EIR 2011 · 5**

P24 · respuesta en el solucionario

¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los tejidos corporales NO es correcta?:

1. El tejido epitelial es avascular.
2. Los tejidos conectivos derivan del mesodermo.
3. Las mucosas cubren los órganos que están en el interior de cavidades.
4. El tejido nervioso está constituido por neuronas y células de neuroglía.
5. Las serosas tapizan las cavidades corporales que no se hallan abiertas directamente al exterior.

En la enfermedad de transmisión sexual producida por *Sarcoptes Scabiei*, el agente causal es:

1. Una bacteria.
2. Un hongo.
3. Un artrópodo.
4. Un virus.
5. Un protozoo.

## Solucionario

| Nº  | Pregunta       | Respuesta oficial | Notas                       |
|-----|----------------|-------------------|-----------------------------|
| P1  | EIR 2025 · 138 | <b>2</b>          |                             |
| P2  | EIR 2024 · 166 | <b>4</b>          |                             |
| P3  | EIR 2024 · 123 | <b>2</b>          |                             |
| P4  | EIR 2024 · 101 | <b>2</b>          |                             |
| P5  | EIR 2023 · 122 | <b>3</b>          | hoja del archivo oficial    |
| P6  | EIR 2022 · 141 | <b>4</b>          |                             |
| P7  | EIR 2022 · 140 | <b>2</b>          |                             |
| P8  | EIR 2021 · 5   | <b>4</b>          |                             |
| P9  | EIR 2019 · 221 | <b>1</b>          | hoja del archivo oficial    |
| P10 | EIR 2018 · 204 | <b>1</b>          | hoja del archivo oficial    |
| P11 | EIR 2018 · 124 | <b>4</b>          | hoja del archivo oficial    |
| P12 | EIR 2018 · 52  | <b>1</b>          | hoja del archivo oficial    |
| P13 | EIR 2017 · 178 | <b>3</b>          |                             |
| P14 | EIR 2016 · 165 | <b>1</b>          | hoja del archivo oficial    |
| P15 | EIR 2015 · 202 | <b>3</b>          | reconstruida por un tercero |
| P16 | EIR 2013 · 60  | <b>5</b>          | reconstruida por un tercero |
| P17 | EIR 2013 · 10  | <b>5</b>          | reconstruida por un tercero |
| P18 | EIR 2011 · 56  | <b>4</b>          |                             |
| P19 | EIR 2009 · 30  | <b>1</b>          | reconstruida por un tercero |
| P20 | EIR 2005 · 7   | <b>3</b>          | reconstruida por un tercero |
| P21 | EIR 2021 · 13  | <b>3</b>          |                             |
| P22 | EIR 2016 · 172 | <b>1</b>          | hoja del archivo oficial    |
| P23 | EIR 2012 · 71  | <b>4</b>          | reconstruida por un tercero |
| P24 | EIR 2011 · 5   | <b>3</b>          |                             |
| P25 | EIR 2004 · 50  | <b>3</b>          | reconstruida por un tercero |

## Fuentes

- **F1** OpenStax (Rice University). Anatomy and Physiology 2e. 5.1 Layers of the Skin. 2.<sup>a</sup> ed., 2022. · <https://openstax.org/books/anatomy-and-physiology-2e/pages/5-1-layers-of-the-skin> · consultada 2026-09-27
- **F2** OpenStax (Rice University). Anatomy and Physiology 2e. 14.1 Sensory Perception. 2.<sup>a</sup> ed., 2022. · <https://openstax.org/books/anatomy-and-physiology-2e/pages/14-1-sensory-perception> · consultada 2026-09-27
- **F3** OpenStax (Rice University). Anatomy and Physiology 2e. 5.3 Functions of the Integumentary System. 2.<sup>a</sup> ed., 2022. · <https://openstax.org/books/anatomy-and-physiology-2e/pages/5-3-functions-of-the-integumentary-system> · consultada 2026-09-27
- **F4** OpenStax (Rice University). Anatomy and Physiology 2e. 4.1 Types of Tissues. 2.<sup>a</sup> ed., 2022. · <https://openstax.org/books/anatomy-and-physiology-2e/pages/4-1-types-of-tissues> · consultada 2026-09-27
- **F5** OpenStax (Rice University). Anatomy and Physiology 2e. 4.2 Epithelial Tissue. 2.<sup>a</sup> ed., 2022. · <https://openstax.org/books/anatomy-and-physiology-2e/pages/4-2-epithelial-tissue> · consultada 2026-09-27
- **F6** OpenStax (Rice University). Anatomy and Physiology 2e. 4.3 Connective Tissue Supports and Protects (tabla 4.1 y figura 4.13). 2.<sup>a</sup> ed., 2022. · <https://openstax.org/books/anatomy-and-physiology-2e/pages/4-3-connective-tissue-supports-and-protects> · consultada 2026-09-27
- **F7** OpenStax (Rice University). Anatomy and Physiology 2e. 4.4 Muscle Tissue and Motion. 2.<sup>a</sup> ed., 2022. · <https://openstax.org/books/anatomy-and-physiology-2e/pages/4-4-muscle-tissue-and-motion> · consultada 2026-09-27
- **F8** OpenStax (Rice University). Anatomy and Physiology 2e. 4.5 Nervous Tissue Mediates Perception and Response. 2.<sup>a</sup> ed., 2022. · <https://openstax.org/books/anatomy-and-physiology-2e/pages/4-5-nervous-tissue-mediates-perception-and-response> · consultada 2026-09-27
- **F9** OpenStax (Rice University). Anatomy and Physiology 2e. 1.6 Anatomical Terminology (membranas serosas). 2.<sup>a</sup> ed., 2022. · <https://openstax.org/books/anatomy-and-physiology-2e/pages/1-6-anatomical-terminology> · consultada 2026-09-27
- **F10** Paul SP. Biodynamic excisional skin tension lines for surgical excisions: untangling the science. Ann R Coll Surg Engl. 2018;100(4):330-337. doi:10.1308/rcsann.2018.0038. · <https://doi.org/10.1308/rcsann.2018.0038> · consultada 2026-09-27
- **F11** Benedetti J. Descripción de las lesiones cutáneas. Manual MSD, versión para profesionales. Revisión completa enero 2024; última actualización octubre 2025. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-dermatol%C3%B3gicos/abordaje-del-paciente-dermatol%C3%B3gico/descripci%C3%B3n-de-las-lesiones-cut%C3%A1neas> · consultada 2026-09-27
- **F12** Mervis JS. Lesiones por presión. Manual MSD, versión para profesionales. Revisión completa septiembre 2025; última actualización febrero 2026. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-dermatol%C3%B3gicos/lesi%C3%B3n-por-presi%C3%B3n/lesiones-por-presi%C3%B3n> · consultada 2026-09-27
- **F13** Lipner S. Distrofias de las uñas. Manual MSD, versión para profesionales. Revisión completa octubre 2025. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-dermatol%C3%B3gicos/alteraciones-de-las-u%C3%B1as/distrofias-de-las-u%C3%B1as> · consultada 2026-09-27
- **F14** Levinbook WS. Hirsutismo e hipertrichosis. Manual MSD, versión para profesionales. Revisión completa abril 2024; última actualización septiembre 2025. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-dermatol%C3%B3gicos/hirsutismo-e-hipertrichosis>

[dermatol%C3%B3gicos/trastornos-del-cabello/hirsutismo-e-hipertrichosis](#) · consultada 2026-09-27

- **F15** Sarna. Manual MSD, versión para profesionales. Última actualización noviembre 2025. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-dermatol%C3%B3gicos/infecciones-cut%C3%A1neas-parasitarias/sarna> · consultada 2026-09-27
- **F16** Centers for Disease Control and Prevention (CDC), DPDx. Scabies: Causal Agents. · <https://www.cdc.gov/dpdx/scabies/index.html> · consultada 2026-09-27
- **F17** Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Preventing Scabies / About Scabies. 18 de diciembre de 2023 y 9 de septiembre de 2024. · <https://www.cdc.gov/scabies/prevention/index.html> · consultada 2026-09-27
- **F18** Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Clinical Care of Scabies. 18 de diciembre de 2023. · <https://www.cdc.gov/scabies/hcp/clinical-care/index.html> · consultada 2026-09-27
- **F19** AEMPS (CIMA). Ficha técnica de Sarcop 50 mg/g crema (permetrina), n.º de registro 62971. Revisión abril 2024. · [https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/62971/FT\\_62971.html](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/62971/FT_62971.html) · consultada 2026-09-27
- **F20** AEMPS (CIMA). Ficha técnica de Perme-cure 50 mg/g crema (permetrina), n.º de registro 64052. Revisión julio 2021. · [https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/64052/FT\\_64052.html](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/64052/FT_64052.html) · consultada 2026-09-27
- **F21** Guía ABE. Infecciones en Pediatría. Sarna. V.1.1/2021, actualizada el 18/09/2021. · <https://www.guia-abe.es/temas-clinicos-sarna> · consultada 2026-09-27
- **F22** Piojos (pediculosis). Manual MSD, versión para profesionales. Última actualización noviembre 2025. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-dermatol%C3%B3gicos/infecciones-cut%C3%A1neas-parasitarias/piojos> · consultada 2026-09-27
- **F23** Guía ABE. Infecciones en Pediatría. Pediculosis de la cabeza. V.3.0/2026, actualizada el 15/01/2026. · <https://www.guia-abe.es/temas-clinicos-pediculosis-de-la-cabeza> · consultada 2026-09-27
- **F24** Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Clinical Care of Head Lice. 31 de enero de 2025. · <https://www.cdc.gov/lice/hcp/clinical-care/index.html> · consultada 2026-09-27
- **F25** Chinchas. Manual MSD, versión para profesionales. Última actualización noviembre 2025. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-dermatol%C3%B3gicos/infecciones-cut%C3%A1neas-parasitarias/chinchas> · consultada 2026-09-27
- **F26** Centers for Disease Control and Prevention (CDC). About Bed Bugs. 26 de abril de 2024. · <https://www.cdc.gov/bed-bugs/about/index.html> · consultada 2026-09-27
- **F27** Doggett SL, Dwyer DE, Peñas PF, Russell RC. Bed bugs: clinical relevance and control options. Clin Microbiol Rev. 2012;25(1):164-192. doi:10.1128/CMR.05015-11. · <https://doi.org/10.1128/CMR.05015-11> · consultada 2026-09-27
- **F28** Impétigo y ectima. Manual MSD, versión para profesionales. Última actualización mayo 2026. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-dermatol%C3%B3gicos/infecciones-bacterianas-de-la-piel/imp%C3%A9tigo-y-ectima> · consultada 2026-09-27
- **F29** Guía ABE. Infecciones de la piel y partes blandas (I): impétigo, celulitis, absceso. V.2.0/2026, actualizada el 05/05/2026. · [https://www.guia-abe.es/temas-clinicos-infecciones-de-la-piel-y-partes-blandas-\(i\):-impetigo-celulitis-absceso-](https://www.guia-abe.es/temas-clinicos-infecciones-de-la-piel-y-partes-blandas-(i):-impetigo-celulitis-absceso-) · consultada 2026-09-27
- **F30** Miasis cutánea. Manual MSD, versión para profesionales. Última actualización noviembre 2025. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-dermatol%C3%B3gicos/infecciones-cut%C3%A1neas-parasitarias/miasis-cut%C3%A1nea> · consultada 2026-09-27

- **F31** Parasitosis delirante (infestación delirante). Manual MSD, versión para profesionales. Última actualización noviembre 2025. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-dermatol%C3%B3gicos/infecciones-cut%C3%A1neas-parasitarias/parasitosis-delirante> · consultada 2026-09-27
- **F32** Acné vulgar. Manual MSD, versión para profesionales. Revisión completa marzo 2024; última actualización abril 2024. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-dermatol%C3%B3gicos/acn%C3%A9-y-trastornos-relacionados/acn%C3%A9-vulgar> · consultada 2026-09-27
- **F33** SEPEAP. Pozo Román T. Dermatitis del pañal y trastornos relacionados. Pediatr Integral. 2016;XX(3):151-158. · [https://www.pediatrintegral.es/wp-content/uploads/2016/xx03/01/n3-151-158\\_TomasPozo.pdf](https://www.pediatrintegral.es/wp-content/uploads/2016/xx03/01/n3-151-158_TomasPozo.pdf) · consultada 2026-09-27
- **F34** Reacciones al color rojo de los tatuajes. Actas Dermo-Sifiliográficas. 2001;92:337-341. · <https://www.actasdermo.org/es-reacciones-al-color-rojo-tatuajes-articulo-13016756> · consultada 2026-09-27
- **F35** Reacciones cutáneas adversas por tatuajes y piercings. Actas Dermo-Sifiliográficas. 2009;100:643-656. doi:10.1016/S0001-7310(09)72277-X. · <https://www.actasdermo.org/es-reacciones-cutaneas-adversas-por-tatuajes-articulo-S000173100972277X> · consultada 2026-09-27
- **F36** Nambudiri VE. Melanoma. Manual MSD, versión para profesionales. Revisión completa marzo 2026; última actualización abril 2026. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-dermatol%C3%B3gicos/c%C3%A1nceres-cut%C3%A1neos/melanoma> · consultada 2026-09-27
- **F37** Instituto Nacional del Cáncer (NCI, EE. UU.). Prevención del cáncer de piel (PDQ), versión para profesionales. Actualización 05/08/2025. · <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/piel/pro/prevencion-piel-pdq> · consultada 2026-09-27
- **F38** Instituto Nacional del Cáncer (NCI, EE. UU.). Tratamiento del cáncer de piel (PDQ), versión para profesionales. Actualización 28/03/2025. · <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/piel/pro/tratamiento-piel-pdq> · consultada 2026-09-27
- **F39** Carcinoma basocelular. Manual MSD, versión para profesionales. Revisión completa marzo 2026. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-dermatol%C3%B3gicos/c%C3%A1nceres-cut%C3%A1neos/carcinoma-basocelular> · consultada 2026-09-27
- **F40** Organización Mundial de la Salud. Radiación ultravioleta. Nota descriptiva, 21 de junio de 2022. · <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ultraviolet-radiation> · consultada 2026-09-27
- **F41** Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Consejos de la AEMPS sobre protección solar. Versión 2, 24 de junio de 2015. · [https://www.aemps.gob.es/cosmeticosHigiene/cosmeticos/docs/proteccion\\_solar.pdf](https://www.aemps.gob.es/cosmeticosHigiene/cosmeticos/docs/proteccion_solar.pdf) · consultada 2026-09-27
- **F42** American Academy of Dermatology (AAD). Sunscreen FAQs. · <https://www.aad.org/media/stats-sunscreen> · consultada 2026-09-27
- **F43** American Academy of Dermatology (AAD). ABCDEs of melanoma. · <https://www.aad.org/public/diseases/skin-cancer/find/at-risk/abcdes> · consultada 2026-09-27
- **F44** Organización Mundial de la Salud. Scabies. Nota descriptiva, 31 de mayo de 2023. · <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/scabies> · consultada 2026-09-27
- **F45** Cardili RN, Roselino AM. Elementary lesions in dermatological semiology: literature review. An Bras Dermatol. 2016;91(5):629-633. doi:10.1590/abd1806-4841.20164931. Texto leído en su versión de PMC (PMC5087222). · <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20164931> · consultada 2026-09-29

- **F46** SEPEAP. Pozo Román T. Bases diagnósticas de las enfermedades cutáneas. *Pediatr Integral*. 2012;XVI(3):252.e1-252.e19. · <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2012-04/bases-diagnosticas-de-las-enfermedades-cutaneas/> · consultada 2026-09-29
- **F47** Richard AJ, White U, Elks CM, Stephens JM. Adipose Tissue: Physiology to Metabolic Dysfunction. En: Feingold KR, et al., eds. *Endotext*. MDText.com; actualizado el 4 de abril de 2020. Texto leído en el paquete oficial de Endotext del FTP de NCBI (<ftp.ncbi.nlm.nih.gov/pub/litarch/>), capítulo obesity\_adip-metab. · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555602/> · consultada 2026-09-29
- **F48** O'Brien F. Generalidades sobre el síndrome nefrótico. Manual MSD, versión para profesionales. Revisión completa abril 2025; última actualización febrero 2026. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-urogenitales/glomerulopat%C3%ADas/generalidades-sobre-el-s%C3%ADndrome-nefr%C3%B3tico> · consultada 2026-09-29
- **F49** SEMERGEN. Toribio MC, Galnares E. Acropaquias. *Semerger*. 2009;35(8):415-417. doi:10.1016/S1138-3593(09)72680-2. · <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-acropaquias-S1138359309726802> · consultada 2026-09-29
- **F50** Reglamento (UE) 2020/2081 de la Comisión, de 14 de diciembre de 2020, que modifica el anexo XVII del Reglamento REACH en lo que respecta a las sustancias contenidas en las tintas para tatuaje o maquillaje permanente (entrada 75 y apéndice 13). DOUE L 423 de 15/12/2020 (texto original). · <https://www.boe.es/doue/2020/423/L000006-00017.pdf> · consultada 2026-09-29
- **F51** NHS (Reino Unido). Scabies. Revisada el 21 de noviembre de 2023. · <https://www.nhs.uk/conditions/scabies/> · consultada 2026-09-29
- **F52** Aaron DM. Candidiasis (mucocutánea). Manual MSD, versión para profesionales. Revisión completa octubre 2025; última actualización enero 2026. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-dermatol%C3%B3gicos/infecciones-mic%C3%B3ticas-cut%C3%A1neas/candidiasis-mucocut%C3%A1nea> · consultada 2026-09-29
- **F53** Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Decálogo de la AEMPS para tomar el sol de forma segura. Nota informativa COS, 3/2019, 28 de junio de 2019. · <https://www.aemps.gob.es/informa/decalogo-de-la-aemps-para-tomar-el-sol-de-forma-segura-2/> · consultada 2026-09-29
- **F54** Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV), Fundación Piel Sana. Decálogo de consejos para disfrutar del sol con responsabilidad. 10 de junio de 2021. · <https://aedv.fundacionpielsana.es/prevencion/decalogo-de-consejos-para-disfrutar-del-sol-con-responsabilidad/> · consultada 2026-09-29

## Pendiente de verificar

- Histología del adipocito: el nombre «anillo de sello» no consta en las fuentes leídas (Endotext solo dice que la gota desplaza el núcleo a la periferia; OpenStax no lo menciona). Las páginas de histología que lo usan son material de curso de universidades.
- Sarna (opciones de EIR2019-221): aplicar la permetrina sobre piel fría y no justo después de un baño caliente solo aparece en dos fichas técnicas británicas alojadas en emc (medicines.org.uk), portal gestionado por la industria, y no en las fichas españolas de CIMA (Sarcop, Perme-cure, Permetrina LMP gel); la web de productos de la MHRA necesita JavaScript. Lavar la ropa a 60 °C «a diario» y evitar el contacto «hasta la curación» no constan en ninguna fuente consultada (CDC, MSD, fichas técnicas, Guía ABE, NHS: el NHS dice 60 °C el primer día y sin contacto estrecho hasta completar el tratamiento).

- Dermatitis del pañal: no se ha encontrado una fuente válida más reciente que la de 2016 (F33) que describa la forma irritativa en las zonas convexas respetando los pliegues; el Manual MSD en español no tiene capítulo propio y solo sitúa la candidiasis en los pliegues (F52). La hoja de Osakidetza para familias no tiene fecha.