



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LA PATOLOGÍA DERMATOLÓGICA EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN ZARAGOZA

Epidemiological study of dermatological pathology in the
immigrant population in Zaragoza



Autora

Erika Becerril Molinero

Directora

María Teresa Elena Gracia Cazorro

Codirectora

Nieves Porta Aznárez

Zaragoza, junio de 2017

Desarrolla una actitud de gratitud, da gracias por todo lo que te sucede,
sabiendo que cada paso que das te va a llevar a lograr algo mejor.

Brian Tracy

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	4
ABSTRACT	5
1. INTRODUCCIÓN	
1.1. Características demográficas en la provincia de Zaragoza.....	6
1.1.1. Población autóctona.....	8
1.1.2. Población inmigrante.....	8
1.2. Estructura de la asistencia sanitaria en Aragón.....	9
1.2.1. Atención Primaria.....	10
1.2.2. Atención especializada.....	11
1.3. La Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología como especialidad....	11
1.4. Demanda asistencial en Dermatología especializada.....	12
1.5. Influencia de las prácticas culturales.....	12
1.6. Repercusión en la calidad de vida de los pacientes.....	18
2. OBJETIVOS	19
3. MATERIAL Y MÉTODOS	19
3.1. Tipo de estudio.....	19
3.2. Población, ámbito y duración del estudio.....	19
3.3. Criterios de inclusión.....	19
3.4. Criterios de exclusión.....	20
3.5. Protocolo de estudio.....	20
3.6. Procesamiento de los datos.....	20
4. RESULTADOS	
4.1. Descripción de la población inmigrante con patología dermatológica.....	21
4.2. Descripción de la población inmigrante según el país de origen.....	23
4.3. Descripción de la población inmigrante según el Centro de procedencia..	24
4.4. Resultados de grupos diagnósticos y diagnósticos.....	25
4.5. Descripción de la población inmigrante según el factor exposición solar..	27
4.6. Antecedentes dermatológicos personales y familiares.....	27
5. DISCUSIÓN	27
6. CONCLUSIONES	32
7. BIBLIOGRAFÍA	32

RESUMEN

Introducción: En los últimos años se ha observado un aumento en la demanda de asistencia sanitaria en patologías dermatológicas en la población inmigrante residente en la ciudad de Zaragoza.

Objetivos: El propósito de este estudio es determinar la prevalencia de la patología dermatológica que presenta la población inmigrante que acude a una consulta de dermatología, así como, describir y analizar la patología encontrada en dicho cupo de población.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio descriptivo, observacional y transversal. Para ello se han recogido los datos de los pacientes inmigrantes que han sido atendidos en consultas de Dermatología del Centro Médico de Especialidades Ramón y Cajal durante tres meses consecutivos; febrero, marzo y abril del 2017. Las variables estudiadas han sido: edad, sexo, país de origen, Centro de Salud de procedencia, antecedentes dermatológicos de interés, exposición solar, ocupación laboral y diagnóstico dermatológico. Para la recopilación de datos y la realización de los gráficos, se ha utilizando Microsoft Word y Excel 2010 versión 14.

Resultados: Se han estudiado un total de 59 pacientes inmigrantes de los que 36 han sido mujeres (61%) y 23 hombres (39%). La edad media de los pacientes ha sido de 36,33 años. Los países de procedencia más frecuentes han sido: Ecuador, con 11 pacientes (19%); Rumanía, con 9 (15%) y Nicaragua con 7 (12%), Los Centros de Salud de procedencia más frecuentes han sido Sagasta (14%), Canal Imperial (14%) y Rebojería (14%). Los diagnósticos más frecuentes han sido: micosis, presente en 9 pacientes (15,2%); psoriasis, diagnosticada en 6 pacientes (9,8%), nevus melanocítico adquirido en 4 pacientes (6,6%) y eczema en otros 4 pacientes (6,6%). Las patologías dermatológicas con mayor frecuencia han sido las de origen infeccioso, diagnosticadas en 14 pacientes (24%).

Conclusiones: Se ha observado que las mujeres inmigrantes han acudido más a la consulta de Dermatología que los hombres inmigrantes. La mayoría de los inmigrantes que han acudido a consulta proceden de Sudamérica. Es conveniente tener una base de conocimiento sobre la patología dermatológica prevalente en la población inmigrante del área de Zaragoza para poder realizar un adecuado diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

Palabras clave: Patología dermatológica, inmigrantes, epidemiología.

ABSTRACT

Introduction: In recent years, there has been an increase in the demand for health care in dermatological diseases in the resident immigrant population in the city of Zaragoza.

Objectives: The purpose of this study is to determine the prevalence of dermatological pathology presented by the immigrant population attending a dermatology clinic, as well as to describe and analyze the pathology found in this population.

Material and methods: A descriptive, observational and cross-sectional study was carried out. For this purpose, we have collected the data of the immigrant patients who have been treated in consultations of Dermatology of the Medical Center of Specialties Ramón y Cajal during three consecutive months; February, March and April of 2017. The variables studied were: age, sex, country of origin, health center of origin, dermatological antecedents of interest, sun exposure, occupational occupation and dermatological diagnosis. For data collection and graphing, Microsoft Word and Excel 2010 version 14 have been used.

Results: A total of 59 immigrant patients were studied, of which 36 were women (61%) and 23 men (39%). The mean age of the patients was 36.33 years. The most frequent countries of origin have been: Ecuador, with 11 patients (19%); Romania, with 9 (15%) and Nicaragua with 7 (12%). The most frequent health centers were Sagasta (14%), Canal Imperial (14%) and Rebolera (14%). The most frequent diagnoses were: mycosis, present in 9 patients (15.2%); Psoriasis, diagnosed in 6 patients (9.8%), acquired melanocytic nevus in 4 patients (6.6%) and eczema in 4 other patients (6.6%). The most frequent dermatological pathologies have been those of infectious origin, diagnosed in 14 patients (24%).

Conclusions: It has been observed that immigrant women have gone to the dermatology clinic more than immigrant men. Most of the immigrants who have come to visit come from South America. It is convenient to have a knowledge base about the dermatological pathology prevalent in the immigrant population of the Zaragoza area in order to be able to make an adequate diagnosis and treatment of the disease.

Key words: Dermatological pathology, immigrants, epidemiology.

1. INTRODUCCIÓN

España ha pasado de ser fuente de emigración hacia América latina y Europa, a ser uno de los principales destinos europeos de inmigrantes procedentes de Latinoamérica, África, Europa del Este y Asia¹. Aunque desde el año 2011, debido a la crisis económica, esta tendencia no ha sido tan marcada². Lo que ha conducido a un aumento considerable de la población inmigrante que recibe nuestro país. Secundariamente a ello, ha aumentado la demanda asistencial de este cupo poblacional tanto a nivel de Atención Primaria, como a nivel de las consultas de especialidades y a nivel hospitalario.

Las enfermedades dermatológicas constituyen un grupo importante a destacar por su elevada prevalencia¹. Esto hace que el dermatólogo pueda recibir en su consulta un mayor número de pacientes inmigrantes. Tanto la barrera idiomática como la coloración de la piel pueden suponer una mayor dificultad para el especialista.

Esta nueva realidad sociodemográfica requiere analizar las necesidades y prioridades que se generan en el sistema para ofrecer una cobertura sanitaria adecuada al tipo de pacientes que demandan asistencia, así como optimizar los recursos económicos y humanos de los que disponemos.

1.1. Características demográficas en la provincia de Zaragoza

Para desarrollar este estudio, comenzamos por describir las características demográficas de la provincia de Zaragoza y su estructura asistencial. Según el Padrón Municipal de habitantes se ha obtenido la pirámide poblacional de la ciudad de Zaragoza, organizada por sexo y grupos quincenales de edad³.

A fecha de 1 de enero de 2015 había empadronados un total de 664.953 personas, de las cuales 319.795 fueron hombres y 345.158 mujeres³.

En la Pirámide Poblacional que se muestra en la Figura 1, se observa un ensanchamiento en la parte media y

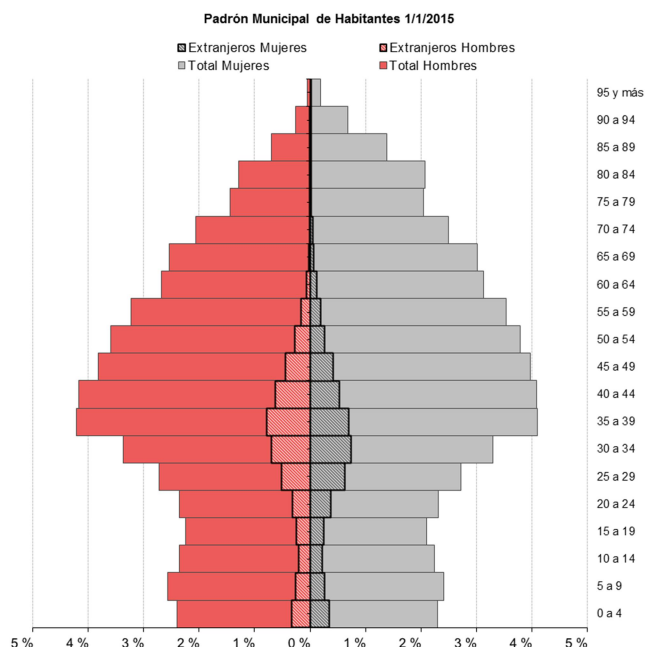


Figura 1: Pirámide poblacional Zaragoza 1 de enero de 2015.

superior respecto a la base. Se corresponde con una pirámide regresiva propia de países desarrollados. Probablemente debida al descenso de la natalidad y al envejecimiento de su población.

Considerando a toda la población, predominan las mujeres con 345.158 habitantes (52%) frente al total de 319.795 hombres (48%). Aparece representado en la Figura 2 ³.

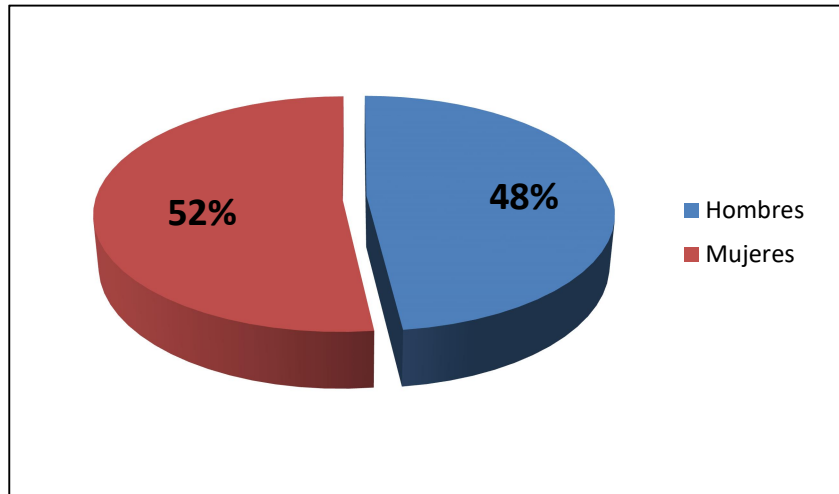


Figura 2: Diagrama de sectores de la población de Zaragoza según sexo.

En la Figura 3 se representa la distribución del total de habitantes autóctonos y no autóctonos en los diferentes distritos de Zaragoza. Predomina el distrito censal Margen Izquierda con un total de 132.838 habitantes (20%)⁴.

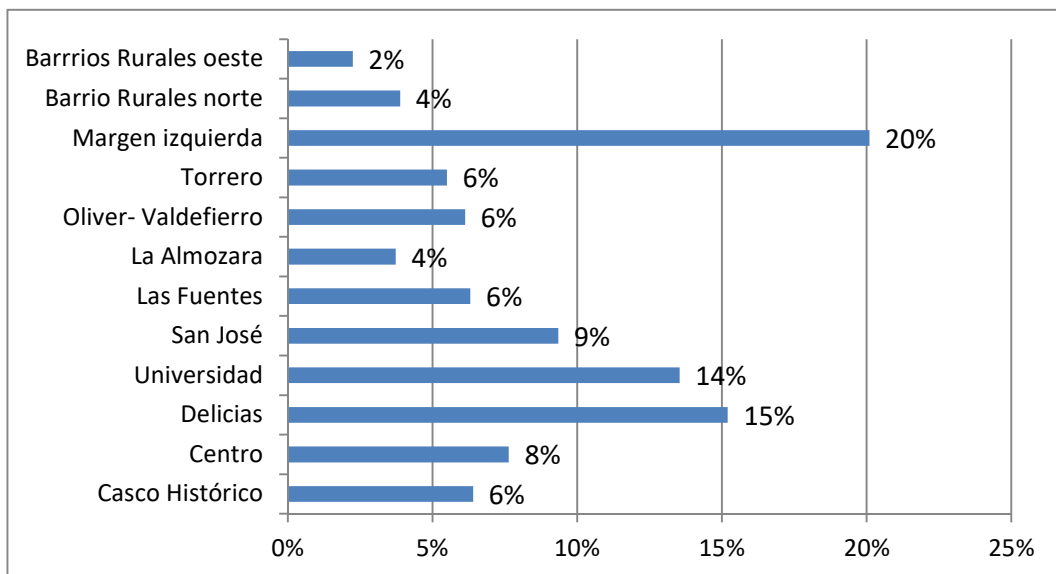


Figura 3: Diagrama de barras. Distritos censales Zaragoza.

1.1.1. Población autóctona

A fecha de 1 de enero de 2015, el total de población no inmigrante en Zaragoza asciende a 597.652 personas con 285.539 hombres (48%) y 312.113 mujeres (52%)³. En cuanto a la distribución por sexo representada en la Figura 4, se observa que hay mayor porcentaje de mujeres autóctonas que de hombres. Porcentaje similar acorde al encontrado en el total de la población.

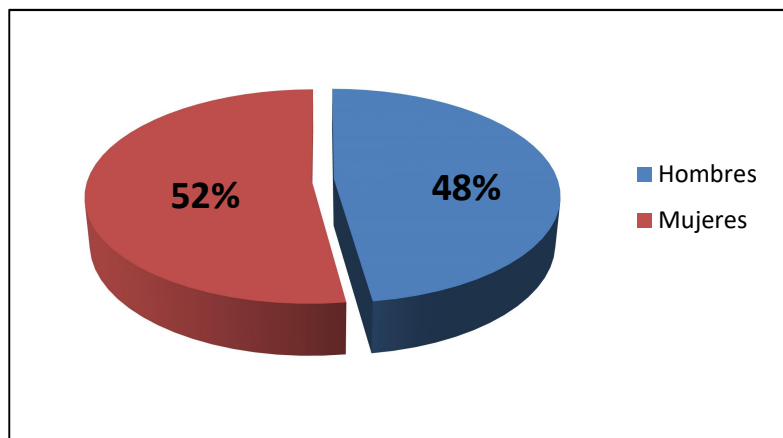


Figura 4: Diagrama de sectores de la población autóctona de Zaragoza según sexo.

1.1.2. Población inmigrante

En el grupo poblacional de inmigrantes encontramos un total de 67.301 inmigrantes censados, de los que 34.256 son hombres (51%) y 33.045 mujeres (49%). En la Figura 5 se muestra el ligero predominio de hombres frente a mujeres. A diferencia de lo encontrado en la distribución por sexo de la población no autóctona y del total de la población, con predominio femenino³.

La población no autóctona aparece representada en la Figura 1 en el centro de la pirámide poblacional y se observa que sigue una distribución regresiva.

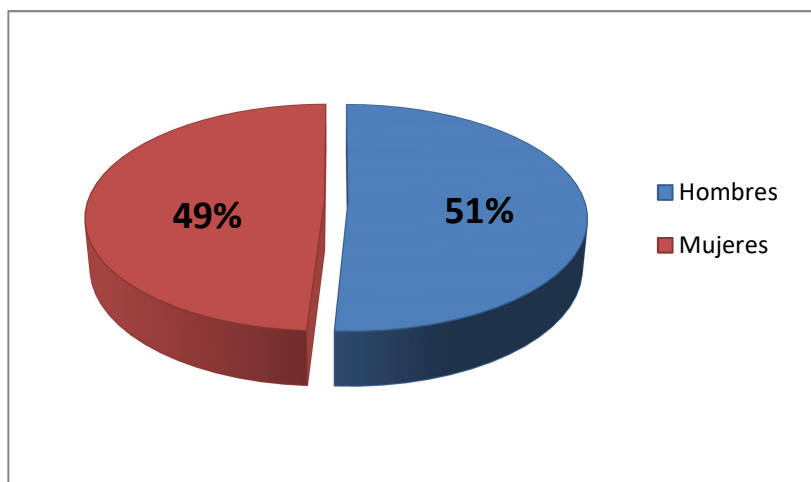


Figura 5: Diagrama de sectores de la población inmigrante según sexo.

En la siguiente figura, Figura 6, se muestra la distribución de la población inmigrante en los diferentes distritos de Zaragoza, según el Padrón Municipal de Habitantes a fecha de 1 de enero de 2016. El distrito Delicias con 16.190 inmigrantes (26%), es el distrito en el que reside el mayor número de inmigrantes⁴.

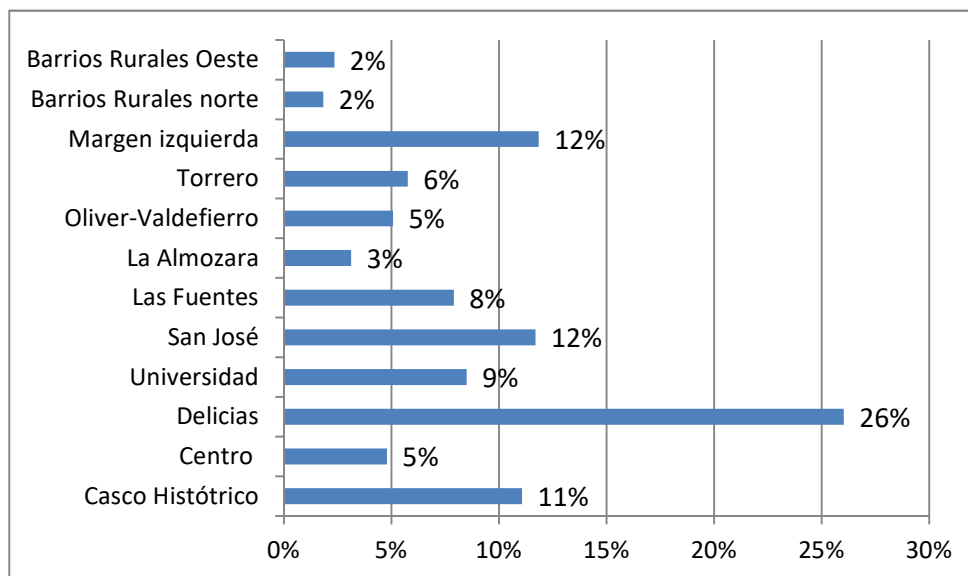


Figura 6: Diagrama de barras de la población inmigrante en los distritos censales de Zaragoza.

1.2. Estructura de la asistencia sanitaria en la Comunidad Autónoma Aragonesa

El Decreto 130/1986, de 19 de diciembre, de la Diputación General de Aragón, aprueba el Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma de Aragón y establece la ordenación territorial y funcional del Sistema de Salud de Aragón en Zonas de Salud, Sectores y Áreas de Salud. Esta organización territorial continua manteniéndose en la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón. El mapa sanitario de Aragón está distribuido en ocho sectores que incluyen todos los centros de atención primaria, atención especializada, atención sociosanitaria y salud mental correspondientes a su área geográfica.

Zaragoza se divide en tres Sectores Sanitarios mostrados en la Tabla 1: Zaragoza I, **Zaragoza II** y Zaragoza III^{5,6,7 y 8}.

Sectores Sanitarios	Ubicación		Total
	Municipios	Capital	
Zaragoza I	7	6	13
Zaragoza II	4	17	21
Zaragoza III	15	7	22
Total	26	30	56

Tabla 1: Sectores Sanitarios de Zaragoza

La población a estudio pertenece al Sector Sanitario Zaragoza II. Este sector incluye los siguientes centros de atención sanitaria⁶:

- Centro Médico de Especialidades San José y Centro Médico de Especialidades Ramón y Cajal.
- Hospital Universitario Miguel Servet.
- Centros de Atención Primaria: Campo de Belchite, Canal Imperial-San José Sur, Canal Imperial-Venecia, Casablanca, Fernando el Católico, Fuentes de Ebro, Independencia-Puerta del Carmen, Hermanos Ibarra (consultorio), La Almozara, Las Fuentes Norte, Parque Roma, Rebolería, Sagasta-Miraflores, Sagasta-Ruiseñores, San José Centro, San José Norte, San Pablo, Sástago, Seminario, Torre Ramona y Torrero-La Paz.
- Atención sociosanitaria: Hospital San Juan de Dios.
- Salud mental: Unidad de Salud Mental Rebolería, Unidad de Salud Mental Romareda-Casablanca, Unidad de Salud Mental Torrero-La Paz, Unidad de Salud Mental Madre Vedruna-Miraflores, Unidad de Salud Mental Sagasta-Ruiseñores, Unidad de Salud Mental Las Fuentes, Unidad de Salud Mental San José-Norte y Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil Muñoz-Fernández.

1.2.1. Atención Primaria

El servicio de Atención Primaria es la puerta de acceso al Sistema Sanitario. Está formada por Centros de Salud distribuidos en todo el ámbito geográfico donde trabaja un equipo multidisciplinar.

Las bases de la Atención Primaria de la Salud según la Declaración de Alma-Ata (OMS/UNICEF, 1978) son⁹:

- Distribución equitativa de los recursos: todos los grupos de la sociedad tienen los mismos derechos a la salud independientemente de su nivel socioeconómico.
- Participación comunitaria: permitir a las personas involucrarse de forma activa en las decisiones sobre su propia salud y sobre los servicios de salud para su comunidad.
- Tecnología apropiada: los cuidados primarios de la salud deben estar basados en métodos asequibles y deben de ser ética y culturalmente aceptables tanto para los individuos como para la comunidad. Deben de ser apropiados para las condiciones a las que van a ser aplicados.
- Cooperación entre los distintos sectores. Seguir estrategias comunes cuyas políticas están relacionadas con la salud, como la agricultura, la educación y la vivienda.
- Prevención y curación. No solo se rige por el principio de curación, también desempeña una importante labor al incorporar la promoción y

educación sanitaria sobre cómo controlar y prevenir los problemas de salud más habituales.

Es un pilar básico porque favorece el seguimiento de cada enfermedad. Imprescindible en la actualidad por el aumento de pacientes con enfermedades crónicas y con necesidad de una gestión integral de su proceso. Orienta a los pacientes en su itinerario sanitario dando acceso al resto de especialidades médicas hospitalarias.

1.2.2. Atención especializada

La Atención Especializada del Sistema Nacional de Salud, es el segundo nivel de atención sanitaria al que todos los ciudadanos tienen acceso cuando los servicios de Atención Primaria se han agotado. Es el conjunto de recursos materiales y humanos que se ponen a disposición por parte del sistema de salud, para atender las cuestiones y problemas sanitarios de mayor complejidad.

Este nivel de atención se ofrece en Centros de Especialidades y Hospitales, de forma Ambulatoria o en Régimen de Ingreso. Dentro de este grupo se incluye la especialidad Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología¹⁰.

1.3. La Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología como especialidad

La Dermatología es una órgano-especialidad médico-quirúrgica que se ocupa de las patologías referentes a la piel, anejos, mucosas dermopapilares y la configuración externa relacionada. En consecuencia, se encarga de las enfermedades que primitiva o secundariamente la afectan, así como de los métodos para la prevención de las mismas y para la preservación o la recuperación de la normalidad cutánea. La Venereología es la parte de la Dermatología que aborda el estudio, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual¹¹.

Esta especialidad incluye la utilización de técnicas terapéuticas especiales, tales como las de tratamiento farmacológico tópico, la aplicación de determinados métodos de fisioterapia especialmente diseñados para la utilización dermatológica (crioterapia, fototerapia, radiaciones ionizantes de baja penetración, etc.) y, por supuesto, métodos quirúrgicos¹¹.

1.4. Demanda asistencial en Dermatología especializada

La demanda asistencial en Dermatología especializada presenta diferencias entre pacientes autóctonos y no autóctonos. La población inmigrante demanda más asistencia en urgencias y menos en consultas especializadas y en la actividad quirúrgica, respecto la población autóctona¹².

El índice de frecuentación de inmigrantes a las consultas de especializadas es menor que el índice de frecuentación de la población autóctona¹. Sin embargo según una encuesta realizada a personal sanitario, dos de cada tres sanitarios tienen la percepción de que la población inmigrante demanda más atención sanitaria¹³.

Según el estudio realizado por Albares M.P et al¹², hay diferencias significativas en cuanto a que los pacientes del norte de África (5,6 por 100 inmigrantes), África subsahariana (5,3%), Europa del Este (4,8%), y Asia (4,2%) consultan menos que los pacientes latinoamericanos (8,5%).

1.5. Influencia de las prácticas culturales en las enfermedades dermatológicas

Según su origen, la población presenta diversas peculiaridades que forman parte de su cultura y tradición y que en ocasiones pueden condicionar la percepción de salud-enfermedad o su actitud cuando se sienten enfermos. Además, hay determinadas prácticas culturales que pueden favorecer negativamente la aparición de ciertas dermatosis o modificar su forma de presentación.

La **población musulmana** puede entender la enfermedad como un desequilibrio entre cuerpo y alma, haciéndose responsable de la propia dolencia como si fuera consecuencia de un incumplimiento de las normas religiosas².

Es conveniente conocer las peculiaridades de esta población a la hora de la prescripción de medicamentos. Las mujeres musulmanas no aceptan inyectables durante la menstruación y los jarabes, tónicos y antisépticos con alcohol no son bien aceptados. La mujer musulmana al igual que la budista y la hindú, tienen cierta desconfianza en consulta a desnudarse y a la exploración genital, en especial si acuden sin acompañante y el médico es varón. Son reacios a las transfusiones sanguíneas, los trasplantes, las autopsias y las donaciones de órganos².

Es importante saber si el paciente se encuentra en el Ramadán, considerado el mes sagrado del ayuno en el Islam. Comienza el primer día del noveno mes del calendario lunar y durante este periodo se abstienen, desde el amanecer hasta el atardecer, a beber, fumar y mantener relaciones sexuales. No deben ayunar los niños, las personas que padezcan una enfermedad ni las

mujeres embarazadas o lactantes. Hay pacientes que no toman la medicación pautada durante el ayuno. Durante este periodo es habitual encontrar alteraciones metabólicas (aumento de los niveles de ácido úrico, colesterol, y hormonas tiroideas en sangre, así como el aumento de ácido clorhídrico en el estómago), nutricionales (pérdida de peso y deshidratación), psíquicas (fatiga y disminución de la función cognitiva), además los pacientes diabéticos tienen más riesgo de hipoglucemias².

Respecto a los hábitos alimenticios, consumen los alimentos permitidos por su dieta (*halal*) excluyendo cualquier sustancia no lícita (*haram*) o cuyos componentes procedan de un animal prohibido (cerdo, jabalí, animales hallados muertos, animales muertos por asfixia o apaleados, animales carnívoros con garras o colmillos, aves de presa o carroñeras y animales dañinos). Quedan excluidas de la dieta las bebidas alcohólicas, sustancias nocivas o venenosas, plantas o bebidas tóxicas, aditivos, conservantes, colorantes y aromas producidos a partir de ingredientes prohibidos¹⁴.

Los tatuajes con *henna* o *haarqus* pueden causar dermatitis alérgicas de contacto por la parafenilendiamina. Después de una reacción inflamatoria inicial (Figura 7) es frecuente encontrar lesiones residuales hiper o hipopigmentadas (Figura 8) que pueden tardar un largo periodo de tiempo en remitir e incluso dejar cicatrices hipertróficas^{2,15}.



Figura 7: Eritema e intensa inflamación delimitados a la piel tatuada¹⁵.



Figura 8: Mancha depigmentada tras resolución del cuadro¹⁵.

Para la **población china**, la salud es un equilibrio entre el *yin* y el *yang*, considerados como complementarios. Siendo el *yin* la oscuridad, la luna, lo femenino, la pasividad, y lo que cede y el *yang* está representado por la claridad, el sol, lo masculino, la actividad y lo que resiste. La enfermedad se entiende como un desbalance provocado por el déficit o el exceso en la circulación de la energía entre ambos componentes. Consideran beneficiosos los goteros y los fármacos de administración parenteral. Por el contrario, no aceptan enemas ni supositorios y son reacios a las extracciones sanguíneas².

El escaso aporte de productos lácteos junto con el elevado consumo de fitatos como el pan integral *chapati* que interfiere en la absorción del calcio, provoca una disminución de la absorción intestinal de calcio condicionando una hipocalcemia neonatal, raquitismo y osteoporosis¹⁶.

Es conveniente conocer las dermatosis que son causadas por determinadas prácticas culturales para prevenir posibles conflictos sociales y/o legales basados en diagnósticos erróneos como el diagnóstico de malos tratos en niños, o de dermatitis artefacta (predomina en mujeres de bajo nivel sociocultural, con patología psiquiátrica grave o sometida a estrés psicosocial, en las que es frecuente su conexión con el medio hospitalario: auxiliares de enfermería, enfermeras, familiares de médicos...)^{2,17}.

Estas prácticas son frecuentes en la población asiática y algunas de ellas son el *coining*, el *cupping* y la *moxibustión*. El *coining* es la aplicación de monedas de cobre o plata, impregnadas previamente de vino, agua, o aceites aromáticos, sobre la piel del tórax. Aparece un área de equimosis representada en la Figura 9^{2,18}.



Figura 9: Áreas de equimosis por coining¹⁸.

El *cupping* es la aplicación de ventosas, generalmente sobre espalda, tórax, abdomen o nalgas con la finalidad de eliminar las toxinas del organismo y mejorar la enfermedad transmitiendo las toxinas a otras partes del cuerpo. Se utiliza como tratamiento de dolores crónicos como la lumbalgia o la cefalea. Consiste en quemar un algodón impregnado de alcohol e introducirlo en un recipiente en forma de copa que se aplica directamente sobre la piel para crear un efecto vacío a medida que avanza la combustión del algodón. La succión daña los vasos sanguíneos de la dermis produciendo eritema, equimosis, púrpura y ampollas de contenido hemático (Figura 10)^{2,19,20}. Es una técnica muy utilizada en países de Oriente pero también en Europa del Este.

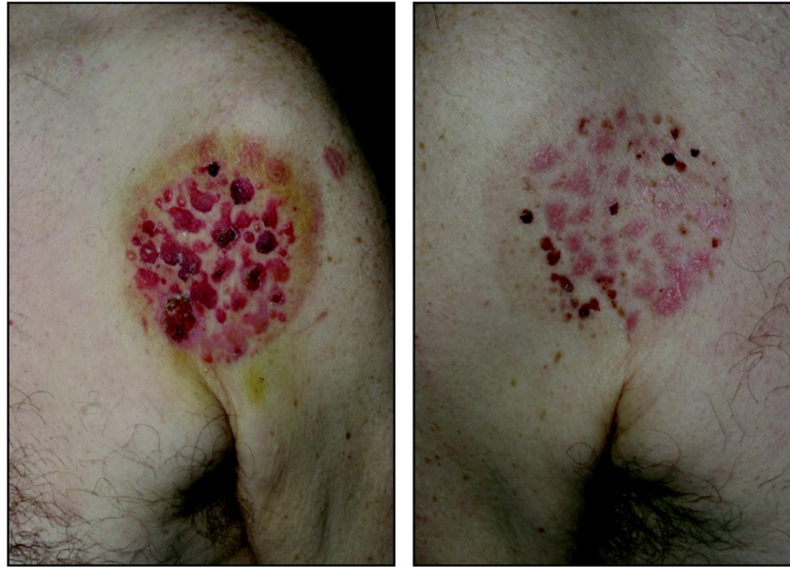


Figura 10: A) áreas circulares de eritema y equimosis en las que destaca la presencia de ampollas a tensión de contenido hemático. B) Áreas circulares eritematosas con erosiones superficiales tras la curación de las lesiones ampollosas¹⁹.

La *moxibustión* aparece representada en la Figura 11 y consiste en quemar conos de madera procedentes de la planta *Artemisia vulgaris*, cerca de la piel o en contacto directo provocando quemaduras circulares, generalmente en ombligo, pecho, muñecas, tobillos y cuero cabelludo con el fin de equilibrar las fuerzas entre el *yin* y el *yang*^{2,20,21,22,23}.



Figura 11: Conos de moxa²¹.

Otra práctica cultural realizada en algunas **sociedades africanas** es la *escarificación* con fines medicinales o decorativos representada en la Figura 12. Consiste en producir cicatrices en la piel mediante cortes o quemaduras pudiendo después aplicar un pigmento. Se han detectado casos de escarificación en la pacientes no inmigrantes asociados a patología psiquiátrica de base o autolesiones en víctimas de abuso sexual^{24,25}.



Figura 12: Escarificaciones tribales²⁵.

Los tatuajes en las encías con fines cosméticos o como marcas tribales puede plantearnos hacer un diagnóstico diferencial con la propia pigmentación racial, toxicidad por metales o tatuajes por amalgamas².

La despigmentación cosmética practicada en África subsahariana (*xeesal*) y algunos países asiáticos, se perpetúa en el país de acogida. Predomina en mujeres casadas, de clase media con la finalidad de alcanzar un tono claro de piel, al que le atribuyen mayor estatus social y belleza. Se usan una combinación de productos despigmentantes de fácil disponibilidad en el país de origen como: corticoides de alta potencia (clobetasol), hidroquinona, mercuriales y agentes cáusticos (jabón líquido, agua oxigenada, ácido salicílico), hipoclorito sódico, extractos de plantas y otros de origen desconocido. Aplicados durante años varias veces al día, por todo el cuerpo desencadenan consecuencias estéticas desfavorables e incluso intratables²⁶:

- Los corticoides provocan atrofia, discromía, hipertrichosis, estrías, acné, infecciones cutáneas atípicas (dermatofitosis diseminadas refractarias al tratamiento, celulitis necrotizantes y sarna diseminada). A nivel sistémico pueden causar hipertensión arterial y diabetes tras la aplicación durante 10 años y Síndrome de Cushing o insuficiencia suprarrenal si se interrumpe su uso.
- La hidroquinona bloquea la síntesis de melanina actuando como carcinógeno para el cáncer cutáneo, puede producir dermatitis irritativa o alérgica de contacto, telangiectasias, atrofia, acné, neuropatía, reacciones anafilácticas, lupus eritematoso por ser fotosensibilizante y ocronosis exógena.
- Los productos mercuriales a nivel sistémico producen síndrome nefrótico por nefropatía de cambios mínimos reversible y alteraciones neurológicas centrales y periféricas. En neonatos produce anemia, fallo renal y cataratas. En Europa está prohibido su uso como producto cosmético.

Es una práctica que trata de ocultarse pero la hiperpigmentación de la piel del dorso de las articulaciones interfalángicas de los dedos de las manos y la hiperpigmentación periocular, en un paciente susceptible a ello, debe hacernos pensar en la despigmentación cosmética²⁶.



Figura 13: Estrías y atrofia debidas al uso continuo de corticoides²⁶.



Figura 14: Mudi-chood en cuello²⁷.

Las **mujeres de la India** pueden desarrollar dermatitis alérgica de contacto por el pigmento *Bindi* que se aplican en la frente en actos ceremoniales. El *mudi-chood* es una dermatitis liquenoide del cuello y la espalda de mujeres indias del estado de Kerala (Figura 14). Se asocia a la aplicación de determinados aceites en el cuero cabelludo junto a las condiciones de humedad y calor presentes en éste área geográfica en concreto^{2,27}.

Existen diferencias biológicas entre el pelo de las personas de piel negra y las de piel blanca. El pelo en las primeras tiene una mayor curvatura en los folículos pilosos; es más aplanado y con forma elíptica favoreciendo su ruptura; tiene menos fibras elásticas y más melanosomas en la raíz del pelo y los gránulos de melanina son más numerosos respecto a las personas de piel blanca.

Estas características biológicas asociadas a determinadas prácticas culturales como peinar el pelo con peines calientes, desrizantes, pomadas, rulos o extensiones, favorecen la alopecia. La alopecia fronto-temporal y la alopecia cicatricial centrífuga localizada en el vértex son dos formas clínicas relacionadas con esta práctica. Se ha relacionado con el acné, la aplicación de pomadas en el pelo de pacientes de piel negra².

En los **pacientes latinoamericanos** destacan la *dermatitis por capsaicina* y los nódulos de los oradores. Las guindillas son un producto habitualmente consumido en los países latinoamericanos. Uno de sus componentes es la capsaicina que causa la despolarización de las terminaciones nerviosas provocando vasodilatación, estimulación del músculo liso y activación de los nervios sensitivos. Todo ello, conlleva a que los

manipuladores habituales de guindillas puedan presentar un cuadro de dolor, eritema y edema de la piel de las manos que se alivia con lavados de agua y jabón, sumergir las manos durante una hora en aceite vegetal y se puede acompañar con corticoides y anestésicos tópicos. Se recomienda la utilizar guantes como medida preventiva².

Los *nódulos de los oradores* son callosidades nodulares circunscritas producidas por hábitos posturales ante una presión mantenida en forma de presión, contusión o fricción. Se localizan generalmente en la frente, las rodillas, los tobillos y el dorso de los pies. Pueden ser callosidades secundarias al apoyo mientras se reza de rodillas (Figura 15). También son típicos de la población musulmana²⁸.



Figura 15: Nódulo de los oradores en tobillo²⁸.

1.6. Repercusión en la calidad de vida de los pacientes

Respecto a la imagen corporal y la autopercepción, en general, las personas consideran que la piel es el órgano más importante. Teniendo en cuenta las actuales tendencias por ambos sexos basadas en el consumo de productos para el cuidado de la piel y los anejos, se podría decir que la piel es nuestra carta de presentación²⁹.

El bienestar cutáneo nos aporta calidad de vida, y a la inversa, la patología cutánea puede afectar a la calidad de vida del paciente alterando las relaciones sociales. Se han relacionado como causas de desempleo; el acné, las úlceras cutáneas y la psoriasis²⁹.

Según estudios que comparan la calidad de vida relacionada con la salud en las enfermedades cutáneas y la calidad de vida relacionada con la salud en patologías de otros órganos; en los pacientes con psoriasis la calidad de vida se altera igual que los que padecen hipertensión arterial o angina y además, tienen una alteración física y/o mental comparable con enfermedades como cáncer, artritis, hipertensión, enfermedad cardíaca, diabetes y depresión. La alteración de la calidad de vida en la urticaria crónica es comparable con la

de la cardiopatía isquémica. En el acné, el bienestar se compara con la disfunción social, psíquica y emocional que sufren pacientes con asma crónico, diabetes, epilepsia o artritis²⁹.

2. OBJETIVOS

- Definir las características epidemiológicas de los pacientes inmigrantes que acuden a consulta de Dermatología en el Centro de Salud Ramón y Cajal de Zaragoza.
- Cuantificar y analizar la patología dermatológica encontrada en dicho cupo de población estudiado.
- Comparar los resultados obtenidos en este estudio con los de otros autores.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, prospectivo y transversal.

3.2. Población, ámbito y duración del estudio

El objeto de estudio fueron los pacientes inmigrantes remitidos desde su Centro de Atención Primaria a la consulta de Dermatología del Centro Médico de Especialidades Ramón y Cajal de Zaragoza.

El periodo total de inclusión fue de tres meses; desde el día 1 de febrero de 2017 hasta el 28 de abril de 2017.

3.3. Criterios de inclusión

En el presente estudio se incluyó a aquellos pacientes inmigrantes, sin restricción de edad, que acudían a consulta de Dermatología por una patología dermatológica y accedían a participar en el estudio.

Para ser incluidos en el estudio, los pacientes accedían a proporcionar los datos y dar su consentimiento verbal para utilizar anónimamente sus datos en el presente estudio. En el caso de los niños inmigrantes menores de edad, el consentimiento lo proporcionó su tutor legal.

3.4. Criterios de exclusión

Se considera criterio de exclusión, no dar el consentimiento para ser incluido en el estudio.

No se excluyó a ninguno de los pacientes inmigrantes que acudieron a consulta ya que todos ellos dieron su consentimiento.

3.5. Protocolo de estudio

La técnica de muestreo no probabilístico utilizada ha sido el muestreo de casos consecutivos. Se han reclutado a todos los individuos de la población accesible que cumplen los criterios de selección del estudio dentro de un intervalo de tiempo específico.

A aquellos pacientes inmigrantes que acudieron a consulta y cumplían los criterios de inclusión, se les realizó una entrevista personal en la misma consulta, con el objetivo de obtener los datos del paciente.

Los datos epidemiológicos quedaron recogidos en un cuestionario individual para cada paciente.

El cuestionario recopilaba las siguientes variables epidemiológicas:

- Fecha de nacimiento
- Sexo
- País de origen
- Centro de Salud de procedencia
- Antecedentes dermatológicos de interés, tanto familiares como personales.
- Exposición solar
- Ocupación laboral
- Diagnóstico dermatológico

3.6. Procesamiento de los datos

Tras obtener la información en consulta mediante encuestas individualizadas, los datos han sido informatizados en una base de datos común con el programa Microsoft Excel 2010. Se ha asignado un número de orden para cada paciente incluido en el estudio para poder mantener la confidencialidad de los datos. Para la creación de los gráficos y tablas que aparecen en el presente estudio, se han utilizado los programas Microsoft Word y Excel 2010 versión 14. Respecto a la búsqueda de bibliografía, se han

buscado artículos en los buscadores Scielo, Pubmed y en las revistas Actas Dermo-Sifiliográficas y Piel. Las palabras clave utilizadas han sido; inmigrantes, patología dermatológica, atención primaria, consulta especializada y Dermatología.

El estudio puede estar sujeto a limitaciones, ya que podría haber una fuente de error implícita en la que creemos cierta la información que nos da el paciente sobre su procedencia sin corroborarlo posteriormente con comprobaciones secundarias. Se recopilaron datos de los pacientes durante tres meses, pero únicamente de los pacientes que acudieron a consulta de Dermatología, sin tener en cuenta las hospitalizaciones ni las posibles consultas concomitantes en el Servicio de Urgencias. Al ser un estudio de diseño transversal observacional, posteriormente no se hizo un seguimiento de los pacientes a lo largo del tiempo.

4. RESULTADOS

4.1. Descripción de la población inmigrante con patología dermatológica

Durante el periodo de estudio han acudido a la consulta de dermatología, como primeras visitas, un total 1200 pacientes. De ellos, 59 eran pacientes inmigrantes, lo que supone un 4,9% del conjunto de pacientes atendidos. En nuestro estudio, se observa un mayor porcentaje de mujeres que aparece representado en la Figura 16, con un total de 36 pacientes mujeres (61%) respecto a los 23 hombres (39%).

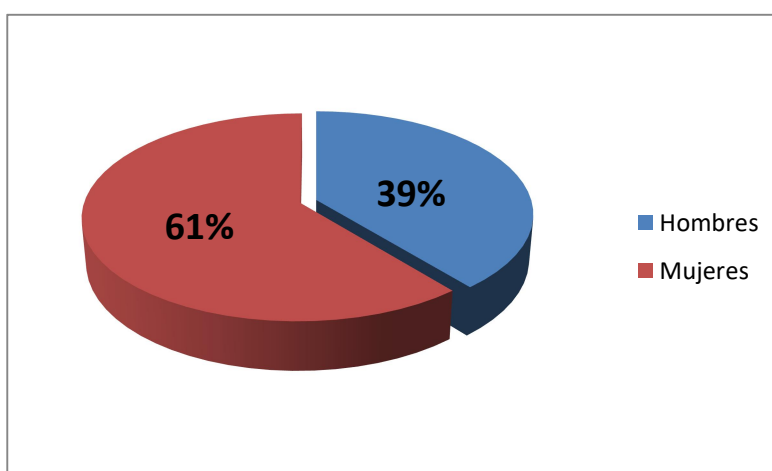


Figura 16: Diagrama de sectores de los pacientes inmigrantes según el género.

La edad media de los inmigrantes atendidos fue de 36,33 años. La media de edad de los varones es de 33,27 años y la media de edad de las mujeres es de 39,31. Ocho de los pacientes tenían menos de 18 años (13,8%);

3 de ellos mujeres (8,6%) y 5 hombres (21,7%). Dos de los varones menores de 18 años tienen, respectivamente, 18 y 22 meses.

El intervalo de edad con mayor número de dermatosis es el comprendido entre los 46 y 55 años, con un total de 15 pacientes (25,9%). Le siguen los grupos de edad 36-45 años (19%) y 26-35 años (19%) con 11 pacientes cada uno. El grupo de edad con menos patología en nuestro estudio es el de 66-75 años con 2 pacientes (3,4%) y ambos varones. No se registraron enfermedades dermatológicas en pacientes inmigrantes mayores de 75 años, como se muestra en las Figuras 16 y 17.

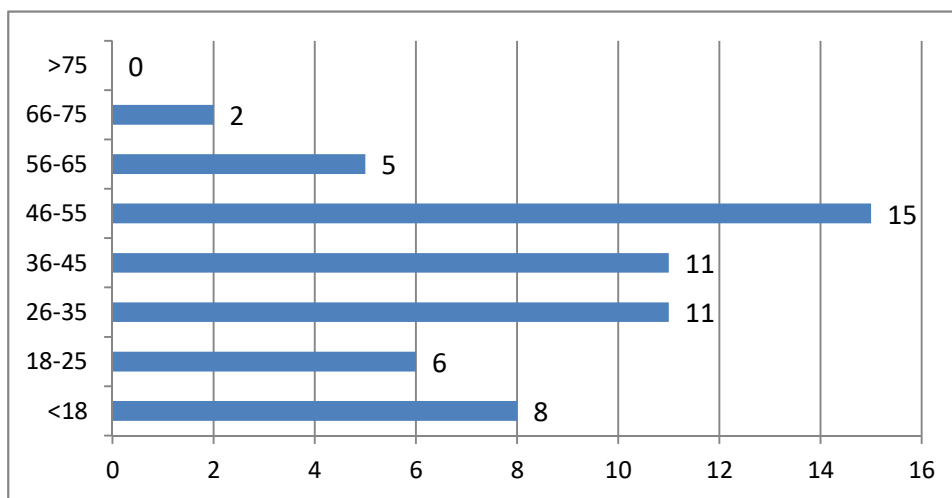


Figura 16: Diagrama de barras según la distribución por grupos de edad

Según el género, el intervalo de edad con mayor número de mujeres es el de 46-55 años con un total de 10 mujeres (28,6%), le sigue el intervalo de edad 36-45 con 8 mujeres (22,9%). Por encima de 66 años no se ha diagnosticado patología dermatológica en mujeres. Los intervalos de edad con mayor número de hombres son; menores de 18 años (21,7%) y el intervalo de 46-55 años (21,7%), con 5 pacientes en cada uno. En el intervalo de 56-65 años, se encontró patología dermatológica en un varón (4,3%).

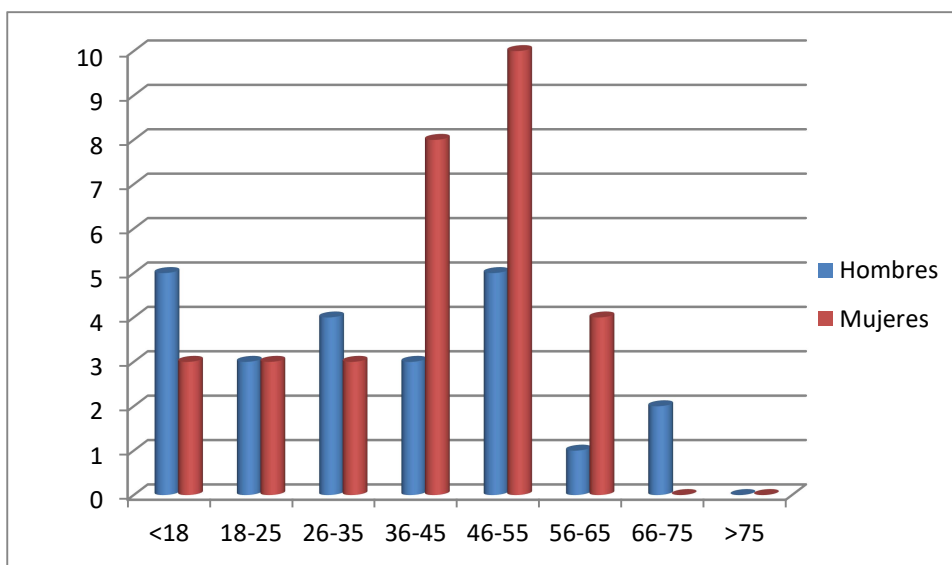


Figura 17: Diagrama de barras según grupos de edad y sexo

4.2. Descripción de la población inmigrante según el país de origen

Respecto al origen de la población, se recogieron datos de pacientes inmigrantes procedentes de 27 países diferentes. En la Figura 8 aparecen representados los países de los cuales proceden la mayoría de los pacientes del estudio. En total, por orden de frecuencia, son los siguientes: Ecuador con 11 pacientes (19%); Rumanía con 9 pacientes (15%); Nicaragua con 7 pacientes (12%); Marruecos con 3 pacientes (5%); China con 3 pacientes (5%); Honduras con 2 pacientes (3 %); República Dominicana con 2 pacientes (3%); Argentina con 2 pacientes (3%) y Senegal con 2 pacientes (3%). Se ha registrado un único paciente de cada uno de los siguientes países, suponiendo un 2% por cada país: Curazao, Italia, Colombia, Brasil, Nigeria, Bolivia, Bulgaria, Uruguay, Ucrania, Chile, Siria, Guinea Ecuatorial, Cabo Verde, Gambia, Francia, Argelia y Cuba.

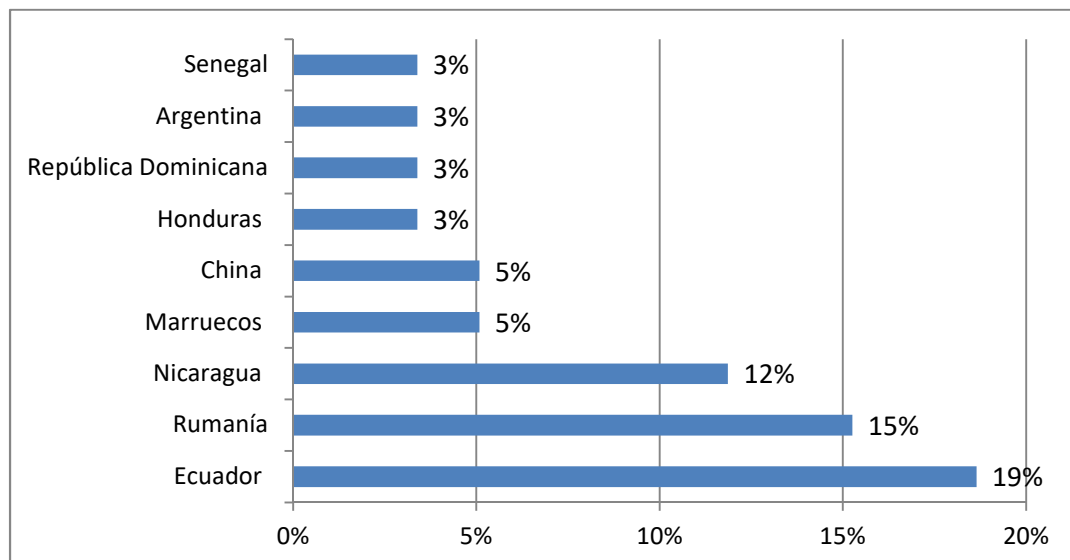


Figura 18: Diagrama de barras de los pacientes inmigrantes según los países de origen más frecuentes.

Los países de los que proceden la mayoría de los inmigrantes que residen en la provincia de Zaragoza son Ecuador, Rumanía y Nicaragua.

Respecto a la distribución por continentes que se puede observar en la Figura 19, predomina América con 31 pacientes (54%), todos ellos de origen sudamericano. Le siguen; Europa con 13 pacientes (23%) la mayoría procedentes del este de Europa, África con 10 pacientes (15%) y Asia con 4 pacientes (7%).

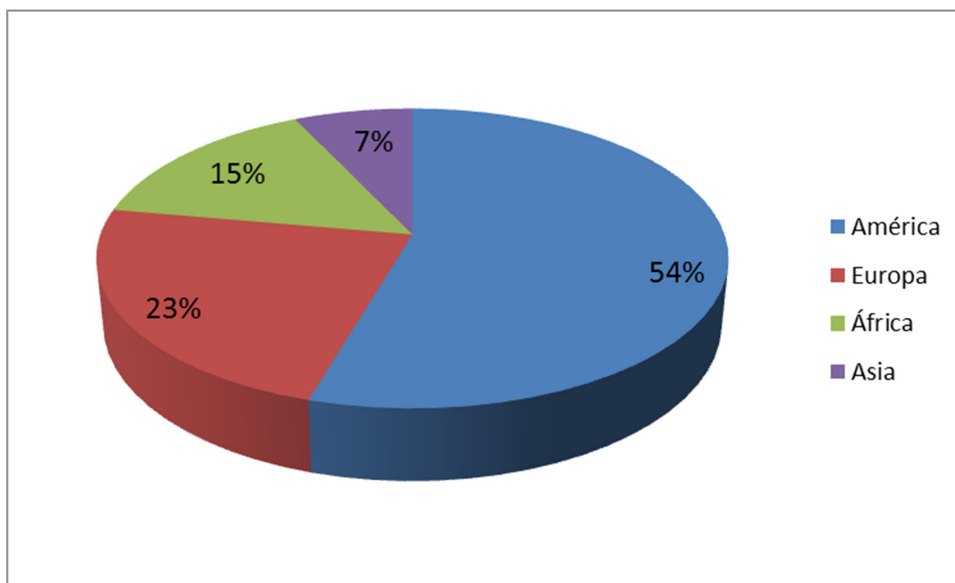


Figura 19: Diagrama de sectores de la distribución de los pacientes inmigrantes por continentes.

4.3. Descripción de la población inmigrante según el Centro de Atención Primaria de procedencia

La distribución de los pacientes inmigrantes que acuden a consulta según el Centro de Atención Primaria de procedencia que aparece representada en la Figura 20, es la siguiente: Sagasta con 8 pacientes (14%), Canal Imperial con 8 pacientes (14%), Reboleria con 8 pacientes (14%), Parque Roma con 7 pacientes (12%), San Pablo con 7 pacientes (12%), Fernando el Católico con 11 pacientes (6%), Torrero-La Paz con 4 pacientes (7%), Puerta del Carmen con 4 pacientes (7%), La Almozara con 3 pacientes (5%) y Valdespartera con 2 pacientes (4%). Predominan los Centros de Salud de Sagasta, Canal Imperial y Reboleria. En dos de los pacientes incluidos en el estudio no se ha podido concretar su centro de procedencia.

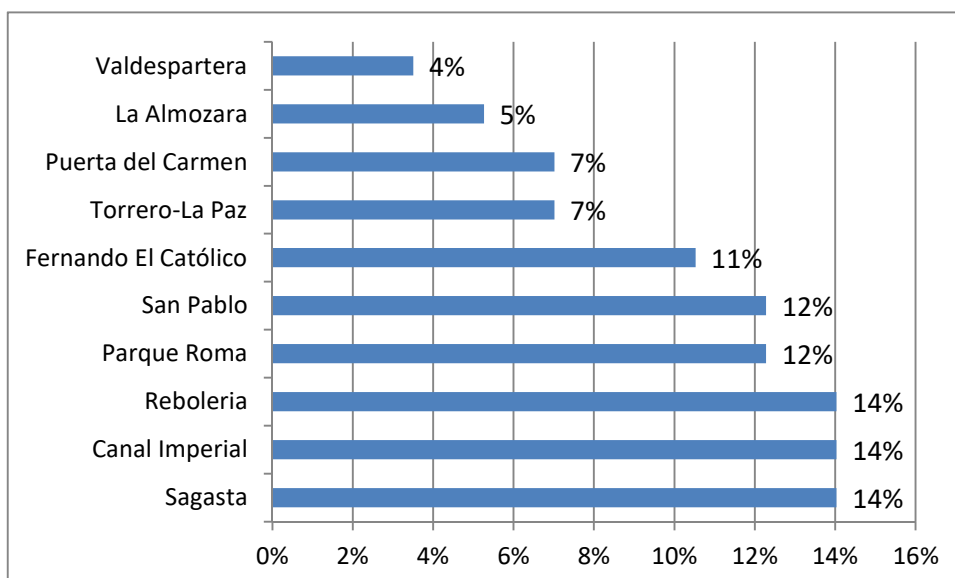


Figura 20: Diagrama de barras de los pacientes inmigrantes según el Centro de Salud de procedencia

4.4. Resultados de grupos diagnósticos y diagnósticos

De los 59 pacientes estudiados cuatro de ellos fueron diagnosticados de dos patologías dermatológicas distintas en la misma consulta. En otros dos de los pacientes no se llegó al diagnóstico tras la primera consulta. Por ello, el número total de diagnósticos dermatológicos ascienden a 61. En la Tabla 2 y la Figura 21, se muestran las patologías agrupadas en grandes grupos diagnósticos: infecciones cutáneas (26,2%), patología tumoral benigna (19,7%), patología de anejos (16,4%), eczemas (13,1%), enfermedades eritemato-escamosas (11,5%), otros diagnósticos (3,3%), patología tumoral maligna (1,6%), discromías (6,6%) y urticarias (1,6%).

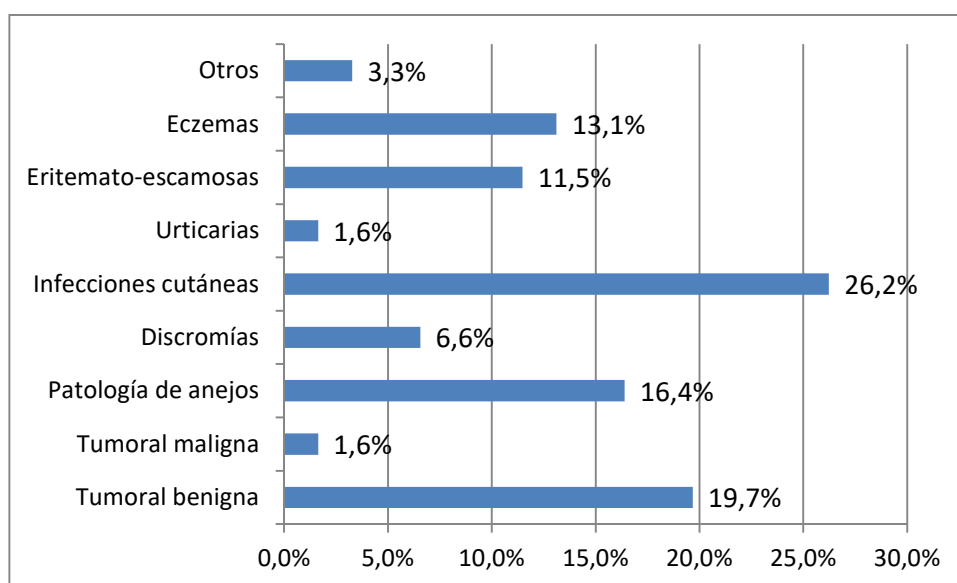


Figura 21: Patologías organizadas en grupos diagnósticos.

Las patologías más frecuentemente diagnosticadas han sido las de origen infeccioso, con un total de 16 casos (26,2%). Dentro de este grupo han predominado las micosis con un total de 12 pacientes: 5 de los pacientes han sido diagnosticados de onicomicosis (8,6%), un paciente ha presentado tiña del cuero cabelludo (1,6%), 2 de los pacientes con micosis han presentado pitiriasis versicolor (3,3%) y los 4 pacientes restantes han acudido a consulta con micosis en otras partes del cuerpo (6,6%) de las que dos de ellas han sido eczema marginado de hebra, una micosis inguinal y la otra “pie de alteta”.

Grupos diagnósticos	Diagnósticos clínicos	Frecuencia absoluta	Frecuencia absoluta por grupo	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa por grupo
Infecciones Cutáneas	Onicomycosis	5	16	8,6 %	26,2 %
	Micosis en otras partes del cuerpo	4		6,6 %	
	Verruga palmoplantar	2		3,3 %	
	Pitiriasis versicolor	2		3,3 %	
	Escabiosis	1		1,6 %	
	Tiña cuero cabelludo	1		1,6 %	
	Foliculitis	1		1,6 %	
Patología Tumoral Benigna	Nevus melanocítico adquirido	4	12	6,6 %	19,7 %
	Acrocordón	2		3,3 %	
	Nevus melanocítico congénito	1		1,6 %	
	Angioma congénito	1		1,6 %	
	Angioma	1		1,6 %	
	Punto rubi	1		1,6 %	
	Fibroma	1		1,6 %	
	Queratosis seborreica	1		1,6 %	
Patología de Anejos	Rosácea	3	10	4,9 %	16,4 %
	Acné	2		3,3 %	
	Alopecia difusa	2		3,3 %	
	Alopecia areata	1		1,6 %	
	Distrofia ungueal	1		1,6 %	
	Onicodistrofia	1		1,6 %	
Eczemas	Eczema seborreico	4	8	6,6 %	13,1 %
	Dermatitis atópica	2		3,3 %	
	Dermatitis de contacto irritativa	1		1,6 %	
	Intértrigo perianal	1		1,6 %	
Eritemato-escamosas	Psoriasis	6	7	9,8 %	11,5 %
	Liquen crónico simple	1		1,6 %	
Discromías	Melasma	2	4	3,3 %	6,6 %
	Pitiriasis alba	1		1,6 %	
	Lentigo solar	1		1,6 %	
Otros	Queratodermia palmoplantar	1	2	1,6 %	3,3 %
	Quiste sebáceo	1		1,6 %	
Patología tumoral maligna	Carcinoma epidermoide	1	1	1,6 %	1,6 %
Urticarias	Urticaria a frigore	1	1	1,6 %	1,6 %
	Total	61	61		

Tabla 2: Diagnósticos clínicos dermatológicos.

El segundo grupo dermatológico más frecuente ha sido la patología tumoral benigna con un total de 12 casos (19,7%). Entre ellos, el más frecuente ha sido el nevus melanocítico adquirido y se ha diagnosticado en 4 pacientes (6,6%). En tercer lugar, la patología de los anejos ha sido diagnosticada en 10 pacientes (16,4%) de la que las más frecuentes han sido 3 han presentado rosácea en 3 pacientes, acné en 2 pacientes y alopecia difusa en otros 2 pacientes.

Los grupos diagnósticos menos frecuentes han sido las urticarias y la patología tumoral maligna, con un solo caso en cada uno. El único caso patología tumoral maligna, ha sido un carcinoma epidermoide (1,6%). Se trata de un hombre de 56 años procedente de Siria, sin antecedentes dermatológicos personales ni familiares de interés y con exposición solar previa.

4.5. Descripción de la población inmigrante según el factor exposición solar

La variable exposición solar intensa fue incluida en los parámetros de la encuesta inicial pero los resultados obtenidos en el estudio no han sido fiables.

4.6. Antecedentes dermatológicos personales y familiares

Dos de los 59 pacientes han presentado antecedentes familiares dermatológicos de interés, coincidiendo con su diagnóstico y fueron: queratodermia y psoriasis. Once pacientes han presentado antecedentes dermatológicos personales de interés y tres de ellos coincidiendo con su patología estudiada: psoriasis y dermatitis atópica. Un total de 47 pacientes refieren no tener antecedentes dermatológicos personales ni familiares de interés.

5. DISCUSIÓN

Se ha realizado un estudio epidemiológico de la patología dermatológica de la población inmigrante que acude a consulta de Dermatología en el Centro Médico de Especialidades Ramón y Cajal durante los meses de febrero, marzo y abril del 2017.

La demanda asistencial de la población inmigrante en la consulta de Dermatología, en nuestro estudio, supone un 4,9% del total de las primeras visitas realizadas, lo que coincide con otros estudios similares sobre patología dermatológica en España. El estudio de Porta et al³⁰ del año 2004 sobre

patología dermatológica en la población, ha sido realizado en el mismo Sector Sanitario de Zaragoza que nuestro estudio y la proporción de inmigrantes con patología dermatológica en consultas de Dermatología, fue de un 4%. Albares et al³¹ en otro estudio realizado en Alicante en el año 2005-2006, encuentra que el porcentaje de la población inmigrante supone un 4,1 % de los episodios asistenciales recopilados durante el estudio. Según el estudio de Alcántara et al³² realizado en Sevilla, la mayor parte de los pacientes son diagnosticados y tratados en Atención Primaria sin necesidad de derivación posterior al especialista.

En nuestro estudio se ha observado que hay un mayor número de mujeres que acuden a consulta de Dermatología; 36 pacientes (61%) frente a los 23 hombres (39%). Porcentaje similar al estudio de Porta et al³⁰ donde también predominan las mujeres tanto en el grupo de inmigrantes como en la población autóctona, al igual que en el estudio de Taberner et al¹ realizado en Mallorca, con un mayor porcentaje de mujeres (58,5%) frente a hombres (41,5%). En el estudio de Martínez M.L et al³³ sobre las consultas dermatológicas en urgencias de Albacete el porcentaje de mujeres fue 52,2% respecto al 47,8% de hombres. Hay una concordancia en nuestro estudio entre el mayor número de mujeres inmigrantes que acuden a la consulta de Dermatología y el ligero predominio de las mujeres en la población. Aunque el número de mujeres inmigrantes residentes en Zaragoza según el Padrón Municipal, sea ligeramente inferior al número de hombres. Este hecho puede explicarse por una mayor disponibilidad de las mujeres inmigrantes para acudir al médico especialista y una mayor preocupación por su aspecto físico. Se ha descrito una mayor demanda de asistencia del sexo femenino en las consultas externas de dermatología, reumatología, psiquiatría y neurología; proporciones similares en consultas de traumatología y un predominio masculino en consultas de neumología. Solicitaron más citas que los hombres con relación a la población de referencia en atención primaria, en el medio urbano y en los pacientes menores de 60 años³⁴.

La edad media de los pacientes inmigrantes del estudio ha sido de 36,33 años (39,31 años en mujeres y 33,27 años en hombres). Edad media más alta a la observada en el estudio de Porta et al³⁰ de 31 años para la población inmigrante sin presentar diferencias significativas entre ambos sexos. También se observa que la media de edad es inferior a la media de edad de la población autóctona (42, 79 años en el estudio de Porta et al³⁰). En el estudio de Martínez M.L et al³³ sobre las consultas dermatológicas en urgencias en Albacete la media de edad es de 27,73 años (30,4 años en mujeres y 24,7 años en hombres). Los pacientes inmigrantes que acuden a consulta de Dermatología son más jóvenes que los pacientes autóctonos. Según el estudio de Cots T et al³⁵ las diferencias en la proporción de utilización de los recursos entre hospitalización, consulta externa y urgencias en la población inmigrante pueden

deberse a la menor necesidad de ingresos hospitalarios relacionados con procesos crónicos al ser la población inmigrante más joven que la autóctona.

Respecto a la población pediátrica en nuestro estudio, ocho de los pacientes tienen 18 años o menos (13,8 %). Proporción similar a la encontrada por Taberner et al¹ (13,2 %) y en el estudio de Pérez-Crespo et al³⁶ donde la población inmigrante infantil fue un 14,3 %, además se observó que este cupo de población frecuenta el doble las urgencias que la población autóctona infantil y acude menos a las consultas especializadas. Este dato es respaldado en varias publicaciones^{37,38} y podría ser explicado por tratarse de una vía rápida de acceso al sistema sanitario, por el desconocimiento de la vía asistencial habitual, la menor disponibilidad del progenitor a acudir a consulta por horarios laborales o una posible situación de irregularidad. En el estudio de Martínez M.L et al³³ sobre las consultas dermatológicas en urgencias en Albacete, un 44,12% fue población pediátrica, dato muy superior al encontrado en las consultas del especialista.

Respecto al origen de la población inmigrante, se recogieron pacientes procedentes de 27 países diferentes. Se ha observado que los pacientes inmigrantes procedentes de Ecuador (19%), Rumanía (15%) y Nicaragua (12%) son los que representan un mayor porcentaje, seguido de Marruecos (5%). Se han encontrado similitudes con el estudio de Porta et al³⁰ donde los países latinoamericanos representan al grupo más numeroso; Ecuador (25,1%), seguido de Colombia (11,3%) y en tercer lugar Rumanía (11,2%). En el estudio realizado por Taberner R. et al¹ en Mallorca se recogieron pacientes procedentes de 64 países y los más frecuentes fueron los países latinoamericanos; Argentina (12,5%), Ecuador (9%), Colombia (8%), seguido de Marruecos (7,5%). Al comparar nuestro estudio con otros estudios presentes en la bibliografía, se observa una tendencia similar respecto al país de procedencia aunque con diferencias en los porcentajes que podrían explicarse por la diferencia de tamaño muestral o la ciudad donde se realiza el estudio.

Respecto a la distribución por continentes consultan más los pacientes latinoamericanos (54%), mayoría que coincide con el estudio realizado por Albares M.P et al¹² aunque con un porcentaje diferente (8,5%).

En el presente estudio se observa una mayor afluencia de pacientes inmigrantes procedentes de los Centros de Atención Primaria de Sagasta (14%), Canal Imperial (14%) y Rebolera (14%). Según el Padrón Municipal de habitantes, Delicias es el distrito de Zaragoza que presenta un mayor porcentaje de habitantes inmigrantes (26%), seguido de lejos por Margen Izquierda (12%) y San José (12%). El distrito con mayor afluencia de habitantes inmigrantes y no inmigrantes es Margen Izquierda (20%), seguido de Delicias (15%) y Universidad (14%). En el presente estudio, los centros de salud que

más pacientes derivan a consulta de Dermatología no coinciden con la distribución de la población inmigrante en la ciudad. Este hecho podría deberse a que el presente estudio se ha realizado a partir de los pacientes inmigrantes que acuden a consulta, es decir, aquellos que pertenecen al Sector II de Zaragoza, excluyendo el resto de distritos (entre ellos el distrito Delicias). Tampoco hay concordancia entre los resultados del estudio y la distribución de población global en la ciudad.

Las patologías más frecuentes de nuestro estudio han sido las de origen infeccioso (26,2%), en segundo lugar la patología tumoral benigna (19,7%), en tercer lugar la patología de los anejos (16,4%) y por último las urticarias (1,6%) y la patología tumoral maligna (1,6%). En el estudio de Taberner et al¹ realizado en la población inmigrante y española de Mallorca, los tumores benignos (33%) representan el principal motivo de consulta seguido de la patología inflamatoria (29%), dermatosis víricas (11%). Según el estudio de Alcántara et al³² en Sevilla realizado con pacientes inmigrantes y no inmigrantes, los diagnósticos dermatológicos más frecuentes en consulta especializada han sido; acné (62,6%), nevus melanocíticos (13,5%), queratosis seborreicas (9,7%) y queratosis actínicas (7,3%). En el estudio de Pérez-Suárez et al³⁹ las lesiones cutáneas malignas o premalignas constituyen un motivo frecuente de consulta dermatológica en el área mediterránea, con unas tasas de frecuentación y un predominio de tipo tumoral diferente al de otros países probablemente debido al elevado índice de insolación y al fototipo. La diferencia de fototipo explica que las lesiones malignas y premalignas sean más frecuentes en los pacientes autóctonos que en los pacientes inmigrantes. En nuestro estudio son pacientes jóvenes con fototipos de piel altos, siendo un motivo por el que apenas se ha detectado patología tumoral en la piel.

En nuestro estudio se ha registrado un único caso de carcinoma epidermoide suponiendo un 1,6% del total de patologías estudiadas. Según el estudio Pérez-Suárez et al³⁹ realizado en el área mediterránea, las lesiones cutáneas malignas son el tercer motivo de consulta más frecuente después de los nevus y las enfermedades inflamatorias. De los tumores malignos en el área mediterránea, el carcinoma basocelular es el más frecuente, representando un 7,3 %, seguido de las lesiones premalignas (6,4 %) y con mayor diferencia, del carcinoma epidermoide (2,7 %) y el melanoma (0,3 %). La patología tumoral se asocia a ancianos con fototipo bajo (I y II), con bajo nivel cultural que desarrollan una profesión no cualificada, generalmente al aire libre y con antecedentes dermatológicos previos. A medida que aumenta el fototipo descende el número de consultas por tumores malignos cutáneos. Esto puede justificar el escaso porcentaje de patología tumoral maligna encontrada. No se ha diagnosticado ningún caso de melanoma frente a los dos casos de melanoma en inmigrantes presentes en el estudio realizado por Porta et al³⁰, puede deberse la menor tamaño muestral de nuestro estudio.

Se observan porcentajes similares con el estudio de Porta et al³⁰ donde las patologías más frecuentes son las de origen infeccioso, en especial las micosis. En nuestro estudio se ha observado un caso de tinea capitis (1,6%) perteneciente a un hombre de 29 años procedente de Senegal, frente a las 25 pacientes inmigrantes en el estudio de Porta et al³⁰ (3,54%). Según la bibliografía la tiña es la micosis más frecuente de la infancia aunque no exclusiva de este grupo de edad, se relaciona con bajo nivel socioeconómico y afecta con mayor frecuencia a inmigrantes procedentes del norte de África y el Caribe. La distribución geográfica, la incidencia y la etiología de la tiña presentan gran variabilidad intra e intercontinental por una influencia multifactorial (migración, clima, hábitos sociales...) ^{40,41,42,43,44}.

En nuestro estudio las patologías dermatológicas de los pacientes inmigrantes de 18 años o menos, han sido: dermatitis atópica, angioma congénito, nevus melanocítico, nevus congénito, pitiriasis alba, onicomicosis, acrocordones y psoriasis. Presenta diferencias respecto al estudio de Pérez-Crespo et al³⁶ donde predominaron; escabiosis, picaduras de artrópodos, hipopigmentaciones y dermatitis atópica, siendo el nevus melanocítico más frecuente en autóctonos que en inmigrantes.

Según el estudio de Martínez-Martínez M.L et al³³ sobre urgencias dermatológicas en Albacete se observa un predominio de la patología infecciosa (47,49%) concordando con los resultados de nuestro estudio. Respecto a la urticaria supuso un 19,27% frente al 1,6% de nuestro estudio. Podemos deducir que la urticaria es una patología más frecuente en el servicio de urgencias que en la consulta especializada.

Se han encontrado antecedentes familiares en casos de psoriasis y dermatitis atópica. Lo que se explica por la influencia de factores genéticos que predisponen a padecer la enfermedad.

Se ha observado un caso de escabiosis (1,6%) en un hombre de 48 años procedente de Guinea Ecuatorial. Según la bibliografía el porcentaje de escabiosis encontrada en otros estudios es similar; 2,69% en el estudio de Porta et al³⁰ y 1,7% en estudio de Albares M.P³¹.

En nuestro estudio no se ha descrito ningún caso de lepra al igual que en el estudio de Porta et al³⁰, Albares M.P et al³¹ en Alicante y Taberner R. et al¹ en Mallorca. Según el estudio Contreras-Steyls et al⁴⁵ sobre 7 casos de lepra en Málaga, la prevalencia de la lepra ha disminuido en los países desarrollados debido a las mejoras sociales, higiénicas y su adecuado diagnóstico y tratamiento con poliquimioterapia. No hemos encontrado en este estudio enfermedades importadas y tampoco patología dermatológica causada por prácticas culturales.

6. CONCLUSIONES

Hay un ligero predominio de las mujeres frente los hombres que consultan sobre patología dermatológica y la edad media del grupo de pacientes inmigrantes que acude a consulta dermatológica es inferior a la edad media de los pacientes autóctonos.

En Dermatología la demanda asistencial de la población inmigrante es menor respecto a la población autóctona, aunque debemos prestar atención a la patología en los no autóctonos ya que presenta ciertas peculiaridades. Las dermatosis en otras razas pueden tener diferente aspecto clínico al habitualmente encontrado en la población autóctona, especialmente, en los pacientes de piel oscura, suponiendo una dificultad añadida a la que se enfrenta el médico en el proceso diagnóstico.

En el presente estudio, se han observado diferencias, no significativas, entre la patología dermatológica de la población inmigrante que acude a consulta y la patología dermatológica de la población no inmigrante. Siendo, en aquellos, los diagnósticos más frecuentes la patología infecciosa y la patología tumoral benigna.

Debido a la escasez de estudios sobre la población inmigrante en el campo de la Dermatología, harían falta más estudios epidemiológicos similares en otras ciudades españolas o Comunidades Autónomas para valorar los datos obtenidos en distintos ámbitos geográficos nacionales.

Declaración de conflicto de intereses: Se declara no tener ningún conflicto de intereses.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Taberner R, Nadal C, Llambrich A, Vila A y Torné I. Motivos de consulta dermatológicos en la población inmigrante y española del área de salud del Hospital Son Llàtzer (Mallorca). *Actas Dermosifiliogr.* 2010;101(4):323-329.
2. Albares M.P y Belinchón I. La influencia en dermatología de las prácticas culturales de la población inmigrante. *Actas Dermosifiliogr.* 2012;103(10):849-852.
3. Gobierno de Aragón. Instituto aragonés de estadística. Demografía y Población. Cifras de población y Censos demográficos. Padrón. Explotación estadística del Padrón municipal de habitantes. Pirámides de Población. Aragón. Disponible en: http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/Institutos/InstitutoAragonesEstadistica/AreasTematicas/02_Demografia_Y_Poblacion/01_CifrasPoblacion_Y_Censos/01_Padron/03_Explotacion_Padron/ci.04_Piramides_poblacion.detalleDepartamento

4. Instituto Aragonés de Estadística. Padrón Municipal de Habitantes. Banco de datos y Publicaciones. Disponible en:

http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/Institutos/InstitutoAragonEstadistica/AreasTematicas/02_Demografia_Y_Poblacion/01_CifrasPoblacion_Y_Censos/01_Padron/03_Explotacion_Padron/ci.01_PadronMunicipal_BancodeDatos.detalleDepartamento?channelSelected=0

5. Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma de Aragón Sector de Zaragoza I. Gobierno de Aragón Departamento de Salud y Consumo. Zaragoza.2004:5. [citado el 2 de junio de 2015]. Disponible en:

http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/GuiaCentrosServiciosSanitarios/OrdenacionSanitaria/MapaSanitario/MS_ZARAGOZA_I.PDF

6. Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma de Aragón Sector de Zaragoza II. Gobierno de Aragón Departamento de Salud y Consumo. Zaragoza.2004:5. [citado el 2 de junio de 2015]. Disponible en:

http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/GuiaCentrosServiciosSanitarios/OrdenacionSanitaria/MapaSanitario/MS_ZARAGOZA_II.PDF

7. Mapa Sanitario Comunidad Autónoma de Aragón. Gobierno de Aragón Departamento de Salud y Consumo. Zaragoza.2004. [citado el 2 de junio de 2015]. Disponible en:

http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/GuiaCentrosServiciosSanitarios/OrdenacionSanitaria/MapaSanitario/MAPA_SANITARIO_ARAGON.pdf

8. Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma de Aragón Sector de Zaragoza III. Gobierno de Aragón Departamento de Salud y Consumo. Zaragoza.2004:5. [citado el 2 de junio de 2015]. Disponible en:

http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/GuiaCentrosServiciosSanitarios/OrdenacionSanitaria/MapaSanitario/MS_ZARAGOZA_III.PDF

9. Declaración de Alma-Ata. Conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 2-12 septiembre de 1978. The Pan American Health Organization. Disponible en:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270

10. Atención especializada del sistema nacional de salud. Independent information and research on the european private financial sector. Disponible en:

<http://agora.ceem.org.es/wp-content/uploads/documentos/residenciayprofesion/aesns.pdf>

11. Armijo M y Camacho F. Tratado de dermatología. Volumen I y II. Madrid: Grupo Aula Médica; 1998

12. Albares M.P, Ramos J.M, Belinchón I, Betlloch I, Pastor N y Botella R. Análisis de la demanda asistencial en dermatología de la población inmigrante. Gac Sanit. 2008;22(2):133-6. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000200008

13. Sánchez-Bayle M. Jornadas sobre inmigración y salud. *Salud 2000*. 2009;120:22-3.
14. Instituto Halal [Internet]. Disponible en: <http://www.institutohalal.com/que-es-halal/>
15. Ramírez-Andreo A, Hernández-Gil A, Brufau C, Marín N, Jiménez N, J. Hernández-Gil J. et al. Dermatitis de contacto alérgica a tatuajes temporales de henna. *Actas Dermosifiliogr*. 2007;98:91-5 - Vol. 98 Núm.2. Disponible en: <http://www.actasdermo.org/es/allergic-contact-dermatitis-to-temporary/articulo/13100613/>
16. López Segura N, Bonet Alcalina M y García Algar O. Raquitismo carencial en inmigrantes asiáticos. *An Esp Pediatr* 2002;57(3):227-30. Disponible en: www.analesdepediatría.org/es/pdf/S1695403302779095/S300/
17. Rodríguez Pichardo A y García Bravo B. Dermatitis artefacta: revisión. *Actas Dermosifiliogr*. 2013;104(10):854-866.
18. Tan A.K y Mallika P.S. Coining: an ancient treatment widely practiced among asians. *Academy of Family Physicians of Malaysia Malaysian Family Physician* 2011; Volume 6, Number 2-3. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4170418/>
19. Mataix J, Belinchón I, Bañuls J, Pastor N y Betlloch I. Lesiones cutáneas por aplicación de ventosas con fines terapéuticos. *Actas Dermosifiliogr*. 2006;97(3):212-4
20. Ramón Núñez H.M y Benítez Rodríguez G. Métodos de manipulación en la medicina tradicional asiática. *SciELO. MEDISAN* 2014; 18(5):695. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v18n5/san13514.pdf>
21. Cobos Romana R. Acupuntura, electroacupuntura, moxibustión y técnicas relacionadas en el tratamiento del dolor. *Rev Soc Esp Dolor*. 2013; 20(5): 263-277. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v20n5/tecnicasinter.pdf>
22. Robles Romero M y Rojas Caracuel A. Tratamiento con acupuntura y moxibustión del síndrome poslaminectomía. Caso clínico. *Rev Soc Esp Dolor*. 2010;17(4):202–205. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v17n4/nota.pdf>
23. Rodríguez Álvarez L y Pérez Pérez M. Tratamiento con moxibustión en los pacientes con sacrolumbalgia aguda. *Revista Cubana Habanera de Ciencias Médicas*.2010;9(1)39-48. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v9n1/rhcm07110.pdf>
24. Pérez-Cotapos M.L y Cossio M.L. Tatuajes y perforaciones en adolescentes. *Rev Méd Chile*. 2006; 134: 1322-1329. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v134n10/art18.pdf>
25. Escalofrío [Internet]. Disponible en: http://www.escalofrio.com/n/Curiosidades/Las_Escarificaciones/Las_Escarificaciones.php

26. Barja J.M, Berneal M, Varés M y Carballo E. Xeesal: la despigmentación cosmética en África Subsahariana.
27. Sugathan P y Mani Martin A. MUDI-CHOOD: ON THE FOREARM. *Indian J Dermatol.* 2011 Mar-Apr; 56(2): 228–229. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3108532/>
28. Gálvez Aranda M.V, Sánchez Sánchez P, Bosch García R.J, Cabra de Luna B y Herrera Ceballos E. Callosidades nodulares en dorso de pie por hábito postural. *Med Cutan Iber Lat Am* 2003; 31(4): 263-265. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2003/mc034j.pdf>
29. Jones-Caballero M, y Peñas P.F. Calidad de vida (II). Calidad de vida en Dermatología. *Formación médica continuada. Actas Dermosifiliogr.* 20012; 93(8):481-9.
30. Porta N, San Juan J, Simal E, Baldellou R, Ara M y Zubiri M.L. Análisis de la demanda asistencial de Dermatología en la población inmigrante del área de salud del Hospital Miguel Servet de Zaragoza. *Actas Dermosifiliogr.* 2008;99:127-33.
31. Albares M.P, Belinchón I, Ramos J.M, Sánchez-Payá J y Betlloch I. Estudio epidemiológico de la población inmigrante de Alicante. *Actas Dermosifiliogr.* 2012;103(3):214-222.
32. Alcántara S, Márquez A, Corrales A, Neila J, Polo J y Camacho F. Estudio de las consultas por motivos dermatológicos en atención primaria y especializada. *Piel (barc).* 2014;29(1):4-8.
33. Martínez-Martínez M.L, Escario-Travesedo E, Rodríguez-Vázquez M, J.M. Azaña-Defez J.M, Martín de Hijas-Santos M.C. y Juan-Pérez-García L. Consultas dermatológicas en el Servicio de Urgencias: situación previa a la instauración de guardias de la especialidad. *Actas Dermosifiliogr.* 2011;102(1):39-47. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-pdf-13191347-S300>
34. Rosa F, Montijano A. M, Ília Z y Zambrana J.L. ¿Solicitan las mujeres más consultas al área médica que los hombres? *AN.MED. INTERNA (Madrid)* Vol. 22, N.º 11, pp. 515-519, 2005. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v22n11/original2.pdf>
35. Cots T, Castells X, Ollé C, Manzanera R, Varela J y Vall O. Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante en Barcelona. *Gac Sanit* 2002;16(5):376-84. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S0213911102719468/1-s2.0-S0213911102719468-main.pdf?_tid=056b1f36-39b3-11e7-b904-00000aacb361&acdnat=1494882851_91ed7af9c3a24733e43431a3d8433128
36. Pérez-Crespo M, Ramon-Rincón J.M, Albares-Tendero M.P y Betlloch-Mas I. Estudio comparativo epidemiológico de la enfermedad cutánea en población infantil inmigrante y autóctona en Alicante. *Actas Dermosifiliogr.* 2014;105(4):394-400.

37. Rué M, Cabré X, Soler- González J, Bosch A, Almiral M y Serna M.C. Emergency hospital services utilization in Lleida (Spain): A cross-sectional study os inmigrant and Spanish-born populations. BMC Health Serv Res. 2008;8:81. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2329626/>
38. Buron A, Cots F, Garcia O, Vall O y Castells X. Hospital emergency department utilisation rates among the inmigrant population in Barcelona, Spain. BMC Health Serv Res. 2008;8:51. Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-8-51>
39. Pérez-Suárez B y Guerra-Tapia A. Características sociodemográficas del cáncer cutáneo en España. Actas Dermosifiliogr. 2008;99:119-26.
40. Arenas R, Torres E, Amaya M, Rivera E.R, Espinal A y Polanco M et al. Tinea capitis. Emergencia de *Microsporum audouinii* y *Trichophyton tonsurans* en la República Dominicana. Actas Dermosifiliogr. 2010;101(4):330-335.
41. Del Boz-González J. Tendencias de la tinea capitis en España. Actas Dermosifiliogr. 2012;103(4):288-293.
42. Monteagudo B, Pereiro M, Peteiro C y Toribio J. Tinea capitis en el área sanitaria de Santiago de Compostela. Actas Dermosifiliogr. 2003;94(9):598-602.
43. Rebollo N, López-Barcenas A.P y Arenas R. Tiña en la cabeza. Actas Dermosifiliogr. 2008;99:91-10.
44. Tinea capitis causada por *Trichophyton violaceum*. Actas Dermosifiliogr. 2006;97(8):553-4.
45. Contreras-Steysls M, López-Navarro N, Herrera-Acosta E, Castillo R, Ruiz del Portal G, Bosch R.J y Herrera E. Lepra importada y su dificultad en el medio actual: a propósito de 7 casos. Actas Dermosifiliogr. 2011;102(2):106-113.
46. Casanova J.M, Sanmartín V, Soria X, Baradad M, Martí R.M y Font A. Dermatitis infantiles en la consulta de Dermatología de un hospital general universitario en España. Actas Dermosifiliogr. 2008;99:111-8.
47. Torrelo Fernández A y Zambrano Zambrano A. Frecuencia de la enfermedades cutáneas en una consulta monográfica de Dermatología Pediátrica (1990-1999). Actas Dermosifiliogr. 2002;93(6):369-78.
48. Terencio de las Aguas J. Contagiosidad de la lepra, por Juan de Azúa. Actas Dermosifiliogr. 2009;100:756-8.
49. Eichelmann K, González González S.E, Salas-Alanis J.C y Ocampo-Candiani J. Lepra: puesta al día. Definición, patogénesis, clasificación, diagnóstico y tratamiento. Actas Dermosifiliogr. 2013;104(7):554-563.
51. Moreno-Ribera N, Fuertes-de Vega I, Blanco-Arévalo J.L, Bosch-Mestres J, González-Cordón A, Estrach-Panella T et al. Infecciones de transmisión sexual: experiencia de una consulta multidisciplinar en un hospital terciario (2010-2013). Actas Dermosifiliogr. 2016;107(3):235-241.



Universidad
Zaragoza

**Estudio epidemiológico de la patología dermatológica en la población
inmigrante en Zaragoza**

Erika Becerril Molinero