

ORIGINALES

Análisis de la demanda asistencial de Dermatología en la población inmigrante del área de salud del Hospital Miguel Servet de Zaragoza

N. Porta^a, J. San Juan^b, E. Simal^a, R. Baldellou^a, M. Ara^a y M.L. Zubiri^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Miguel Servet. Zaragoza. ^bAsesor de Informática. Centro de Profesores y Recursos nº 1. Zaragoza. España.

Resumen. *Introducción.* Se ha observado en los últimos años un aumento en la población inmigrante que acude a nuestras consultas. Pretendemos describir en el presente estudio las características epidemiológicas dermatológicas de este grupo de población en el área de salud del Hospital Miguel Servet de Zaragoza.

Material y métodos. Se han recogido los datos de los pacientes inmigrantes atendidos en nuestras consultas de Dermatología durante el año 2004. Los diagnósticos dermatológicos se han codificado según el ICD-9-CM. El estudio estadístico se ha realizado con el programa SPSS, el gestor de base de datos Access y la hoja de cálculo Excel.

Resultados. Se han atendido un total de 706 pacientes inmigrantes, lo que supone el 4% aproximado del total de primeras visitas, apreciándose una mayor frecuencia de mujeres, con diferencias significativas. La edad media es de 31 años, sin que se aprecien diferencias significativas entre ambos sexos.

Ecuador, Colombia, Rumanía, Marruecos, Gambia, Guinea y Senegal son por este orden los países de origen que con más frecuencia se han detectado entre nuestros pacientes. Las enfermedades dermatológicas más frecuentes en este grupo de población han sido las de origen infeccioso, sobre todo micosis, siguiendo las de origen viral y las piodermis así como las enfermedades de transmisión sexual, apreciándose en todas ellas una incidencia superior a la de la población autóctona.

Conclusiones. Se hace necesario un adecuado conocimiento de la patología dermatológica en este grupo de población con el fin de realizar tanto un correcto diagnóstico y tratamiento como de desarrollar medidas de prevención de enfermedades importadas.

Palabras clave: inmigrantes, epidemiología, enfermedades dermatológicas.

ANALYSIS OF THE DEMAND FOR DERMATOLOGICAL CARE IN THE IMMIGRANT POPULATION SERVED BY HOSPITAL MIGUEL SERVET IN SARAGOSSA, SPAIN

Abstract. *Introduction.* In recent years there has been an increase in the size of the immigrant population consulting dermatology services in Spain. The aim of this study was to describe the epidemiological characteristics of this sector of the population in the health care area served by Miguel Servet Hospital in Saragossa, Spain.

Material and methods. Data were collected on immigrant patients seen in the dermatology department of our hospital during 2004. Dermatological diagnoses were classified according to the International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification. Statistical analysis was undertaken using the SPSS statistical package, Access database management software, and Excel spreadsheets.

Results. A total of 706 patients were seen, corresponding to approximately 4% of all first appointments, and more women were seen than men, a difference that was statistically significant. The mean age of the patients was 31 years and there were no statistically significant differences in age between the sexes.

In order of frequency, the most common countries of origin of the patients were Ecuador, Colombia, Romania, Morocco, Gambia, Guinea, and Senegal.

Correspondencia:
Nieves Porta Aznárez.
Avda. Gómez Laguna 16, 3º A.
50009 Zaragoza. España.
nportaa@medynet.com

Aceptado el 3 de abril de 2007.

The most common skin diseases in this population group were infectious diseases, in particular mycoses, followed by viral diseases and pyodermitis, as well as sexually transmitted diseases. In all cases, the incidence of the disease was higher than in the Spanish population.

Conclusions. An appropriate knowledge of dermatological diseases in this population group is necessary both to obtain correct diagnosis and to develop preventative measures for imported diseases.

Key words: immigrants, epidemiology, skin diseases.

Introducción

Actualmente podemos considerar España como un país receptor de inmigrantes. Esto hace que estemos observando en los últimos años un aumento progresivo del número de pacientes que, procedentes de países y culturas diferentes, acuden a nuestros centros sanitarios.

Dentro de la patología que se detecta en la población inmigrante, las enfermedades cutáneas constituyen un grupo relevante, tal como muestran diferentes estudios epidemiológicos realizados¹⁻⁶.

Pretendemos en el presente estudio describir las características epidemiológicas dermatológicas de este grupo de población en el área de salud de nuestro hospital.

Material y métodos

Se han recogido de forma prospectiva, a lo largo del año 2004, los datos de los pacientes inmigrantes remitidos de «primer día» desde los centros de Atención Primaria (CAP) a los centros médicos de Especialidades (CME) de Dermatología del área sanitaria del Hospital Miguel Servet de Zaragoza.

Para la recogida de datos se ha diseñado, con el programa informático Microsoft Access, una ficha para cada paciente, a la que se ha asignado un número de orden para mantener la confidencialidad de los datos.

En cada ficha se han almacenado los datos necesarios para el análisis posterior de los resultados: número de identificación del paciente, fecha de nacimiento, sexo, país de origen, tiempo de permanencia en España, fecha de la primera consulta, CAP de procedencia, motivo de la consulta y diagnóstico dermatológico.

Para facilitar el manejo estadístico de los datos hemos creado una base de datos con todos los diagnósticos posibles, almacenando también el código correspondiente CIE 9 modificado y CIE 10^{7,8}.

Los datos obtenidos del protocolo de recogida de datos han sido codificados y almacenados en soporte informático para su posterior tratamiento estadístico, utilizándose para dicho análisis el programa SPSS y la hoja de cálculo Excel.

Se han comparado los resultados obtenidos en el grupo de población de inmigrantes con los obtenidos en un estudio previo realizado sobre demanda asistencial de dermatología en la población local⁹.

Para analizar la relación entre variables cualitativas se ha utilizado la prueba de Chi-cuadrado en tablas de contingencia de 2 x 2 y para la comparación de medias de variables cuantitativas se ha utilizado la prueba de la t de Student.

En todas las pruebas realizadas se han considerado valores significativos de $p < 0,05$ ¹⁰.

Para aquellas patologías en las que el número de casos es menor de 5 hemos aplicado como factor de corrección para averiguar la Chi-cuadrado el estadístico exacto de Fisher.

Resultados

Durante el período de estudio han acudido a nuestras consultas, como primeras visitas, un total de 706 pacientes inmigrantes, lo que supone un 4% del total de los pacientes nuevos atendidos en nuestro servicio de Dermatología.

Se observa una mayor frecuencia de mujeres (401) frente a varones (295), con diferencias significativas ($p < 0,01$).

La edad media de los pacientes inmigrantes atendidos en nuestras consultas es de 31 años, sin diferencias significativas entre ambos sexos, mientras que la edad media de los pacientes autóctonos es de 42,79 años, sin observarse tampoco diferencias significativas entre ambos sexos.

Se pueden apreciar estas características al comparar las diferencias existentes entre la pirámide poblacional de nuestra área de salud y las de la población de pacientes que acuden a nuestro servicio, tanto inmigrante como autóctona (figs. 1, 2 y 3).

La distribución a lo largo del año muestra una media de 59 pacientes al mes, siendo el mes de mayo en el que se observa una mayor afluencia de inmigrantes a nuestras consultas y sin apreciarse una disminución significativa de la demanda en los meses estivales de julio y agosto, que sí era apreciada en el estudio realizado en la población local⁹ (fig. 4).

Ecuador, Colombia, Rumanía, Marruecos, Gambia, Guinea y Senegal son, por este orden, los países de proce-

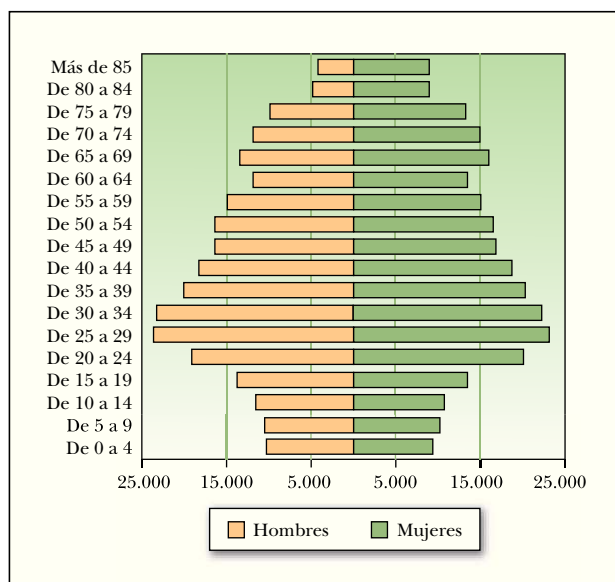


Figura 1. Pirámide poblacional del área de salud del Hospital Miguel Servet de Zaragoza.

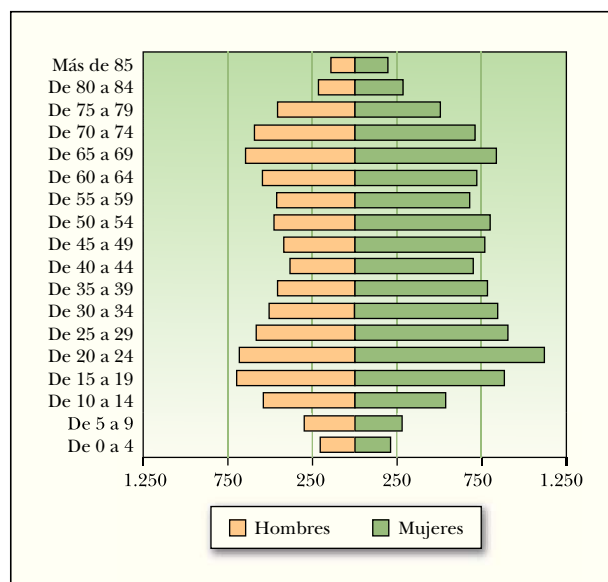


Figura 2. Pirámide de población autóctona de pacientes nuevos visitados en el Servicio de Dermatología.

dencia que, con mayor frecuencia, se han detectado entre nuestros pacientes (fig. 5).

Las patologías más frecuentemente diagnosticadas han sido las de origen infeccioso, sobre todo micóticas, siguiendo en orden de frecuencia las dermatosis de origen viral y las piodermis, así como las enfermedades de transmisión sexual (ETS) (fig. 6 y tabla 1).

Dentro de las micosis, las onicomicosis con 28 casos (4%) y las tiñas de cuero cabelludo con 25 casos (3,54%) han sido las patologías detectadas con mayor frecuencia. En este último caso, queremos resaltar que en los estudios micológicos realizados se han detectado cepas del género *Trichophyton violaceum* y *Trichophyton soudanense*. En la población autóctona, sobre un total de 20.350 pacientes atendidos, se han diagnosticado 260 pacientes con onicomicosis (1,1%) y 10 con tiña *capitis* (0,0%), diferencias muy significativas ($p < 0,001$) (tabla 2).

Entre las virasis queremos destacar los condilomas acuminados, de los que en la población inmigrante se han detectado 12 casos (1,7%) y en la población autóctona 56 casos (0,20%), diferencias muy significativas ($p < 0,001$) (tabla 2). Entre las ETS el número de casos de lúes diagnosticados en población inmigrante ha sido de 5 (0,7%) frente a 4 casos en la población local (0,0%), mostrando diferencias muy significativas ($p < 0,001$) (tabla 2).

El cáncer cutáneo no melanoma se ha diagnosticado con mayor frecuencia entre los pacientes autóctonos, hasta un total de 1.039 casos (4,5%) frente a sólo 2 casos entre la población inmigrante (0,2%), diferencia entre ambos grupos con muy alta significación estadística ($p < 0,001$) (tabla 1).

Se diagnosticaron 39 casos (0,20%) de melanoma en el estudio realizado en la población local, frente a 1 caso

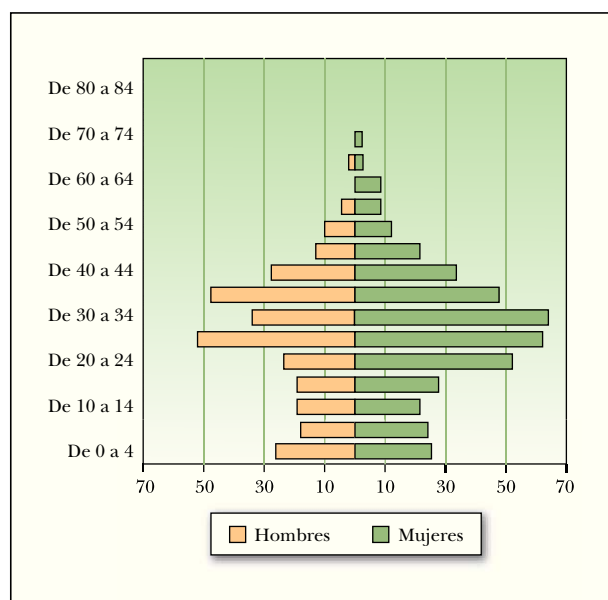


Figura 3. Pirámide de población inmigrante de pacientes nuevos visitados en el Servicio de Dermatología.

(0,14%) en el estudio de población inmigrante. Dado que en uno de los grupos sólo se había recogido 1 caso, el programa estadístico no nos ha permitido realizar prueba de significación de la diferencia entre ambos grupos (tabla 1).

Otras enfermedades como la dermatitis atópica, el eczema de contacto y las discromías también se han diagnosticado en proporción superior en el grupo de inmigrantes, mientras que la psoriasis ha sido superior en el grupo de población autóctona (tabla 1).

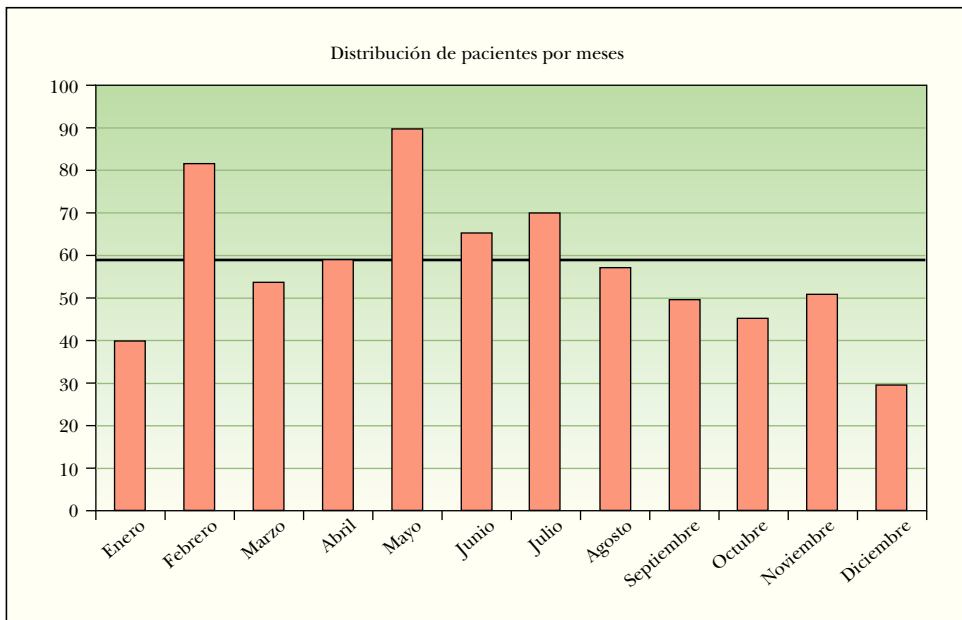


Figura 4. Gráfica que muestra la frecuencia de pacientes inmigrantes a lo largo del año.

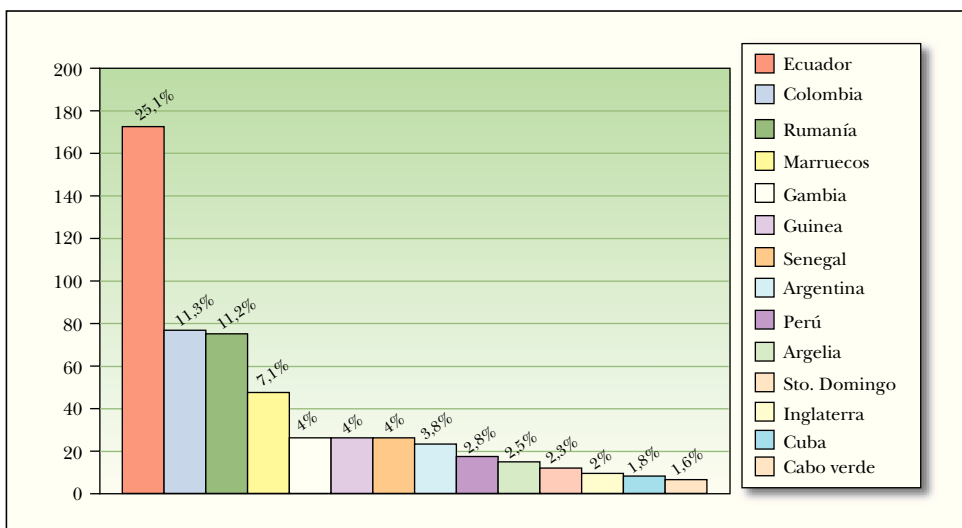


Figura 5. Gráfica que muestra la distribución de pacientes inmigrantes según el país de procedencia.

La tabla 1 recoge los datos de los grupos diagnósticos más frecuentemente observados en ambos grupos de población, ordenados según la diferencia de frecuencia entre ambos grupos. La tabla 2 recoge los datos de las enfermedades infecciosas más frecuentemente diagnosticadas en el grupo de población inmigrante, mostrando también la diferencia de frecuencia con el grupo de población autóctona.

Discusión

El aumento de la llegada de inmigrantes a nuestro país está teniendo una alta repercusión para el colectivo de dermatólogos. Nuestra especialidad tiene un mayor índice de fre-

cuencación que otras especialidades y además la atención a este grupo de población supone una mayor carga asistencial para nuestros servicios de Dermatología.

En el presente estudio la población inmigrante ha supuesto un 4% del total de pacientes nuevos atendidos en nuestras consultas, porcentaje menor que el reseñado por dermatólogos de otras comunidades autónomas como Canarias o la Comunidad Valenciana, zonas geográficas, por otra parte, con mayor afluencia de inmigrantes que la Comunidad Autónoma de Aragón.

Al igual que ocurre en la población autóctona, hemos detectado que la afluencia de pacientes de sexo femenino entre los inmigrantes es superior a la de sexo masculino, posiblemente condicionado por una mayor disponibilidad

Figura 6. Gráfica que muestra por orden de frecuencia las enfermedades dermatológicas diagnosticadas en la población inmigrante. ETS: enfermedades de transmisión sexual.

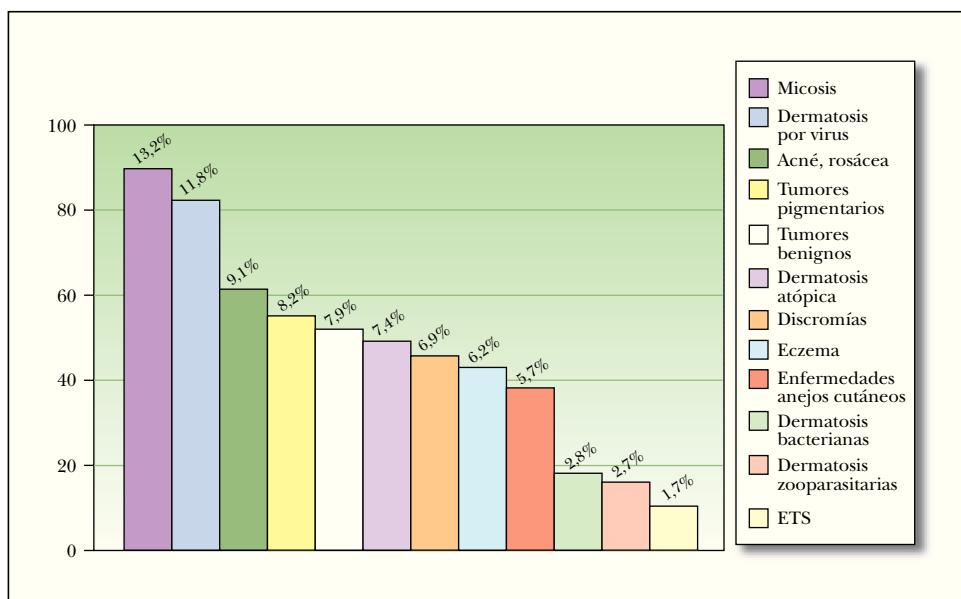


Tabla 1. Comparación de la frecuencia de enfermedades dermatológicas entre la población inmigrante y la autóctona

Diagnóstico	Población inmigrante 706 pacientes		Población autóctona 20.350 pacientes		Diferencia %*	Prueba de Chi-cuadrado	p**
	Casos	%	Casos	%			
Micosis	93	13,20%	946	4,10%	9,10%	105,69	p < 0,001
Dermatitis atópica	52	7,40%	552	2,30%	5,10%	53,01	p < 0,001
Discromías	49	6,90%	549	2,40%	4,50%	44,51	p < 0,001
Acné, rosácea	64	9,10%	1.497	6,50%	2,60%	2,9	p = 0,09
Dermatitis zooparasitarias	19	2,70%	137	0,60%	2,10%	37,78	p < 0,001
Melanoma	1	1,70%	39	0,20%	1,50%		
Dermatitis bacterianas	20	2,80%	327	1,40%	1,40%	6,32	p < 0,05
ETS	12	1,70%	75	0,30%	1,40%	29,38	p < 0,001
Enfermedades anejos cutáneos	40	5,70%	1.048	4,50%	1,20%	0,37	p = 0,55
Eczema	44	6,20%	1.242	5,40%	0,80%	0,02	p = 0,88
Dermatitis por virus	83	11,80%	2.662	11,50%	0,30%	1,056	p = 0,33
Cáncer cutáneo no melanoma	2	2,70%	1.039	4,50%	-1,80%	33,76	p < 0,001
Psoriasis	23	3,25%	1.178	5,10%	-1,85%	8,12	p < 0,005
Tumores pigmentarios benignos	58	8,20%	2.545	11,00%	-2,80%	11,59	p < 0,001
Tumores epiteliales benignos	56	7,90%	4.817	20,90%	-13,00%	95,02	p < 0,001

*Hace referencia a la diferencia de porcentaje de frecuencia entre ambos grupos.

**Grado de significación estadística. ETS: enfermedades de transmisión sexual.

de las mujeres para acudir al médico o por una mayor preocupación de las mismas por la enfermedad más que por una incidencia real superior de la patología dermatológica en la mujer.

El grupo de población inmigrante es más joven que el grupo de población autóctona, en su mayoría población trabajadora e infantil y muy poca población pensionista. Este dato pensamos que puede condicionar en parte la pa-

Tabla 2. Comparación de la frecuencia de enfermedades infecciosas concretas entre la población inmigrante y la autóctona

Diagnóstico	Población inmigrante 706 pacientes		Población autóctona 20.350 pacientes		Diferencia %*	Prueba de Chi-cuadrado	p**
	Casos	%	Casos	%			
Tiña <i>capitis</i>	25	3,54%	10	0,00%	3,54%	501,36	p < 0,001
Onicomycosis	28	4,00%	260	1,10%	2,90%	36,5	p < 0,001
Escabiosis	19	2,69%	97	0,40%	2,29%	61,07	p < 0,001
Condilomas acuminados	12	1,70%	56	0,20%	1,50%	43,01	p < 0,001
Lúes	5	0,70%	4	0,00%	0,70%	75,71	p < 0,001

*Hace referencia a la diferencia de porcentaje de frecuencia entre ambos grupos.

**Grado de significación estadística.

tología dermatológica diagnosticada en este grupo poblacional con mayor proporción de enfermedades infecciosas y muy poca patología tumoral, propia de poblaciones envejecidas, como es el caso de nuestra población autóctona.

Los inmigrantes de origen latinoamericano, y fundamentalmente ecuatorianos, son los que representan el grupo más numeroso dentro de la población del estudio, lo que contrasta con los datos del ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales que en el año 2000 señalaba como grupo de inmigrantes más numeroso al de origen africano¹¹.

Las patologías más frecuentemente diagnosticadas han sido las de origen infeccioso, lo que coincide con lo aportado por otros autores¹², y dentro de las infecciones son las micosis las enfermedades más frecuentemente padecidas por este colectivo.

Dentro de las micosis destacan las onicomycosis y las tiñas de cuero cabelludo como especiales causantes de este grupo de patologías. En los estudios micológicos realizados en los casos de tiña de cuero cabelludo se han aislado en elevada proporción cepas de hongos antropofílicos como *T. violaceum* y *T. soudanense*; dato que coincide con lo aportado por otros autores¹³⁻¹⁹. Este tipo de tiña tiene una elevada prevalencia en sus países de origen, importándola a nuestro entorno y pudiendo provocar un serio problema de salud por la facilidad de transmisión entre humanos y sobre todo en núcleos familiares. En este sentido, nos hemos planteado la realización posterior de un estudio de prevalencia de estas micosis entre la población inmigrante en coordinación con los servicios de Atención Primaria, ya que se trata de una forma de micosis en la que pueden existir numerosos portadores que al no acudir al médico y no aplicarse adecuado tratamiento pueden seguir siendo fuente de transmisión de la enfermedad.

Otro grupo de enfermedades destacables en este colectivo son las ETS. Queremos resaltar los 5 nuevos casos de lúes diagnosticados entre los pacientes inmigrantes, frente a 4 nuevos casos en la población autóctona. Pensamos que esta diferencia es altamente significativa como para justifi-

carla sólo por la diferente composición etaria de ambos grupos de población. Por otra parte, no hemos encontrado estudios epidemiológicos publicados que nos permitan comparar nuestros resultados con los de otros servicios de Dermatología. Creemos que la incidencia de estas enfermedades puede ser realmente superior en este grupo de población y que se deberían poner en marcha medidas de prevención en este sentido.

Las zoonosis también se han mostrado más frecuentes entre los inmigrantes, y dentro de ellas destacamos la escabiosis, enfermedad que hemos detectado en mayor proporción en el colectivo latinoamericano. En algunos de los casos que han sufrido ingresos hospitalarios repetidos hemos podido constatar que convivían varias familias en un mismo domicilio, por lo que deducimos que estas condiciones de hacinamiento favorecen la transmisión y la cronificación de esta enfermedad.

Algunas dermatosis, como la dermatitis atópica y el eczema de contacto, han mostrado también mayor incidencia entre inmigrantes. Pensamos que en estos casos el cambio climático con relación a sus países de origen, así como las condiciones de trabajo, muchos de ellos como obreros de la construcción, pueden favorecer la aparición de este tipo de patología.

Conclusiones

Nos encontramos, por una parte, ante cuadros que, por la mejora de las condiciones sociosanitarias de nuestro país, habían pasado a verse casi de forma excepcional. Por otra parte, estamos atendiendo a enfermedades importadas, como es el caso de la tiña *capitis* provocada por especies de hongos prácticamente excepcionales en nuestro medio.

Nos enfrentamos, además, al diferente aspecto clínico que adoptan las dermatosis en otras razas, y más concretamente en la raza negra.

Sería interesante realizar estudios epidemiológicos similares en otras comunidades autónomas que permitan la comparación de resultados y establecer pautas de formación sobre la patología dermatológica propia de estos grupos de población cada vez más emergentes, así como desarrollar medidas sociosanitarias adecuadas para la prevención de algunas enfermedades.

Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. De Eusebio E, Zambrano B, Jaén P. Patología dermatológica en inmigrantes. *Semergen*. 2004;30:345-55.
2. Bottoni U, Dianzani C, Rossi ME, Carlesimo M, Calvieri S. Skin diseases in immigrants seen as out-patients in the Institute of Dermatology of the University of Rome «La Sapienza» from 1989 to 1994. *Eur J Epidemiol*. 1998;14:201-4.
3. Ogunbiyi AO, Owoaje E, Ndahi A. Prevalence of skin disorders in school children in Ibadan, Nigeria. *Pediatr Dermatol*. 2005;22:6-10.
4. Poulsen AG, Petersen CS, Weismann K. Skin diseases among refugees and immigrants. Four exotic case reports. *Ugeskr Laeger*. 2000;162:6246-8.
5. Roca C, Lázaro AC, Vicente A, Larumbe A, Grasa MP, Carapeto FJ. Urgencias dermatológicas pediátricas en un hospital terciario. *Piel*. 2004;19:124-30.
6. Huerga H, López-Vélez R. Estudio comparativo de la patología infecciosa en niños inmigrantes de distintas procedencias. *Anales de Pediatría*. 2004;60(1):16-21.
7. Peñas P, Jones M. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades. Codificación de las Enfermedades Dermatológicas. Madrid: Drug Farma; 1999.
8. Peñas P, Jones M. Codificación de las Enfermedades Dermatológicas. Madrid: Drug Farma; 1996.
9. Porta N. Estudio de las características epidemiológicas y demanda asistencial de dermatología en el área de salud de un hospital de referencia. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza; 2002.
10. Marín A, Cucalón JL, Sebastián J, Porta J, Lou S. Manual básico del investigador novel. Zaragoza: Glaxo Wellcome; 1999.
11. Pardo J, Pérez-Arellano JL, Galindo I, Cordero M, Muro A. Cuándo pensar en enfermedades importadas. *Semergen*. 2005;31:109-16.
12. Lupi O, Madkan V, Tyring SK. Tropical dermatology: bacterial tropical diseases. *J Am Acad Dermatol*. 2006;54:559-80.
13. Moreno-Ramírez D, Herrera-Saval A, Camacho F. Tinea capitis inflamatoria por *Trichophyton violaceum* simulando dermatosis pustulosa erosiva. *Actas Dermosifiliogr*. 2003;94:165-8.
14. Frangoulis E, Papadogeorgakis H, Athanasopoulou B, Katsambas A. Superficial mycoses due to *Trichophyton violaceum* in Athens Greece: a 15-year retrospective study. *Mycoses*. 2005;48:425-9.
15. Trivino-Durán L, Torres-Rodríguez JM, Martínez-Roig A, Cortina C, Berver V, Pérez-González M, et al. Prevalence of tinea capitis and tinea pedis in Barcelona schoolchildren. *Pediatr Infect Dis J*. 2005;24:137-41.
16. Hallgren J, Petrini B, Wahlgren CF. Increasing tinea capitis prevalence in Stockholm reflects immigrations. *Med Mycol*. 2004;42:505-9.
17. Lamb SR, Rademaker M. Tinea due to *Trichophyton violaceum* and *Trichophyton soudanense* in Hamilton, New Zealand. *Australas J Dermatol*. 2001;42:260-3.
18. Feuilhade M, Lacroix C. Epidemiology of tinea capitis. *Presse Med*. 2001;30:499-504.
19. Campos L, Quesada A, Arranz DM, Díaz RM. Tinea corporis extensa en paciente inmunocompetente. *Semergen*. 2006;32:304-6.