



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.elsevier.es/ad



ORIGINAL

Estudio epidemiológico de la patología cutánea en la población inmigrante de Alicante

M.P. Albares^{a,*}, I. Belinchón^a, J.M. Ramos^b, J. Sánchez-Payá^c e I. Betlloch^a

^a Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

^b Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital General Universitario de Elche, Alicante, España

^c Servicio de Medicina Preventiva, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

Recibido el 23 de febrero de 2011; aceptado el 5 de julio de 2011

Disponible en Internet el 13 de septiembre de 2011

PALABRAS CLAVE

Inmigración;
Dermatosis;
Inmigrante

Resumen

Introducción: España presenta una nueva realidad sociodemográfica condicionada por la llegada de gran número de personas inmigrantes. Debido a la escasez de estudios en nuestro país sobre población inmigrante (PI) en el campo de la Dermatología nos planteamos realizar este trabajo. **Objetivo:** Conocer la frecuencia de consultas de la PI de nuestro ámbito, documentar sus dermatosis y compararlas con las de la población autóctona (PA).

Pacientes y métodos: Estudio prospectivo, descriptivo y analítico y subestudio observacional transversal de casos y controles. Se incluyó a todos los pacientes inmigrantes que fueron atendidos en la Sección de Dermatología entre febrero de 2005 y febrero de 2006.

Resultados: La PI generó el 4,1% del total de consultas en Dermatología. Las patologías más frecuentes por las que consultaron fueron: dermatitis eccematosa (18,4%), verruga vírica (6,4%) y acné (6,3%). Al comparar las dermatosis entre PI y PA, la dermatitis eccematosa, la alopecia, el melasma, la tiña, la escabiosis, el herpes simple, la queratosis pilar y la xerosis fueron significativamente más frecuentes en la PI, mientras que los nevus melanocíticos, la verruga vírica, la queratosis actínica, la hidrosadenitis supurativa, el lupus, el melanoma y el carcinoma espinocelular lo fueron menos ($p < 0,05$).

Conclusiones: Las dermatosis por las que la población inmigrante suele consultar son las patologías habituales en nuestra práctica clínica diaria. Además sus dermatosis infecciosas son cosmopolitas, por lo que el paciente inmigrante probablemente no supone un riesgo real de transmisión de enfermedades importadas tropicales en el campo de la Dermatología.

© 2011 Elsevier España, S.L. y AEDV. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pityalte@hotmail.com (M.P. Albares).

KEYWORDS

Immigration;
Skin diseases;
Immigrants

Epidemiologic Study of Skin Diseases Among Immigrants in Alicante, Spain**Abstract**

Background: The influx of a large number of immigrants has altered the sociodemographic profile in Spain. To date, few studies of the skin diseases of immigrants to Spain have been done.

Objective: To determine the frequency of visits by immigrants to our dermatology clinic, to describe their skin complaints, and to compare them to those of the autochthonous Spanish population.

Patients and methods: Prospective, descriptive, analytic study, with an observational substudy of cases and controls from a cross-section of the population. We included all immigrant patients seen at the dermatology clinic between February 2005 and February 2006.

Results: Visits by immigrants to the dermatology clinic accounted for 4.1% of the caseload. Their most frequent complaints were eczematous dermatitis (18.4%), viral warts (6.4%), and acne (6.3%). Comparison between the immigrant and autochthonous patient populations showed that eczematous dermatitis, alopecia, melasma, ringworm, scabies, *Herpes simplex* infection, keratosis pilaris, and xerosis were significantly more frequent among immigrant patients, whereas viral warts, actinic keratosis, hidradenitis suppurativa, lupus, melanoma, and squamous cell carcinoma were significantly less frequent ($P < .05$).

Conclusions: The immigrant population consults the dermatologist about skin conditions that are already well represented in our routine practice. As the infectious skin diseases of immigrants are also common in our environment, these patients are unlikely to transmit serious tropical skin diseases to the local population.

© 2011 Elsevier España, S.L. and AEDV. All rights reserved.

Introducción

En la actualidad las desigualdades entre los países son notables; algunos se encuentran involucrados en conflictos bélicos y en otros una gran parte de su población vive por debajo de los límites de la pobreza. Todo esto está provocando que los flujos migratorios vayan en aumento, y desde hace algunos años Europa se está viendo afectada por este importante fenómeno migratorio. España no es ajena a esto, por lo que estamos asistiendo a un notable cambio poblacional asociado a la llegada de personas procedentes de África, Asia, América Latina y Europa del Este.

La nueva realidad sociodemográfica que se ha configurado en nuestro país requiere analizar las necesidades y prioridades generadas en todos los ámbitos¹. A este respecto han salido a la luz varios estudios de autores nacionales que analizan los problemas de salud, generales y particulares que presenta el colectivo de inmigrantes, así como sus características sociodemográficas^{2,3}.

En España son escasos los estudios sobre población inmigrante en el campo de la Dermatología⁴, si bien existen algunas publicaciones sobre casos aislados de enfermedades cutáneas en inmigrantes⁵⁻⁷. Así mismo, en revistas españolas hay artículos acerca de las peculiaridades de las dermatosis en pacientes de piel pigmentada^{8,9}, los cuales dejan patente la dificultad diagnóstica de determinadas dermatosis en pacientes de piel oscura.

Debido a este aumento de la inmigración y a la falta de estudios que clarifiquen la situación sanitaria de las enfermedades cutáneas de las personas inmigrantes en nuestro entorno, nos hemos planteado la necesidad de realizar este trabajo. Nuestro objetivo ha sido conocer la frecuencia de consultas de la población inmigrante (PI) de nuestro ámbito,

documentar sus dermatosis y compararlas con las de la población autóctona (PA).

Pacientes y métodos

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo y analítico en el que se incluyeron todos los pacientes inmigrantes económicos que fueron atendidos en cualquiera de las unidades asistenciales de la Sección de Dermatología del Departamento de Salud 19 de Alicante entre el 1 de febrero de 2005 y el 1 de febrero de 2006. Se estudió la frecuencia de consulta de la PI y sus dermatosis. Para la comparación de las dermatosis de la PI con las de la PA se diseñó un subestudio, también observacional, de tipo transversal de casos y controles, en el que había dos grupos: la PI y una muestra de la PA.

Se definió como inmigrante económico a toda persona nacida en un país diferente de los de la Unión Europea-25 o de los Estados con un producto nacional bruto (PNB) per cápita superior al de España en enero del año 2005 (Estados Unidos, Suiza, Noruega, Canadá, Japón, Islandia, Kuwait o Israel). Los hijos de inmigrantes nacidos en España se consideraron inmigrantes. Los hijos adoptados nacidos fuera de España se consideraron inmigrantes si llevaban menos de 6 años en España.

Estrategia de recogida de la información

Durante el periodo de estudio se recogieron prospectivamente todos los episodios de consulta de los pacientes inmigrantes atendidos en las distintas unidades asistenciales de la Sección de Dermatología. Se define como episodio de

consulta cada vez que un paciente es atendido en cualquier unidad asistencial. Los datos fueron recogidos por todos los dermatólogos y médicos residentes que formaban parte de la Sección de Dermatología.

Para comparar las dermatosis de la PI con las de la PA se procedió a la obtención de un grupo control entre toda la muestra de pacientes nacionales atendidos. El grupo control se recogió un día determinado de cada mes del año que duró el estudio. Se registró a todos los pacientes que acudieron a cualquiera de las Unidades de la Sección de Dermatología.

Variable principal: diagnóstico de las dermatosis

Las dermatosis que fueron detectadas quedaron categorizadas de acuerdo con la clasificación CIE-9 adaptada a Dermatología¹⁰. Para su análisis cada una de las dermatosis fueron agrupadas en distintas categorías: infecciosas, inflamatorias, tumorales, toxicodermias, alteraciones mucosas, alteraciones de las uñas, alteraciones pigmentarias, alteraciones vasculares, alteraciones del pelo y otras dermatosis.

Variables explicativas

Se recogieron en todos los pacientes incluidos en el estudio. Se incluyeron:

1. Variables epidemiológicas: edad, sexo, tiempo de estancia en España, tipo de inmigrante (inmigrante, hijo de inmigrante, niño adoptado), tipo de piel (blanca, negra, indioamericana, indioasiática, árabe y oriental).
2. Variables sociodemográficas: país de origen (que posteriormente se agrupó por áreas geográficas, siendo estas: Latinoamérica, Norte de África y Oriente Próximo, África Subsahariana, Europa del Este y Asia) y profesión.
3. Variables asistenciales: unidad asistencial de la Sección de Dermatología en las que se atendió al paciente (consulta ambulatoria especializada, consulta hospitalaria, ingreso hospitalario, consulta de urgencias dermatológicas y quirófono), tipo de visita (primera o revisión) y mes del año.
4. Variables relacionadas con las lesiones cutáneas: duración de la patología, pruebas solicitadas, tipo de tratamiento, tipo de receta (de activo, pensionista y no financiable).

Análisis de los datos

Determinamos la prevalencia de las dermatosis en la PI. Posteriormente agrupamos las dermatosis en las 10 categorías diagnósticas que se detallan en la sección previa y se estudió la prevalencia de las mismas en la PI.

Para comparar las dermatosis de la PI con las de la PA comparamos las dermatosis más prevalentes en ambas poblaciones de forma individual y por categorías. La edad media del grupo control fue mayor que la del grupo de inmigrantes; esto podía condicionar diferencias entre sus dermatosis. Para equiparar ambas poblaciones seleccionamos dentro de ambos grupos los episodios de los pacientes con menos de 60 años. Tras realizar la comparación simple realizamos un estudio comparativo ajustado por edad y sexo.

Análisis estadístico

Las variables cuantitativas se expresaron como media con su desviación estándar (DE). Las variables cualitativas o categóricas se expresaron como frecuencia absoluta y relativa (en porcentaje) de cada uno de los valores de las distintas variables. En la comparación de variables categóricas se utilizó la prueba de la Chi cuadrado con la corrección de Yates o la prueba exacta de Fisher, cuando no se cumplían las condiciones para aplicar la prueba de la Chi cuadrado. En la comparación de variables cuantitativas se empleó el análisis de la varianza o la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis, en caso de ausencia de normalidad (heterogeneidad de varianzas). La medida de la asociación de la demanda dermatológica de la PI con la PA se presentó en forma de *odds ratio* (OR) con su intervalo de confianza (IC) del 95%.

La magnitud de la asociación de la dermatosis en la PI respecto a la dermatosis en la PA menor de 60 años se evaluó mediante la OR ajustada (ORa) por edad y sexo con su IC del 95% calculado mediante regresión logística. En los contrastes de hipótesis se utilizó un nivel de significación $p < 0,05$. El análisis estadístico de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS versión 12.0. para Windows (SPSS Inc; Illinois, EE.UU.).

Resultados

Características epidemiológicas de los pacientes inmigrantes

Entre el 1 de febrero de 2005 y el 1 de febrero de 2006, en la Sección de Dermatología, se registraron 39.160 episodios de consulta, de ellos 37.535 (95,9%) correspondieron a PA y 1.625 (4,1%) a PI. Estas 1.625 visitas fueron generadas por los 1.085 pacientes inmigrantes que acudieron a nuestras consultas durante el periodo de estudio. La [tabla 1](#) recoge las características sociodemográficas de los pacientes inmigrantes.

Dermatosis en la población inmigrante

En los 1.625 episodios de consulta generados por la PI se diagnosticaron 1.864 dermatosis. De las mismas 1.326 era la primera vez que se registraban dentro del periodo de estudio. La patología más frecuente fue la dermatitis eccematosa (18,4%), seguida de la verruga vírica no genital (6,4%), del acné (6,3%) y de los nevos melanocíticos (5,4%). En la [tabla 2](#) se muestra la frecuencia de las dermatosis más habituales en PI, las veces que fueron vistas, así como la media de revisiones de cada una de ellas.

Al analizar el tiempo de evolución de las dermatosis vimos que aquellas que tenían más de tres años de evolución en el momento en que se produjo la consulta fueron las más habituales (25,5%).

Tras agrupar las dermatosis por categorías encontramos que la patología inflamatoria (42,3%) fue la más numerosa, seguida por la patología tumoral benigna (19,8%) y la infecciosa (19,1%). En la [tabla 3](#) se muestra la frecuencia de las dermatosis registradas en los pacientes inmigrantes

Tabla 1 Características epidemiológicas de los pacientes inmigrantes

Edad, años (n = 1.071)	
Media (\pm DE)	29,07 (\pm 16,17)
Mediana (RIC)	30 (17-40)
Grupo de edad (n = 1.071)	
	N (%)
0-14 años	229 (21,4)
15-29 años	303 (28,3)
30-44 años	359 (33,5)
> 44 años	180 (16,8)
Sexo (n = 1081)	
Hombre	459 (42,3)
Mujer	626 (57,7)
Estancia, meses (n = 1071)	
Media (\pm DE)	56,1 (\pm 56,3)
Mediana (RIC)	48 (24-60)
Meses en España (n = 1.071)	
	N (%)
0-24	289 (28,1)
25-48	375 (36,5)
> 48	364 (35,4)
Tipo de paciente (n = 1.085)	
	N (%)
Inmigrante	978 (90,1)
Hijo de inmigrantes	100 (9,2)
Adoptado	7 (0,6)
Tipo de piel (n = 1.075)	
	N (%)
Indioamericano	459 (42,7)
Blanco	353 (32,8)
Árabe	135 (12,6)
Negro	97 (9)
Oriental	16 (1,5)
Indio asiático	9 (0,8)
Mulato	6 (0,6)
Área geográfica (n = 1.076)	
	Nº (%)
Latinoamérica	706 (65,6)
Norte de África y Oriente Próximo	157 (14,6)
Europa del Este	123 (11,4)
África Subsahariana	64 (5,9)
Asia	25 (2,3)

agrupadas por categorías, las veces que fueron vistas, así como la media de revisiones de cada una de ellas.

Comparación de las dermatosis

Al comparar las dermatosis entre la PI y PA menor de 60 años destaca, como recoge la [tabla 4](#), que la dermatitis eccematosa, la alopecia, el melasma, la tiña, la escabiosis, el herpes simple, la uña encarnada, la queratosis pilar y la xerosis fueron significativamente más frecuentes en la PI, mientras que los nevos melanocíticos, la queratosis

seborreica, la queratosis actínica, el carcinoma basocelular, la hidrosadenitis supurativa, el lupus, el melanoma y el carcinoma espinocelular presentaron un porcentaje de casos menor en la PI (de los dos últimos no se registró ningún diagnóstico en este colectivo) ($p < 0,05$).

En el estudio comparativo de las dermatosis, tras ajustar por edad y sexo, encontramos resultados similares a los descritos, a excepción de la verruga vírica no genital que resultó ser significativamente más frecuente en la PA y de la queratosis seborreica, la uña encarnada y el carcinoma basocelular, en los que las diferencias encontradas perdieron la significación estadística ([tabla 4](#)).

Al comparar los grupos de dermatosis vimos que las dermatosis inflamatorias, infecciosas y otras alteraciones pigmentarias fueron más frecuentes en la PI menor de 60 años que en la PA de la misma edad ($p \leq 0,002$), siendo la patología tumoral, tanto maligna como benigna, menos frecuente en la PI ($p < 0,001$) ([tabla 5](#)). Estos resultados no se modificaron tras ajustar por edad y sexo.

Discusión

La progresiva llegada de PI a nuestro país ha llevado consigo un incremento del número de pacientes que deben ser atendidos por nuestro sistema de salud. Según un estudio del año 2004 realizado en Zaragoza, el colectivo inmigrante representaba un 4% del total de pacientes atendidos por patología dermatológica. En otras consultas ambulatorias especializadas, como atención psiquiátrica no urgente² y Neurología ambulatoria³, la demanda asistencial de la PI fue del 3,2 y 4,1%, respectivamente. Ambos se realizaron entre el año 2001 y 2002 en el área de la Comunidad de Madrid, en la que el porcentaje de extranjeros era entonces del 10%. En nuestro trabajo la PI generó el 4,1% de todos los episodios asistenciales. En este periodo dicha población suponía el 11% de la población residente en Alicante y el 8,2% de la población residente en España.

Al igual que otros estudios hemos comprobado que la PI estudiada es joven, con una edad media de 29 años y en ella predominan las mujeres. Estas características no coinciden exactamente con el perfil de los inmigrantes en España en el año 2006¹¹, en el que el número de hombres era discretamente superior, pero en nuestro estudio la mayoría de las personas inmigrantes procedían de Latinoamérica y en este grupo la proporción de mujeres sí que era mayor¹¹.

El estudio de la PI desde el punto de vista de la Dermatología es importante entre otras razones porque el tipo de piel de estas personas es, en ocasiones, distinto al de la población española, lo que puede modificar la frecuencia de determinadas patologías dermatológicas, así como su forma de presentación. Además la PI está constituida por un grupo heterogéneo de personas procedentes de distintas áreas geográficas con características sociodemográficas propias, que también pueden determinar diferencias en las dermatosis que presentan.

Las dermatosis más habituales en nuestro trabajo han sido la dermatitis eccematosa, la verruga vírica no genital y el acné. En España solo existe un estudio sobre la patología cutánea en la PI realizado por Porta et al. en el Hospital Miguel Servet de Zaragoza⁴. Estos autores encuentran que la patología infecciosa fue la más frecuente entre

Tabla 2 Dermatitis diagnosticadas en más de 10 ocasiones en la población inmigrante

Dermatosis	N.º diagnósticos (n = 1.326) (%)	N.º de revisiones por diagnóstico	Media de consultas por diagnóstico ± DE
Dermatitis eczematosa	244 (18,4)	127	1,53 ± 1,07
Verruga vírica no genital	85 (6,4)	25	1,29 ± 0,70
Acné	83 (6,3)	41	1,49 ± 0,89
Nevus melanocítico	71 (5,4)	17	1,24 ± 0,49
Psoriasis	45 (3,4)	34	1,76 ± 1,15
Fibroma blando	45 (3,4)	6	1,13 ± 0,34
Alopecia	35 (2,6)	9	1,29 ± 0,62
Quiste epidérmico	33 (2,5)	14	1,42 ± 0,61
Uña encarnada	28 (2,1)	16	1,57 ± 1,34
Melasma	27 (2)	5	1,19 ± 0,48
<i>Molluscum contagiosum</i>	25 (1,9)	13	1,52 ± 0,65
Onicomycosis	25 (1,9)	12	1,48 ± 0,65
Queratosis seborreica	25 (1,9)	3	1,12 ± 0,64
Escabiosis	23 (1,7)	6	1,22 ± 0,51
Prurito	23 (1,7)	13	1,57 ± 1,03
Tiña	22 (1,7)	5	1,23 ± 0,52
Angiomas y otras alteraciones vasculares	21 (1,6)	8	1,33 ± 0,79
Dermatitis seborreica	21 (1,6)	1	1,05 ± 0,21
Pitiriasis versicolor	18 (1,4)	0	1 ± 0
Urticaria	18 (1,4)	3	1,17 ± 0,38
Vitíligo	18 (1,4)	14	1,78 ± 0,80
Alopecia areata	16 (1,2)	12	1,75 ± 0,68
Condiloma acuminado	14 (1,1)	17	2,21 ± 1,47
Herpes simple	14 (1,1)	3	1,14 ± 0,36
Dermatofibroma	13 (1)	1	1,08 ± 0,27
Hiperpigmentación posinflamatoria	13 (1)	4	1,31 ± 0,63
Acné rosácea	12 (0,9)	5	1,50 ± 0,79
Cicatriz	12 (0,9)	10	1,83 ± 2,03
Queratosis pilar	12 (0,9)	2	1,17 ± 0,57
Callo	11 (0,8)	3	1,27 ± 0,64
Foliculitis	11 (0,8)	7	1,55 ± 0,82
Picaduras	11 (0,8)	3	1,27 ± 0,46
Xerosis	11 (0,8)	1	1,09 ± 0,30

DE: desviación estándar.

Tabla 3 Dermatitis agrupadas en categorías en los pacientes inmigrantes

Tipos de dermatosis [*]	N.º de diagnósticos (n = 1.326) (%)	N.º de revisiones	Media de consultas por categoría ± DE
Inflamatoria	561 (42,3)	280	1,50 ± 0,98
Tumoral benigna	263 (19,8)	76	1,29 ± 0,72
Infeciosa	253 (19,1)	89	1,34 ± 0,71
Otras alteraciones pigmentarias	79 (6)	23	1,29 ± 0,60
Otras alteraciones del pelo	44 (3,3)	10	1,23 ± 0,56
Otras alteraciones ungueales	36 (2,7)	17	1,47 ± 1,20
Otras dermatosis	29 (2,2)	15	1,52 ± 1,09
Tumoral maligna	18 (1,4)	6	1,33 ± 0,59
Otras alteraciones vasculares	8 (0,6)	2	1,13 ± 0,35
Toxicodermias	6 (0,5)	16	3,67 ± 4,36
Otras alteraciones mucosas	5 (0,4)	1	1,20 ± 0,44

* Sin lesiones 13 (1%). Sin diagnóstico 11 (0,8%). DE: desviación estándar.

Tabla 4 Comparación, cruda y ajustada por edad y sexo, de las dermatosis entre la población inmigrante y la población autóctona menor de 60 años

Dermatosis	Población (< 60 años)		p	ORa	p*
	Inmigrante (n= 1.267) N° (%)	Autóctona (n= 1.107) N° (%)			
Dermatitis eccematosa	239 (18,9)	94 (8,5)	< 0,001	2,27 (1,76-2,94)	< 0,001
Nevus melanocíticos	68 (5,4)	144 (13)	< 0,001	0,35 (0,26-0,47)	< 0,001
Verruga vírica no genital	82 (6,5)	91 (8,2)	N.S.	0,71 (0,52-0,97)	0,035
Acné	82 (6,5)	78 (7)	N.S.	0,73 (0,52-1,01)	N.S.
Fibroma blando	41 (3,2)	48 (4,3)	N.S.	0,92(0,59-1,43)	N.S.
Psoriasis	41 (3,2)	47 (4,2)	N.S.	0,9 (0,58-1,41)	N.S.
Quiste epidérmico	33 (2,6)	45 (4,1)	N.S.	0,72 (0,45-1,15)	N.S.
Queratosis seborreica	19 (1,5)	44 (4)	< 0,001	0,57 (0,32-1,01)	N.S.
Dermatitis seborreica	20 (1,6)	29 (2,6)	N.S.	0,62 (0,43-1,12)	N.S.
Alopecia	35 (2,8)	12 (1,1)	0,005	2,8 (1,43-5,49)	0,003
Uña encarnada	28 (2,2)	17 (1,5)	0,005	1,21 (0,65-2,24)	N.S.
Angiomas y alteraciones vasculares	19 (1,5)	21 (1,9)	N.S.	0,73 (0,38-1,37)	N.S.
<i>Molluscum contagiosum</i>	25 (2)	13 (1,2)	N.S.	1,23 (0,61-2,45)	N.S.
Onicomiosis	22 (1,7)	14 (1,3)	N.S.	1,94 (0,96-3,93)	N.S.
Prurito	22 (1,7)	13 (1,2)	N.S.	1,71 (0,84-3,48)	N.S.
Melasma	27 (2,1)	6 (0,5)	0,002	4,7 (1,91-11,70)	0,001
Queratosis actínica	4 (0,3)	28 (2,5)	< 0,001	0,25 (0,08-0,75)	0,013
Alopecia areata	15 (1,2)	16 (1,4)	N.S.	0,90 (0,43-1,85)	N.S.
Carcinoma basocelular	6 (0,5)	22 (2)	0,001	0,47 (0,18-1,22)	N.S.
Pitiriasis versicolor	18 (1,4)	8 (0,7)	N.S.	1,95 (0,83-4,56)	N.S.
Dermatofibroma	12 (0,9)	13 (1,2)	N.S.	0,87(0,39-1,95)	N.S.
Tiña	21 (1,7)	4 (0,4)	0,004	5,16 (1,74 -15,3)	0,003
Cicatriz	12 (0,9)	12 (1,1)	N.S.	0,75 (0,33-1,71)	N.S.
Urticaria	17 (1,3)	6 (0,7)	N.S.	1,79 (0,76-4,21)	N.S.
Vitiligo	17 (1,3)	6 (0,5)	N.S.	2,42 (0,94-6,23)	N.S.
Condiloma acuminado	14 (1,1)	8 (0,7)	N.S.	1,43 (0,59-3,47)	N.S.
Escabiosis	22 (1,7)	0	< 0,001	-	N.A.
Acné rosácea	12 (0,9)	9 (0,8)	N.S.	1,41 (0,57-3,44)	N.S.
Alopecia androgenética	6 (0,5)	12 (1,1)	N.S.	0,4 (0,14-1,1)	N.S.
Liquen plano	8 (0,6)	9 (0,8)	N.S.	0,83 (0,31-2,2)	N.S.
Hiperpigmentación posinflamatoria	13 (1)	4 (0,4)	N.S.	2,59 (0,83-8,08)	N.S.
Picaduras	11 (0,9)	6 (0,5)	N.S.	1,24 (0,45-3,42)	N.S.
Herpes simple	14 (1,1)	2 (0,2)	0,013	6,58 (1,47-29,45)	0,014
Lentigo solar	5 (0,4)	11 (1)	N.S.	0,67 (0,22-2,03)	N.S.
Foliculitis	11 (0,9)	4 (0,4)	N.S.	2,7 (0,84-8,68)	N.S.
Onicodistrofia	7 (0,6)	8 (0,7)	N.S.	0,83 (0,29-2,36)	N.S.
Callo	10 (0,8)	3 (0,3)	N.S.	3,74 (0,99-14,04)	N.S.
Queratosis pilar	12 (0,9)	1 (0,1)	0,01	8,19 (1,05-63,51)	0,04
Melanoma	0	13 (1,2)	0,001	-	N.A.
Hidrosadenitis supurativa	2 (0,2)	10 (0,9)	0,02	0,19 (0,04-0,91)	0,03
Lupus	2 (0,2)	10 (0,9)	0,02	0,17 (0,038-0,81)	0,02
Xerosis	11 (0,9)	0	0,005	-	N.A.
Hipopigmentación	7 (0,6)	2 (0,2)	N.S.	3,03 (0,61-14,91)	N.S.
Lipoma	3 (0,2)	6 (0,5)	N.S.	0,40 (0,1-1,66)	N.S.
Liquen escleroso y atrófico	2 (0,2)	6 (0,5)	N.S.	0,28 (0,05-1,43)	N.S.
Toxicodermia	5 (0,4)	2 (0,2)	N.S.	2,82 (0,52-15,21)	N.S.
Candidiasis	4 (0,3)	2 (0,2)	N.S.	1,54 (0,27-8,61)	N.S.
Herpes zóster	4 (0,3)	2 (0,2)	N.S.	2,09 (0,36-11,91)	N.S.
Úlcera cutánea	4 (0,3)	2 (0,2)	N.S.	2,62 (0,45-15,27)	N.S.
Carcinoma espinocelular	0	4 (0,4)	0,047	-	N.A.
Queratoacantoma	1 (0,1)	0	N.S.	-	N.A.

* p ajustada; N.A.: no aplicable; N.S.: no significativo; ORa: odds ratio ajustada.

Tabla 5 Comparación cruda y ajustada por edad y sexo de las dermatosis agrupadas en categorías entre la población inmigrante y la autóctona menor de 60 años

Tipos de dermatosis	Población (< 60 años)		p	ORa	p*
	Inmigrante (n = 1.267) N° (%)	Autóctona (n = 1.107) N° (%)			
Inflamatoria	546 (43,1%)	371 (33,5)	< 0,001	1,39 (1,17-1,65)	< 0,001
Tumoral benigna	242 (19,1)	374 (33,8)	< 0,001	0,48 (0,40-0,58)	< 0,001
Infeciosa	245 (19,3)	151 (13,6)	< 0,001	1,43 (1,14-1,79)	0,002
Tumoral maligna	12 (0,9)	72 (6,5)	< 0,001	0,23 (0,12-0,43)	< 0,001
Otras alteraciones pigmentarias	75 (5,9)	35 (3,2)	0,002	2,09 (1,37-3,18)	0,001
Otras alteraciones del pelo	44 (3,5)	28 (2,5)	N.S.	1,43 (0,88-2,34)	N.S.
Otras alteraciones ungueales	35 (2,8)	26 (2,3)	N.S.	1,05 (0,62-1,77)	N.S.
Otras dermatosis	28 (2,2)	22 (2)	N.S.	1,14 (0,64-2,03)	N.S.
Otras alteraciones mucosas	5 (0,4)	8 (0,7)	N.S.	0,64 (0,20-2,01)	N.S.
Otras alteraciones vasculares	8 (0,6)	4 (0,4)	N.S.	1,77 (0,52-6,01)	N.S.
Toxicodermias	5 (0,4)	3 (0,3)	N.S.	1,86 (0,42-8,13)	N.S.

* p ajustada: N.S.: no significativo; ORa: odds ratio ajustada.

la PI, con un predominio de las micosis. Sin embargo, en este trabajo no incluyen la dermatitis atópica en el grupo de la dermatitis eccematosa, por lo que no podemos establecer comparaciones, pero si agrupáramos estas entidades la dermatitis eccematosa también sería el diagnóstico más frecuente. Aunque no analizan el diagnóstico «verruca vírica» como tal, refieren como segunda patología más frecuente las infecciones víricas, en las que incluyen este diagnóstico. La tercera dermatosis, al igual que en nuestro estudio, es el acné.

Fuera de nuestras fronteras Halder y Nootheti¹², en Washington DC, Taylor¹³ en Nueva York y Child et al.¹⁴ en Londres encuentran que la patología dermatológica más frecuente en inmigrantes es el acné, seguido de la dermatitis eccematosa. En otro estudio Sánchez et al.¹⁵, en Nueva York, destacan que las patologías más numerosas en la PI estudiada, que era de origen latinoamericano, fueron la dermatitis eccematosa, las verrugas víricas y el acné por este orden, como sucede en nuestro trabajo.

La dermatitis eccematosa, principal motivo de consulta de los PI de nuestro estudio, agrupa diferentes patologías, entre las que destacaron por su mayor frecuencia la dermatitis atópica y el eccema crónico. Pensamos que, tal vez, el tipo de piel favorece el desarrollo de dermatitis atópica. Conviene señalar que la presentación clínica de esta patología en aquellos inmigrantes de pieles más pigmentadas en los que el eritema no es tal, sino que adquiere un tono más violáceo, puede dificultar su diagnóstico en Atención Primaria y condicionar una mayor derivación al dermatólogo. Por otra parte, la actividad laboral de estas personas, en las que el trabajo doméstico, la construcción y la hostelería ocupan un lugar destacado, unido a su tipo de piel, favorecerían la cronificación del eccema.

En el estudio comparativo de las dermatosis y de los grupos de dermatosis entre la PI y la PA, nuestros datos reflejan diferencias significativas que pueden atribuirse a diversos factores. En relación con la dermatitis eccematosa ya hemos comentado que tanto el tipo de piel de las personas inmigrantes como su actividad laboral favorecen su aparición, y probablemente esto ha determinado que haya sido más

habitual que en la PA. Así mismo el tipo de piel de la PI y la menor disponibilidad de recursos para adquirir productos hidratantes, que no consideran de primera necesidad, podrían condicionar la mayor frecuencia de xerosis.

Cabría pensar que el mayor porcentaje de alopecia en la PI fuera atribuible a que una parte es de piel negra, en la que son comunes determinados tipos de alopecia¹⁶. No obstante, en los pacientes inmigrantes subsaharianos (en su mayoría de piel negra) no se registraron casos, por lo que es posible que en nuestro estudio esta mayor frecuencia de alopecia se deba a que la mujer latinoamericana consulte más por este motivo. La menor frecuencia de nevus melanocíticos detectada en la PI se debería a que gran parte está formada por personas de piel pigmentada. En ellas, como indica la literatura¹⁷⁻²⁰ estas lesiones son menos habituales.

De igual modo, la menor frecuencia de carcinoma espinocelular, queratosis actínica y melanoma se explica por el tipo de piel y por la menor edad de los pacientes inmigrantes. Las personas de piel pigmentada desarrollan con menor frecuencia cáncer de piel^{13,16,21,22}, ya que el contenido de melanina y la distribución de los melanosomas tienen un efecto protector¹⁶. Además, a pesar de que para comparar las dermatosis de la PI con las de la PA solo se consideró parte del grupo control (aquellos menores de 60 años), la edad media de la PA fue superior a la de la población inmigrante, y tanto el carcinoma espinocelular como las queratosis actínicas son más frecuentes en las personas de mayor edad^{23,24}.

Se ha descrito una mayor prevalencia de lupus en las personas de piel negra que en las de piel blanca²⁵, mientras que la incidencia en la población latinoamericana es similar a la de las personas de piel blanca²⁵. De acuerdo con esto esperábamos encontrar una frecuencia parecida de lupus en la PI (con un predominio de latinoamericanos) que en la autóctona, pero no ha sido así. La mayor frecuencia de lupus en la PA de nuestro estudio se puede deber a que es una enfermedad crónica que genera gran número de revisiones, contribuyendo a aumentar el número de diagnósticos de lupus en el grupo control.

Las alteraciones pigmentarias son más habituales en las personas de piel negra, latinoamericanos y asiáticos^{12,13,15}. Constatamos un mayor porcentaje de estas alteraciones en los pacientes inmigrantes de nuestro estudio.

En cuanto a las dermatosis infecciosas se observa una frecuencia significativamente superior en la PI, coincidiendo con lo referido por Porta et al⁴. Estos autores destacan un mayor porcentaje de onicomycosis, tiñas, condilomas acuminados, sífilis y escabiosis. Según nuestros datos las únicas patologías infecciosas significativamente más frecuentes en la PI fueron la tiña, la escabiosis y el herpes simple; no obstante otras patologías infecciosas como el *molluscum contagiosum*, la onicomycosis y la pitiriasis versicolor presentaron porcentajes superiores en la PI sin alcanzar significación estadística. Los inmigrantes viven, en general, en peores condiciones higiénico-sanitarias y con mayor hacinamiento que la PA²⁶, factores que favorecerían que la escabiosis y la tiña hayan sido más frecuentes. La mayor presencia de herpes simple podría explicarse tanto por el hacinamiento, que facilita su transmisión, como por el estrés que sufren con frecuencia y que favorece su reactivación. La verruga vírica no genital es una dermatosis muy común tanto en la población inmigrante como en la autóctona; su mayor frecuencia en la PA podría atribuirse a que los inmigrantes consulten menos por esta patología al tener más dificultades de acceso a la asistencia sanitaria y no a que presenten menor incidencia.

Nos gustaría resaltar que en todo el año de recogida de datos de nuestro estudio no se registró ningún caso de lepra en la PI atendida. A pesar de que el diagnóstico de lepra actualmente se asocia con la inmigración, nuestros datos indican que no es una enfermedad frecuente en las personas inmigrantes, de hecho los casos descritos en la literatura son escasos^{27,28}. De todos modos el dermatólogo debe tener presente la posibilidad de aparición de esta dermatosis en PI, tanto para prevenir la discapacidad asociada a un diagnóstico tardío como para evitar su transmisión en nuestro país.

Aunque la población objeto de este estudio es muy heterogénea cabe destacar la llegada de personas procedentes de países donde la prevalencia de enfermedades de transmisión sexual es muy alta. Así mismo, tanto las condiciones asociadas a la inmigración, como el tráfico de personas o la precariedad socioeconómica y afectiva hacen que estos grupos poblacionales se consideren de alto riesgo para contraer enfermedades de transmisión sexual^{29,30}. En contra de lo que cabría esperar destaca el bajo porcentaje de enfermedades de transmisión sexual registrado en nuestro colectivo de inmigrantes, con únicamente 14 casos de condilomas acuminados (1,1% del total de diagnósticos en población inmigrante). Esto es debido a que en nuestra área las enfermedades de transmisión sexual se atienden en su mayoría en un centro especializado, de fácil acceso para la PI, pues no precisan tarjeta sanitaria y se les garantiza el anonimato.

La investigación clínica puede tener limitaciones derivadas de su diseño, así como de la metodología y el análisis empleados. Nuestro estudio no está exento de las mismas y estas pueden haber influido en los resultados obtenidos. El diseño del estudio, transversal y observacional, no contempló el seguimiento de los pacientes en el tiempo, por lo que es posible que algunos procesos cutáneos no fueran detectados; tampoco ha permitido seguir la evolución de

las dermatosis, y dada la escasa frecuencia de las enfermedades tropicales, como la oncocercosis o la lepra, no ha sido detectado ningún caso en este estudio. Por otra parte nuestros datos fueron recogidos por distintos dermatólogos, por lo que pueden existir variaciones interobservador, pero lo cierto es que esta es la realidad de la asistencia sanitaria, y hubiera sido casi imposible que todos los pacientes inmigrantes fueran atendidos por solo un médico especialista. Además el escaso número de pacientes inmigrantes de determinadas áreas geográficas, así como la reducida frecuencia de ciertos diagnósticos no permitió demostrar significación estadística en algunas diferencias observadas.

Las dermatosis por las que la PI suele consultar: eczema, verrugas víricas y acné son las patologías habituales en nuestra práctica clínica diaria. Además las dermatosis infecciosas más frecuentes en la PI (verruga vírica no genital, *molluscum contagiosum*, onicomycosis, escabiosis y tiña) son cosmopolitas, por lo que el paciente inmigrante probablemente no supone un riesgo real de transmisión de enfermedades importadas tropicales en el campo de la Dermatología.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Jansà JM, García de la Olalla P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gac Sanit.* 2004;18 Supl:2007-13.
- Ochoa E, Muelas N, Díaz H. Asistencia psiquiátrica a inmigrantes: Demanda en un centro de salud mental y hospitalización. *Psiquiatría.com* (revista en Internet) 2004 septiembre. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/>. (acceso 15 octubre 2007).
- Martínez-Salio A, Oliet C, Porta-Etessam J, Bermejo-Pareja F. Análisis de la demanda asistencial de la población inmigrante en una consulta de Neurología extrahospitalaria. *Neurología.* 2003;18:425-30.
- Porta N, San Juan J, Simal E, Baldellou R, Ara M, Zubiri ML. 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.
- Belda S, Guillén S, Pérez D, Raseró M, Ramos JT, Salto E. Miasis del cuero cabelludo en un niño inmigrante. *An Pediatr (Barc).* 2003;59:114-6.
- Suárez JM, Herrera L, Bautista FJ, Davila J. Skin abscess in a one-year-old infant. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2004;22:361-2.
- Carapeto FJ. Tuberculosis cutánea. Enfermedad emergente. *Piel.* 2004;19:63-6.
- Avilés JA. Dermatosis en pacientes de raza negra. *Piel Dermo-cosméticos Iberoam.* 2004;1:18-29.
- Sais G, Bigata X, Savall R, Isern M. Aspectos clínicos específicos de las dermatosis en razas pigmentadas. *Piel.* 2003;18:313-9.
- Fernández Peñas P, Jones Caballero M. Codificación de las enfermedades dermatológicas. En: *Compatible con la Clasificación Internacional de Enfermedades. 9ª Revisión Madrid: Drug Farma; 1996.*
- INE.es. Instituto Nacional de Estadística (sede web). Disponible en <http://www.ine.es/>.
- Halder R, Nootheti P. Ethnic skin disorders overview. *J Am Acad Dermatol.* 2003;48:143-8.
- Taylor S. Epidemiology of Skin diseases in people of color. *Cutis.* 2003;71:271-5.

14. Child FJ, Fuller LC, Higgins EM, Vivier AW. A study of the spectrum of skin disease occurring in a black population in southeast London. *Br J Dermatol.* 1999;141:512-7.
15. Sánchez M. Cutaneous diseases in Latinos. *Dermatol Clin.* 2003;21:689-97.
16. Taylor S. Skin of color: Biology, structure, function and implications for dermatologic disease. *J Am Acad Dermatol.* 2002;46:541-62.
17. Barnhill RL, Llewellyn K. Benign Melanocytic Neoplasms. En: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, editores. *Dermatology.* Londres: Mosby-Elsevier; 2003. p. 1757-87.
18. Gallagher RP, Mc Lean DI. The epidemiology of acquired melanocytic nevi. A brief review. *Dermatol Clin.* 1995;13: 595-603.
19. Coleman W, Gately LE, Kremenz AB, Reed RJ, Kremenz ET. Nevi, lentigines and melanomas in blacks. *Arch Dermatol.* 1980;116:548-51.
20. Reddy CR, Yellama A, Satjanarayana V, Sundareshwar B. Incidence and evolution of moles and the relationship to malignant melanoma in Eastern India. *Int Surg.* 1976;61: 469-71.
21. Gawkrödger DJ. Racial influences on skin diseases. En: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths E. *Rook's textbook of dermatology.* 7^a ed. Turin:Blacwell Publishing;2007. p. 69.1-69.21.
22. McCall C, Chen S. Squamous cell carcinoma of the legs in African Americans. *J Am Acad Dermatol.* 2002;47:524-9.
23. Millar SJ, Moresi M. Actinic keratosis, basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma. En: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, editores. *Dermatology.* Londres: Mosby-Elsevier; 2003. p. 1677-96.
24. Mackie RM, Quinn AG. Non-melanoma skin cancer and other epidermal tumours. En: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths, editores. *Rook's textbook of dermatology.* 7^a ed. Italy: Blackwell Publishing. p. 36.1-36.50.
25. Lee LA. Lupus erythematosus. En: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, editores. *Dermatology.* Philadelphia: Mosby-Elsevier; 2003. p. 601-13.
26. Benítez T, Llerena P, López R, Bruguera C, Lasheras I. Grupo de Trabajo del Programa de Atención al Niño en Situación Social de Riesgo. Determinantes socioeconómicos de un colectivo de familias inmigrantes. *An Pediatr (Barc).* 2004;60:9-15.
27. Almeida P, Borrego L, Rodríguez MJ, Hernández Machín B, Hernández B, Cañas F, et al. Lesiones cutáneas hipopigmentadas en un inmigrante de raza negra. *Rev Clin Esp.* 2004;204:29-31.
28. Morales AM, Martínez G, Aragonese H, Castrodeza J, Miranda A. Dos casos de lepra en Valladolid. *Actas Dermosifiliogr.* 2005;96:245-7.
29. De Eusebio E, Zambrano B, Jaén P. Patología dermatológica en inmigrantes. *Semergen.* 2004;30:345-55.
30. Postigo C. Enfermedades de transmisión sexual e inmigración en España. *Actas Dermosifiliogr.* 2007;98:513-7.