

Prevalencia de Enfermedades Dermatológicas en una comunidad rural de Ucayali, Perú.

Prevalence of skin diseases in a rural area of Peruvian Amazonia.

Ericson L. Gutierrez⁽¹⁾, Carlos Galarza⁽¹⁾, Willy Ramos⁽¹⁾, Mercedes Tello⁽¹⁾, Isabel Rojas⁽³⁾, Humberto Chía⁽²⁾, Gerardo Ronceros⁽¹⁾, y Alex G. Ortega-Loayza⁽⁴⁾.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades dermatológicas representan un problema importante de salud en regiones tropicales. **OBJETIVOS:** Determinar la prevalencia de enfermedades dermatológicas en una comunidad rural de la selva peruana. **DISEÑO:** Estudio descriptivo y transversal. **LUGAR:** Comunidad rural de Pueblo Libre, Distrito de Campo Verde, Coronel Portillo, Ucayali-Perú. **PARTICIPANTES:** Todos los pobladores de dicha comunidad. **INTERVENCIONES:** Durante el mes de febrero del 2005 se realizó una encuesta casa por casa, registrándose las características socio-demográficas, el diagnóstico dermatológico, sexo y edad en una ficha de recolección de datos. Los diagnósticos se basaron de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades (ICD-10). **PRINCIPALES MEDIDAS DE RESULTADOS:** Prevalencia de enfermedades dermatológicas. **RESULTADOS:** Se examinó a un total de 111 personas, la mayoría de la población adulta contaba con educación primaria incompleta (38,7%), se dedicaba preferentemente a la agricultura (34,2%) y en su totalidad refirió tener un ingreso mensual menor al mínimo vital. El 61,3% de la población estuvo afectada por una o más enfermedades dermatológicas y se encontró como único factor independiente de riesgo la agricultura como ocupación ($p < 0,05$; OR.: 6,2, IC95%: 1,1-35,7). Por grupos de enfermedad, las dermatosis infecciosas y parasitarias fueron las más prevalentes (39,6%), seguidas por las dermatitis (24,3%) Por enfermedad, las dermatofitosis o tiñas fueron el diagnóstico de mayor prevalencia (14,4%), seguidas por el prurito (9,9%). **CONCLUSIONES:** Existe una alta prevalencia de enfermedades dermatológicas en la comunidad estudiada siendo las más prevalentes las dermatosis infecciosas. Los resultados del presente estudio servirán para la capacitación de los médicos generales en el diagnóstico y tratamiento de las dermatosis más comunes debido a la escasez de especialistas en la selva peruana.

PALABRAS CLAVE: Enfermedades dermatológicas, micosis superficiales, selva peruana.

Dermatol Perú 2009;19(2): 104-112

1 Instituto de Investigaciones Clínicas, Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM). Lima, Perú.

2 Servicio Académico Asistencial de Dermatología de la UNMSM (SAAD-UNMSM). Lima, Perú.

3 Puesto de Salud Pueblo Libre, Campo Verde. Ucayali, Perú.

4 Department of Internal Medicine, Virginia Commonwealth University, Richmond, VA, USA

Recibido: 13-05-2009

Aceptado: 19-06-2009

PREVALENCE OF SKIN DISEASES IN A RURAL AREA OF PERUVIAN AMAZONIA.

ABSTRACT

Background: Dermatological diseases represent an important health problem in tropical areas. Aim: To determinate the prevalence of dermatological diseases in a rural area of the Peruvian Amazonia. Design: Descriptive and cross-sectional study. Place: Rural community of Pueblo Libre, District of Campo Verde, Coronel Portillo, Ucayali-Perú. Participants: All population of this community. Interventions: During February 2005 it was performed a statistical survey door-to-door, social-demographic characteristics, dermatological diagnoses, sex and age were registered in an instrument of recollection of dates. Diagnoses were classified in accordance with the ICD-10 system. Main measures of results: Prevalence of dermatological diseases. Results: 111 persons were examined, the majority of adult population had incomplete Primary School (38,7%), they dedicate their time principally to the agriculture (34,2%) and all of them said to have a salary less to the minimum vital. 61,3% (CI95%: 52,1-70,5) of the population was affected by one or more dermatological diseases and we find the agriculture as the unique independent factor of risk ($p<0,05$; OR.: 6,2, CI95%: 1,1-35,7). By groups of diseases, infectious and parasitic dermatoses were the most common (39,6%), following by dermatitis (24,3%). By disease, the dermatophytosis were the most prevalent diagnosis (14,4%), following by the prurito (9,9%). Conclusions: Infectious dermatological diseases were the most common diagnoses in rural areas of the Peruvian Amazonia, which has similar climatic conditions with other tropical regions worldwide. These findings may assist in the training of general doctors in diagnosis and treatment of the most common dermatoses in tropical areas.

KEYWORDS: skin diseases, superficial mycosis, Peruvian Amazonia.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades dermatológicas varían ampliamente con la situación geográfica y probablemente son influenciadas por factores étnicos y ambientales. Además son causa importante de morbilidad, pérdida económica y exclusión social. En los países en desarrollo, las enfermedades dermatológicas constituyen un importante problema de salud pública, principalmente las de causa infecciosa ⁽¹⁾. Debido a esto, están consideradas en el proyecto de control de enfermedades prioritarias del Banco Mundial/OMS/ y el Centro Fogarty Internacional ⁽²⁾.

Las infecciones de la piel y del tejido celular subcutáneo junto con las micosis superficiales son los principales motivos de consulta dermatológica en áreas de la selva peruana ⁽³⁾, además nuestro grupo de investigación realizó un estudio previo, el cual muestra que las dermatosis infecciosas y parasitarias son los principales motivos de consulta ⁽⁴⁾, sin embargo; estos datos fueron recogidos de registros diarios de pacientes atendidos en centros de salud o de atenciones realizadas por dermatólogos en hospitales regionales; lo cual no refleja necesariamente la frecuencia de enfermedades de la piel en áreas rurales de la selva peruana. El presente estudio se realizó en el caserío rural de Pueblo Libre, el cual cuenta aproximadamente con 48 viviendas, está ubicado en el distrito de Campo verde (latitud 8°28'S y longitud 74°48'O), provincia de Coronel Portillo en Ucayali, Perú, a 200 m de altitud, con clima tropical cálido todo el año (promedio de 24 °C) y estación lluviosa en verano ⁽⁵⁾ (Figura 1). En esta comunidad la población es principalmente mestiza y de bajos recursos económicos.

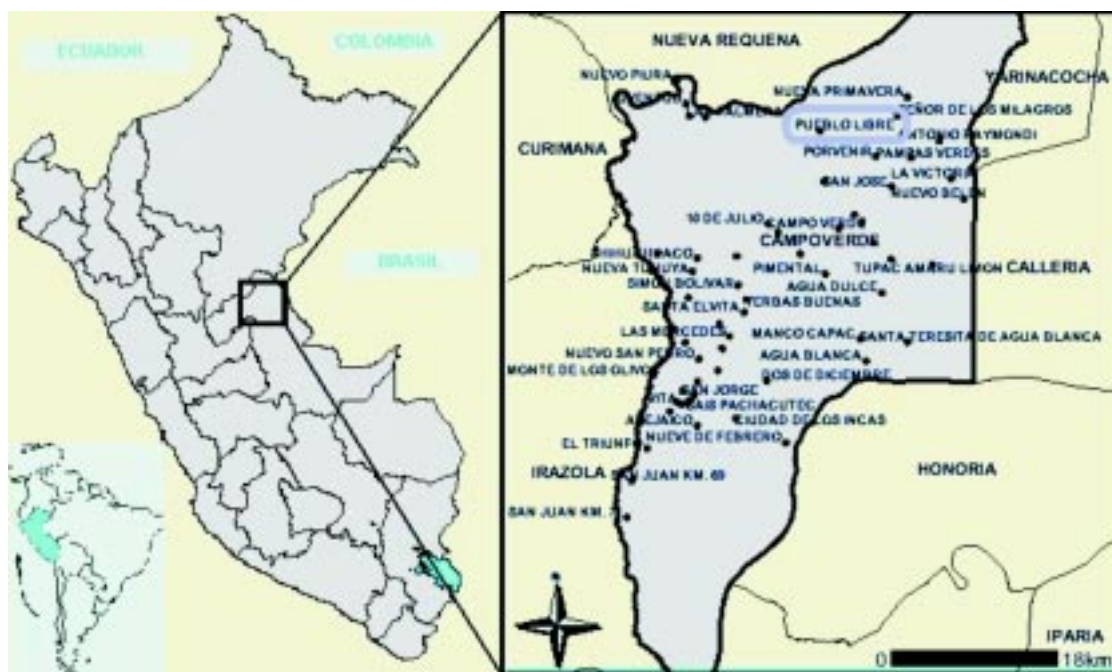


FIGURA 1: Ubicación geográfica del área de estudio.

El objetivo del presente trabajo es determinar la prevalencia de enfermedades dermatológicas en una comunidad rural de la selva peruana debido a que representan una causa importante de morbilidad en poblaciones rurales expuestas a factores climáticos y ambientales presentes en áreas tropicales.

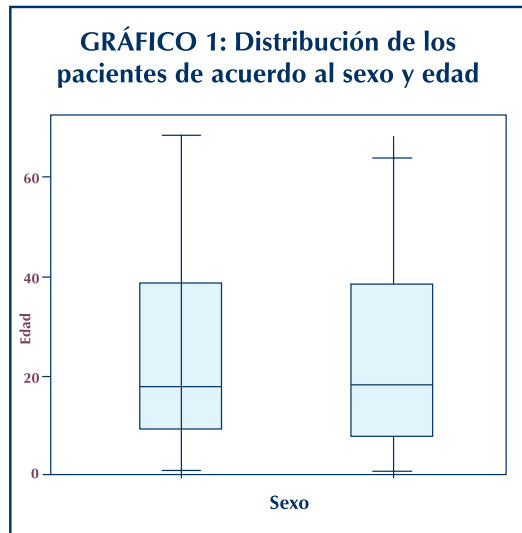
PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y transversal, realizado durante el mes de febrero del 2005, en el caserío rural de Pueblo Libre, distrito de Campo Verde, provincia de Coronel Portillo en Ucayali, Perú. Se incluyó en el estudio a toda la población presente el día del estudio, se realizó una encuesta casa por casa, registrándose los datos epidemiológicos y demográficos en un instrumento de recolección de datos, simultáneamente se informaba sobre las características del trabajo y se solicitaba la participación voluntaria. Posteriormente, la población

acudió al Puesto de Salud Pueblo Libre donde se adecuó un ambiente confortable, con buena iluminación para realizar un examen completo de piel por parte de médicos dermatólogos del Servicio Académico Asistencial de Dermatología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (SAAD-UNMSM), en los casos necesarios se emplearon exámenes auxiliares tales como frotis directo y biopsia de piel. El diagnóstico dermatológico, morfología y localización de las lesiones se completaron en la ficha de recolección de datos aplicada previamente; luego se obtuvo la prevalencia de enfermedades. Los diagnósticos se basaron en la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10).

Los datos fueron analizados utilizando el programa SSPS versión 15.0 (Versión de evaluación). Se realizó estadística univariada basada en el cálculo de frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y

dispersión; luego se realizó estadística bivariada usando la prueba chi cuadrado para variables cualitativas. Las variables que resultaron estadísticamente significativas fueron ingresadas en un modelo de regresión logística multinomial. Los cálculos fueron realizados con un nivel de confianza del 95 %.



RESULTADOS

La población total incluida en el estudio fue de 111 personas, el promedio de edad fue de $23,65 \pm 19,9$ años, el 53,2% fueron varones y el 46,8% mujeres, el principal grupo de edad fue <15 años (46,8%), seguidos por el de 16-30 (18,9%), 31-45 (16,2%), 46-60 (16,2%), 61-75 (1,8%) [Gráfico 1].

La mayoría de la población adulta tuvo un nivel de educación de primaria incompleta (38,7%), se dedicaba preferentemente a la agricultura (34,2%) y en su totalidad refirió tener un ingreso mensual menor al mínimo vital. En cuanto a la infraestructura de las viviendas, estas tenían techos de hojas de palmera (68,5%) y piso de tierra (88,3%). La población cuenta con abastecimiento de agua a través de un pozo y teléfono comunitario satelital, no contando con

TABLA 1: Características socio-demográficas de la población

CARACTERÍSTICA	FRECUENCIA (%)
Educación	
Secundaria completa	6(5,4)
Secundaria incompleta	14(12,6)
Primaria completa	17(15,3)
Primaria incompleta	43(38,7)
Sin instrucción	8(7,2)
No aplica	23(20,7)
Ocupación	
Agricultura	38(34,2)
Estudiante	24(21,7)
Ama de casa	15(13,5)
Otra	34(30,6)
Ingreso promedio mensual	
Menor al mínimo vital (S./550,00)	111(100)
Infraestructura de las viviendas	
techos de las viviendas	
Palmera	76(68,5)
Calamina	35(31,5)
Piso de las viviendas	
Tierra	98(88,3)
Cemento	13(11,7)
Servicios básicos	
Agua (pozo)	111(100)
Luz	0(0)
Desagüe	0(0)
Teléfono comunitario	111(100)
Eliminación de excretas	
Letrina	53(47,7)
Silo	47(42,4)
Intemperie	11(9,9)

servicio de luz ni desagüe, la eliminación de excretas se realiza principalmente a través de letrinas (47,7%) [Tabla 1].

Un total de 68 personas presentaron 83 diagnósticos, estando el 61,3% de la población afectada por enfermedades

TABLA 2: Factores asociados para presentar alguna dermatosis.

CARACTERÍSTICA	FRECUCENCIA (%)	
	ALGUNA DERMATOSIS	
	Frecuencia (%)	OR (IC 95%)
Sexo		
Masculino	35(51,5)	2,7(0,9-7,9)
Femenino	33(48,5)	1*
Rango de edad		
0-15	31(45,6)	1,5(0,2-9,4)
16-30	13(19,1)	2,3(0,3-16,1)
31-45	12(17,6)	0,9(0,1-5,4)
45-70	12(17,6)	1*
Ocupación		
Agricultor	30(44,1)	6,2(1,1-35,7)
Otro	38(55,9)	1*
*Referencia		

dermatológicas y se encontró como único factor asociado la agricultura como ocupación ($p < 0,05$; OR: 6,2, IC95%: 1,1-35,7) [Tabla 2].

Por grupos de enfermedad, las dermatosis infecciosas y parasitarias, incluyendo las infecciones de la piel y del tejido subcutáneo, fueron las que presentaron mayor prevalencia (39,6%), seguidas por las dermatitis (24,3%) y las enfermedades de los anexos de la piel (4,5%). Por enfermedad, las dermatofitosis o tiñas fueron el diagnóstico de mayor prevalencia (14,4%), seguidas por el prurito (9,9%) y la escabiosis (8,1%) [Tabla 3]. Se encontró asociación entre las micosis superficiales ($p = 0,024$) con el grupo etario del paciente, las principales dermatosis en relación al sexo y grupo de edad se muestran en la Tabla 4.

DISCUSIÓN

La pobreza suele ir acompañada de desempleo, malnutrición, analfabetismo o

TABLA 3:

Total de diagnósticos en el estudio

DIAGNOSTICOS	FRECUCENCIA (%)
DERMATOSIS INFECCIOSAS	44(53)
Enfermedades virales	2(2,4)
Verrugas víricas	2(2,4)
Micosis superficiales	21(25,3)
Dermatofitosis(tiñas)	16(19,3)
ptiriasis versicolor	5(6,0)
Enfermedades debidas a protozoos	1(1,2)
Leishmaniosis	1(1,2)
Infestaciones	9(10,8)
Escabiosis	9(10,5)
Infecciones bacterianas de la piel	11(13,3)
Impétigo	7(8,4)
Absceso cutáneo, furúnculo y carbunco	3(3,6)
Celulitis	1(1,2)
DERMATOSIS NO-INFECCIOSAS	39(47)
Neoplasias benignas	2(2,4)
Nevo melanocítico	1(1,2)
Dermatofibroma	1(1,2)
Dermatitis y eccema	27(32,5)
Prurito	11(13,3)
Dermatitis seborreica	5(6,0)
Pitiriasis Alba	5(6,0)
Dermatitis atópica	2(2,4)
Dermatitis alérgica de contacto	2(2,4)
Liquen simple crónico y prurigo	2(2,4)
Dermatosis papuloescamosas	1(1,2)
Psoriasis	1(1,2)
Urticaria y eritema	4(4,8)
Urticaria	4(4,8)
Enfermedades de los órganos anexos	5(6,0)
Acné	4(4,8)
Miliaria	1(1,2)
Total diagnósticos	83(100)
Total personas	68(61,3)

TABLA 4: Principales dermatosis en relación al sexo y grupo de edad

	MICOSIS SUPERFICIALES		DERMATITIS		INFECCIONES BACTERIANAS	
	Frecuencia (%)	OR(IC 95%)	Frecuencia (%)	OR(IC 95%)	Frecuencia (%)	OR(IC 95%)
SEXO						
Masculino	9(42,9)	1,2(0,4-3,6)	10(37,0)	1*	7(63,6)	2,9(0,8-11,2)
Femenino	12(57,1)	1*	17(63,0)	1,8(0,7-5,2)	4(36,4)	1*
RANGO DE EDAD						
0-15	7(33,3)	1,3(0,1-12,5)	17(63,0)	1*	8(72,7)	2,0(0,2-19,7)
16-30	9(42,9)**	6,9(0,7-70,1)	3(11,1)	0,4(0,1-1,8)	1(9,1)	0,6(0,0-10,6)
31-45	4(19,0)	4,4(0,4-51,4)	2(7,4)	0,3(0,1-1,3)	1(9,1)	1,0(0,1-20,2)
45-60	1(4,8)	1*	5(18,5)	3,9(0,8-19,6)	1(9,1)	1*

* Referencia, χ^2 : **p<0.05

bajo nivel educativo especialmente femenino, riesgos ambientales y acceso limitado a servicios sociales y sanitarios. Todos estos factores contribuyen a elevar los niveles de fecundidad, morbilidad y mortalidad, registrándose por tal motivo una relación directa entre las tasas de morbilidad, mortalidad y niveles de pobreza ⁽⁶⁾; por lo tanto, las malas condiciones socioeconómicas se relacionan a un aumento en la prevalencia de las enfermedades dermatológicas ⁽⁷⁾.

Asimismo, la confluencia de factores ambientales como la vegetación, condiciones topográficas, presencia de lagunas, ríos, quebradas y colecciones de agua presentes en la selva peruana podrían explicar la alta prevalencia de enfermedades dermatológicas de origen infeccioso en nuestro estudio (39,6%) ⁽⁸⁾. Estudios similares se han realizado en diferentes regiones rurales del mundo, los cuales demuestran una alta prevalencia de enfermedades dermatológicas. De esta manera, dos estudios realizados en Tanzania demostraron prevalencias de 26% ⁽⁷⁾ y 34% ⁽⁹⁾. Un estudio realizado en Egipto ⁽¹⁰⁾ demostró que el 86% de los residentes de áreas rurales presentaron alguna enfermedad dermatológica, por último en Nepal, el 62.2% de esta población estaba afectada ⁽²⁾.

Las micosis superficiales fueron el principal diagnóstico en nuestro estudio (prevalencia = 18.9%), probablemente debido a que la humedad y el calor presentes desencadenan la proliferación de hongos dermatofitos y especies de *Malassezia* ⁽¹¹⁾, resultados similares a estos se encontraron en regiones rurales de Egipto (16.17%) ⁽¹⁰⁾ y Nepal (20.3%) ⁽²⁾.

El impétigo, furúnculo, carbunco, celulitis y otras infecciones superficiales de la piel, representaron el 9.9% y aparecieron principalmente en niños, coincidiendo con

hallazgos en regiones rurales de Egipto (10.1%) ⁽¹⁰⁾ y Nepal (6,2%) ⁽²⁾. Por el contrario, en un estudio realizado en población pediátrica de Rumania, la prevalencia fue menor al 1% ⁽¹²⁾. Un bajo nivel socioeconómico y una mala higiene personal asociados a un clima caluroso, incrementan este tipo de infecciones.

La escabiosis es una dermatosis parasitaria frecuente en áreas tropicales ⁽¹⁾, representando en este estudio el 8.1%. Las malas condiciones sanitarias, hacinamiento y malnutrición condicionarían la aparición de esta parasitosis en esta comunidad.

Las dermatitis representaron el segundo grupo de enfermedad más prevalente (24.3%) y aparecieron principalmente en adultos, resultando similares a estudios hospitalarios realizados en Hormozgan (Irán) ⁽¹³⁾ y Hajjah (Yemen) ⁽¹⁴⁾, y siendo mayores a otras regiones rurales de Egipto ⁽¹⁰⁾ y Nepal ⁽²⁾.

El prurito es uno de los motivos de consulta más común en atención primaria de salud ⁽¹⁵⁾, sus causas son múltiples. En esta población, las picaduras de insectos serían la principal causa, las helmiasis intestinales o enfermedades sistémicas de algunos pacientes también serían causa de prurito.

Los trastornos de los órganos anexos de la piel son el siguiente grupo de enfermedad en prevalencia (4.5%), se presentaron principalmente en mujeres jóvenes y dentro de este grupo, el acné fue el motivo de consulta más común.

Las neoplasias cutáneas representan el principal motivo de consulta en países desarrollados ⁽¹⁶⁾, disminuyendo su frecuencia en países en desarrollo, en este estudio, las neoplasias benignas representaron el 1,8%, y aparecieron en mujeres, coincidiendo con resultados encontrados en áreas rurales de Nepal ⁽²⁾.

La psoriasis se presenta principalmente en países del hemisferio norte y disminuye su incidencia en áreas tropicales ⁽¹⁷⁾, coincidentemente sólo se encontró un caso.

El presente trabajo demuestra que las enfermedades dermatológicas son comunes en una comunidad rural de la selva peruana, esta elevada prevalencia se podría explicar porque se examinó a toda la población presente. Los médicos que trabajan en regiones rurales observan que en muchos casos, los pacientes que acuden a los servicios de atención primaria por síntomas respiratorios o digestivos, también podrían presentar alguna enfermedad dermatológica. La prevalencia de enfermedades en regiones rurales de la selva peruana es tan alta, que en muchos casos el personal de salud también podría resultar afectado. Los resultados presentados pueden servir a las autoridades sanitarias para capacitar no sólo a los dermatólogos sino principalmente a los médicos generales en el reconocimiento y diagnóstico de las dermatosis más comunes en regiones rurales de la selva peruana debido a la escasez de médicos especialistas en la piel en esta zona.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a los Médicos Maybbe Mendoza, Rosario Macetas, Alfonso Gómez, Martha Uribe, Helmut Lafitte, Ana Ortiz, Jose Juarez, Pamela Soto, Ermis García y en especial a James Tello (Promoción Medicina Humana 2001 UNMSM) por su colaboración en la atención de los pacientes.

CONFLICTO DE INTERESES

La presente investigación se realizó como parte del seguimiento del trabajo "Anticuerpos anti-desmogleina 1 en población endémica y no endémica para PFE. Campo Verde 2003" (cod: 030103051) financiado por el Vicerrectorado de

Investigación de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos que no tuvo influencia en el diseño del estudio, recolección, análisis o interpretación de los datos; así como en la preparación, revisión o aprobación del manuscrito. Los Drs. Carlos Galarza y Willy Ramos pertenecen al Comité Editorial de la revista *Dermatología Peruana*.

BIBLIOGRAFÍA

1. Morrone A, Toma L, Franco G. Skin diseases highlighting essential global public health priorities. *Int J Dermatol* 2005; 44:384-90.
2. Walker SL, Shah M, Hubbard VG, Pradhan HM, Ghimire M. Skin disease is common in rural Nepal: results of a point prevalence study. *Br J Dermatol* 2008; 158:334-8.
3. Gobierno del Perú. Ministerio de Salud. Fichas de trabajo. Lista de las diez primeras causas de morbilidad; <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/Morbilidad/CEMacros.asp?00> (último acceso: Abril 2009).
4. Ramos W, Gutierrez E, Galarza C, Jiménez G, Ronceros G, Uribe M, et al. Enfermedades Dermatológicas en la Selva Peruana. *An Fac Med Lima* 2008; 69 Suppl 1: 26.
5. Gobierno del Perú. Ministerio de Agricultura. Hojas de trabajo. Hidrometeorología/ clima; http://www.portalaagrario.gob.pe/hidro_clima_peru.shtml#44 (último acceso: Abril 2009).
6. Gobierno del Perú. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Nacional de Hogares 1997. Conceptos e Indicadores de la Pobreza; <http://www1.inei.gov.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0078/S01-3.htm>. (último acceso: Abril 2009).
7. Gibbs S. Skin disease and socioeconomic conditions in rural Africa: Tanzania. *Int J Dermatol* 1996; 35:633-9.
8. Arria M, Rodríguez-Morales AJ, Franco-Paredes C. Ecoepidemiología de las enfermedades tropicales en países de la cuenca Amazónica. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* 2005; 22: 236-40.
9. Satimia FT, McBride SR, Leppard B. Prevalence of skin disease in rural Tanzania and factors influencing the choice of health care, modern or traditional *Arch Dermatol*. 1998; 134:1363-6.
10. Abdel-Hafez K, Abdel-Aty MA, Hofny ER. Prevalence of skin diseases in rural areas of Assiut Governorate, Upper Egypt. *Int J Dermatol* 2003; 42:887-92.
11. Hay RJ. Fungal infections. *Clin Dermatol* 2006; 24:201-12.
12. Popescu R, Popescu CM, Williams HC, Forsea D. The prevalence of skin conditions in Romanian school children. *Br J Dermatol* 1999; 140:891-6.
13. Baghestani S, Zare S, Mahboobi AA. Skin disease patterns in Hormozgan, Iran. *Int J Dermatol* 2005; 44:641-5.

14. Lal Khatri M. Spectrum of skin diseases in Yemen (Hajjah and adjacent region). *Int J Dermatol* 2004; 43:580-5.
15. Langner MD, Maibach HI. Pruritus measurement and treatment. *Clin Exp Dermatol* 2009;34:285-8
16. Lowell BA, Froelich CW, Federman DG, Kirsner RS. Dermatology in primary care: Prevalence and patient disposition. *J Am Acad Dermatol* 2001; 45:250-5.
17. Farber EM, Nall L. Psoriasis in the tropics. Epidemiologic, genetic, clinical, and therapeutic aspects. *Dermatol Clin* 1994; 12:805-16.

CORRESPONDENCIA

Dr. Ericson Gutierrez Ingunza
Instituto de Investigaciones Clínicas, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
Dirección: Parque Historia de la Medicina Peruana" S/N, Lima 01. Perú.
TEL: (51-1) 328-4748
FAX: (51-1) 328-5087
E-Mail: eringunza@yahoo.es