

Dermatología comunitaria: Un punto de vista latinoamericano

Isabel María del Pilar Casas, Médica

Dermatóloga en el Hospital Ramón Carrillo, San Martín de los Andes, Neuquén, Argentina.

Catedrática en Dermatología en la Universidad Nacional del Comahue.

En agosto de 2011 me pidieron que escribiera un editorial sobre dermatología comunitaria para la revista *Dermatología Argentina* en el que describía la esencia y las dificultades de este tipo de trabajo en América Latina. Lo titulé «Dermatología comunitaria: una forma atractiva de practicar, enseñar y aprender sobre dermatología». ¹

La expresión «dermatología comunitaria» se utiliza para describir una serie de actividades en las que el papel del dermatólogo se extiende más allá de un paciente individual a la comunidad en su conjunto. Organizaciones como la Fundación Internacional para Dermatología promueven y apoyan iniciativas como esta, como el Centro Regional de Capacitación en Dermatología en Tanzania y la Dermatología Comunitaria (DCM) en México. El Programa de Atención Primaria Dermatológica en la provincia de Neuquén es uno de los programas desarrollados en Argentina para proporcionar acceso a los conocimientos en dermatología a las comunidades rurales que, ya sea por razones geográficas o socioeconómicas, no pueden acceder a un especialista. El programa sigue el modelo mexicano con días laborables («jornadas») que se llevan a cabo en diferentes áreas rurales, incluida la atención médica (tratamiento a pacientes), la formación (cursos de dermatología para profesionales de la salud) y actividades de prevención (talleres sobre fotoprotección para niños y profesores de escuelas primarias). Diversas organizaciones e individuos lo hacen posible: la Fundación Internacional de Dermatología, el Ministerio de Salud Pública

de la provincia de Neuquén, la industria farmacéutica y un grupo de dermatólogos de diferentes partes de Argentina y del mundo que, de manera voluntaria, participan en las «jornadas», proporcionan documentación y brindan asesoramiento médico sobre casos difíciles desde sus lugares de trabajo. El conocimiento adquiere una nueva dimensión: la documentación en general (conferencias, fotografías, datos epidemiológicos, experiencia) no tiene la intención de impresionar a compañeros de profesión ni de sobresalir en un congreso, sino que está al servicio de las necesidades de la comunidad y el médico no

PALABRAS CLAVE

dermatología comunitaria, formación sanitaria, atención primaria, fotoprotección



especializado. La documentación que se facilita debe gestionarse de forma que no resulte familiar para la mayoría de los especialistas. Todos los participantes hacen sus aportaciones y sugerencias. Estas aportaciones se integran en el proyecto: evolucionan y mejoran con

Continúa en la página 2

Índice

1 Dermatología comunitaria: Un punto de vista latinoamericano

Isabel María del Pilar Casas, Médica

DERMATOLOGÍA EN ZONAS DE CONFLICTO

3 Migración internacional y salud: Una perspectiva dermatológica

Valeska Padovese

7 Estrategias de la medicina tradicional para afecciones cutáneas en zonas de conflicto

Gerard Bodeker, Doctor, y Terence J Ryan, Médico, FRCP



cada «jornada», dejan de ser propiedad de los participantes y pasan a ser propiedad de la comunidad. El uso de esta documentación no está restringido de ninguna manera, siempre que esté destinado a fines educativos, altruistas y comunitarios.

Las personas que participan en estas actividades lo hacen en su tiempo libre. Si estas actividades no están impregnadas de un espíritu alegre, si no se experimenta una actitud positiva al reanudar su rutina de trabajo diaria, tarde o temprano, se hará evidente el desgaste humano y la iniciativa perecerá (el destino habitual que sufren muchos programas similares).

Cada actividad, incluso la más sencilla, debe generar entusiasmo: desde el momento en que se diseña, se organiza y se inicia. Las relaciones humanas también deben estar impregnadas de afecto y empatía. Los resultados, ya sean buenos o malos, deben analizarse con esta positiva actitud filosófica.

Creo que el entusiasmo y la pasión que se muestran por el grupo es el combustible que alimenta y mantiene vivo el proyecto comunitario de dermatología. Cada aportación es única, dependiendo de la capacidad de cada participante, en mayor o menor medida, desde muy lejos o cerca, de asumir un trabajo de otra persona. La clave para la continuidad de un proyecto no reside en una sola persona, sino en el trabajo en equipo.

Sin embargo, debemos ser honestos y admitir que, si bien es esencial, el entusiasmo por sí solo no garantiza la continuidad de un proyecto. El proyecto no solo debe depender de la financiación privada, sino también de un subsidio gubernamental fiable y sostenible.

Los beneficios derivados de las actividades descritas anteriormente son numerosos y evidentes: la atención primaria sanitaria a grandes comunidades a bajo coste, pero manteniendo los estándares de calidad; la formación de los proveedores de servicios sanitarios (la idea subyacente es enseñar a las personas a pescar en lugar de darles el pez); la recopilación de datos epidemiológicos; un foro profesional para el intercambio de experiencias e información objetiva, etc. Identificar cualquier riesgo potencial o efecto negativo tanto en la población como en el grupo de trabajadores voluntarios es el mayor desafío. Los conceptos clave como *primum non nocere* (no causar daño en primer lugar), el multiculturalismo en la salud, la planificación, la continuidad, la seguridad y los procesos de control de calidad requieren un enfoque interdisciplinario exhaustivo, así como el registro y la difusión de experiencias previas en diversos contextos socioculturales.

La dermatología de la comunidad latinoamericana todavía está lejos de convertirse en una rama en su campo; por lo tanto, debe encontrar su lugar en el ámbito de las organizaciones científicas, las instituciones de salud pública y las universidades. Cualquier persona con un gusto profundamente arraigado por la comunicación, las relaciones humanas,

el conocimiento, la realización personal, la investigación y el intercambio de experiencias seguramente encontrará un magnífico universo de trabajo en la dermatología comunitaria.

Siete años han pasado desde ese editorial, y muy poco ha cambiado a la hora de ganar nuestro espacio en las sociedades científicas, las instituciones educativas o los sistemas de salud pública.

De acuerdo con este panorama, desarrollamos nuestros «Talleres de dermatología comunitaria»: algunas estrategias sencillas y entretenidas (fig. 1-3) para mejorar nuestro alcance a grandes grupos comunitarios que requieren menos recursos humanos y financiación económica, con la flexibilidad necesaria para ser utilizados en diferentes comunidades y por diferentes proveedores de salud, no solo dermatólogos cualificados. Cada breve actividad educativa puede ser utilizada por una persona en una sola escuela o grupo comunitario, o puede ampliarse en un trabajo a largo plazo que incluya otras instituciones como el sistema de educación primaria, las universidades médicas y las residencias de dermatología. La sencillez del modelo pedagógico permite utilizarlo con diferentes contenidos, según las necesidades de cada comunidad (fotoeducación, dermatitis atópica, sarna, pediculosis, etc.).

La formación es ahora el principal objetivo de cada acción «sobre el terreno» que llevamos a cabo. Es fácil de sostener, ya que no requiere grandes fondos ni acuerdos interinstitucionales. Por otro lado, el impacto de nuestro trabajo es difícil de mostrar, ya que solo puede verse en un análisis específico a largo plazo. Nuestra sociedad inmediata actual vincula el éxito a los grandes números, resultados fáciles de ver y con impacto a corto plazo, cifras que son difíciles de lograr con muy pocas personas e instituciones involucradas en este tipo de proyectos.

Como afirmé en 2011, muy poco ha cambiado: ¡la dermatología comunitaria es, y siempre será, un terreno para entusiastas!

Referencia

1. «Community Dermatology: an attractive way to practise, teach and learn about dermatology» Rev Dermatol Arg 2011, 17 (5): Editorial



MIGRACIÓN INTERNACIONAL Y SALUD: UNA PERSPECTIVA DERMATOLÓGICA

Valeska Padovese

Asesora en venereología y dermatología

Jefa de la clínica genitourinaria, Mater Dei Hospital, correo electrónico de Malta: valeska.padovese@gov.mt

Teléfono móvil: 00356 77331133

Sinopsis

Este artículo revisa los problemas a los que se enfrentan los migrantes internacionales y describe las principales afecciones de la piel que experimentan.

Antecedentes

En los últimos años, Europa ha experimentado una de las afluencias de migrantes y refugiados más importantes de su historia. Empujados por la guerra civil y el horror, y atraídos por la promesa de una vida mejor, cientos de miles de personas han huido de Oriente Medio y África, arriesgando sus vidas en el camino. Hasta la fecha no existe una definición universalmente aceptada del término «migrante». En función de la fase del ciclo migratorio, el modo de viaje y la situación legal, se pueden definir diferentes tipos de migrantes: solicitantes de asilo, refugiados, migrantes documentados e indocumentados.

Algunas personas se mudan a otros países para mejorar su situación económica o en busca de una educación (migrantes económicos). Otros, como los refugiados y solicitantes de asilo, abandonan sus países para escapar de los abusos de derechos humanos, como la tortura, la persecución, los conflictos armados, la pobreza extrema e, incluso, la muerte.

Un refugiado se define como una persona que «debido a un temor fundado a sufrir persecución por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a un grupo social u opinión política en particular se encuentra fuera del país de su nacionalidad y no puede, debido a tal temor, o no quiere acogerse a la protección de ese país»¹. Los refugiados están protegidos por el derecho internacional y no deben ser expulsados ni devueltos a situaciones en las que su vida y su libertad estén en peligro.

El conflicto en Siria ha obligado a muchos sirios a buscar seguridad en otras partes del país o naciones colindantes². Las oportunidades de empleo en estos pueblos y ciudades pobres siguen siendo bajas, y una gran proporción de refugiados y comunidades de acogida siguen viviendo en la pobreza extrema. Buena parte de los sirios que se refugian en países vecinos como Líbano, Egipto, Jordania y Turquía están dejando esas naciones rumbo a Europa.

La Organización Internacional para las Migraciones, la Agencia de Migración de las Naciones Unidas, informa que 171 635 migrantes y refugiados llegaron a Europa por mar en 2017; entre ellos, un poco menos del 70 por ciento llegaron a Italia y el resto se dividieron entre Grecia, Chipre y España. Contrasta con las 363 504 llegadas a la región en el año anterior.³ La gran mayoría de las personas que actualmente intenta cruzar pasan por Libia, un país sumido en el caos, y se exponen a niveles alarmantes de violencia y explotación, incluida la tortura y la violación. En 2017 se registró un total global de 5376 muertes de migrantes. Si bien esta cifra sigue siendo elevada, es un tercio más baja que las 7932 muertes registradas en 2016.

PALABRAS CLAVE

Migración, refugiados, tortura, quemaduras, mutilación genital femenina, tuberculosis, enfermedades cutáneas.

El nuevo panorama de la migración.

El panorama de la migración está cambiando. En 2016, el número de menores no acompañados que cruzaron del norte de África a Italia fue más del doble que en 2015, exponiéndose al riesgos de detención, violación, trabajos forzados, palizas o fallecimiento en su huida de la guerra, la pobreza y la desesperación en sus países de origen.

Aproximadamente la mitad de los migrantes internacionales actuales son mujeres⁴. Por lo tanto, en los últimos años, el término «feminización de la migración» se ha convertido en habitual. Los hombres y las mujeres muestran diferencias en sus comportamientos migratorios, tienen diferentes oportunidades y tienen que hacer frente a diferentes riesgos y desafíos, como la vulnerabilidad a los abusos de derechos humanos, la explotación, la discriminación y los riesgos específicos para la salud. Cada vez resulta más evidente que la migración no es un fenómeno de género neutro. Desde el momento en que deciden emigrar, la experiencia de las mujeres como migrantes difiere de la de los hombres.

Afecciones cutáneas de los migrantes

Los migrantes no son un grupo homogéneo, y su salud se ve más afectada por las condiciones en las que viajan, así como las condiciones sociales en las que viven en el país de acogida. Los determinantes más amplios de su salud suelen ser diferentes de los de la comunidad establecida y requieren un enfoque diferente por parte de los profesionales sanitarios.

Muchos estudios indican que los migrantes que deciden abandonar su país de origen gozan de buena salud inherente, situación que al llegar al país de acogida podría cambiar⁵. Las afecciones dermatológicas observadas a la llegada están relacionadas con el peligroso viaje y el cruce marítimo. Un estudio descriptivo de datos demográficos y clínicos del número de migrantes por mar que fueron atendidos en la clínica portuaria en Augusta (Italia) en 2014 mostró que las afecciones más comunes eran respiratorias, dermatológicas, de traumatología y gastrointestinales. Los autores compararon a migrantes de las regiones devastadas por la guerra en Oriente Próximo y a otros migrantes, en su mayoría de procedencia africana, y hallaron que las enfermedades cardiovasculares agudas y crónicas, así como la diabetes, eran más frecuentes en el primer grupo, mientras que las enfermedades cutáneas predominaban en los migrantes africanos.⁶

En un proyecto llevado a cabo por el Instituto Nacional de Salud, Migración y Pobreza en la isla de Lampedusa, la parte más austral de Italia y el punto de entrada habitual de miles de migrantes y solicitantes de asilo procedentes de África, se observaban frecuentemente afecciones cutáneas como la sarna, los abscesos y el pioderma a la llegada de los migrantes debido a las malas condiciones higiénicas de los centros de detención de Libia (Fig. 1). Los forúnculos eran comunes, empezando como lesiones de color rojizo y rosáceo, tiernas e hinchadas en una zona firme de la piel, seguidas de desgarros espontáneos

Continúa en la página siguiente...



Fig. 1. Eritema y pústulas múltiples en el pie derecho, debido a estafilococo áureo.

(Fig. 2). Dermatitis debida al agua de mar y las quemaduras químicas, principalmente en las nalgas, fueron otros diagnósticos comunes en los «migrantes en barcos» (Fig. 3). En Lampedusa también se observaron quemaduras de segundo grado debidas al contacto con el motor del barco, así como lesiones autoinfligidas, en un intento por parte de los solicitantes de asilo de borrar sus huellas dactilares y ser reubicados en un país diferente (Fig. 4).



Fig. 2. Zonas erosionadas tras la rotura de pústulas.

En un estudio no publicado realizado en 2014 en la periferia de Roma durante las actividades de divulgación médica dirigidas a 849 migrantes en tránsito por Italia, se registraron enfermedades de la piel, en su mayoría infecciosas, en el 52 % de las personas. (Fig. 5).

Se registraron en el 20 % de las personas trastornos respiratorios, en particular, infecciones respiratorias del tracto superior. Los trastornos gastrointestinales transmitidos por el agua se registraron en el 7 % de los migrantes. Para muchos migrantes, el periodo de tránsito no tuvo consecuencias para la salud debido a la corta duración del transporte. Para otros, sin embargo, como los que están en tránsito en campamentos de refugiados o aquellos que sufren tráfico de personas o contrabando como medio de



Fig. 3. Quemaduras químicas en las nalgas, debido al contacto prolongado con agua de mar, orina y combustible. Los migrantes a menudo permanecen sentados durante varias horas en condiciones de hacinamiento en barcos abarrotados.

llegada, el periodo de tránsito puede afectar considerablemente a su salud.

Las mujeres migrantes son las que corren un mayor riesgo de ser sometidas al tráfico de personas, a tener relaciones sexuales de supervivencia o de sufrir violencia sexual. La contribución de las poblaciones migrantes a la epidemia de VIH es notablemente mayor entre las mujeres, destacando la feminización de la epidemia de VIH o SIDA entre migrantes en Europa. Las infecciones de transmisión sexual y el VIH o SIDA se han convertido en una preocupación urgente para las poblaciones afectadas por conflictos armados y migración. Los datos disponibles sugieren que las infecciones de transmisión sexual y la transmisión del VIH son mayores entre las personas procedentes de entornos de migración forzada en comparación con las poblaciones estables⁷. Los efectos no se limitan a los propios refugiados, sino que se extienden a todas las personas inmersas en el conflicto o en situaciones posteriores al conflicto.



Fig. 4. Quemaduras de segundo grado, por contacto con el motor del barco, en los dedos de un refugiado eritreo que admitió haber tratado de evitar la identificación para poder reunirse con su familia en el norte de Europa.

La pobreza, la impotencia y la inestabilidad social afectan la propagación de las infecciones de transmisión sexual y el VIH. Estas condiciones son propias de la vida de la mayoría de los refugiados. Si bien muchos organismos y agencias gubernamentales reconocen la importancia de los

servicios de salud reproductiva y los servicios de prevención y atención del VIH o SIDA, en particular para los refugiados, las políticas de salud se han llevado a la práctica solo en unos pocos casos.

Los inmigrantes y refugiados procedentes de zonas en donde persisten las infecciones pueden representar un desafío importante para las estrategias nacionales de control y erradicación de enfermedades⁷.

Las enfermedades infecciosas con manifestaciones cutáneas están surgiendo en

Europa y los casos registrados de micosis endémica y enfermedades transmitidas por vectores, como la leishmaniasis, la oncocercosis y la filariasis, están aumentando en la documentación médica^{8,9}. Se observaron enfermedades e infecciones



Fig. 5. Sycosis barbae, en un migrante norteafricano.

cutáneas importadas entre los migrantes alojados en los centros de recepción de Malta por parte de un equipo de médicos durante el proyecto Mare nostrum, incluyendo un caso de lepra lepromatosa en un inmigrante de Mali (Fig. 6, con primer plano de nódulo inflamatorio en el brazo anterior en la Fig. 7).¹⁰



Fig. 6, 7. Reacción de la lepra (erythema nodosum leprosum) en un hombre de 32 años de Mali que sale de un centro de recepción en Malta.

El proyecto INMP notificó numerosos casos de tuberculosis cutánea en migrantes de países endémicos (Fig. 8).

El proyecto Mare nostrum en Malta identificó 22 nuevos casos de tuberculosis activa, (18 casos de tuberculosis pulmonares, 3 casos de tuberculosis linfonodal y 1 caso de tuberculosis ósea) en migrantes que viven en el centro de recepción y dieron negativo a su llegada. Las malas condiciones habitacionales en el país de acogida, la falta de trabajo e ingresos y los cambios en la dieta contribuyen a la enfermedad. La «herencia sanitaria» con la que cuenta el inmigrante, suponiendo que tenga buena salud, se comienza a venir abajo rápidamente, lo que representa un riesgo potencial y sustancial de padecer enfermedades.

Los migrantes vulnerables se enfrentan a numerosos obstáculos para acceder a un nivel adecuado de atención médica, y esto tiene implicaciones tanto para la salud individual y pública, como para los proveedores de atención médica. Muchos países restringen el acceso a la atención médica para ciertos grupos de migrantes, incluidos los migrantes irregulares y los solicitantes de asilo. Otros obstáculos son el idioma, el desconocimiento de los derechos, los beneficios y el sistema de salud en general, la pobre alfabetización sanitaria, los problemas administrativos, la exclusión social y la discriminación directa e indirecta. Para mejorar el acceso a los servicios sanitarios, algunos países europeos han introducido el papel de los mediadores transculturales, la mayoría de ellos provenientes de los principales países de origen de los migrantes, que han pasado por un proceso de migración y se han integrado en el país de acogida. La mediación transcultural supone el proceso de cruzar de una cultura a otra y viceversa.

Víctimas de torturas

Muchos solicitantes de asilo, incluidos niños, fueron torturados en su país de origen debido a su género, raza, afiliación religiosa o política¹². En todo el mundo, solo alrededor de un tercio de los solicitantes de asilo consiguen un estatus de protección y seguridad personal frente a las torturas repetidas o las muertes. Los dermatólogos pueden enfrentarse a pacientes con características únicas, como quemaduras con armas químicas, lesiones por descargas eléctricas de electrodos primitivos o contusiones por balas de goma y cicatrices de balas reales (Fig. 9 en la

página siguiente). La identificación y documentación de lesiones físicas son elementos críticos para verificar la credibilidad de las alegaciones para asilo político y los supervivientes de tortura. Se solicita a los profesionales de la salud que identifiquen y documenten las lesiones relacionadas con torturas, a pesar de que solo una parte mínima de la formación dermatológica especializada aborda este problema.

Mutilación genital femenina

Mutilación genital femenina es el término utilizado actualmente por la Organización Mundial de la Salud para referirse a todas las intervenciones que implican la extirpación parcial o total de los genitales femeninos externos por razones culturales u otras razones que no tienen fines terapéuticos. La mutilación genital femenina se ha convertido en una creciente preocupación en los países de acogida debido a sus consecuencias perjudiciales para la salud física, sexual y psicológica¹³.

Muchos países europeos que albergan migrantes de países donde se realiza la mutilación genital femenina han abordado esta cuestión en sus sistemas de atención médica y han establecido pautas sobre la mutilación genital femenina para los proveedores médicos, mientras que otros no están tratando de forma coherente las necesidades específicas de las mujeres víctimas que son víctimas de esta práctica.

A pesar de que las organizaciones internacionales condenan la mutilación genital femenina como una violación de los derechos humanos, y la mayoría de las naciones la han prohibido, sigue siendo frecuente en muchos países africanos y su declive es lento.

Esta persistencia plantea dudas sobre la efectividad de las leyes internacionales y nacionales que prohíben la práctica, así como del posible papel de los migrantes retornados en el cambio de las normas culturales integradas¹⁴.

Conclusión

Los acontecimientos recientes en el norte de África y Oriente Medio han provocado un aumento espectacular de la migración, lo que pone de relieve la necesidad de identificar buenas prácticas y participar en un diálogo político transnacional sobre la migración en Europa. La salud pública y los sistemas de salud deben adaptarse a las necesidades de los migrantes y refugiados en situaciones vulnerables. Una cuestión especialmente importante es la de los menores no acompañados y las mujeres. Garantizar la inclusión y cohesión social es beneficioso para



Fig. 8. Tuberculosis cutánea en un migrante de 33 años de Perú. La escrofulodermia, también conocida como tuberculosis colliquativa cutis, fue la forma de tuberculosis cutánea más observada antes del desarrollo de medicamentos tuberculostáticos y todavía es la forma más común en los países en vías de desarrollo.

Continúa en la página siguiente...



Fig. 9. Lesiones de bala en un refugio eritreo. Las cicatrices físicas suelen reflejar un trauma psicológico grave.

el bienestar mental y físico de los propios migrantes y reporta mejores resultados para la sociedad en general.

Referencias

1. (Art. 1(A)(2), Convención sobre el Estatuto de los Refugiados, art. 1A(2), 1951 y su modificación por el protocolo 1967).
2. Disponible en <http://www.bbc.com/news/world-middle-east-26116868>. Último acceso el 23 de marzo de 2018.

3. Disponible en <https://www.iom.int/news/mediterranean-migrant-arrivals-reach-150982-2017-deaths-reach-2839>. Último acceso el 23 de marzo de 2018.
4. Disponible en <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region>. Último acceso el 25 de marzo de 2018.
5. Kennedy S, McDonald J T, Biddle N. The Healthy Immigrant Effect and Immigrant Selection: Evidence from Four Countries. SEDAP Research Paper No. 164. Disponible en <https://socialsciences.mcmaster.ca/sedap/p/sedap164.pdf> Último acceso el 23 de marzo de 2018.
6. Trovato A, Reid A, Takarinda KC, Montaldo C, Decroo T, Owiti P, Bongiorno F, Di Carlo S. Dangerous crossing: demographic and clinical features of rescued sea migrants seen in 2014 at an outpatient clinic at Augusta Harbor, Italy. *Confl Health* 2016. 15;10:14. doi: 10.1186/s13031-016-0080-y. eCollection 2016.
7. Fakoya I, Álvarez-del Arco D, Woode-Owusu M, Monge S, Rivero-Montesdeoca Y, Delpech V, Rice B, Noori T, Pharris A, Amato-Gauci A, del Amo J, Burns FM. A systematic review of post-migration acquisition of HIV among migrants from countries with generalised HIV epidemics living in Europe: implications for effectively managing HIV prevention programmes and policy. *BMC Public Health*. 2015 Jun 19;15:561. doi: 10.1186/s12889-015-1852-9
8. Molina-Morant D, Sánchez-Montalvá A, Salvador F, Sao-Avilés A, Molina I. Imported endemic mycoses in Spain: Evolution of hospitalized cases, clinical characteristics and correlation with migratory movements, 1997-2014. *PLoS Negl Trop Dis*. 2018;12:e0006245. doi: 10.1371/journal.pntd.0006245. eCollection 2018 Feb.
9. Di Muccio T, Scalone A, Bruno A, Marangi M, Grande R, Armignacco O, Gradoni L, Gramiccia M. Epidemiology of Imported Leishmaniasis in Italy: Implications for a European Endemic Country. *PLoS One*. 2015;10:e0129418. doi: 10.1371/journal.pone.0129418. eCollection 2015.
10. Padovese V, Egidi AM, Melillo Fenech T, Podda Connor M, Didero D, Costanzo G, Mirisola C. Migration and determinants of health: clinical epidemiological characteristics of migrants in Malta(2010-11). *J Public Health (Oxf)*. 2014;36:368-74. doi: 10.1093/pubmed/fdt111.
11. Gushulak BD, MacPherson DW. Globalization of infectious diseases: the impact of migration. *Clin Infect Dis*. 2004. 15;38:1742-8.
12. People on the move: torture and migration. Disponible en <http://irct.org/publications/thematic-reports/136> último acceso el 21 de marzo de 2018.
13. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/> último acceso el 25 de marzo de 2018
14. Disponible en <https://wol.iza.org/uploads/articles/282/pdfs/migration-and-female-genital-mutilation.pdf> último acceso el 25 de marzo de 2018

JOURNAL CLUB

Moghassa E *et al.* Iranian native plants on treatment of cutaneous leishmaniasis: A narrative review. *Iran J Parasitol* 2017; 12:312-322.

La leishmaniasis cutánea es un importante problema de salud en Irán, especialmente en el noreste. Anualmente se descubren alrededor de 20 000 nuevos casos. Los antimoniales pentavalentes son el tratamiento preferido, pero los pacientes, comprensiblemente, están dispuestos a explorar alternativas a base de hierbas que serían más baratas y, potencialmente, menos tóxicas. Se han estudiado más de 50 especies de plantas en todo el mundo en relación con su posible eficacia contra la leishmaniasis. Los autores de esta exhaustiva revisión resumen los datos disponibles, haciendo especial hincapié en las plantas nativas o cultivadas en Irán. Destacan que muchos informes se refieren a estudios *in vitro* no confirmados, a menudo realizados por estudiantes de doctorado, y que no se han realizado pruebas de citotoxicidad o actividad *in vivo* en la mayoría de los extractos de plantas. Algunos derivados de plantas de interés son las lactonas sesquiterpénicas de miembros de la familia de las margaritas (Asteraceae) y los ésteres tirosílicos de la papaya. Entre los pocos estudios clínicos, la miel que contiene comino negro (*Nigella sativa*) aceleró la cicatrización de heridas tratadas con glucantima intralesional, en comparación con la miel normal.

CRL

JOURNAL CLUB

Wiese S *et al.* Tungiasis-related life quality impairment in children living in rural Kenya. *PLoS Negl Trop Dis* 2018; 12(1);e0005939.

La tungiasis (infestación de la piel por nigua) es común en las zonas menos favorecidas de África, y puede subestimarse como una afección trivial. Los autores realizaron una encuesta entre 50 niños afectados en el condado de Kilifi, en la costa de Kenia. Midió su calidad de vida utilizando un Índice de calidad de vida de dermatología modificado, antes y después del tratamiento, siguiendo las directrices nacionales recomendadas. Descubrieron que la tungiasis resultaba gravemente perjudicial para la calidad de vida: los niños afectados sufrían alteraciones de sueño y una reducción de la concentración debido al dolor y la picazón. El grado de disfunción se correspondía con el número de niguas en la piel. Las lesiones múltiples en los pies reducían la movilidad y, en ocasiones, provocaban deformidades. Los síntomas solían empeorar a causa de una infección bacteriana secundaria. Habitualmente se atacaba a las niguas incrustadas con instrumentos no esterilizados, como alfileres y cuchillas de afeitar.

CRL

Estrategias de la medicina tradicional para afecciones cutáneas en zonas de conflicto

Gerard Bodeker, Doctor,¹ y Terence J Ryan, Médico, FRCP²

1. Departamento de Epidemiología, Universidad de Columbia, Nueva York y Green Templeton College, Universidad de Oxford; Presidente, Iniciativa Mundial para Sistemas Tradicionales de Salud, Oxford, Reino Unido.

2. Catedrático Emérito de Dermatología, Universidad de Oxford y Universidad de Oxford Brookes; Green Templeton College, Universidad de Oxford; Fundador y director, Iniciativa Mundial para Sistemas Tradicionales de Salud, Oxford, Reino Unido.

Sinopsis

A medida que se agrava la crisis mundial de personas desplazadas y refugiados procedentes de zonas de conflicto y estados sumidos en el caos, la dermatología tiene el desafío de desarrollar estrategias para controlar las afecciones cutáneas en entornos con escasos recursos y una alta prevalencia de enfermedades. Nuestra experiencia demuestra que las soluciones locales se pueden utilizar para proporcionar soluciones sostenibles que sean seguras y eficaces. Los ejemplos de diferentes entornos de refugiados ilustran cómo las personas de recursos comunitarios, el conocimiento local y los tratamientos tradicionales pueden constituir una forma de controlar las afecciones cutáneas en entornos difíciles.

Introducción

El Alto Comisionado para los Refugiados de las Naciones Unidas informó en junio de 2017 que: «Unos 65,6 millones de personas en todo el mundo se han visto obligadas a abandonar su hogar. Una cifra sin precedentes. Entre ellas hay casi 22,5 millones de refugiados, más de la mitad de los cuales son menores de 18 años. También hay 10 millones de apátridas a quienes se les ha negado la nacionalidad y el acceso a derechos básicos como educación, salud, empleo y libertad de movimiento.» <http://www.unhcr.org/en-my/figures-at-a-glance.html>

Pocos estudios han documentado la extensión de las enfermedades cutáneas entre las poblaciones de inmigrantes y refugiados, pero se observó que la dermatitis atópica es más común entre los niños inmigrantes latinoamericanos en España; los menores inmigrantes son seis veces más propensos a padecer sarna que los niños españoles (Pérez-Crespo et al 2014). En Grecia, los menores inmigrantes sufrían un índice más alto de infecciones bacterianas y sarna que los menores



Campamento de refugiados a las afueras de Mae Sot (Tailandia).

PALABRAS CLAVE

salud de los refugiados, medicina tradicional, plantas medicinales, medicina herbal, conocimiento tradicional, curación de heridas, enfermedades de la piel, soluciones sanitarias locales

locales, siendo la dermatitis la más común (34,7 %), seguida de las infecciones cutáneas (19,3 %) (Katsarou et al., 2012). En Estados Unidos, los datos de HealthPartners en Minnesota muestran una amplia gama de afecciones dermatológicas entre las poblaciones de refugiados e inmigrantes (Tabla 1).

TABLA 1

Afecciones cutáneas habituales entre los refugiados o inmigrantes

Picazón: diversas causas

Inflamación: dermatitis atópica (eczema), psoriasis, lichen planus, lupus, Infecciones: herpes simplex, dermatosis genitourinaria, tiña, sarna, infestación parasítica

Enfermedad sistémica: VIH, afecciones renales o hepáticas, anemia

Piel seca

Dolor

Cicatrices queloides

Úlceras

Desfiguraciones

Apariencia anormal de la piel

Cicatrices, por enfermedades a rascado

Cambios de pigmentación

Cicatrices o empeoramiento de las enfermedades de la piel en supervivientes de torturas y el trauma mental asociado

de: *Enfermedades de la piel en refugiados e inmigrantes*. Alexia Knapp, Doctora en Dermatología, HealthPartners, Departamento de Salud de Minnesota, 1 de marzo de 2016. <http://www.health.state.mn.us/divs/idepc/refugee/metrotf/pres16marderm.pdf>

Global Initiative For Traditional Systems (Gifts) Of Health

Global Initiative for Traditional Systems (GIFTS) of Health se creó a mediados de 1993 en reuniones de la Organización de Salud Panamericana en Washington DC. Apoyado por el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo de Canadá y

Continúa en la página siguiente...

la entonces Oficina de Medicina Alternativa NIH (ahora el Centro Nacional de Salud Complementaria e Integrativa), con participación de grupos de pueblos indígenas e investigadores académicos en ámbitos relacionados, la Iniciativa se creó para hacer hincapié en la importancia de la medicina tradicional (indígena) en la vida cotidiana y la atención médica de la mayoría de la población de la mayoría de los países en vías de desarrollo (www.giftsofhealth.org).

Entre 1993 y 1995, GIFTS se encontraba en el Museo Nacional de Salud y Medicina de Washington DC. Posteriormente, GIFTS se trasladó al Departamento de Dermatología de la Universidad de Oxford y, finalmente, a Green College, Universidad de Oxford (actualmente Green Templeton College). El interés del Departamento de Dermatología de Oxford provino de la afirmación realizada por el segundo autor (TR) de que la dermatología comunitaria tenía que centrarse más en el papel de los proveedores locales de atención médica para comprender qué se podría ofrecer en entornos con escasos recursos, a menudo con significativas ventajas clínicas (Ryan 1994). El Oxford Wound Healing Institute, dirigido por el Dr. George Cherry, estaba investigando las propiedades curativas de heridas de plantas medicinales de China y Vietnam e invitaba a dermatólogos y cirujanos jóvenes de estos países a participar en el programa. Esto fue el inicio de la dedicación durante más de dos décadas de la red GIFTS a soluciones locales a enfermedades cutáneas y la salud en el mundo



Registro de conocimientos sobre salud de monjes que también son maestros practicantes de medicina tradicional.

en vías de desarrollo (Bodeker et al 2016)

El conflicto y la medicina tradicional

Los conflictos han empujado a las poblaciones a recurrir a sus medicamentos tradicionales locales a falta de medicamentos modernos (Bodeker 2010). Nuestro propio trabajo a través de GIFTS en la década de los 90 con el Instituto Nacional de Quemaduras de Vietnam descubrió que varios tratamientos para quemaduras y heridas desarrollados durante la Guerra de Vietnam utilizaban plantas medicinales locales por necesidad

durante la guerra en la selva. Las plantas se utilizaron para la hemostasia y la cicatrización de heridas, la piel seca de ranas para realizar injertos y férulas de bambú flexible para las fracturas (Trung y Bodeker 1997). Se observó que una pomada local elaborada a partir de un extracto de la planta *Chromolaena odorata* es muy eficaz para curar heridas y reducir infecciones (Phan TT et al, 1996).

En Myanmar, en la frontera oriental con Tailandia, una médica, la Dra. Cynthia Maung, refugiada de Karen, nos pidió que nos ayudáramos a identificar las hierbas medicinales locales para el tratamiento de afecciones comunes, ya que las personas en lugares



El grupo de mujeres de Karen registra los conocimientos sanitarios tradicionales de las mujeres.

remotos de la selva se vieron privadas de acceso a medicamentos y servicios debido a la intensa hostilidad del ejército birmano. Esto comenzó un programa de 2001 a 2013 que incluye la colaboración con herbolarios locales para documentar las plantas utilizadas para enfermedades comunes. El proyecto consistía en identificar la ubicación de las especies importantes en las zonas en cuestión, facilitar la creación de huertos de plantas medicinales en campos de refugiados para uso local y formación de los profesionales sanitarios y asesorar sobre la apertura de clínicas herbales en zonas remotas de la selva. Algunos resultados fueron la creación de una base de datos y, posteriormente, un libro en los idiomas de Karen y Myanmar que documentan las plantas apropiadas para un uso seguro en dolencias comunes, incluidas las afecciones cutáneas, quemaduras y heridas (Bodeker et al 2005, Bodeker & Neumann 2013) en una red de 200 km de clínicas herbales y programas de formación para profesionales sanitarios locales. Como acompañamiento, se respiraba una sensación de resiliencia y autonomía que no es común en las poblaciones de refugiados, especialmente en relación con su atención médica.

Algunos compañeros en Australia aprovecharon este trabajo a través de la Victorian Foundation for Survivors of Torture, conocida como «Foundation House», un proveedor de servicios de salud mental para refugiados y solicitantes de asilo en Melbourne. Centrándose en la medicina herbal tradicional de las diversas culturas representadas entre las mujeres refugiadas de Oriente Medio, Asia y África, llegaron a los mismos resultados. La sensación de identidad y confianza resurgió



Los investigadores de GIFTS verificaron los datos recopilados de los herbolarios con un maestro practicante tradicional y un monje budista.



Elaboración de medicinas herbales en la clínica herbal en la selva.

cuando las mujeres empezaron a compartir las tradiciones aprendidas de sus madres y abuelas, a cultivar plantas familiares en el jardín del centro de refugiados, a crear pequeñas empresas que vendían productos a base de hierbas y trataron enfermedades comunes utilizando métodos vinculados, en memoria y sentimiento, a su cultura y familia. Esto tuvo beneficios a largo plazo no solo para la salud física, sino también para el bienestar mental y la adaptación social (Singer y Adams 2011).

El proyecto Vaseline Healing fue creado por la organización de ayuda internacional Direct Relief, inicialmente a partir del trabajo con refugiados sirios en Jordania (<http://healingproject.vaseline.us/>). En un boletín de noticias, uno de los médicos, la Dra. Grace Bandow, señaló: «La vaselina se usa como protector de la piel para ayudar a calmar el eczema, la psoriasis y las quemaduras, así como la piel y los labios secos y agrietados. Los refugiados que huyen de la guerra civil siria caminan durante kilómetros a través de desiertos a altas temperaturas, normalmente con sandalias de goma abiertas que dejan sus pies expuestos. Observamos muchos pacientes con

profundas y dolorosas grietas en la piel, lo que hacía que caminar o trabajar fuera doloroso y, a veces, hasta imposible... Miles de sirios viven en tiendas abarrotadas y cocinan con llamas expuestas por lo que, lamentablemente, las quemaduras son comunes. La vaselina, si bien es inflamable, ofrece protección y un efecto emoliente para la quemadura a medida que se cura». (http://orient-news.net/en/news_show/98957/How-Vaseline-is-helping-Syrian-refugees)

Los extractos de plantas sencillas en emolientes locales, como el aceite de coco o de sésamo o, de hecho, la vaselina, tienen propiedades curativas para las heridas y la reparación de la piel. En los vastos asentamientos de Rohingya, en la frontera entre Bangladesh y Myanmar, la cúrcuma, por ejemplo, que es un agente antimicrobiano y curativo, puede triturarse y aplicarse tópicamente en un emoliente disponible localmente.

Se puede encontrar un precedente para este tipo de trabajo en los programas del Instituto de Dermatología Aplicada en Kerala, India (<https://iad.org.in/>). El Instituto de Dermatología Aplicada ofrece terapias a base de hierbas ayurvédicas respaldadas por pruebas y masajes con aceite medicado, junto con la práctica del yoga para el linfedema, y muchos otros métodos, combinados con la medicina

moderna, para tratar con eficacia una gran variedad de afecciones cutáneas (Narahari et al, 2015, 2016).

Ética

La Sociedad Internacional de Etnobiología (2006) ha establecido un marco para garantizar que se preste previamente el consentimiento informado antes de comenzar cualquier estudio de conocimiento tradicional, así como la elaboración de un marco para el acceso a estas especies de plantas y la distribución de beneficios de cualquier comercialización que pudiera resultar. Esta posición ética también está recogida en el derecho internacional a través del Protocolo de Nagoya del Convenio de las Naciones Unidas de 1992 sobre la Diversidad Biológica, 2014 (<https://www.cbd.int/abs/>). Los investigadores en este ámbito deben familiarizarse con estos protocolos, así como la Declaración de las Naciones Unidas de los Derechos de los Pueblos Indígenas ([http://www.un.org/esa/socdev/unpfi/documents/](http://www.un.org/esa/socdev/unpfi/documents/DRIPS_en.pdf)

[DRIPS_en.pdf](http://www.un.org/esa/socdev/unpfi/documents/DRIPS_en.pdf)), que reconoce el derecho de los pueblos indígenas a tener acceso y a usar sus propias medicinas tradicionales.

Los trabajadores sobre el terreno deben entablar asociaciones con herbolarios experimentados y poseedores del conocimiento local, ya que seguramente serán conscientes de los problemas de seguridad que presentan las diversas especies de plantas de su zona. El conocimiento de las hierbas en el hogar familiar, por el contrario, puede no tener el mismo nivel de alerta ante problemas de seguridad y la automedicación no informada puede provocar reacciones adversas (Willcox et al, 2015).

Práctica dermatológica comunitaria

Para que la piel dañada tenga la mejor posibilidad de curación, los refugiados del conflicto necesitan ayuda no solo para su afección cutánea, sino también para conservar su salud y bienestar. Las defensas y los poderes curativos del cuerpo se han desarrollado durante millones de años para autorregularse perfectamente.

Continúa en la página siguiente...



Clínica herbal construida en la selva por la comunidad de refugiados de Karen como resultado del programa de medicina herbal.



Investigador de GIFTS compartiendo los datos recogidos de diversos herbalistas con el grupo de asesoramiento herbal.

A continuación encontrará elementos básicos como base de planificación.

1. La piel tendrá dificultades para curarse si se sufre anemia, diabetes o malnutrición, enfriamiento local, infección bacteriana adicional, exposición a insectos, hinchazón de los tejidos o un exceso de humedad o sequedad. Esto significa que la identificación de la causa de una afección cutánea y el tratamiento para eliminar dicha causa deben ir seguidos de la evaluación de estos factores de fondo.
2. La disponibilidad de agua limpia para el lavado depende del conocimiento local para identificar dónde se puede encontrar. Hay varias técnicas para purificar el agua (filtrado, limpiadores agregados, calefacción, uso de plantas floculantes, carbón, etc.), algunas de las cuales se han analizado en números anteriores de esta revista.
3. Si las hay, las mosquiteras protegen de las moscas por la noche, que siempre se ven atraídas por la piel lesionada. Las heridas abiertas deben cubrirse y protegerse del exterior.
4. El calzado, el lavado y los emolientes pueden prevenir la inflamación severa que imposibilita caminar largas distancias. Se debe garantizar la inspección regular y la prevención de los puntos de entrada de bacterias e irritantes del suelo.
5. Los bebés transportados en los brazos o en la espalda de sus familiares necesitan protección contra la exposición excesiva al sol, pero también contra el calentamiento o enfriamiento excesivos. Los niños mayores pueden ser útiles a este respecto.
6. En zonas de conflicto, el trauma puede ser la causa más común de lesiones de la piel. Es preciso detener el sangrado y muchas plantas tienen propiedades hemostáticas. La mayoría de las especies de aloe proporcionan un líquido o gel útil para las quemaduras. Las propiedades antimicrobianas de las plantas son bien conocidas. Las plantas se protegían así mucho antes de que los humanos evolucionaran (ver revisión de Bodeker et al 2016).
7. Las plantas adecuadas varían según la ubicación y cada comunidad étnica puede tener un nombre diferente para los remedios herbales más comunes. Se debe contactar con un practicante de medicina tradicional local o una curandera para localizar dicho conocimiento. Las respuestas humanitarias a la medicina tradicional para la atención a los refugiados y las personas más experimentadas en el tratamiento de sus problemas comprenden mejor lo beneficiosos que pueden ser los conocimientos tradicionales locales (Neumann y Bodeker 2007).

8. Dos organizaciones que proveen muchos materiales útiles de enseñanza son:

- Hesperian Foundation en Palo Alto, California (<http://hesperian.org/>)
- Health Books International - formerly TALC: Teaching Aids at Low Cost (<https://healthbooksinternational.org/>)

En un libro muy útil, *Donde no hay doctor: una guía para los campesinos que viven lejos de los centros médicos* (1), David Werner y sus coautores afirman que «las personas comunes que reciben información clara y sencilla pueden prevenir y tratar los problemas de salud más habituales en sus propios hogares: antes, más económicamente y, con frecuencia, mejor que los médicos».

El libro está publicado en inglés, español y portugués. Para los profesionales sanitarios que se encuentran lejos de casa, los sencillos y baratos consejos de libro pueden complementarse con el personal sanitario local y los practicantes tradicionales.

TABLA 2

Documentación relevante en el *Community Dermatology Journal*

Emollients and Skin Care, vol. 1, 2004, págs. 3-5,

TALC: images for Development, vol. 2, 2005, págs. 13-14.

Essential Drugs in Dermatology, vol. 2, 2005, págs. 9-10,

Honey and Wounds, vol. 4, 2006, págs. 20-22,

Traditional Wound Dressings, vol. 5, 2008, págs. 1-3,

Water for the World, vol. 7, 2011, pág. 1 y purification systems, vol. 11, págs. 7-9, 2015..

Washing wounds, vol. 7, 2011, págs. 2-3,

Sterilization of Banana leaves, vol. 7, 2011, pág. 11,

Recommended treatment for Sexually Transmitted Infections, vol. 9, 2013, págs. 2-6

Gentian violet, vol. 12, 2016, págs. 22-23,

Effective water use in skin care, vol. 13, 2017, págs. 7-10.



Investigador de GIFTS compartiendo los datos recogidos de diversos herbalistas con el grupo de asesoramiento herbal.

9. El conflicto es una causa de ansiedad extrema y, al buscar una solución disponible localmente, se ha puesto mucho énfasis, desde las intervenciones sanitarias más tempranas, no solo en las tecnologías de atención, sino también en los beneficios de una actitud de atención, que sea una respuesta amable y cordial a las personas con problemas. Además, las técnicas como la meditación, la atención plena y el yoga han demostrado que ayudan a reducir la ansiedad asociada con el trauma.

10. Los números anteriores de esta revista han ofrecido asesoramiento en varias áreas relevantes (Tabla 2).

Conclusión

El conflicto no solo desplaza a las personas, sino que, con frecuencia, destruye la base de recursos y la infraestructura sanitaria.

Una clave para aprovechar este potencial de soluciones locales para enfermedades comunes, incluso en los entornos más aparentemente desolados, es identificar a los poseedores de los conocimientos tradicionales que estén dispuestos a compartir sus conocimientos y que cuenten con el respeto comunitario debido a esta posición, así como protección por el conocimiento que comparten. Es importante contar con un marco ético sólido antes de proceder.

Se ha demostrado que la movilización de tales recursos empodera a una comunidad, reduce la sensación de pérdida que inevitablemente acompaña al desplazamiento, crea resiliencia y estimula el desarrollo de la microempresa. Un resultado clave de la asistencia sanitaria es la movilización de soluciones de dermatología basadas en la comunidad para afecciones comunes de la piel que, de otra manera, no serían tratadas y correrían el riesgo de desarrollar complicaciones más graves.

Referencias

Bodeker G, Ryan TJ, Volk A, Harris J, and Burford

G. Integrative Skin Care: Dermatology and Traditional and Complementary Medicine. *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 2017; doi:10.1089/acm.2016.0405.

Bodeker G, Neumann C. Revitalization and development of Karen traditional medicine for sustainable refugee health services at the Thai-Burma border. *J. Immigrant & Refugee Studies* 2012; 10,1, 1556-2948

Bodeker G. Global Perspectives. In: Micozzi M., (Ed.). *Fundamentals of Alternative and Complementary Medicine*. Elsevier, NY. 573-580.

Bodeker G, Neumann C, Lall P, Oo ZM. 2005. Traditional Medicine Use & Health worker Training in a Refugee Setting at the Thai-Burma Border. *Journal of Refugee Studies* 2005; 18, 1, 76-99. Oxford University Press.

International Society of Ethnobiology (2006). *International Society of Ethnobiology Code of Ethics* (con elementos añadidos en 2008). <http://ethnobiology.net/code-of-ethics/>

Katsarou A, Armenaka M, Kosmadaki M, Lagogianni E, Vosynioti V, Tagka A, Stefanaki C, Katsambas

A. Skin diseases in Greek and immigrant children in Athens. *Int J Dermatol* 2012;51(2):173-7. doi: 10.1111/j.1365-4632.2011.04948.x.

Narahari SR, Aggithaya MG, Thernoe L, Bose KS, Ryan TJ. Yoga protocol for treatment of breast cancer-related lymphedema. *Int J Yoga* 2016;9:145-55.

Narahari SR. Skin Care for All: a low cost self-care public health program as post-2015 community dermatology development agenda. *Community Dermatology Journal* 2015; 12: 20-22

Neumann C, Bodeker G. Humanitarian Responses to Traditional Medicine for Refugee Care, in Bodeker, G. and Burford, G. (eds) *Traditional, Complementary and Alternative Medicine. Policy and Public Health Perspectives* 2007. London: Imperial College Press, 185-204.

Pérez-Crespo M, Ramos-Rincon JM, Albares-Tendero MP, Betlloch-Mas I. Comparative Epidemiologic Study of Skin Diseases in Foreign Children and Children of Spanish Origin in Alicante, Spain. *Actas Dermosifiliogr* 2014; 105, 4, 394-400. DOI: 10.1016/j.adengl.2013.12.002

**Dermatology Society of South Africa (DSSA)
& African Society of Dermatology and Venereology (ASDV)**
Congress President: Ncoza Dlova
Congress Deputy President: Anisa Mosam

**DSSA SASDS
ASDV
2018
Dermatology for Africa**

30 August - 2 September 2018
Durban ICC, South Africa

INVITED SPEAKERS
Jean Bolognia • Moussa Dialo • Suzanne Olbricht • Frances Ajose
Vallerie Callender • Ophelia Dadzie • Susan Taylor
Rashmi Sarkar • Andrew Alexis • Pearl Grimes • Adebola Ogunbiyi



EDITOR FUNDADOR

Dr Paul Buxton

EDITORES

Dr Chris Lovell

Dr Michele Murdoch

JUNTA EDITORIAL

Catedrático Henning Grossman

Catedrático Steven Ersser

Dr Claire Fuller

Dr Sam Gibbs

Catedrático Rod Hay

Catedrático Aldo Morrone (Italia)

Catedrático Ben Naafs (Países Bajos)

Catedrático Gail Todd (Sudáfrica)

Dr Shyam Verma (India)

Dr Guadalupe Estrada (México)

Dr Isabel Casas (Argentina)

Dr Mafalda Soto (Tanzania)

Dr Rachael Morris-Jones Doña

Rebecca Penzer

Catedrático Terence Ryan

Dr Arjan Hogewoning

Dr Arnold Fernandes

SECRETARIO EDITORIAL

ILDS Secretariat

DISEÑO

Fiona Bowring

fiona.bowring@gmail.com

IMPRESIÓN

Bishops Printers

Walton Road, Farlington, Portsmouth PO6 1TR

enquiries@bishops.co.uk

Los artículos pueden ser fotocopiados,
reproducidos o traducidos, siempre que no
se utilicen con fines comerciales o personales.

Es preciso incluir los reconocimientos
adecuados a los autor(es) y al
Community Dermatology Journal



Si compra en línea,
puede respaldar
económicamente
la revista sin coste
adicional. Varios grandes
minoristas harán un
donativo en función
de la cantidad que gaste.

www.easyfundraising.org.uk

**INTERNET
COMPRAS**



If you have any interest in medical care, whether in well established medical centres or in a rural health centre then the Community Dermatology Journal is for you. It brings up to date, relevant information on the diagnosis and treatment of skin disease and is particularly for health workers in developing countries.

So please share your interest and experience by sending articles, reports and letters that are welcomed by the Editorial Board - see Guidelines for Authors below.

You will find it is also a useful resource for educating health workers and the populations they serve and for keeping in touch with dermatology services in developing countries.

It is published twice a year and over 7,000 copies of each issue are sent, free of charge, to nearly 200 countries. All issues can be viewed online, free of charge, on the IFD website www.ifd.org.

It has an honorary editorial board but is published, printed and distributed professionally, which is the main expense. The journal is supported by voluntary donations and contributions can be sent to the editorial office.

Directrices para los autores

Se revisan todas las contribuciones antes de su publicación. Los artículos originales no deben superar las 2000 palabras y los informes o cartas breves no deben superar las 500 palabras. Las contribuciones deben cumplir las directrices detalladas que se encuentran en la página web www.ilds.org/our-foundation/

Envíe las comunicaciones por correo electrónico a: CDJ@ilds.org

con copia a: christopher.lovell@nhs.net o michele.murdoch@nhs.net

o por correo postal a: **ILDS Secretariat, Community Dermatology Journal, International Foundation for Dermatology, 4 Fitzroy Square, Londres W1T 5HQ, Reino Unido**

¡Esperamos recibir sus artículos, informes y cartas!

DERMLINK

ILDS DermLink es una de las formas en que ILDS está mejorando la atención dermatológica de los pacientes en zonas marginadas del mundo a través de la Fundación Internacional de Dermatología.

Existen subvenciones de hasta 5000 \$ para emprender iniciativas que ayuden a pacientes con enfermedades de la piel en partes del mundo con pocos recursos.

Se pueden solicitar documentación y equipos dermatológicos, formación dermatológica a corto plazo o proyectos de campo y comunitarios para llegar a pacientes con necesidades dermatológicas que viven en regiones remotas y desatendidas.

Más información disponible en www.ilds.org/our-foundation/ilds-dermlink/ilds-dermlink-applications/

Hágase amigo de CDJ

Por tan solo 5\$, 5£ o 5€ al mes, puede convertirse en Amigo de CDJ. Su donativo regular nos ayudará a enviar más de 8000 copias de esta revista bianual a profesionales sanitarios de todo el mundo. Para obtener más información sobre cómo convertirse en amigo de CDJ, envíe un correo electrónico a info@ILDS.org