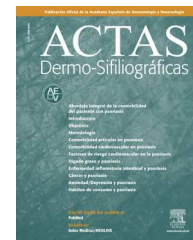




ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



ORIGINAL

Estudio comparativo epidemiológico de la enfermedad cutánea en población infantil inmigrante y autóctona en Alicante



M. Pérez-Crespo^{a,b,*}, J.M. Ramos-Rincón^{c,d}, M.P. Albares-Tendero^a e I. Betllloch-Mas^{a,d}

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

^b Unidad de Dermatología, Hospital Marina Baixa, Villajoyosa, Alicante, España

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

^d Departamento de Medicina Clínica, Facultad de Medicina, Universidad Miguel Hernández, Campus de San Juan, Alicante, España

Recibido el 10 de julio de 2013; aceptado el 11 de diciembre de 2013

Disponible en Internet el 28 de enero de 2014

PALABRAS CLAVE

Dermatosis;
Pediatria;
Población infantil;
Inmigración;
Dermatitis atópica

Resumen

Introducción: En estudios anteriores realizados en nuestro país se ha constatado que la población extranjera e inmigrante puede tener enfermedades diferentes a la población autóctona. Sin embargo, no existe ningún estudio diseñado sobre población infantil inmigrante en España. **Material y métodos:** El objetivo de este estudio fue el de analizar las dermatosis de la población inmigrante infantil y compararlas con la población autóctona. Se incluyó a todos los pacientes menores de 15 años que fueron atendidos en la sección de dermatología entre enero de 2007 y diciembre de 2007.

Resultados: Durante el periodo de estudio se registraron 3.108 episodios de consulta en población pediátrica, de ellos 2.661 (85,6%) correspondieron a población autóctona y 447 (14,3%) a población inmigrante. La población infantil inmigrante acudió a la consulta (11,4%) más que la población autóctona (6%) ($p < 0,001$), consultando menos en la consulta ambulatoria especializada (59,6 vs 68,8%) ($p < 0,001$) y más por urgencias. La escabiosis (ORa: 10,6; IC 95%: 4,71-24,10), las picaduras de artrópodos (ORa: 2,80; IC 95%: 1,14-6,87), la hipopigmentación (ORa: 2,61; IC 95%: 1,06-6,44) y la dermatitis atópica (ORa: 1,65; IC 95%: 1,19-2,31) fueron más frecuentes en la población inmigrante. El nevus melanocítico fue más frecuente en la población autóctona (ORa: 0,50; IC 95%: 0,30-0,83).

Conclusiones: Existen diferencias tanto en la forma de consultar como en la frecuencia de las dermatosis presentadas en la población infantil autóctona e inmigrante.

© 2013 Elsevier España, S.L. y AEDV. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mariaperezcespo@hotmail.com (M. Pérez-Crespo).

KEYWORDS

Skin diseases;
Pediatrics;
Children;
Immigration;
Atopic dermatitis

Comparative Epidemiologic Study of Skin Diseases in Foreign Children and Children of Spanish Origin in Alicante, Spain**Abstract**

Introduction: Previous studies in Spain have shown that the foreign and immigrant populations can have different diseases to Spanish-born individuals. However, no comparative study has specifically investigated foreign children in Spain.

Material and methods: The objective of the study was to compare skin diseases in foreign children with those in children born in Spain of Spanish parents. We included all patients under 15 years of age who were seen in our dermatology department between January 2007 and December 2007.

Results: During the study period, 3108 pediatric patients were seen in the dermatology department. Of these, 2661 (85.6%) were Spanish and 447 (14.3%) were foreigners. Foreign children sought medical care more often (11.4%) than Spanish children (6%) ($P < .001$) and made less use of the specialist outpatient clinic (59.6% vs 68.8% [$P < .001$]) and more use of emergency care. Complaints observed more frequently in the foreign children were scabies (adjusted odds ratio [aOR], 10.6; 95% CI, 4.71-24.10), arthropod bites (aOR, 2.80; 95% CI, 1.14-6.87), hypopigmentation (aOR, 2.61; 95% CI, 1.06-6.44), and atopic dermatitis (aOR, 1.65; 95% CI, 1.19-2.31). Melanocytic nevus was observed more frequently in Spanish children (aOR, .50; 95% CI, .30-.83).

Conclusions: Differences between children born in Spain of Spanish parents and foreign children were found for type of visit and frequency of skin diseases.

© 2013 Elsevier España, S.L. and AEDV. All rights reserved.

Introducción

La inmigración es un proceso dinámico e imparable. A partir del año 1999 la población inmigrante ha experimentado un crecimiento exponencial. Entre 1998 y 2012 el número de extranjeros empadronados en España se ha multiplicado por más de 6, pasando de 637.058 a 5,7 millones personas¹.

A pesar de la reciente crisis económica que ha obligado a muchos inmigrantes a salir de España, todavía la población extranjera representa el 12% de la población censada en nuestro país (datos de enero de 2012)¹. Dentro de este colectivo la población infantil representa el 14,5%, siendo una proporción similar a la población autóctona española (15%), aunque faltaría incluir aquí a los hijos de los inmigrantes asentados en España, de los cuales no existen datos censales.

La nueva realidad sociodemográfica que se ha configurado en nuestro país requiere analizar las necesidades y prioridades generadas en todos los ámbitos². La población infantil inmigrante puede tener diferente prevalencia de ciertas enfermedades respecto a la población autóctona^{3,4}, según demuestran trabajos nacionales^{5,6} e internacionales^{7,8}. Así mismo, se han publicado diversos trabajos en nuestro país acerca de la demanda generada en dermatología por los pacientes inmigrantes⁹⁻¹¹. Sin embargo, no nos consta que exista ningún estudio sobre enfermedad cutánea en población infantil inmigrante en España, por lo cual hemos considerado de interés la evaluación de las dermatosis que presenta la población inmigrante infantil y su comparación con la población autóctona.

El objetivo de este artículo fue analizar las dermatosis de la población inmigrante infantil y compararlas con la población autóctona, así como estudiar algunas variables socioepidemiológicas y la frecuencia de atención en las diversas unidades asistenciales del servicio.

Pacientes y métodos

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo y analítico de todos los pacientes menores de 15 años atendidos en la sección de dermatología desde enero a diciembre de 2007.

El ámbito del estudio fue el área de actividad asistencial dependiente de la Sección de Dermatología del Departamento de Salud 19 de la Comunidad de Valencia, incluyendo todas las consultas ambulatorias y hospitalarias, así como las citas quirúrgicas y la atención por urgencias.

Se dividió a los pacientes en 4 categorías: 1) pacientes autóctonos (nacidos en España de padres españoles); 2) hijos de inmigrantes (nacidos en España con alguno de los 2 progenitores no nacido en España); 3) niños inmigrantes (nacidos fuera de España); y 4) niños adoptados, constituyendo estas 3 últimas categorías la población de origen inmigrante.

Variables

La recogida de las variables se realizó por medio de una hoja de recogida de datos cumplimentada por los facultativos (adjuntos y residentes) que realizaron la asistencia. La variable de resultado fue el diagnóstico dermatológico o dermatosis, que fue categorizada de acuerdo con la clasificación CIE-9 adaptada a dermatología¹².

Las dermatosis se agruparon en 8 categorías diagnósticas: infecciosas, eritemato-descamativas, lesiones melanocíticas, tumores, enfermedad de anejos, alteraciones de la pigmentación, causa exógena y otros (se incluía genodermatosis, malformaciones, otras causas inflamatorias, neonatal y conectivopatías).

Las variables explicativas se recogieron en todos los episodios del estudio. Se incluyeron 3 tipos: 1) variables epidemiológicas —edad, sexo, tipo de piel (blanca, negra,

Tabla 1 Episodios de consulta en relación con la unidad asistencial de la población infantil inmigrante y autóctona

	Población inmigrante (n = 447) N (%)	Población autóctona (n = 2.661) N (%)	OR (IC 95%)	p
Consulta ambulatoria	255 (59,6)	1798 (68,8)	0,49 (0,40-0,60)	< 0,001
Consulta hospitalaria	104 (24,1)	588 (22,5)	1,07 (0,84-1,35)	0,6
Quirófano	11 (2,5)	54 (2)	1,22 (0,64-2,35)	0,7
Consulta urgente	51 (11,4)	159 (6)	2,03 (1,45-2,83)	< 0,001
Total de consultas	447 (100)	2661 (100)	-	-

IC 95%: intervalo de confianza del 95%; OR: *odds ratio*.

indioamericana, indioasiática, árabe y oriental)— y tipo de paciente (inmigrante, hijo de inmigrante y adoptado); 2) variables sociodemográficas: país de origen del niño y/o de los padres (en el caso de hijo de inmigrante) y áreas geográficas (Latinoamérica, Norte de África, África Subsahariana, Europa del Este —siendo considerados en esta área aquellos países que no se encontraban en la Europa de los 12— estando incluidos aquí los países pertenecientes a la Europa de los 12 y Asia), número de hermanos y convivientes en el hogar y actividad física; y 3) variables asistenciales como la 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 quirófano), tipo de visita (primera o revisión) y mes del año.

Análisis estadístico

Los datos se analizaron utilizando el programa estadístico SPSS versión 12.0 (SPSSInc., Chicago, Illinois, EE. UU.). Para la comparación de las variables continuas que seguían la distribución normal se ha utilizado el test de la «t» de Student para 2 muestras independientes. Para la comparación de variables categóricas se ha utilizado 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. La magnitud de la asociación de la dermatosis se evaluó mediante la *odds ratio* (OR) con el intervalo de confianza del 95% (IC 95%). La magnitud de la asociación de la dermatosis y categoría diagnóstica con el tipo de población se ajustó por edad y sexo mediante la OR ajustada (ORa) calculada mediante regresión logística por el método de máxima verosimilitud incondicional. Los valores de p han sido considerados significativos si eran menores de 0,05.

Resultados

Datos asistenciales de la población inmigrante infantil

Durante el periodo de estudio se registraron 3.108 episodios de consulta en población pediátrica, de ellos 2.661 (85,6%) correspondieron a población autóctona y 447 (14,3%) a población inmigrante. La principal unidad asistencial fue la consulta ambulatoria (68,8%) seguida de la hospitalaria (22,5%).

Comparación de la unidad asistencial con la población autóctona infantil

La **tabla 1** muestra los episodios de consulta en relación con la unidad asistencial en la que se atendió a la población inmigrante y autóctona. Destacaba una frecuentación del doble de la población inmigrante en la consulta urgente (11,4%) respecto a la población autóctona (6%) ($p < 0,001$), así como el menor uso relativo por parte de la población inmigrante de la consulta ambulatoria especializada (59,6 vs 68,8%) ($p < 0,001$).

Aspectos socioepidemiológicos de la población inmigrante infantil

Durante el periodo de estudio fueron atendidos 312 pacientes de origen inmigrante que dieron lugar a 477 episodios de consulta. En la **tabla 2** se describen las características de la población infantil inmigrante y extranjera y el área y país de procedencia de los mismos. El 49,7% de los pacientes había nacido fuera de nuestro país (46,8% eran inmigrantes económicos y el 3,1% eran extranjeros provenientes de países con renta per cápita igual o superior a España), el 42,1% eran hijos de inmigrantes y el 2,5% eran niños adoptados. Los pacientes procedentes de Latinoamérica (53,8%) fueron los que acudieron con más frecuencia a nuestro servicio, seguidos por los del Norte de África (19,2%).

Comparación con la población autóctona infantil

La edad en el grupo de población inmigrante fue ligeramente inferior (media 6,7 años vs media 7,9 años) comparada con la población autóctona ($p < 0,001$). No se hallaron diferencias en cuanto al sexo y número de convivientes, aunque sí en la media del número de hermanos (mayor en inmigrantes [$1,2 \pm 1,1$] que en autóctonos [$1 \pm 0,9$]; $p < 0,001$) y realización de deporte (menor en el grupo de origen inmigrante [22,5%] que en el grupo de autóctonos [37,2%]; $p < 0,001$) (**tabla 2**).

Dermatosis en población inmigrante infantil

Los 312 niños de origen inmigrante generaron 447 episodios de consultas y 503 diagnósticos totales (media de 1,12 diagnósticos por visita). De estos 503 diagnósticos totales 390 son diagnósticos absolutos (se excluyen las repeticiones diagnósticas por revisiones). Las 10 dermatosis más frecuentes

Tabla 2 Características epidemiológicas y área geográfica de los pacientes inmigrantes y extranjeros pediátricos

	Inmigrante (n = 312) N (%)	Autóctona (n = 1790) N (%)	p
<i>Edad, media (± DE)</i>	6,6 (± 4,3)	7,9 (± 4,3)	< 0,001
<i>Sexo, varón</i>	149 (48)	913 (49,3)	0,5
<i>Tipo de paciente</i>			-
Inmigrante	209 (46,8)	-	
Hijo de inmigrante	188 (42,1)	-	
Extranjero	14 (3,1)	-	
Hijo de extranjero	25 (5,6)	-	
Adoptado	11 (2,5)	-	
<i>Tipo de piel</i>			< 0,001
Indoamericano	166 (37,9)	2 (0,1)	
Blanca	158 (36,1)	1784 (97,1)	
Árabe	71 (16,2)	-	
Negra	24 (5,5)	2 (0,1)	
Otros ^a	19 (4,3)	49 (2,7)	
<i>Área geográfica y país</i>			-
Latinoamérica	168 (53,8)	-	
Norte de África	60 (19,2)	-	
Europa del Este	28 (9)	-	
África subsahariana	16 (5,1)	-	
Asia	6 (1,9)	-	
Europa	32 (10,3)	-	
<i>No realiza deporte</i>	231/298 (77,5)	1145/1822 (62,8)	< 0,001
<i>Hermanos, media (± DE)</i>	1,2 (± 1,1)	1 (± 0,9)	< 0,001
<i>Convivientes, media (± DE)</i>	4 (± 1,2)	3,9 (± 1,4)	0,3

^a Otros tipo de piel: mulato (n = 10), oriental (n = 7), indio asiático (n = 1), gitano (n = 1).

Tabla 3 Principales enfermedades cutáneas en la población inmigrante y la comparación con la población autóctona

Dermatosis	Inmigrante (n = 390) N (%)	Autóctonos (n = 2.238) N (%)	p [*]	OR ajustada (IC 95%)
Dermatitis atópica	55 (14,1)	181 (8,1)	0,003	1,65 (1,19-2,31)
Verruga vulgar	46 (11,8)	291 (13)	0,8	1,03 (0,73-1,45)
Molluscum contagiosum	35 (9)	157 (7)	0,5	1,13 (0,79-1,68)
Nevus melanocítico	21 (5,3)	201 (9,1)	0,008	0,50 (0,30-0,83)
Escabiosis	18 (4,6)	10 (0,4)	< 0,001	10,6 (4,71-24,10)
Acné	13 (3,3)	140 (6,2)	0,4	0,67 (0,41-1,02)
Nevus melanocítico congénito	12 (3,1)	57 (2,5)	0,5	1,24 (0,65-2,37)
Pitiriasis alba	12 (3,1)	21 (0,9)	0,2	2,32 (0,60-8,93)
Nevus melanocítico verrucoso	11 (2,8)	129 (5,7)	0,06	0,54 (0,29-1,02)
Hemangioma	11 (2,8)	100 (4,5)	0,01	0,45 (0,23-0,85)
Picaduras	8 (2,1)	13 (0,6)	0,02	2,80 (1,14-6,87)
Uña encarnada	8 (2,1)	33 (1,5)	0,07	2,10 (0,94-4,68)
Eccema	7 (1,7)	68 (2,1)	0,3	0,48 (0,14-1,57)
Hipopigmentación	7 (1,8)	16 (0,7)	0,04	2,61 (1,06-6,44)
Mancha café con leche	7 (1,8)	16 (0,7)	0,8	1,92 (0,73-5,02)
Psoriasis vulgar	6 (1,5)	33 (1,5)	0,8	1,11 (0,46-2,69)
Sin lesiones	6 (1,5)	29 (1,3)	0,7	1,16 (0,47-2,89)

IC 95%: intervalo de confianza del 95%; OR: odds ratio.

^{*} Valor de p en el análisis bivalente sin ajustar.

Tabla 4 Visitas sucesivas en niños de origen inmigrante, generadas por las dermatosis

	Media	Desviación estándar	Rango
Tiña corporis	6	.	6-6
Dermatitis cenicienta	4	2,2	1-7
Condiloma acuminado	2,7	1,6	5-5
Pilomatrixoma	2,4	1,6	1-5
Tiña capitis	2,4	1,7	1-5
Dedo supernumerario	2	1	1-3
Nevus de Becker	1,8	1	1-3
Uña encarnada	1,7	1	1-4
Dermatofibroma SAI	1,7	0,6	1-2
Verruga vulgar	1,5	1	1-6
Melanoma SAI	1,5	0,7	1-2
Nevus sebáceo	1,5	0,7	1-2
Quiste millium	1,5	0,7	1-2
Mucocele	1,5	0,7	1-2
Pitiriasis liquenoide	1,5	0,7	1-2
Liquen escleroso y atrófico	1,5	0,7	1-2
Quiste mucoso	1,5	0,7	1-2
Síndrome de Cohen	1,5	0,7	1-2
Molluscum contagiosum	1,4	0,7	1-4

SAI: no especificado.

representaban el 59% de todas ellas. La enfermedad más frecuente fue la dermatitis atópica (14,1%), seguida de la verruga vírica no genital (11,8%), el molluscum contagiosum (9%), la escabiosis (4,6%) y el nevus melanocítico (4,4%) (tabla 3).

La media de revisiones fue de 1,37 veces por diagnóstico (DE \pm 0,89; rango: 1-7). Las dermatosis que más número de revisiones generaron fueron la tiña corporis (media: 6) y la dermatitis cenicienta (media: 4), seguido de condiloma acuminado, pilomatrixoma y la tiña capitis (tabla 4).

Dentro de las categorías diagnósticas las enfermedades infecciosas y las eritemato-descamativas fueron las más frecuentes (32,1 y 26,9% respectivamente). Junto con la tercera categoría más frecuente las lesiones melanocíticas (11,5%) supusieron el 70,5% de todas las afecciones (tabla 5).

Comparación con la población infantil autóctona

La dermatitis atópica fue más frecuente en la población inmigrante (ORa: 1,65; IC 95%: 1,19-2,31), al igual que la

escabiosis (ORa: 10,6; IC 95%: 4,71-24,10), las picaduras de artrópodos (ORa: 2,80; IC 95%: 1,14-6,87) y la hipopigmentación (ORa: 2,61; IC 95%: 1,06-6,44). Por otro lado, el nevus melanocítico fue menos frecuente que en la población autóctona (ORa: 0,50; IC 95%: 0,30-0,83) (tabla 3).

Dentro de las categorías diagnósticas la enfermedad infecciosa fue más frecuente en la población inmigrante (ORa 1,43; IC 95%: 1,13-1,81), al igual que la enfermedad eritemato-descamativa (ORa: 1,41; IC 95%: 1,69-1,81). Por otro lado, la afección melanocítica fue menos frecuente en población inmigrante (ORa: 0,60; IC 95%: 0,43-0,83), al igual que la enfermedad tumoral (ORa 0,68; IC 95%: 0,40-0,85) (tabla 5).

Discusión

En nuestro trabajo hemos registrado 3.108 episodios de consultas, de los cuales el 14,3% eran de niños de origen inmigrante. Esta proporción es superior a la encontrada en otros estudios sobre demanda asistencial en dermatología que incluían adultos (\approx 4%)^{9,11}), pero es similar a la

Tabla 5 Categorías de diagnóstico entre la población autóctona y la población de origen inmigrante

	Inmigrante (n = 390) N (%)	Autóctonos (n = 2.238) N (%)	p*	OR ajustada (IC 95%)
Infecciosas	125 (32,1)	569 (25)	0,003	1,43 (1,13-1,81)
Eritemato- descamativas	105 (26,9)	451 (20,1)	0,007	1,41 (1,69-1,81)
Melanocíticas	45 (11,5)	429 (19,1)	0,003	0,60 (0,43-0,83)
Alteraciones de pigmentación	19 (4,9)	76 (3,4)	0,4	1,27 (0,75-2,14)
Tumores	35 (9)	268 (11,9)	0,006	0,68 (0,40-0,85)
Afección de los anejos	28 (7,2)	246 (11)	0,4	0,83 (0,54-1,27)
Causa exógena	12 (3,1)	40 (1,8)	0,08	1,81 (0,93-3,53)

IC 95%: intervalo de confianza del 95%; OR: odds ratio.

* Valor de p en el análisis bivalente sin ajustar.

encontrada por Taberner et al.¹⁰, donde se obtuvo un índice de asistencia a la población inmigrante del 13,2%.

Por otro lado, destaca potentemente que la población infantil inmigrante consultara más a través del servicio de urgencias que la población autóctona, coincidiendo con varias publicaciones^{13,14}. Este acceso prioritario por la vía urgente podría ser explicado por varios motivos, como el menor conocimiento de las vías normales de consulta por parte de la población inmigrante, por la dificultad de acudir a las citas prefijadas por motivos laborales o por la posible situación legal irregular de algunos de los pacientes, teniendo en cuenta además que en muchas ocasiones ciertas enfermedades cutáneas en los niños generan mucha preocupación entre los padres, haciendo que consulten por la vía más rápida que conocen con el fin de aliviar su ansiedad.

Un punto muy importante es el origen geográfico de los pacientes. La población inmigrante infantil de nuestra área proviene principalmente de Latinoamérica (53,8% de todos los niños), lo cual coincide con los estudios realizados en los hospitales de Son Llàtzer de Mallorca¹⁰ y Miguel Servet de Zaragoza¹¹ (51,7 y 47,1% respectivamente). El segundo lugar en frecuencia lo ocupan el Norte de África y Oriente Próximo (19,2%), mientras que Europa del Este se sitúa en tercer lugar (9%). Este orden de frecuencia es idéntico al del anterior estudio realizado en nuestra área¹⁵.

En cuanto a la frecuencia de las dermatosis y las categorías diagnósticas se observa, en comparación con otros estudios realizados en población infantil sin tener en cuenta su origen geográfico, que nuestros datos son similares a los obtenidos en un estudio realizado sobre población pediátrica general de Madrid¹⁶, aunque difieren bastante de los publicados por el Hospital Universitari Arnau de Vilanova¹⁷. En este último la enfermedad tumoral (a expensas principalmente de los nevus melanocíticos) tuvo la misma frecuencia que las dermatosis infecciosas, siendo ambas las más frecuentes causas de consulta. Los autores lo explican por la alta derivación de nevus melanocíticos congénitos y adquiridos por parte de pediatría, y por el posible aumento de esta enfermedad en una zona donde las tasas de insolación anuales son muy elevadas.

Si atendemos a la comparación de las dermatosis en la población infantil inmigrante y autóctona, observamos que los pacientes inmigrantes presentaron un riesgo casi del doble frente a los autóctonos de padecer dermatitis atópica. En estudios realizados en Europa y Australia ya se había reportado una mayor prevalencia de eccema atópico en ciertas poblaciones de niños de origen inmigrante, como por ejemplo en niños de raza negra¹⁸ o asiáticos¹⁹.

Por otro lado, la única infección que fue más frecuente en la población inmigrante fue la escabiosis, con un riesgo casi 10 veces mayor. En trabajos anteriores ya se había propuesto que la escabiosis era más frecuente entre población inmigrante²⁰, siendo los niños asiáticos los de mayor prevalencia en un estudio madrileño²¹. También en un estudio realizado recientemente en Grecia la escabiosis fue el doble de frecuente entre la población inmigrante infantil, aunque en dicho estudio también las infecciones bacterianas fueron un 50% más frecuentes, lo cual no ocurrió en nuestra investigación⁸. El hecho de que esta enfermedad y otras como las picaduras sean más frecuentes entre los niños inmigrantes, podría deberse a las condiciones socioeconómicas de estos, que probablemente viven en hogares con

peor higiene y provistos de menores medidas para evitar la entrada de artrópodos e insectos voladores.

En cuanto a categorías diagnósticas la enfermedad eritemato-descamativa y la infecciosa fueron las más frecuentes en la población inmigrante infantil (59%), siendo además más frecuentes de forma significativa en esta población frente a la población autóctona. Estas 2 categorías junto con la tercera categoría más frecuente, las lesiones melanocíticas, representaron el 70,5% de todas las enfermedades, aunque esta última fue significativamente más importante en la población autóctona, así como también lo fue la enfermedad tumoral.

Entre los niños que consultaron por lesiones melanocíticas los inmigrantes tuvieron un 50% menos riesgo de tener un nevus melanocítico. Esta tendencia se rompe en el caso de los nevus congénitos, que fueron aproximadamente el doble de frecuentes en esta población entre los pacientes que presentaron lesiones melanocíticas. Estos datos son concordantes con los de Albares et al.¹⁵ y con los de Monteagudo et al.²² en un estudio que analizó la enfermedad neonatal.

Este trabajo tiene una serie de limitaciones. Así, al ser un estudio de diseño transversal observacional, no contempló el seguimiento de los pacientes en el tiempo, por lo que es posible que algunos procesos cutáneos no fueran detectados. Por otra parte las variables analizadas fueron recogidas por distintos dermatólogos, por lo que pueden existir variaciones interobservador.

Podemos concluir que parecen existir diferencias en la forma de consultar y las dermatosis entre la población infantil inmigrante y la autóctona. Pensamos que el conocimiento de las mismas puede ayudarnos a diseñar programas de promoción de la salud en dermatología más efectivos para este colectivo.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística. Cifras de población. Padrón. Explotación estadística del Padrón. Último dato publicado:

- explotación a 1 de enero de 2011. Datos provisionales [consultado 13 Ene 2012]. Disponible en: www.ine.es/inebase/
- Jansà JM, García de la Olalla P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gac Sanit.* 2004;18:207-13.
 - Tapias-Ledesma MA, Garrido PCY, Peña ME, Hernández-Barrera V, de Miguel AG, Jiménez-García R. Use of dental care and prevalence of caries among immigrant and Spanish-born children. *J Dent Child (Chic).* 2011;78:36-42.
 - Alvarez G, Rey A, Adán A. Clinical features of ocular toxoplasmosis in an immigrant population in the Barcelona area: Study of 22 patients. *Arch Soc Esp Oftalmol.* 2010;85:202-8.
 - Qureshi A, Collazos F, Sobradíel N, Eiroa-Orosa FJ, Febrel M, Revollo-Escudero HW, et al. Epidemiology of psychiatric morbidity among migrants compared to native born population in Spain: A controlled study. *Gen Hosp Psychiatry.* 2013;35:93-9.
 - Colorado-Yohar S, Tormo MJ, Salmerón D, Dios S, Ballesta M, Navarro C. Violence reported by the immigrant population is high as compared with the native population in southeast Spain. *J Interpers Violence.* 2012;27:3322-40.
 - Ravanfar P, Dinulos JG. Cultural practices affecting the skin of children. *Curr Opin Pediatr.* 2010;22:423-31.
 - Katsarou A, Armenaka M, Kosmadaki M, Lagogianni E, Vosynioti V, Tagka A, et al. Skin diseases in Greek and immigrant children in Athens. *Int J Dermatol.* 2012;51:173-7.
 - Albares Tendero MP, Ramos Rincón JM, Belinchón Romero I, Betlloch Más I, Pastor Tomás N, Botella Antón R. Análisis de la demanda asistencial en dermatología de la población inmigrante. *Gac Sanit.* 2008;22:133-6.
 - Taberner R, Nadal C, Llambrich A, Vila e I, Torné A. Dermatology service utilization and reasons for consultation by Spanish and immigrant patients in the region served by Hospital Son Llàtzer, Palma de Majorca, Spain. *Actas Dermosifiliogr.* 2010;101:323.
 - Porta N, San Juan J, Simal E, Baldellou R, Ara M, Zubiri ML. Analysis of the demand for dermatological care in the immigrant population served by hospital Miguel Servet in Saragossa, Spain. *Actas Dermosifiliogr.* 2008;99:127-33.
 - Fernández-Peñas P, Jones-Caballero M. Codificación de las enfermedades dermatológicas. Compatible con la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9.^a revisión. 1996.
 - Rué M, Cabré X, Soler-González J, Bosch A, Almirall M, Serna MC. Emergency hospital services utilization in Lleida (Spain): A cross-sectional study of immigrant and Spanish-born populations. *BMC Health Serv Res.* 2008;8:81.
 - Buron A, Cots F, Garcia O, Vall O, Castells X. Hospital emergency department utilisation rates among the immigrant population in Barcelona, Spain. *BMC Health Serv Res.* 2008;8:51.
 - Albares MP, Belinchón I, Ramos JM, Sánchez-Payá J, Betlloch I. Epidemiologic study of skin diseases among immigrants in Alicante, Spain. *Actas Dermosifiliogr.* 2012;103:214-22.
 - Torrelo A, Zambrano A. Frecuencia de las enfermedades cutáneas en una consulta monográfica de dermatología pediátrica (1990-1999). *Actas Dermosifiliogr.* 2002;93:369-78.
 - Casanova JM, Sanmartín V, Soria X, Baradad M, Martí RM, Font A. Dermatitis infantiles en la consulta de dermatología de un hospital general universitario en España. *Actas Dermosifiliogr.* 2008;99:111-8.
 - Williams HC, Pembroke AC, Forsdyke H, Boodoo G, Hay RJ, Burney PG. London-born black Caribbean children are at increased risk of atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol.* 1995;32:212-7.
 - Leung RC, Carlin JB, Burdon JG, Czarny D. Asthma, allergy and atopy in Asian immigrants in Melbourne. *Med J Aust.* 1994;161:418-25.
 - Mumcuoglu KY, Miller J, Manor O, Ben-Yshai F, Klaus S. The prevalence of ectoparasites in Ethiopian immigrants. *Isr J Med Sci.* 1993;29:371-3.
 - Huerga H, López-Vélez R. Infectious diseases in sub-Saharan African immigrant children in Madrid, Spain. *Pediatr Infect Dis J.* 2002;21:830-4.
 - Monteagudo B, Labandeira J, Acevedo A, Ramírez-Santos A, Cabanillas M, Corrales A, et al. Prevalencia y características clínicas de los nevos melanocíticos congénitos en 1.000 recién nacidos españoles. *Actas Dermosifiliogr.* 2011;102:114-20.