



# ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at  
[www.actasdermo.org](http://www.actasdermo.org)



## ORIGINAL

# Análisis de la proporción de derivaciones potencialmente evitables desde Atención Primaria a Dermatología por lesiones quísticas o tumorales benignas en España. Datos del estudio DIADERM



C. González-Cruz<sup>a,\*</sup>, M.Á. Descalzo<sup>b</sup>, S. Arias-Santiago<sup>c</sup>, A. Molina-Leyva<sup>c</sup>, Y. Gilaberte<sup>d</sup>, P. Fernández-Crehuet<sup>e</sup>, H. Husein-ElAhmed<sup>f</sup>, A. Viera-Ramírez<sup>g</sup>, P. Fernández-Peñas<sup>h</sup>, R. Taberner<sup>i</sup>, A. Buendía-Eisman<sup>j</sup>, I. García-Doval<sup>b,k</sup> y V. García-Patos<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España

<sup>b</sup> Unidad de Investigación, Fundación Piel Sana, Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV), Madrid, España

<sup>c</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España

<sup>d</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Miguel Servet, IIS Aragón, Zaragoza, España

<sup>e</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

<sup>f</sup> Servicio de Dermatología, Hospital General de Baza, Baza, Granada, España

<sup>g</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Santa Catalina, Las Palmas de Gran Canaria, España

<sup>h</sup> Department of Dermatology, Westmead Hospital, The University of Sydney, Sydney, Australia

<sup>i</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Son Llàtzer, Palma, España

<sup>j</sup> Facultad de Medicina, Universidad de Granada, Granada, España

<sup>k</sup> Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUVI), Vigo, Pontevedra, España

Recibido el 9 de noviembre de 2018; aceptado el 7 de febrero de 2019

Disponible en Internet el 29 de mayo de 2019

## PALABRAS CLAVE

Diagnósticos;  
Servicios de  
Dermatología;  
Sistema público  
de salud;

## Resumen

**Antecedentes y objetivo:** Las lesiones cutáneas constituyen un motivo de consulta frecuente en Atención Primaria (AP). Aquellas que no supongan un problema de salud, sino una cuestión estética, no deben ser tratadas en el Sistema Nacional de Salud, según la legislación vigente. El objetivo de este trabajo es estimar qué porcentaje de derivaciones remitidas desde AP a Dermatología por lesiones quísticas o tumores benignos corresponde a lesiones que podríamos considerar potencialmente evitables.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [carlos.gonzalez.cruz@hotmail.com](mailto:carlos.gonzalez.cruz@hotmail.com) (C. González-Cruz).

Tumores cutáneos  
benignos;  
Derivación;  
Atención Primaria;  
España

**Material y método:** Utilizamos los diagnósticos principales de los pacientes derivados de AP, recogidos en el estudio representativo nacional DIADERM. Cada uno de los diagnósticos derivados fue clasificado como potencialmente evitable si se correspondía con alguno de los diagnósticos con criterio de alta desde AP, establecidos en el documento de consenso propuesto por la sección territorial andaluza de la Academia Española de Dermatología y Venereología.

**Resultados:** Se recogieron datos de 2.171 motivos principales de consulta derivados de AP como primeras consultas. De estos, 686 (31,6%) son diagnósticos que podrían corresponderse con derivaciones potencialmente evitables por lesiones quísticas o tumorales benignas. Un 22% (478) del total de las consultas fueron dadas de alta en la primera visita. Los diagnósticos más frecuentes entre estos fueron las queratosis seborreicas (9,3%) y los nevos melanocíticos (8,6%).

**Conclusiones:** La proporción de derivaciones potencialmente evitables a Dermatología desde AP por lesiones quísticas y tumorales benignas supone casi un tercio de las consultas. El conocimiento de la realidad asistencial de nuestro entorno puede ser útil para mejorar la planificación, la formación y la gestión sanitaria.

© 2019 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## KEYWORDS

Diagnosis;  
Dermatology  
Department;  
Public health  
services;  
Benign skin tumors;  
Referral and  
consultation;  
Primary health care;  
Spain

## Proportion of Potentially Avoidable Referrals From Primary Care to Dermatologists for Cystic Lesions or Benign Neoplasms in Spain: Analysis of Data From the DIADERM Study

### Abstract

**Background and objective:** Skin lesions are a common reason for consulting a primary care physician. Current legislation in Spain states that purely aesthetic skin problems that do not pose a health problem are not to be treated within the National Health Service. The aim of this study was to estimate the proportion of referrals from primary care physicians to dermatologists that were for cystic lesions or benign tumors and could potentially have been avoided.

**Material and methods:** We consulted cases registered in the DIADERM study dataset, which is representative of dermatology practice in Spain, and collected the main diagnoses given on referring patients from primary care. A referral diagnosis was classified as potentially avoidable if it corresponded to one of the primary care discharge diagnoses listed in a consensus paper of the Andalusian section of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology (AEDV).

**Results:** We collected 2171 main reasons for first-visit referrals to dermatologists; 686 of them (31.6%) were for cystic lesions or benign tumors and classified as potentially avoidable. In 478 cases (22%) the patients were discharged on the first visit. The most frequent diagnoses in such cases were seborrheic keratosis (9.3%) and melanocytic nevus (8.6%).

**Conclusions:** Nearly a third of referrals from primary care to a dermatologist were for cystic lesions and benign tumors and could have been avoided. A clearer understanding of our caseload can be useful for improving planning, training, and health care system management.

© 2019 AEDV. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

Las lesiones cutáneas representan uno de los principales motivos de consulta en Atención Primaria (AP), lo que refleja su alta prevalencia en la población general<sup>1,2</sup>. Una elevada proporción de estas lesiones son benignas, no tienen ninguna repercusión sobre la salud del individuo y su tratamiento suele demandarse con fines meramente estéticos<sup>3</sup>. El Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud en España, indica en su artículo 5 que se excluyen aquellas técnicas, tecnologías o procedimientos que tengan como finalidad meras actividades de mejora estética o cosmética<sup>4</sup>. A pesar de ello, el porcentaje de visitas dermatológicas por lesiones banales puede representar hasta el 25% de las consultas en un

centro de AP, según el trabajo de Macaya-Pascual et al. realizado en un único centro de AP<sup>3</sup>. El médico de familia constituye, en el actual modelo de atención médica en España, el primer filtro de acceso a la consulta dermatológica especializada<sup>5,6</sup>. Recientemente, la sección andaluza de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV), con el soporte metodológico de profesionales de la Sociedad Española de Calidad Asistencial, ha creado un documento de consenso sobre el proceso de atención a las personas con lesiones quísticas y tumorales benignas<sup>7</sup>.

El objetivo de nuestro trabajo es estimar el porcentaje de derivaciones de AP a Atención Especializada dermatológica por lesiones quísticas y tumorales benignas que potencialmente podrían considerarse evitables. Ello permitirá obtener, por primera vez, una estimación real de la magnitud del problema a nivel

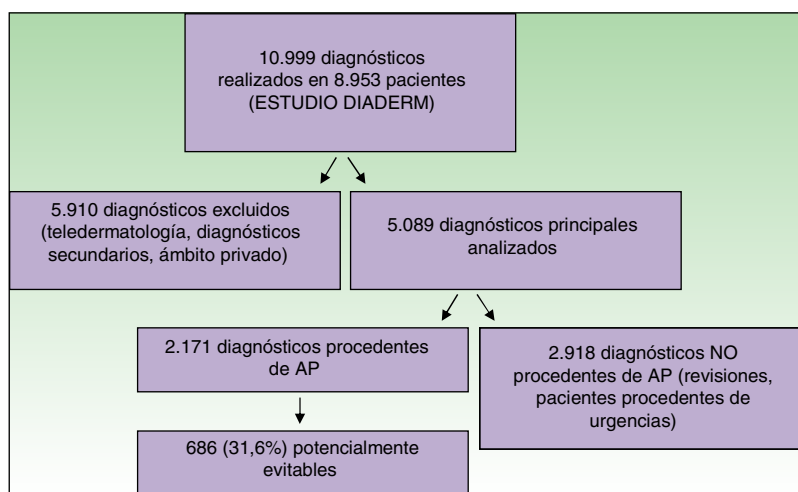


Figura 1 Selección de pacientes.

estatal y podrá emplearse en el desarrollo de políticas sanitarias.

## Material y métodos

Hemos utilizado los datos del estudio DIADERM<sup>8</sup>, una encuesta representativa y nacional realizada por la AEDV en 2016. A partir del listado de académicos de la AEDV (2.224 en noviembre del 2014) se obtuvo una muestra aleatorizada, estratificada por secciones territoriales de la AEDV, con el objetivo de que fuese representativa de la actividad de los dermatólogos en España. Los dermatólogos participantes recogieron todos los diagnósticos realizados en 6 días de actividad, 3 durante la época fría del año y otros 3 durante la época cálida. Los datos de consultas fueron codificados por un dermatólogo experto empleando la CIE-10. Cada consulta tenía un único diagnóstico principal.

Como criterios de inclusión del presente estudio se consideraron solo los diagnósticos que fueron el motivo principal que originó la consulta, en pacientes derivados de AP del sistema público de salud. Se excluyeron las teleconsultas.

Cada una de las derivaciones fue clasificada como potencialmente evitable si se correspondía con alguno de los diagnósticos con criterio de alta desde AP, establecidos en el documento de consenso propuesto por la sección territorial andaluza de la AEDV en 2016 (tabla 1)<sup>7</sup>. Según este consenso, estas lesiones pueden ser dadas de alta en AP siempre que no sean sospechosas de malignidad o generen una duda diagnóstica al médico de AP, que no supongan un impacto funcional y, en el caso de las provocadas por virus, que no sean resistente al tratamiento. Excluimos de las derivaciones potencialmente evitables todos los diagnósticos del dermatólogo que se correspondían con criterios de derivación adecuados, como es el caso del nevus atípico.

La justificación de la derivación del médico de AP no estaba disponible. Utilizamos como dato indirecto de la idoneidad de la derivación la decisión que tomó el dermatólogo con el paciente en la consulta. Asumimos que los pacientes que fueron dados de alta en la primera visita

no fueron sometidos a ningún procedimiento por parte del dermatólogo; de lo contrario, hubieran sido recitados para los resultados de anatomía patológica y/o control evolutivo de la cicatriz. Este grupo de pacientes con un diagnóstico principal incluido en los del consenso, y que además fueron dados de alta por el dermatólogo en la primera consulta, podrían corresponder a derivaciones potencialmente evitables o bien a dudas razonables del médico de AP resueltas en esa visita. Por el contrario, si no fueron dados de alta por el dermatólogo podrían corresponder a consultas adecuadas o a un mal uso de los recursos por parte del dermatólogo.

El estudio DIADERM fue clasificado como observacional no postautorización por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios y aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la provincia de Granada (8 de octubre de 2014).

El análisis estadístico incluyó estadística descriptiva mediante frecuencias absolutas y porcentajes y la prueba  $\chi^2$  para contrastar la asociación entre variables cualitativas. Todos los análisis se realizaron mediante el programa Stata (versión 14.2 Statacorp, Texas, EE. UU.).

## Resultados

En el estudio DIADERM se recogieron 10.999 diagnósticos realizados en 8.953 pacientes. Una vez excluidas las teleconsultas, los motivos secundarios de consulta y las consultas del ámbito privado, obtuvimos 5.089 motivos principales de consulta. De estos, 2.171 (42%) procedían de AP como primeras consultas (fig. 1). Los 2.918 diagnósticos restantes fueron excluidos, dado que correspondían a revisiones, pacientes procedentes de urgencias o derivados desde otros especialistas.

De los 2.171 diagnósticos de primera consulta procedentes de AP, 686 (31,6%) son diagnósticos que se corresponden con derivaciones potencialmente evitables y 478 (22%) fueron dados de alta en la primera visita (tabla 2). En estos diagnósticos el porcentaje de altas en la primera consulta fue significativamente superior que en el resto

**Tabla 1** Criterios de alta desde Atención Primaria (sin derivación a Dermatología) y de tratamiento en Dermatología

Diagnóstico	Alta en Atención Primaria	Tratable por el dermatólogo del Sistema Nacional de Salud
Nevus melanocíticos	Nevo melanocítico común adquirido sin criterios ABCDE	Si duda diagnóstica, sospecha de malignidad
Queratosis seborreica	Queratosis seborreica de presentación clínica típica	Si duda diagnóstica, sospecha de malignidad
Dermatofibroma	Dermatofibroma de presentación clínica típica	Si duda diagnóstica, sospecha de malignidad
Acrocordones	Acrocordón de presentación clínica típica sin criterios de tratamiento quirúrgico (gran tamaño, en regiones corporales que representan una dificultad funcional objetiva (por ejemplo: región perineal, inguinal)	Si duda diagnóstica, sospecha de malignidad
Lesiones vasculares	Puntos rubí, lago venoso, arañas vasculares	Si duda diagnóstica, sospecha de malignidad, lesiones del recién nacido, granuloma piogénico, angioqueratoma
Quistes	Quiste epidérmico de pequeño tamaño, asintomático y sin impacto funcional	Si duda diagnóstica, sospecha de malignidad
Lipomas	Diagnóstico seguro, sin sospecha de proceso neoplásico, pequeños, sin impacto funcional	Si duda diagnóstica, sospecha de malignidad, gran tamaño, impacto funcional
Verrugas vulgares, plantares, <i>molluscum contagiosum</i>	Verrugas vulgares asintomáticas o <i>molluscum</i> no resistentes al tratamiento inicial	Si duda diagnóstica, resistentes a tratamiento, impacto funcional
Onicocriptosis, uña encarnada	Tras tratamiento efectivo y confirmación clínica y anatomopatológica	Recidivante tras tratamiento quirúrgico. Diagnóstico incierto
Quiste de millium	Diagnóstico seguro, sin sospecha de proceso neoplásico	Si duda diagnóstica, sospecha de malignidad
Hiperplasia sebácea	Diagnóstico seguro, sin sospecha de proceso neoplásico	Si duda diagnóstica, sospecha de malignidad
Pápula fibrosa	Diagnóstico seguro, sin sospecha de proceso neoplásico	Si duda diagnóstica, sospecha de malignidad
Siringomas	Diagnóstico seguro, sin sospecha de proceso neoplásico	Si duda diagnóstica, sospecha de malignidad
Xantelasmas	Diagnóstico seguro, sin sospecha de proceso neoplásico	Si duda diagnóstica, sospecha de malignidad

Tomada de Moreno-Ramírez et al.<sup>7</sup>.

**Tabla 2** Número y porcentaje relativo sobre el total de primeras consultas recibidas de Atención Primaria de cada uno de los diagnósticos citados en el documento de consenso andaluz

Consultas por diagnóstico que son alta en la primera visita				
Diagnóstico	Número de consultas con este motivo principal (potenciales derivaciones evitables) (% sobre el total de consultas, N = 2.171)	Número de consultas con este diagnóstico principal y alta en la primera consulta	Porcentaje de consultas con este diagnóstico principal y alta en la primera consulta sobre el total de consultas, N = 2.171	Porcentaje de consultas con este diagnóstico principal que se dan de alta en la primera consulta
Queratosis seborreica	201 (9,3)	180	8,3	89,6
Nevus melanocíticos	187 (8,6)	118	5,4	63,1
Verrugas vulgares, plantares, <i>molluscum contagiosum</i>	135 (6,2)	85	3,9	63
Acrocordones	52 (2,4)	39	1,8	75
Quistes	45 (2,1)	10	0,5	22,2
Lesiones vasculares	25 (1,2)	18	0,8	72
Dermatofibroma	13 (0,6)	8	0,4	61,5
Onicocriptosis, uña encarnada	12 (0,6)	8	0,4	66,7
Lipomas	7 (0,3)	4	0,2	57,1
Pápula fibrosa	3 (0,1)	3	0,1	100
Xantelasmas	3 (0,1)	2	0,1	66,7
Hiperplasia sebácea	2 (0,1)	2	0,1	100
Quiste de millium	1 (0,05)	1	0,05	100
Siringomas	0 (0)	0	0	0
Total	686 (31,6)	478	22	69,7

de las consultas (69,7 de altas vs. 39,1%,  $\chi^2$ ,  $p < 0,001$ ). El porcentaje de diagnósticos correspondientes a potenciales derivaciones evitables es similar en todas las secciones territoriales estudiadas ( $\chi^2$ ,  $p = 0,74$ ).

Entre las derivaciones potencialmente evitables, la queratosis seborreica, con 201 consultas (9,3%), constituye el diagnóstico más frecuente. También representa el diagnóstico con un mayor número de altas en la primera visita con el dermatólogo (180/201; 89,6% de las consultas con este diagnóstico principal). Los nevos melanocíticos y el grupo de verrugas vulgares o plantares y *molluscum contagiosum* representan el 8,6 y el 6,2% del total de consultas, respectivamente. No obstante, el porcentaje de altas en la primera consulta del dermatólogo es algo menor en ambos grupos, representando en ambos casos el 63% (118/187 y 85/135, respectivamente).

## Discusión

Nuestro trabajo muestra que aproximadamente un 32% de las consultas recibidas en Dermatología desde AP en el sistema público español tienen como diagnóstico principal alguno de los discutidos en el documento de consenso andaluz sobre lesiones quísticas y tumorales benignas y, por lo tanto, podrían considerarse evitables (si no hubiese duda diagnóstica o afectación funcional). Las queratosis seborreicas, los nevos melanocíticos, el grupo de las verrugas vulgares o plantares y *molluscum contagiosum*, los acrocordones y los quistes constituyen el 28,6% de las dermatosis valoradas por los dermatólogos derivadas desde AP. Como era de esperar, en estos diagnósticos el porcentaje de altas en la primera consulta fue significativamente superior que en el resto de las consultas, lo que refuerza su probable condición de potencialmente evitables. Todo ello supone la inversión de recursos humanos y materiales en objetivos de escaso valor añadido para la salud de la población, e incluso contrarios a la legislación vigente<sup>5</sup>.

Tanto el documento de consenso de la sección andaluza de la AEDV como el modelo de atención en Dermatología del *Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya* son ejemplos de documentos cuyo objetivo principal es incrementar la capacidad resolutoria de la AP frente a lesiones benignas y a dermatosis de baja complejidad con el fin de mejorar la eficiencia de la Atención Especializada<sup>7,9</sup>.

Nuestro porcentaje de consultas a Dermatología desde AP potencialmente evitables es similar al de visitas con «demanda de tratamiento estético» en el estudio de Macaya-Pascual et al. en un centro sanitario público de L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)<sup>3</sup>. En esta línea, el trabajo de Lowell et al. reportó que el 29,4% de las derivaciones al dermatólogo eran por tumores benignos<sup>2</sup>.

Esta gran proporción de consultas evitables suponen una sobrecarga en la actividad diaria del dermatólogo, restando tiempo para la valoración de otras dermatosis que sí presentan un impacto en la salud del paciente<sup>5</sup>. Además, en el trabajo de Macaya-Pascual et al. se estima que el diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades en una única consulta dermatológica en un centro ambulatorio en España que atiende una media de 7.500 consultas anuales generaría una facturación de unos 317.000€ anuales<sup>3</sup>. Esto nos

indica la necesidad de buscar estrategias dirigidas a mejorar la eficiencia del sistema como podría ser la aplicación generalizada a nivel estatal de documentos de consenso como el de la sección andaluza y vías de comunicación más eficaces con AP<sup>10</sup>. La teledermatología, implementada ya en muchos centros, es una eficaz vía de comunicación entre niveles asistenciales que probablemente ayudará a reducir el número de estas consultas potencialmente evitables<sup>11</sup>.

La principal ventaja de nuestro estudio es que se basa en datos de prevalencia de DIADERM, obtenidos de una muestra aleatoria y estratificada por secciones territoriales de dermatólogos de la AEDV. Esto hace que sea representativo del total de la actividad dermatológica en España.

Como limitaciones del estudio hay que destacar que no disponemos de datos sobre la justificación de la derivación del médico de AP. Si hubiese duda diagnóstica o afectación funcional las derivaciones serían adecuadas, por lo que solo podemos hacer estimaciones sobre el impacto máximo de la aplicación del consenso. Las consultas que se dan de alta en la primera consulta pueden ser evitables o adecuadas (por duda diagnóstica del médico de AP), que el dermatólogo ha resuelto en la primera visita. Las que el dermatólogo cita en una segunda consulta o quirófano pueden ser citas adecuadas o un uso inadecuado de los recursos por parte del dermatólogo. Por todo ello, es posible que las consultas realmente evitables según el consenso sean desde inexistentes hasta el 31,6% de las primeras consultas. Lo más probable es que sean un porcentaje intermedio. Otra limitación es que nuestro estudio se ha basado en el documento de consenso para lesiones benignas y quísticas (que incluye verrugas, *molluscum contagiosum* y onicogriposis). Si aplicásemos un modelo similar para la totalidad de los motivos de consulta, incluyendo infecciones y enfermedad inflamatoria, la repercusión potencial sería mayor. Por último, cabe destacar que a pesar de que el documento de consenso de la sección andaluza fue elaborado con la participación de profesionales de la Sociedad Española de Calidad Asistencial además de dermatólogos con conocimiento y experiencia en el ámbito clínico y de gestión, no se menciona que participaran en su elaboración médicos de AP ni representantes de pacientes. Sí han participado gestores de agencias públicas que deben representar las necesidades de los pacientes. En cualquier caso, consideramos que futuros documentos de consenso deberían contar en su elaboración con la participación de ambos actores implicados en este proceso asistencial<sup>12</sup>.

Como conclusión, se trata del primer estudio de ámbito estatal que analiza las derivaciones potencialmente evitables a Dermatología desde AP por lesiones quísticas y tumoraciones benignas, mostrando que representan un elevado porcentaje de la consulta dermatológica, siendo los diagnósticos más frecuentes las queratosis seborreicas, los nevos melanocíticos y el grupo de las verrugas y los *molluscum contagiosum*. Este trabajo aporta datos útiles para realizar una correcta planificación y formación sanitaria con el fin de optimizar los recursos disponibles y como base para futuros estudios. No obstante, deben contextualizarse teniendo en cuenta las limitaciones metodológicas anteriormente expuestas y la realidad sanitaria de nuestro país, sin olvidar la necesaria continuidad asistencial entre AP y Especializada.



## Financiación

El estudio DIADERM está promovido por la Fundación Piel Sana de la AEDV, que ha recibido ayuda económica de Novartis. La compañía farmacéutica no ha participado en la recogida de datos, el análisis de los datos, la interpretación de los resultados o la escritura del artículo final.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses con respecto a lo reflejado en el artículo.

## Agradecimientos

El proyecto DIADERM ha sido posible gracias a la colaboración de los coordinadores regionales del proyecto y de los participantes.

## Anexo.

Coordinadores de las secciones: Agustín Buendía, Pablo Fernández-Crehuet, Husein Husein-ElAhmed, Jesús Vega, Agustín Viera, José Manuel Carrascosa, Marta Ferrán, Enrique Gómez, Lucía Ascanio, Ignacio García Doval, Salvador Arias-Santiago y Yolanda Gilaberte.

Participantes: Juan A. Sánchez, Amalia Serrano, Rosa Castillo, Ramón Fernández, José Armario, Carolina Lluç Cantalejo, Cristina Albarrán, María Cruz Martín, Juan Antonio Martín, Román Barabash, Lara Pérez, Manuel Salamanca, Carlos Hernández, José Francisco Millán, Inmaculada Ruiz, Susana Armesto, Marta González, Valia Beteta, Concepción Cuadrado de Valles, Pilar Cristóbal, María Magdalena Roth, Juan Garcías, Ricardo Fernández de Misa, Estela García, María del Pino Rivero, José Suárez, Birgit Farthmann, Alba Álvarez, Irene García, Caridad Elena Morales, María Cristina Zemba, Trinidad Repiso, Carmen Sastre, María Ubals, Alejandro Fernández, Urbà González, Ramón Grimalt, Sara Gómez, Ingrid López, Franco Antonio Gemignani, María José Izquierdo, Fernando Alfageme, Nuria Barrientos, Laura María Pericet, Santiago Vidal, Celia Camarero, Pablo Lázaro, Cristina García, María Pilar de Pablo, Pedro Herranz, Natalia del Olmo, María Castellanos, Natalia Jiménez, Sonsoles Aboín, Isabel Aldanondo, Adriana Juanes, Dulce María Arranz, Olga González, Luis Casas, Juan José Vázquez, Carmen Peña, José Luis Cubero, Carlos Feal, María Eugenia Mayo, Nicolás Iglesias, Rafael Rojo, Elfidia Aniz, Sabrina Kindem, Nerea Barrado, Marisa Tirado, Ester Quecedo, Isabel Hernández, Antonio Sahuquillo, Rebeca Bella, Ramón García, Anaïd Calle, Francesc Messeguer, Alberto Alfaro, Luisa Casanova, Libe Aspe, María Pilar Moreno, Izaskun Trébol, Gonzalo Serrano, Víctor Manuel Alcalde, Patricia García y Carmen Coscojuela.

## Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.ad.2019.02.003](https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.02.003).

## Bibliografía

- Castillo-Arenas E, Garrido V, Serrano-Ortega S. Motivos dermatológicos de consulta en atención primaria. Análisis de la demanda derivada. *Actas Dermosifiliogr.* 2014;105:271–5.
- Lowell BA, Froelich CW, Federman DG, Kirsner RS. Dermatology in primary care: Prevalence and patient disposition. *J Am Acad Dermatol.* 2001;45:250–5.
- Macaya-Pascual A, López-Canós R, López-Piqueras S, Gómez S. Análisis de los motivos de consulta y de su coste en la asistencia dermatológica en un centro de Atención Primaria. *Actas Dermosifiliogr.* 2006;97:569–72.
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de Sep, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE núm. 222 de 16 de septiembre de 2006 [consultado 3 Feb 2019]. p. 32650-79. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2006/09/16/pdfs/A32650-32679.pdf>.
- Carrascosa JM. ¿Deben tratarse las lesiones cutáneas benignas y banales en el Sistema Público de Salud? *Actas Dermosifiliogr.* 2007;98:236–9.
- García Doval I, Labandeira García J, Toribio J. Dermatología y asistencia primaria en la Seguridad Social. *Actas Dermosifiliogr.* 1996;87:421–4.
- Moreno-Ramírez D, Ruiz-Villaverde R, de Troya M, Reyes-Alcázar V, Alcalde M, Galán M, et al. Proceso de atención a las personas con lesiones quísticas y tumorales benignas. Documento de consenso de la sección territorial andaluza de la Academia Española de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. *Actas Dermosifiliogr.* 2016;107:391–9.
- Buendía-Eisman A, Arias-Santiago S, Molina-Leyva A, Gilaberte Y, Fernández-Crehuet P, Husein-ElAhmed H, et al. Análisis de los diagnósticos realizados en la actividad ambulatoria dermatológica en España: muestreo aleatorio nacional DIADERM. *Actas Dermosifiliogr.* 2018;109:416–23.
- Generalitat de Catalunya. Model d'atenció en dermatologia i criteris de planificació. Àmbit d'atenció primària i atenció especialitzada ambulatoria. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2013.
- Kvamme OJ, Olesen F, Samuelson M. Improving the interface between primary and secondary care: A statement from the European Working Party on Quality in Family Practice (EQiP). *Qual Health Care.* 2001;10:33–9.
- Martínez-García S, del Boz-González J, Martín-González T, Samaniego-González E, Crespo-Erchiga V. Teledermatology. Review of 917 teleconsults. *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed).* 2007;98:318–24.
- National Institute for Health and Care Excellence. NICE and the public. NICE Communities. About [Internet]. NICE [consultado 13 Ene 2019]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/about/nice-communities/nice-and-the-public>.