



ACADEMIA ESPAÑOLA
DE DERMATOLOGÍA
Y VENEREOLOGÍA

ACTAS Dermo-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



ORIGINAL

¿Cuánta carga asistencial suponen las infecciones de transmisión predominantemente sexual y otras dermatosis anogenitales en las consultas de Dermatología en España? Resultados del muestreo aleatorio nacional DIADERM



A. Martín-Gorgojo^{a,b,*}, A. Comunión-Artieda^a, M.A. Descalzo-Gallego^b, S. Arias-Santiago^c, A. Molina-Leyva^c, Y. Gilaberte^d, P. Fernández-Crehuet^e, H. Husein-ElAhmed^f, A. Viera-Ramírez^g, P. Fernández-Peñas^h, R. Tabernerⁱ, A. Buendía-Eisman^j e I. García-Doval^b

^a Servicio de ITS/Dermatología, Sección de Especialidades Médicas, Ayuntamiento de Madrid, Madrid, España

^b Unidad de Investigación, Fundación Piel Sana AEDV, Madrid, España

^c Servicio de Dermatología, Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España

^d Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Miguel Servet, IIS Aragón, Zaragoza, España

^e Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

^f Servicio de Dermatología, Hospital General de Baza, Baza, Granada, España

^g Servicio de Dermatología, Hospital Santa Catalina, Las Palmas de Gran Canaria, España

^h Department of Dermatology, Westmead Hospital, The University of Sydney, Westmead, New South Wales, Australia

ⁱ Departamento de Dermatología, Hospital de Son Llàtzer, Palma de Mallorca, España

^j Facultad de Medicina, Universidad de Granada, Granada, España

Recibido el 29 de abril de 2021; aceptado el 9 de mayo de 2021

Disponible en Internet el 28 de mayo de 2021

PALABRAS CLAVE

Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10;

Resumen

Introducción: Las infecciones e infestaciones de transmisión predominantemente sexual y otras dermatosis anogenitales forman parte de la formación específica de los médicos especialistas en Dermatología y Venereología en España. El presente estudio pretende analizar la carga que suponen dichas patologías en la actividad dermatológica pública y privada del sistema de salud español.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alejandromartingorgojo@aedv.es (A. Martín-Gorgojo).

Consulta externa hospitalaria;
Actividad ambulatoria;
Dermatología;
Enfermedades de transmisión sexual;
Venereología

Material y método: Estudio observacional de corte transversal de dos períodos de tiempo describiendo los diagnósticos realizados en consultas externas dermatológicas, obtenidos a través de la encuesta anónima DIADERM, realizada a una muestra aleatoria y representativa de dermatólogos. A partir de la codificación de diagnósticos CIE-10, se seleccionó toda la patología relacionada (36 diagnósticos codificados en los dos períodos), que se clasificó en 12 grupos.

Resultados: Tan solo el 3,16% de los diagnósticos globales fueron de infecciones e infestaciones de transmisión predominantemente sexual y otras dermatosis anogenitales. Los 3 grupos diagnósticos más frecuentes fueron las lesiones por virus del papiloma humano anogenital, seguido de los *molluscum contagiosum* y las dermatosis anogenitales inflamatorias. Con significación estadística, y comparando con el global de diagnósticos, los seleccionados constituyeron más habitualmente el motivo de consulta primario y, en el ámbito privado, fue más frecuente que viniesen derivados de otros especialistas.

Conclusión: Las infecciones e infestaciones de transmisión predominantemente sexual y otras dermatosis anogenitales tienen un peso muy limitado en la asistencia dermatológica en España, a pesar de que la inclusión del diagnóstico de *molluscum contagiosum* sobreestima estos diagnósticos. La ausencia de inclusión de centros y consultas monográficas de ITS en la muestra aleatoria contribuye a la infrarrepresentación de estas parcelas de la especialidad. Es importante hacer un esfuerzo decidido por potenciarlas con consultas y centros monográficos.

© 2021 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

International Classification of Diseases, Tenth Revision (ICD-10);
Outpatient clinics;
Services;
Outpatient health;
Sexually transmitted diseases;
Venereology

What Proportion of the Spanish Dermatology Caseload Corresponds to Primarily Sexually Transmitted Infections and Other Anogenital Dermatoses? Results From the DIADERM National Random Survey

Abstract

Background and objective: Predominantly sexually transmitted infections (STIs) and infestations and other anogenital dermatoses are covered in the training of specialists in dermatology and venereology in Spain. This study aimed to analyze the proportion of the dermatology caseload these diseases account for within the public and private dermatological activity of the Spanish health system.

Material and methods: Observational cross-sectional study of time periods describing the diagnoses made in outpatient dermatology clinics, obtained through the anonymous DIADERM survey of a representative random sample of dermatologists. Based on diagnostic codes of the International Classification of Diseases, Tenth Revision, 36 related diagnoses were selected, and classified into 12 groups.

Results: Only 3.16% of diagnoses corresponded to STIs and other anogenital dermatoses. The most common diagnostic group was anogenital human papillomavirus infection, followed by molluscum contagiosum, and inflammatory anogenital dermatoses. Lesions with these diagnoses were usually the main reasons for first visits in the National Health Service. In private practice, the diagnoses usually came after referrals from other physicians.

Conclusions: STIs and other anogenital dermatoses account for a very small proportion of the dermatology caseload in Spain, although the inclusion of molluscum contagiosum diagnoses overestimates these conditions. The fact that no STI centers or monographic STI consultations were included in the random sample of dermatology partly explains the under-representation of these areas of the specialty. A determined effort to support and promote monographic STI centres and clinics should be made.

© 2021 AEDV. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El estudio DIADERM tuvo por finalidad analizar los diagnósticos realizados en las consultas de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología (DMQyV) de los miembros de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV) en España¹. En él se incluyeron diagnósticos de infecciones de transmisión sexual (ITS) y

alteraciones cutáneo-mucosas referidas a las áreas genital y anal.

La incidencia de ITS en nuestro país no ha dejado de incrementarse en las últimas décadas. Después del «valle» de incidencia de 2001, con 2,04 casos declarados de infección gonocócica por 100.000 habitantes-año, los casos notificados están creciendo año tras año, con una tasa de 24,18 casos por 100.000 habitantes-año en 2018².

Resulta crucial, por tanto, que exista una adecuada estrategia de salud p3blica que permita testar, trazar y tratar los casos de ITS. Para poder realizarla se necesita la participaci3n de m3dicos especialistas con formaci3n espec3fica en el diagn3stico y tratamiento de las ITS. En este sentido, la 3nica especialidad m3dica que contiene referencia a esta parcela de conocimiento en su propia denominaci3n es la DMQyV³, pues ha estado desde su origen 3ntimamente ligada a la atenci3n a las enfermedades ven3reas⁴. De forma extensiva, los especialistas en DMQyV tienen un papel evidente en el diagn3stico y el tratamiento de dermatosis anogenitales y mucosas, y de forma especial en las enfermedades vulvares⁵.

Existe variabilidad en la asistencia a las personas con o en riesgo de ITS en los sistemas de salud de las diferentes comunidades aut3nomas espa3olas. Contin3an existiendo centros monogr3ficos (an3logos al dispensario Mart3nez Anido de Madrid)⁶ con participaci3n significativa de dermat3logos, si bien algunos de estos centros est3n actualmente en riesgo de ser desmantelados por falta de recursos⁷. Asimismo, algunos servicios de dermatolog3a contin3an manteniendo consultas de esta subespecialidad. No obstante, en los 3ltimos a3os una proporci3n mayoritaria de atenci3n a estos pacientes se lleva a cabo por parte de atenci3n primaria y en los servicios de urgencias. En este sentido, aunque los dermat3logos tienen un papel activo en las urgencias hospitalarias⁸, no es habitual en nuestro pa3s que las ITS se deriven a dichos facultativos: representan una proporci3n muy peque3a de la patolog3a atendida en urgencias dermatol3gicas (< 2% en Valladolid⁹, < 3% en Madrid¹⁰).

A partir de los diagn3sticos codificados de la actividad de los dermat3logos se pretende cuantificar la demanda de atenci3n ambulatoria por infecciones e infestaciones de transmisi3n predominantemente sexual y otras dermatosis anogenitales por parte de los dermat3logos en Espa3a. Asimismo, se analizar3n algunas de las diferencias existentes en estos diagn3sticos en funci3n del 3rea geogr3fica, el origen de la consulta y su destino en funci3n del 3mbito p3blico y privado, as3 como otros factores.

Material y m3todo

Estudio observacional de corte transversal para describir los diagn3sticos hechos por los dermat3logos en dos per3odos de tiempo (19 a 21 de enero y 18 a 20 de mayo de 2016). Dichos datos se obtuvieron a trav3s de la encuesta an3nima DIA-DERM, realizada a una muestra aleatoria de dermat3logos, estratificada por secciones de la AEDV y representativa de los dermat3logos de Espa3a. La metodolog3a y las caracter3sticas de dicha encuesta (incluyendo los datos recogidos y c3mo se realiz3 la codificaci3n de los diagn3sticos) se describen en detalle en el primer manuscrito del proyecto¹.

Para el an3lisis espec3fico de las infecciones e infestaciones de transmisi3n predominantemente sexual y otras dermatosis anogenitales, AMG revis3 el listado completo de diagn3sticos codificados, de los cuales seleccion3 un total de 36 patolog3as (tabla 1). A partir de este listado, se conformaron 12 grupos diagn3sticos.

Se incluyeron las variables previamente recogidas en el estudio.

El an3lisis estad3stico se realiz3 teniendo en cuenta el dise3o empleado para recoger la muestra, utilizando el m3dulo *survey* de Stata¹¹. El m3dulo tiene en cuenta la obtenci3n de errores est3ndar para datos correlacionados. Adem3s, no hizo falta la correcci3n del ajuste para poblaciones finitas, considerando el n3mero real de dermat3logos por cada secci3n de la AEDV, al estar pr3xima a 1.

El estudio fue sido clasificado como No-EPA (estudio nopostautorizaci3n) por la Agencia Espa3ola del Medicamento y Productos Sanitarios y aprobado por el Comit3 de 3tica de Investigaci3n de la provincia de Granada (8 de octubre de 2014).

Resultados

El 3,16% de los diagn3sticos globales (5.596 de 176.971 casos evaluados en una semana laboral) correspondieron a infecciones e infestaciones de transmisi3n predominantemente sexual y otras dermatosis anogenitales. En la tabla 2 se reflejan los diagn3sticos poblacionales por grupos en orden de frecuencia. Los 3 grupos diagn3sticos m3s frecuentes fueron las lesiones por virus del papiloma humano (VPH) anogenital, seguido de los *molluscum contagiosum* (de los cuales el 68,3% se correspond3an con casos en pacientes de edad < 18 a3os) y la patolog3a anogenital no infecciosa.

La tabla 3 muestra las diferencias entre las diferentes variables atendiendo a la patolog3a seleccionada frente al resto de diagn3sticos. Con significaci3n estad3stica, los diagn3sticos seleccionados constitu3an m3s habitualmente el motivo de consulta primario y se daban con m3s frecuencia en personas menores de 18 a3os, aunque esta 3ltima diferencia desaparece si excluimos del estudio los moluscos en menores de 18 a3os.

La tabla 4 contiene el an3lisis de otras variables. La 3nica con diferencias estad3sticamente significativas fue la del origen de la consulta en el 3mbito privado: en comparaci3n con otros diagn3sticos, era m3s probable que las infecciones e infestaciones de transmisi3n predominantemente sexual y otras dermatosis anogenitales proviniesen de otros especialistas.

Discusi3n

En el presente estudio se ha podido constatar que las infecciones e infestaciones de transmisi3n predominantemente sexual y otras dermatosis anogenitales suponen una proporci3n baja (3,2%) de los diagn3sticos realizados por los dermat3logos en Espa3a. En global, solo el 1,8% de la carga asistencial de los m3dicos especialistas en DMQyV en Espa3a se debe a ITS propiamente dichas (excluyendo de este porcentaje los diagn3sticos de *molluscum contagiosum* en menores de 18 a3os, pediculosis *sine alter indicatio* y escabiosis, e incluyendo: lesiones por VPH anogenital, escabiosis, s3filis, uretritis por gonococo y clamidia, herpes genital, infecciones genitales por gonococo y clamidia). Se han identificado algunas diferencias en cuanto a la importancia (siendo con m3s frecuencia el motivo de consulta primario) y la edad de los pacientes, as3 como al origen de las consultas (en este caso de los pacientes atendidos en el sistema privado).

Tabla 1 Códigos diagnósticos seleccionados y agrupación

Grupo diagnóstico	Cód. CIE-10	Diagnóstico codificado
Sífilis	A51.9	Sífilis secundaria <i>sine alter indicatio</i>
	A53.9	Lúes <i>sine alter indicatio</i>
	A53.9	Sífilis <i>sine alter indicatio</i>
Uretritis por gonococo y clamidia	A54.01	Uretritis gonocócica
	N34.1	Uretritis no gonocócica
	N34.2	Uretritis <i>sine alter indicatio</i>
Gonococia y clamidiasis genital	A54.0	Gonococia del tracto genitourinario inferior
Herpes genital	A60.0	Herpes genital
	A60.0	Herpes simplex genital
VPH anogenital	A63.0	Condiloma <i>sine alter indicatio</i>
	A63.01	Papulosis bowenoide
	A63.0	Condiloma acuminado
Molluscum	B08.1	<i>Molluscum contagiosum</i>
Candidiasis	B37.3	Candidiasis vaginal
	B37.3	Candidiasis vulvovaginal
	B37.4	Balanitis candidiásica
Pediculosis	B85.2	Pediculosis <i>sine alter indicatio</i>
Escabiosis	B86	Escabiosis
	B86	Sarna
Vulvovaginitis	N76.20	Vulvitis <i>sine alter indicatio</i>
	N77.1*	Vaginitis en enfermedad infecciosa clasificada en otra parte
Balanopostitis	N48.11	Balanopostitis
	N48.10	Balanitis
	N51.2*	Balanitis en enfermedad clasificada en otra parte
Patología no infecciosa anogenital	D23.9631	Pápula perlada del pene
	N90.7	Quiste vulvar
	K60.2	Fisura anal
	L29.3	Prurito genital <i>sine alter indicatio</i>
	L29.0	Prurito anal
	L90.0	Liquen escleroso y atrófico
	N48.12	Balanitis plasmocitaria
	N48.15	Balanitis irritativa
	N48.13	Balanitis circinada
	N48.12	Zoon, balanitis
	N90.41	Craurosis vulvar
	N94.80	Vulvodinia

Cód. CIE-10: Código de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.^a revisión.

No hemos encontrado otros trabajos con aproximación similar. Se han seleccionado diagnósticos intentando en la medida de lo posible incluir los relacionados con infecciones e infestaciones de transmisión predominantemente sexual y otras dermatosis anogenitales.

Dado que los datos recogidos no permiten conocer las características de los pacientes con *molluscum contagiosum* (que constituyen el 27,6% de los diagnósticos seleccionados), su inclusión probablemente sobreestime la frecuencia de patología venérea global y de pacientes menores de 18 años (al darse el 68,3% de los casos de *molluscum* entre estos pacientes). Sin embargo, tampoco parece adecuado descartarlos, porque en los adolescentes menores de 18 años es probable que se trate de ITS. El diagnóstico de «pediculosis *sine alter indicatio*» (codificado aparte del de «pediculosis capitis») también podría adolecer del mismo problema, al no especificar que se trate de localización en área pública. No obstante, su peso en el conjunto de diagnósticos seleccionados es muy bajo (0,28%). En una primera fase del estudio

también se incluyeron los diagnósticos de lesiones por VPH y herpes simple en localizaciones no-anogenitales: el primer grupo supuso el 1,20% de diagnósticos globales, y el segundo, el 0,23%. La exclusión de estos últimos no supuso modificación en las diferencias entre variables contempladas (datos no mostrados).

La carga asistencial existente en Dermatología ha ascendido en las últimas décadas^{12,13}. De forma paralela a la disminución en la incidencia de ITS, los médicos especialistas en DMQyV fueron dejando de dar protagonismo en las consultas a esta subespecialidad, con algunas excepciones. Los datos de este trabajo permiten poner de manifiesto que la asistencia a ITS es una parte pequeña de la actividad de los dermatólogos y hace probable que la mayor parte de la asistencia a pacientes con o en riesgo de ITS hoy en día se realiza fuera de las consultas de dermatología. Ello se debe en gran medida a la ausencia de acceso directo de estos pacientes a la atención especializada pública (salvo en los escasos hospitales donde existen consultas monográficas de

Tabla 2 Estimación de la frecuencia de los diagnósticos seleccionados realizados en toda España por los dermatólogos en consulta ambulatoria

Diagnóstico agrupado	Frecuencia estimada en 5 días (una semana laboral)	% sobre el grupo de diagnósticos seleccionados	% sobre los diagnósticos globales
Lesiones por VPH anogenital	1.701	30,40%	0,96%
Molluscum (global)	1.546	27,62%	0,87%
Molluscum en pacientes < 18 años	1.056	18,87%	0,59%
Molluscum en pacientes > 18 años	490	8,75%	0,28%
Patología no infecciosa anogenital	1.467	26,22%	0,83%
Escabiosis	220	3,93%	0,12%
Balanopostitis	158	2,82%	0,09%
Candidiasis	139	2,49%	0,08%
Sífilis	96	1,71%	0,05%
Uretritis por gonococo y clamidia	95	1,70%	0,05%
Herpes genital	78	1,40%	0,04%
Vulvovaginitis	64	1,15%	0,04%
Gonococia y clamidiasis genital	16	0,29%	0,01%
Pediculosis pubis	16	0,28%	0,01%
Subtotal de diagnósticos seleccionados (infecciones e infestaciones de transmisión predominantemente sexual y otras dermatosis anogenitales)	5.596	100%	3,16%
Resto de diagnósticos globales	171.375		96,84%
Total	176.971		100%

Tabla 3 Características de los diagnósticos de infecciones e infestaciones de transmisión predominantemente sexual y otras dermatosis anogenitales (comparados con el resto de los diagnósticos) en España. Las frecuencias corresponden al número estimado de lesiones vistas en consulta ambulatoria dermatológica en cinco días laborables en toda España

Características	Otros diagnósticos (n = 171.375; 97%) n (% sobre columna)	Infecciones e infestaciones de transmisión predominantemente sexual y otras dermatosis anogenitales (n = 5.596; 3%) n (% sobre columna)	Total (n = 176.971) n (% sobre columna)	p
<i>Motivo de consulta</i>				0,0001
Primario	136.168 (83)	4.872 (91)	141.039 (83)	
Secundario	28.848 (17)	472 (9)	29.318 (17)	
<i>Confirmación diagnóstica</i>				0,1011
Probable	22.512 (13)	978 (18)	23.490 (14)	
Definitivo	144.868 (87)	4.458 (82)	149.327 (86)	
<i>Revisiones</i>				0,1185
Revisión	90.755 (53)	2.716 (49)	93.471 (53)	
Paciente nuevo	79.477 (47)	2.880 (51)	82.357 (47)	
<i>Sistema</i>				0,7192
Privado	52.327 (32)	1.801 (33)	54.128 (32)	
Público	112.988 (68)	3.716 (67)	116.704 (68)	
<i>Fase encuesta</i>				0,7174
Enero (fría)	94.921 (55)	3.018 (54)	97.938 (55)	
Mayo (cálida)	76.455 (45)	2.579 (46)	79.033 (45)	
<i>Pediátrico (< 18 años)</i>				0,0000
No	150.951 (89)	4.319 (77)	155.270 (88)	
Sí	150.951 (88) ^a	4.319 (95) ^a		(N.S.) ^a
	19.281 (11)	1.277 (23)	20.558 (12)	
	20.337 (12) ^a	221 (5) ^a		

^a Frecuencias, porcentajes y significación excluyendo de los casos los pacientes con *molluscum contagiosum* de edad menor de 18 años.

Tabla 4 Descripción de las características administrativas (modalidad de atención, origen y destino) de infecciones e infestaciones de transmisión predominantemente sexual y otras dermatosis anogenitales. Las frecuencias corresponden al número estimado de lesiones vistas en consulta ambulatoria dermatológica en cinco días laborables en toda España

Características	Otros diagnósticos (n = 171.375; 97%) n (% sobre columna)	Infecciones e infestaciones de transmisión predominantemente sexual y otras dermatosis anogenitales (n = 5.596; 3%) n (% sobre columna)	Total (n = 176.971) n (% sobre columna)	p
<i>Tele dermatología</i>				0,4786
No	168.451 (99)	5.564 (99)	174.016 (99)	
Sí	1.781 (1)	32 (1)	1.813 (1)	
<i>Origen (sistema privado)</i>				0,0030
Directo	38.487 (75)	1.317 (73)	39.803 (75)	
MAP	3.397 (7)	153 (9)	3.550 (7)	
Especialista	1.363 (3)	189 (11)	1.553 (3)	
Dermatólogo	8.233 (16)	142 (8)	8.374 (16)	
<i>Destino (sistema privado)</i>				0,7373
Alta	14.675 (28)	564 (31)	15.239 (29)	
MAP	647 (1)	16 (1)	663 (1)	
Especialista	859 (2)	16 (1)	875 (2)	
Dermatólogo	35.394 (69)	1.205 (67)	36.599 (69)	
<i>Origen (sistema público)</i>				0,2186
Directo	11.257 (10)	553 (15)	11.809 (10)	
MAP	47.237 (42)	1.461 (40)	48.698 (42)	
Especialista	6.024 (5)	283 (8)	6.307 (5)	
Dermatólogo	47.087 (42)	1.340 (37)	48.428 (42)	
<i>Destino (sistema público)</i>				0,2053
Directo	30.273 (27)	805 (23)	31.078 (27)	
MAP	7.143 (6)	242 (7)	7.384 (6)	
Especialista	2.519 (2)	32 (1)	2.551 (2)	
Dermatólogo	71.147 (64)	2.483 (70)	73.629 (64)	
<i>Sección territorial</i>				NA
ACCL	13.888 (8)	548 (10)	14.436 (8)	
Andaluza	24.862 (15)	657 (12)	25.518 (14)	
Balear	3.979 (2)	48 (1)	4.028 (2)	
Canaria	10.804 (6)	274 (5)	11.079 (6)	
Catalana	23.311 (14)	1.241 (22)	24.553 (14)	
Centro	28.048 (16)	1.255 (22)	29.303 (17)	
Gallega	18.055 (11)	440 (8)	18.495 (10)	
Murciana	1.473 (1)	28 (1)	1.502 (1)	
VNAR	18.525 (11)	373 (7)	18.899 (11)	
Valenciana	28.431 (17)	730 (13)	29.161 (16)	

ACCL: asturiana-cántabra-castellano-leonesa; MAP: médico de atención primaria; NA: no aplicable; VNAR: vasco-navarro-aragonesa.

acceso directo), lo que los conduce a consultar en atención primaria y en los servicios de urgencias. Asimismo, creemos que muchos pacientes y algunos profesionales sanitarios en gran medida consultan por ITS y patología anogenital con los médicos especialistas en Ginecología y Urología, al ignorar la formación específica de los dermatólogos en estas áreas. El hecho de que en la asistencia privada haya una significativamente mayor proporción de derivación al dermatólogo por parte de otros médicos especialistas resalta dicha falta de información por parte de la población general (que en este ámbito de atención sí tienen acceso directo al dermatólogo) y la idoneidad de buscar alianzas con colegas de otras especialidades para difundir esta capacitación del dermatólogo.

El estudio tiene fortalezas, como la metodología empleada, representativa de la actividad de los dermatólogos en España, y el tamaño muestral, que permite precisión en los resultados.

Una limitación es que, aunque el estudio incluye una muestra altamente representativa de las consultas de DMQyV en España, la muestra aleatoria no incluyó ningún dermatólogo adscrito a un centro monográfico de ITS. Estos centros no son exclusivos de nuestro país, y hay estudios que muestran cómo diagnostican una proporción mucho mayor de ITS que un servicio de dermatología con consulta monográfica¹⁴. Creemos que ello explicaría por qué no se registró ningún diagnóstico de VIH ni de ITS extra-genitales. Aunque favorecería la infravaloración del papel

de los dermatólogos en el tratamiento de estas patologías, creemos que el sesgo no debe de ser muy relevante, pues estos centros son escasos y no toda su actividad es realizada por dermatólogos. Otra limitación la constituye la dificultad para precisar en algunos diagnósticos si se trata de ITS, como en los *molluscum contagiosum* (que en una proporción alta fueron en pacientes menores de 18 años, en los que con frecuencia no son propiamente una ITS) y pediculosis *sine alter indicatio*. En cualquier caso, esta limitación no modifica el mensaje del artículo, pues conlleva una sobreestimación de la actividad.

Creemos que los dermatólogos-venereólogos debemos liderar las acciones frente a las ITS (ejemplo de ello es la proposición de algoritmos terapéuticos en las verrugas anogenitales¹⁵). Es importante que exista un esfuerzo colectivo por divulgar a los pacientes nuestra capacitación específica en el diagnóstico y el tratamiento de infecciones e infestaciones de transmisión predominantemente sexual y las dermatosis anogenitales. Paralelamente, los pacientes con o en riesgo de ITS y pacientes con dermatosis anogenitales precisan vías de atención ágiles (a ser posible directas y poco burocratizadas) que permitan el diagnóstico, el tratamiento, las acciones de educación sanitaria y un correcto seguimiento. Este correcto seguimiento es clave para cercenar la cadena de transmisión epidemiológica, prevenir nuevas ITS y detectar tempranamente otras infecciones, incluyendo el VIH, cuyo riesgo aumenta de forma evidente tras el diagnóstico de determinadas ITS^{16,17}.

Conclusiones

La carga asistencial por infecciones e infestaciones de transmisión predominantemente sexual y otras dermatosis anogenitales de los médicos especialistas en DMQyV en España es baja. Es más frecuente que estos diagnósticos sean el motivo de consulta primario y, en la asistencia privada, aunque lo más frecuente es el acceso directo, sean derivados por otros especialistas con más frecuencia que el resto de patología.

La venereología, las infecciones e infestaciones de transmisión predominantemente sexual y las dermatosis anogenitales constituyen parcelas de la especialidad en las que los dermatólogos tenemos formación específica. La ausencia (y/o pérdida) de consultas y centros monográficos de ITS, la falta de acceso directo a la mayoría de las consultas especializadas públicas de nuestro país, y el hecho de que muchos pacientes y algunos profesionales sanitarios no vinculen la DMQyV con estas patologías, contribuyen a su limitada presencia en la actividad asistencial.

Está en nuestras manos defender (y en algunos casos recuperar) el protagonismo del médico especialista en DMQyV en estas parcelas de conocimiento, con especial énfasis en el mantenimiento y la potencial restauración de consultas específicas y centros monográficos de ITS. Para lograrlo, es necesario que la AEDV se implique (como lo está haciendo con la promoción de campañas de concienciación) y que el fortalecimiento de estas áreas de la especialidad se haga favoreciendo una colaboración multidisciplinar (con especialistas en ginecología, urología, microbiología, medicina interna y médicos de los servicios de urgencias) para

lograr una mejor atención a los pacientes con o en riesgo de ITS.

Financiación

El estudio DIADERM fue promovido por la Fundación Piel Sana de la AEDV, que recibió ayuda económica de Novartis. La compañía farmacéutica no participó en la recogida de datos, ni en el análisis de los datos, ni en la interpretación de los resultados.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- 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.
- Unidad de vigilancia del VIH, hepatitis y conductas de riesgo. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 2018. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III/Plan Nacional sobre el Sida. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, 2020. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/Vigilancia.ITS.1995.2018.def.pdf>.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Orden SCO/2754/2007, de 4 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Boletín Oficial del Estado, 2007. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2007/09/04/sco2754>.
- García-Pérez A. Breve historia de la dermatología en España. *Actas Dermosifiliogr*. 2000;91:47–51.
- Mauskar MM, Marathe K, Venkatesan A, Schlosser BJ, Edwards L. Vulvar diseases: Conditions in adults and children. *J Am Acad Dermatol*. 2020;82:1287–98.
- Daudén-Sala C. Trayectoria histórica del Dispensario Martínez Anido (Centro Sanitario Sandoval). *Piel*. 2004;19:407–16.
- Álvarez J. El SAS estudia qué hacer con el único centro de infecciones sexuales de Sevilla. ABC. 2021. Disponible en: https://sevilla.abc.es/sevilla/sevi-estudia-hacer-unico-centro-infecciones-sexuales-sevilla-202104132123_noticia.html.
- Murr D, Bocquet H, Bachot N, Bagot M, Revuz J, Roujeau JC. Medical activity in a emergency outpatient department dermatology. *Ann Dermatol Venereol*. 2003;130:167–70.
- González-Ruiz A, Bernal-Ruiz AI, García-Muñoz M, Miranda-Romero A, Castrodeza-Sanz J. Urgencias dermatológicas en un hospital de referencia. *Actas Dermosifiliogr*. 2001;92:342–8.
- Grillo E, Vañó-Galván S, Jiménez-Gómez N, Ballester A, Muñoz-Zato E, Jaén P. Urgencias dermatológicas: análisis descriptivo de 861 pacientes en un hospital terciario. *Actas Dermosifiliogr*. 2013;104:316–24.
- Rogers HW, Weinstock MA, Harris AR, Hinckley MR, Feldman SR, Fleischer AB, et al. Incidence estimate of non-melanoma skin cancer in the United States, 2006. *Arch Dermatol*. 2010;146:283–7.
- Benton EC, Kerr OA, Fisher A, Fraser SJ, McCormack SK, Tidman MJ. The changing face of dermatological practice: 25 years' experience. *Br J Dermatol*. 2008;159:413–8.

13. Esson GA, Hale D, Holme SA. The evolution of dermatology: Dermatological workload in southeast Scotland 1921-2010. *Clin Exp Dermatol*. 2016;41:591–4.
14. Amelot F, Picot E, Meusy A, Rousseau C, Brun M, Guillot B. Syphilis in Montpellier, France, from 2002 to 2011: Survey in a free hospital screening centre for venereal disease and in the dermatology unit of a regional public hospital. *Ann Dermatol Venereol*. 2015;142:742–50.
15. O'Mahony C, Gomberg M, Skerlev M, Alraddadi A, de las Heras-Alonso ME, Majewski S, et al. Position statement for the diagnosis and management of anogenital warts. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019;33:1006–19.
16. Peterman TA, Newman DR, Maddox L, Schmitt K, Shiver S. High risk for HIV following syphilis diagnosis among men in Florida, 2000-2011. *Public Health Rep*. 2014;129:164–9.
17. Wu MY, Gong HZ, Hu KR, Zheng HY, Wan X, Li J. Effect of syphilis infection on HIV acquisition: A systematic review and meta-analysis. *Sex Transm Infect*. 2020, <http://dx.doi.org/10.1136/sextrans-2020-054706>.