



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. Martin-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

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. Martin-Gorgojo).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2021.05.012>

0001-7310/© 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/>).

Consulta externa hospitalaria;
Actividad ambulatoria;
Dermatolog3a;
Enfermedades de transmisi3n sexual;
Venereolog3a

KEYWORDS

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

Material y m3todo: Estudio observacional de corte transversal de dos per3odos de tiempo describiendo los diagn3sticos realizados en consultas externas dermatol3gicas, obtenidos a trav3s de la encuesta an3nima DIADERM, realizada a una muestra aleatoria y representativa de dermat3logos. A partir de la codificaci3n de diagn3sticos CIE-10, se seleccion3 toda la patolog3a relacionada (36 diagn3sticos codificados en los dos per3odos), que se clasific3 en 12 grupos.

Resultados: Tan solo el 3,16% de los diagn3sticos globales fueron de infecciones e infestaciones de transmisi3n predominantemente sexual y otras dermatosis anogenitales. Los 3 grupos diagn3sticos m3s frecuentes fueron las lesiones por virus del papiloma humano anogenital, seguido de los *molluscum contagiosum* y las dermatosis anogenitales inflamatorias. Con significaci3n estadística, y comparando con el global de diagn3sticos, los seleccionados constituyeron m3s habitualmente el motivo de consulta primario y, en el 3mbito privado, fue m3s frecuente que viniesen derivados de otros especialistas.

Conclusi3n: Las infecciones e infestaciones de transmisi3n predominantemente sexual y otras dermatosis anogenitales tienen un peso muy limitado en la asistencia dermatol3gica en Espa3a, a pesar de que la inclusi3n del diagn3stico de *molluscum contagiosum* sobreestima estos diagn3sticos. La ausencia de inclusi3n de centros y consultas monogr3ficas de ITS en la muestra aleatoria contribuye a la infrarrepresentaci3n de estas parcelas de la especialidad. Es importante hacer un esfuerzo decidido por potenciarlas con consultas y centros monogr3ficos.

© 2021 AEDV. Publicado por Elsevier Espa3a, S.L.U. Este es un art3culo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

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 Espa3a, 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/>).

Introducci3n

El estudio DIADERM tuvo por finalidad analizar los diagn3sticos realizados en las consultas de Dermatolog3a M3dico-Quir3rgica y Venereolog3a (DMQyV) de los miembros de la Academia Espa3ola de Dermatolog3a y Venereolog3a (AEDV) en Espa3a¹. En 3l se incluyeron diagn3sticos de infecciones de transmisi3n sexual (ITS) y

alteraciones cut3neo-mucosas referidas a las 3reas genital y anal.

La incidencia de ITS en nuestro pa3s no ha dejado de incrementarse en las 3ltimas d3cadas. Despu3s del «valle» de incidencia de 2001, con 2,04 casos de ITS de declaraci3n obligatoria por 100.000 habitantes-a3o, los casos notificados est3n creciendo a3o tras a3o, con una tasa de 24,18 casos por 100.000 habitantes-a3o en 2018².

Resulta crucial, por tanto, que exista una adecuada estrategia de salud pública que permita testar, trazar y tratar los casos de ITS. Para poder realizarla se necesita la participación de médicos especialistas con formación específica en el diagnóstico y tratamiento de las ITS. En este sentido, la única especialidad médica que contiene referencia a esta parcela de conocimiento en su propia denominación es la DMQyV³, pues ha estado desde su origen íntimamente ligada a la atención a las enfermedades venéreas⁴. De forma extensiva, los especialistas en DMQyV tienen un papel evidente en el diagnóstico 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 autónomas españolas. Continúan existiendo centros monográficos (análogos al dispensario Martínez Anido de Madrid)⁶ con participación significativa de dermatólogos, si bien algunos de estos centros están actualmente en riesgo de ser desmantelados por falta de recursos⁷. Asimismo, algunos servicios de dermatología continúan manteniendo consultas de esta subespecialidad. No obstante, en los últimos años una proporción mayoritaria de atención a estos pacientes se lleva a cabo por parte de atención primaria y en los servicios de urgencias. En este sentido, aunque los dermatólogos tienen un papel activo en las urgencias hospitalarias⁸, no es habitual en nuestro país que las ITS se deriven a dichos facultativos: representan una proporción muy pequeña de la patología atendida en urgencias dermatológicas (< 2% en Valladolid⁹, < 3% en Madrid¹⁰).

A partir de los diagnósticos codificados de la actividad de los dermatólogos se pretende cuantificar la demanda de atención ambulatoria por infecciones e infestaciones de transmisión predominantemente sexual y otras dermatosis anogenitales por parte de los dermatólogos en España. Asimismo, se analizarán algunas de las diferencias existentes en estos diagnósticos en función del área geográfica, el origen de la consulta y su destino en función del ámbito público y privado, así como otros factores.

Material y método

Estudio observacional de corte transversal para describir los diagnósticos hechos por los dermatólogos en dos períodos de tiempo (19 a 21 de enero y 18 a 20 de mayo de 2016). Dichos datos se obtuvieron a través de la encuesta anónima DIA-DERM, realizada a una muestra aleatoria de dermatólogos, estratificada por secciones de la AEDV y representativa de los dermatólogos de España. La metodología y las características de dicha encuesta (incluyendo los datos recogidos y cómo se realizó la codificación de los diagnósticos) se describen en detalle en el primer manuscrito del proyecto¹.

Para el análisis específico de las infecciones e infestaciones de transmisión predominantemente sexual y otras dermatosis anogenitales, AMG revisó el listado completo de diagnósticos codificados, de los cuales seleccionó un total de 36 patologías (tabla 1). A partir de este listado, se conformaron 12 grupos diagnósticos.

Se incluyeron las variables previamente recogidas en el estudio.

El análisis estadístico se realizó teniendo en cuenta el diseño empleado para recoger la muestra, utilizando el módulo *survey* de Stata¹¹. El módulo tiene en cuenta la obtención de errores estándar para datos correlacionados. Además, no hizo falta la corrección del ajuste para poblaciones finitas, considerando el número real de dermatólogos por cada sección de la AEDV, al estar próxima a 1.

El estudio fue sido clasificado como No-EPA (estudio 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).

Resultados

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

La tabla 3 muestra las diferencias entre las diferentes variables atendiendo a la patología seleccionada frente al resto de diagnósticos. Con significación estadística, los diagnósticos seleccionados constituían más habitualmente el motivo de consulta primario y se daban con más frecuencia en personas menores de 18 años, aunque esta última diferencia desaparece si excluimos del estudio los moluscos en menores de 18 años.

La tabla 4 contiene el análisis de otras variables. La única con diferencias estadísticamente significativas fue la del origen de la consulta en el ámbito privado: en comparación con otros diagnósticos, era más probable que las infecciones e infestaciones de transmisión predominantemente sexual y otras dermatosis anogenitales proviniesen de otros especialistas.

Discusión

En el presente estudio se ha podido constatar que las infecciones e infestaciones de transmisión predominantemente sexual y otras dermatosis anogenitales suponen una proporción baja (3,2%) de los diagnósticos realizados por los dermatólogos en España. En global, solo el 1,8% de la carga asistencial de los médicos especialistas en DMQyV en España se debe a ITS propiamente dichas (excluyendo de este porcentaje los diagnósticos de *mollusum contagiosum* en menores de 18 años, pediculosis *sine alter indicatio* y escabiosis, e incluyendo: lesiones por VPH anogenital, escabiosis, sífilis, 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 más frecuencia el motivo de consulta primario) y la edad de los pacientes, así como al origen de las consultas (en este caso de los pacientes atendidos en el sistema privado).

Tabla 1 C3digos diagn3sticos seleccionados y agrupaci3n

Grupo diagn3stico	C3d. CIE-10	Diagn3stico codificado
S3filis	A51.9	S3filis secundaria <i>sine alter indicatio</i>
	A53.9	L3ues <i>sine alter indicatio</i>
	A53.9	S3filis <i>sine alter indicatio</i>
Uretritis por gonococo y clamidia	A54.01	Uretritis gonoc3cica
	N34.1	Uretritis no gonoc3cica
	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 candidi3sica
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
Patolog3a no infecciosa anogenital	D23.9631	P3pula 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 atr3fico
	N48.12	Balanitis plasmocitaria
	N48.15	Balanitis irritativa
	N48.13	Balanitis circinada
	N48.12	Zoon, balanitis
	N90.41	Craurosis vulvar
N94.80	Vulvodinia	

C3d. CIE-10: C3digo de la Clasificaci3n Internacional de Enfermedades, 10.^a revisi3n.

No hemos encontrado otros trabajos con aproximaci3n similar. Se han seleccionado diagn3sticos intentando en la medida de lo posible incluir los relacionados con infecciones e infestaciones de transmisi3n predominantemente sexual y otras dermatosis anogenitales.

Dado que los datos recogidos no permiten conocer las caracter3sticas de los pacientes con *molluscum contagiosum* (que constituyen el 27,6% de los diagn3sticos seleccionados), su inclusi3n probablemente sobreestime la frecuencia de patolog3a ven3rea global y de pacientes menores de 18 a3os (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 a3os es probable que se trate de ITS. El diagn3stico de «pediculosis *sine alter indicatio*» (codificado aparte del de «pediculosis capitis») tambi3n podr3a adolecer del mismo problema, al no especificar que se trate de localizaci3n en 3rea p3blica. No obstante, su peso en el conjunto de diagn3sticos seleccionados es muy bajo (0,28%). En una primera fase del estudio

tambi3n se incluyeron los diagn3sticos de lesiones por VPH y herpes simple en localizaciones no-anogenitales: el primer grupo supuso el 1,20% de diagn3sticos globales, y el segundo, el 0,23%. La exclusi3n de estos 3ltimos no supuso modificaci3n en las diferencias entre variables contempladas (datos no mostrados).

La carga asistencial existente en Dermatolog3a ha ascendido en las 3ltimas d3cadas^{12,13}. De forma paralela a la disminuci3n en la incidencia de ITS, los m3dicos 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 peque3a de la actividad de los dermat3logos y hace probable que la mayor parte de la asistencia a pacientes con o en riesgo de ITS hoy en d3a se realiza fuera de las consultas de dermatolog3a. Ello se debe en gran medida a la ausencia de acceso directo de estos pacientes a la atenci3n especializada p3blica (salvo en los escasos hospitales donde existen consultas monogr3ficas 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

1. 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.
2. 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>.
3. 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>.
4. García-Pérez A. Breve historia de la dermatología en España. *Actas Dermosifiliogr*. 2000;91:47–51.
5. 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.
6. Daudén-Sala C. Trayectoria histórica del Dispensario Martínez Anido (Centro Sanitario Sandoval). *Piel*. 2004;19:407–16.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. 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>.