



# Medicina de Familia SEMERGEN

[www.elsevier.es/semergen](http://www.elsevier.es/semergen)



ORIGINAL

## Prevalencia de enfermedades dermatológicas en atención primaria



R. Chenlo Barros<sup>a,\*</sup>, B.J. Gómez Rodríguez<sup>b</sup>, F.J. García Soidan<sup>c</sup> y A. Clavería Fontán<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Medicina de Familia, CS Lavadores, Vigo, Pontevedra, España

<sup>b</sup> Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria, CS. Porriño, Porriño, Pontevedra, España

<sup>c</sup> Medicina de Familia, CS PorriñoPorriño, Pontevedra, España

<sup>d</sup> Atención Primaria. Área Sanitaria de Vigo, Servicio Galego de Saúde (SERGAS), RedIAPP, Grupo I-Saúde (Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur), Vigo, Pontevedra, España

Recibido el 15 de octubre de 2020; aceptado el 12 de enero de 2021

Disponible en Internet el 2 de junio de 2021

### PALABRAS CLAVE

Enfermedades dermatológicas;  
Atención primaria;  
Formación continuada

### Resumen

**Objetivo:** Para orientar la formación de los médicos de atención primaria en las patologías cutáneas más prevalentes y relevantes es necesario estudiar su prevalencia en la consulta de atención primaria y describir sus características.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional transversal realizado en el Centro de Salud de Porriño (Pontevedra). Participaron 305 pacientes de un mismo cupo, captados en consulta durante 41 días entre septiembre de 2018 y febrero de 2019, seleccionados por muestreo sistemático coincidiendo con los citados a la hora en punto entre las 9 y las 13 horas, y en su defecto seleccionamos al siguiente de los citados. Se analizaron las variables: edad, sexo, nivel de estudios y económico, medios diagnósticos, diagnóstico previo de enfermedad dermatológica, tratamiento, seguimiento y relación con enfermedades sistémicas. El análisis estadístico realizado fue descriptivo y bivariante por sexo con pruebas de chi-cuadrado y exacta de Fisher.

**Resultados:** Participaron 161 mujeres y 144 hombres, siendo la edad y el número de consultas no paramétricas. La mediana de edad fue 59 años (RIC: 42-69), sin diferencias significativas entre sexos. El 69,83% (IC 95%: 64,46-74,71) presentan entre 1 y 5 tipos de lesiones cutáneas agrupadas en 33 diagnósticos diferentes. Las 15 patologías más frecuentes suponen el 77,35% (IC 95%: 75,80-84,48) de los diagnósticos. Como patologías más relevantes observamos dos carcinomas basocelulares y un espinocelular (0,98%; IC 95%: 0,34-2,85).

**Conclusiones:** Las enfermedades dermatológicas tienen una elevada prevalencia en atención primaria.

© 2021 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Se ha contado con el consentimiento de los pacientes y se han seguido los protocolos de los centro de trabajo sobre tratamiento de la información de los pacientes.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [Rogelio.Chenlo.Barros@sergas.es](mailto:Rogelio.Chenlo.Barros@sergas.es) (R. Chenlo Barros).

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2021.01.012>

1138-3593/© 2021 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

**KEYWORDS**

Dermatological diseases;  
Primary Care;  
Continuous training

**Prevalence of dermatological diseases in Primary Care****Abstract**

**Objective:** To guide the training of Primary Care physicians in the most prevalent and relevant skin pathologies, it is necessary to study their prevalence in the Primary Care consultation and describe their characteristics.

**Materials and methods:** Observational cross-sectional study. It took place at the Porriño Health Center (Pontevedra, Spain). A total of 305 patients of the same quota participated, recruited in consultation during 41 days between September 2018 and February 2019, selected by systematic sampling coinciding with those mentioned at the hour between 9 and 13 hours and, failing that, we selected the next of those mentioned. The variables were analyzed: age, sex, educational and economic level, diagnostic means, previous diagnosis of dermatological disease, treatment, follow-up and relationship with systemic diseases. The statistical analysis performed was descriptive and bivariate by sex with chi-square and Fisher's exact tests.

**Results:** 161 women and 144 men participated, age and number of consultations being non-parametric. Median age was 59 years (IQR: 42-69), with no significant differences between sexes. 69.83% (95% CI: 64.46-74.71) present between 1 and 5 types of skin lesions grouped in 33 different diagnoses. The 15 most frequent pathologies account for 77.35% (95% CI: 75.80-84.48) of diagnoses. As the most relevant pathologies, we observed two basal cell carcinomas and one squamous cell carcinoma (0.98%; 95% CI: 0.34-2.85).

**Conclusions:** Dermatological diseases have a high prevalence in Primary Care.

© 2021 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

**Introducción**

Las enfermedades de la piel son uno de los principales motivos de consulta en atención primaria (AP), y se acepta que más del 50% de la población presenta lesiones cutáneas<sup>1</sup>. Los estudios sobre la frecuentación y el tipo de patologías consultadas son escasos<sup>1-5</sup>, aunque sí son más frecuentes los realizados acerca de la derivación desde AP al especialista en dermatología<sup>4-6</sup>, siendo esta la segunda especialidad a la que más pacientes se derivan desde AP<sup>6</sup>. La frecuencia de consulta de enfermedades de la piel en AP varía de unos estudios a otros y se sitúa entre el 5,5 y el 22,5%<sup>7</sup>.

A nivel general, nuestras habilidades diagnósticas y terapéuticas presentan una baja concordancia con las de los dermatólogos<sup>8-11</sup>. En las derivaciones diagnosticamos muchas «verrugas» y pocos carcinomas basocelulares<sup>8</sup>, que son el tumor maligno más frecuente en el ser humano<sup>12</sup>: en España la tasa de incidencia de carcinoma basocelular y espinocelular está probablemente infraestimada al utilizar el método habitual de los registros<sup>13</sup>. Es necesaria una formación más adecuada sobre las patologías de la piel más frecuentes en nuestras consultas<sup>11</sup>. Hay una tendencia a colocar etiquetas de diagnóstico que no coinciden con las lesiones cutáneas presentes: «ves lo que se sabes»<sup>14</sup>.

Los objetivos de este trabajo son estudiar la prevalencia de las enfermedades dermatológicas en la consulta de AP y describir sus características.

**Material y métodos****Diseño del estudio**

Estudio observacional transversal de 305 pacientes pertenecientes a un cupo de AP de adultos del Centro de Salud de

Porriño (Pontevedra) realizado entre el 1 de julio de 2018 y el 28 de febrero de 2019. Los pacientes fueron seleccionados entre los que acudían al centro de salud por cualquier motivo y eran explorados en busca de lesiones cutáneas, independientemente del motivo que los llevase a la consulta.

**Tamaño de la muestra**

Fue calculado para una prevalencia esperada del 66,4% de los pacientes con alguna enfermedad de la piel, para una población finita de 1.500 pacientes, con  $\alpha = 5\%$ ; el tamaño de la muestra es 280, calculado con la calculadora OpenEpi versión 3 en línea (<http://www.openepi.com/samplesize/sspropor.htm>). Agregando un 10% para posibles pérdidas de seguimiento, la muestra total debía ser 305. Utilizamos como criterio de inclusión el ser paciente del cupo del tutor del investigador principal.

Los pacientes fueron seleccionados de forma sistemática a partir de la agenda habitual, coincidiendo con los citados en consulta a la hora en punto entre las 9 y las 13 horas y, en su defecto, el siguiente paciente citado; la selección fue realizada durante 41 días. Se recibió el consentimiento por escrito de todos los participantes con fines científicos, por declaración de cumplimiento de la normativa aplicable y consentimiento informado (código Ceic Galicia 2018/346).

Exploramos al paciente desnudo, manteniendo su ropa interior, con la ayuda de una tercera persona del personal de atención médica. Realizamos la exploración completa cuando el interrogatorio ponía de manifiesto lesiones en las áreas que quedaban cubiertas en la exploración inicial. Cuando fue necesario solicitamos exámenes complementarios y/o la derivación a otras especialidades,

**Tabla 1** Diagnósticos excluidos de la CIAP-2

S09	Dedo de lana mano/pie infectado
S11	Infección dermatológica postraumática
S13	Mordedura humana/de animales
S14	Quemaduras/escaldaduras
S15	Cuerpo extraño en la piel
S16	Contusión/magulladura
S17	Abrasión/ampollas/arañazos
S18	Laceración/herida incisa
S20	Callos/callosidades
S23	Calvicie/caída del pelo, excluida alopecia androgénica masculina y femenina
S80	Queratosis/quemadura solar, no excluidas queratosis actínicas y fotodermatitis
S82	Nevus/lunar, solo incluimos los nevos melanocíticos papulosos y las manchas melánicas
S89	Dermatitis del pañal

siendo nuevamente citado el paciente para valorar los resultados.

### Definiciones y técnicas de medida de las variables

Los diagnósticos fueron registrados siguiendo la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP-2) de la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA); no incluimos las lesiones agudas, al no ser características de las consultas programadas, y algunas otras patologías debido a su alta frecuencia (tabla 1).

Las variables sociodemográficas registradas fueron edad, sexo (mujer/hombre), nivel de estudios (sin estudios académicos, primarios, secundarios, superiores) y nivel económico, que establecimos según código de aportación para el copago de medicamentos en el SNS que figura a continuación:

- TSI001 Pensiones no contributivas, rentas de integración social, parados sin subsidio.
- TSI002 Pensionistas con rentas inferiores a 100.000 euros.
- TSI003 Activos con renta inferior a 18.000 euros al año.
- TSI004 Activos con renta de entre 18.000 y 100.000 euros al año.
- TSI005 Activos y pensionistas con renta superior a 100.000 euros.
- TSI006 Usuarios de mutualidades.

Las variables clínicas a estudio fueron: medios diagnósticos utilizados (examen físico, análisis clínicos, anatomía patológica, derivación a otra especialidad, rechazo de estudio), existencia de diagnóstico previo de enfermedad dermatológica (sí/no), tratamiento realizado (no necesidad de tratamiento, autocuidados, por médico de familia, derivación a otra especialidad, rechazo de tratamiento), presencia de lesiones de riesgo que requieran seguimiento (sí/no) y de lesiones como manifestación de enfermedad sistémica (sí/no).

No utilizamos dermatoscopio por no tener suficiente experiencia en su manejo. Las interconsultas con

dermatología fueron solicitadas únicamente de forma presencial, no realizamos teleconsulta.

### Seguimiento

Cuando fue necesario solicitamos exámenes complementarios y nuevas consultas hasta completar diagnóstico o tras derivación a otra especialidad.

### Análisis estadístico

Se calculó la prevalencia general de todas las enfermedades cutáneas comunes, así como la prevalencia de cada diagnóstico dermatológico. Por Kologorov-Smirnov se analizó la distribución de edad y número de consultas. Se realizó descriptivo de todas las variables del estudio, con porcentaje e intervalos de confianza en las categóricas y mediana con rango intercuartil para las cuantitativas. Para el análisis bivalente por sexo utilizamos las pruebas de chi-cuadrado y exacta de Fisher al comparar variables categóricas y Mann-Whitney en el caso de las cuantitativas. Todos los análisis estadísticos se realizaron con SPSS v19.0. Todas las pruebas de significación lo fueron de dos colas y se fijó el nivel de significación en  $p < 0,05$ .

### Resultados

Se captaron 305 pacientes. Ninguno de los convocados rechazó su participación en el estudio, que incluyó a 161 mujeres y 144 hombres (53,79% mujeres, 47,21% hombres) con una mediana de edad de 59 años (RIC: 42-69), sin apreciar diferencias significativas en el análisis bivalente por sexo en ninguna de las variables.

Las variables demográficas y clínicas se presentan en las tablas 2 y 3, respectivamente.

En nivel de estudios, la mayor frecuencia observada fue estudios primarios (60,32%). En situación económica, los pensionistas (52,13%).

Se realizó diagnóstico mediante examen físico en el 90,49% de los casos, sin haber diagnóstico previo en el 79,67%; no hubo necesidad de tratamiento en el 67,54% ni de seguimiento (71,80%) y la mayoría no se asociaron con manifestaciones sistémicas (97,38%). Derivamos 17 pacientes (5,57%) a otras especialidades: dermatología, reumatología, urología y odontología, en 5 ocasiones para diagnóstico y en 12 ocasiones para iniciar o completar tratamiento.

Agrupamos todas las lesiones en 33 diagnósticos diferentes (tabla 4). El 69,83% de los pacientes presentaron entre 1 y 5 tipos de lesiones cutáneas, y el 26,88% presentaron más de una enfermedad de la piel. Las 15 patologías más frecuentes, excluyendo el apartado de otras enfermedades de la piel, suponen el 77,27% de los diagnósticos.

Los tumores benignos examinados con más frecuencia fueron fibromas blandos, queratosis seborreicas, puntos rubí, queratosis actínicas, nevos melanocíticos papulosos, dermatofibroma y lipoma (tabla 4).

Observamos lesiones maculosas tipo melasma, manchas café con leche, nevo spilus, xantelasma, púrpura de Schamberg, vitiligo y nevo acrómico.

**Tabla 2** Variables sociodemográficas

	Hombre		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
<i>Nivel de estudios</i>						
Primarios	95	31,14	89	29,18	184	60,32
Secundarios	44	14,42	42	13,77	86	28,19
Universitarios	22	7,21	13	4,26	35	11,47
<i>Nivel económico</i>						
Parado	8	2,62	5	1,63	13	4,26
Pensionista	75	24,59	84	27,54	159	52,13
< 18.000 euros	65	21,31	44	14,42	109	35,73
18.000-100.000 euros	13	4,26	10	3,27	23	7,54
Mutualista/pasivas	0	0,00	1	0,32	1	0,32
	n	Me	n	Me	n	Me
Edad	144	61	161	56	305	59

Me: mediana; n: número; %: porcentaje.

Detectamos dos carcinomas basocelulares y un espinocelular (0,98%).

En la inspección de boca y labios hallamos enfermedad de Fordyce, diapneusia, leucoplasia, pigmentación lineal en paladar, lengua en caviar y una lesión papuloide en maxilar inferior; la duda diagnóstica que se presentó en esta última lesión fue resuelta por el odontólogo del centro.

Observamos manifestaciones sistémicas (2,62%) en dermatitis atópica (asma, rinitis alérgica), psoriasis (artropatía), acné (síndrome de ovarios poliquísticos), pseudoacantosis nigricans (obesidad, DM2) y prurito generalizado (cáncer de mama estadio IV) y un caso de amiloidosis cutánea que permitió el diagnóstico y el tratamiento de una sífilis latente.

En cuanto a los diagnósticos agregados (tabla 5), tumores benignos, dermatosis y micosis suponen más del 50,62%.

## Discusión

Nuestro paciente tipo es hombre o mujer de más de 50 años, con estudios primarios y no activos en el mercado laboral, reflejo de su ámbito geográfico (comarca rural-industrial gallega). El 69,83% (IC 95%: 64,46-74,71) presentan entre 1 y 5 tipos de lesiones cutáneas agrupadas en 33 diagnósticos diferentes. Las 15 patologías más frecuentes suponen el 77,35% (IC 95%: 75,80-84,48) de los diagnósticos. Cuando agrupamos las enfermedades encontramos, con una frecuencia decreciente: tumores benignos (29,87%; IC 95%: 25,11-35,12), dermatosis (12,26; IC 95%: 9,10-16,33) e infecciones, agrupando micosis y virosis (10,38%; IC 95%: 7,49-14,22). El 0,98% de los pacientes presentaron tumores malignos, que no eran el motivo por el que acudían a consulta.

No encontramos diferencias en el análisis bivalente por sexo en todas las variables, ni en la consulta ni en el tratamiento, a pesar de que se ha descrito que los hombres tienen más enfermedades de la piel que necesitaban tratamiento que las mujeres<sup>1</sup> y que las mujeres consultan con más frecuencia<sup>2</sup>.

**Tabla 3** Variables clínicas

	n	%
<i>Medios diagnósticos</i>		
Examen físico	276	90,49
Análisis clínicos	3	0,98
Anatomía patológica	18	5,90
Derivación	5	1,64
Rechaza pruebas	3	0,98
Diagnóstico previo	62	20,32
<i>Tratamiento</i>		
No precisa	206	67,54
Autocuidados	17	5,57
Medicina de familia	66	21,64
Derivación	12	3,93
Rechaza tratamiento	4	1,31
Seguimiento	86	28,19

Los datos de Finlandia<sup>1</sup> a nivel educativo: primaria, secundaria, universitario (2,8%; 58,6%; 38,7%) contrastan con los nuestros (60,32%; 28,19%; 11,47%). Encuentran diferencias significativas según el estado socioeconómico, definido como nivel educativo; las infecciones de la piel y los eccemas figuran como más comunes en el nivel socioeconómico bajo, así como la necesidad de tratamiento<sup>1</sup>. En nuestro trabajo no encontramos diferencias significativas de este tipo, si bien los tres tumores malignos encontrados correspondieron a pensionistas con estudios primarios. Los tumores benignos son también las lesiones más frecuente en el trabajo con una metodología más parecida al nuestro<sup>1</sup>. En los estudios más antiguos priman las infecciones<sup>4,5</sup>; las micosis suponen el 8,49%, con menos onicomosis de las que se suelen diagnosticar: acostumbramos tratar con antifúngicos cualquier cambio de la coloración o de la consistencia de las uñas y a insistir cuando no curan. Francesc Grimalt<sup>15</sup> habla de psoriasis oculta para referirse a lesiones tipo psoriasis, limitadas a codos y rodillas, engrosados y escamosos, y a

**Tabla 4** Distribución de patologías

	n	%	IC 95%
Fibromas	41	12,89	9,65-17,02
Queratosis seborreicas	40	12,57	9,37-16,68
Dermatosis	27	8,49	5,90-12,07
Nevos rubí	20	6,28	4,11-9,51
Otras enfermedades de la piel <sup>a</sup>	17	5,34	3,36-7,64
Queratosis actínicas	15	4,71	2,88-7,64
Nevus/lunar. Papulosos	15	4,71	2,88-7,64
Dermatitis seborreica	14	4,40	2,64-7,25
Dermatitis de contacto/alérgica	13	4,08	2,40-6,87
Acné	11	3,45	1,94-6,09
Dermatofibroma	10	3,14	1,72-5,69
Neurodermatitis	10	3,14	1,72-5,69
Quiste epidérmico	10	3,14	1,72-5,69
Cambios en el color de la piel	9	2,83	1,50-5,29
Psoriasis	8	2,51	1,28-4,88
Enfermedades de la boca	8	2,51	1,28-4,88
Máculas melánicas	6	1,88	0,87-4,05
Rosácea	6	1,88	0,87-4,05
Lesiones en mama	6	1,88	0,87-4,05
Prurito	5	1,57	0,67-3,63
Verrugas	5	1,57	0,67-3,63
Malformaciones vasculares	5	1,57	0,67-3,63
Lipoma	4	1,25	0,49-3,19
Dermatitis/eccema atópico	4	1,25	0,49-3,19
Signos/síntomas de las uñas	2	0,62	0,17-2,26
Carcinoma basocelular	2	0,62	0,17-2,26
Enf. glándulas sudoríparas	2	0,62	0,17-2,26
Carcinoma epidermoide	1	0,31	0,06-0,17
Calvicie/caída del pelo	1	0,31	0,06-0,17
Fotosensibilidad	1	0,31	0,06-0,17
Moluscos contagiosos	1	0,31	0,06-0,17
TOTAL	318	100	

<sup>a</sup> Alopecia areata, adermatoglifia, coiloniquia, comedón gigante, hirsutismo, liquen escleroso, fotosensibilidad por alprazolam, hiposudoresis, comedón gigante, queleide, leucoplasia oral, acantosis nigricans, queratosis folicular, queratoderma plantar, ginecomastia, mama supernumeraria, enfermedad de Fordyce, prurito vulvar, dermatopatía pretibial.

**Tabla 5** Patologías agregadas

	n	%	IC 95%
Tumores benignos	95	29,87	25,11-35,12
Dermatosis	39	12,26	9,10-16,33
Micosis	27	8,49	5,90-12,07
Vasculares	25	7,86	5,38-11,35
Melánicas	21	6,60	4,36-9,88
Actínicas	16	5,03	3,12-8,02
Prurito	15	4,72	2,88-7,64
Acné	11	3,46	1,94-6,09
Quistes	10	3,14	1,72-6,69
Color	9	2,83	1,84-4,16
Virosis	6	1,89	0,87-4,05
Tumores malignos	3	0,94	0,32-2,74
Otras	42	13,21	9,92-17,37
TOTAL	318	100	98,81-100



ñas con aspecto micótico, en pacientes que nunca van a desarrollar psoriasis franca.

Diferimos cuando se estudia la demanda espontánea, donde son más frecuente las lesiones que dan síntomas o que deforman: dermatofitosis, eccemas, verruga, acné<sup>4,5</sup>. El tipo de patología más común en las consultas de especialidad es distinto del que encontramos en AP, con más tumores malignos y acné<sup>2,6</sup>.

Derivamos en el 5,57% de los casos. Contrastan estos datos con tasas de derivación del 12,9%, o sea, pacientes derivados a dermatología del total de las derivaciones hechas a todas las especialidades, ocupando el segundo lugar después de la oftalmología, y con una demanda dermatológica derivada del 19,24%<sup>4</sup> y del 31,38%<sup>5</sup>, que es el porcentaje de pacientes con lesiones de la piel que se derivan a dermatología. Nuestros datos no son equiparables porque medimos situaciones diferentes. Hay estudios que encuentran que la mayoría de la demanda derivada no guarda relación con un menor conocimiento y que dependería más del especialista que del médico de AP<sup>6</sup>. No se analizó la concordancia en el diagnóstico, que habría requerido otro diseño.

La mayor parte de la patología no tuvo graves consecuencias para la salud: 206 pacientes (67,54%) no precisaron tratamiento, aunque estas lesiones son motivo de consulta por la incertidumbre que generan en los afectados y en el médico, que con frecuencia las deriva<sup>4-6</sup>.

El melanoma es un buen ejemplo: la mitad son autodetectados<sup>16</sup>, y hasta el 80% son diagnosticados por el dermatólogo de forma incidental durante los exámenes de pacientes por cualquier otro motivo<sup>16</sup>. Muchos pacientes con lesiones cutáneas sospechosas se presentan primero a un médico de AP durante las visitas clínicas de rutina<sup>17</sup>, por lo que nuestra tarea es fundamental, ya dificultada por el hecho de que entre el 50 y el 79% de pacientes con enfermedades cutáneas que justifican atención médica no acuden al médico<sup>4,5</sup>.

Con frecuencia diagnosticamos como «verruga» lesiones que se corresponden no solo con papilomavirus, sino también con fibromas blandos, queratosis seborreicas, nevus melanocíticos o, incluso, carcinomas basocelulares<sup>8</sup>.

Coincidimos con otros trabajos en que el médico de AP resuelve la mayor parte de la patología dermatológica que le es consultada<sup>3,5</sup>.

El estudio fue realizado durante el tiempo de consulta habitual del centro de salud, por lo que la selección no pudo ajustarse siempre a la hora en punto debido a los imprevistos del trabajo. El desarrollo del estudio en los meses de otoño e invierno entendemos que ha influido en los resultados, dada la distinta incidencia de las patologías según el ritmo estacional: dermatosis como la pitiriasis versicolor o las fotodermatitis hubieran sido más frecuentes si el estudio hubiese abarcado el periodo estival.

El tamaño de la muestra pudo haber dejado fuera alguna patología tan grave como poco frecuente. Así, durante el periodo de realización del trabajo asistimos a un paciente, no incluido en el estudio por no ajustarse al muestreo, con una lesión ungular en el primer dedo del pie que, a través de teleconsulta, estaba citado tres meses más tarde en dermatología; la biopsia permitió su derivación por vía rápida de melanoma, con amputación del dedo en el plazo de una semana. En este paciente fue la biopsia en consulta

y no la fotografía la que permitió el diagnóstico. En nuestro entorno, la teleconsulta es admitida solamente con fotografías. Es conocida la diferente habilidad en el diagnóstico según sea realizado en consulta o mediante fotografías<sup>18</sup>.

Los tipos de lesiones cutáneas por las que consultan los pacientes son distintos en AP y en dermatología, y necesitamos estudios desde AP para definir la patología común en nuestra consulta e ir en su búsqueda: «quien no sabe lo que busca no comprende lo que encuentra»<sup>19</sup>. Para facilitar la tarea podemos usar herramientas diagnósticas como <https://modelderm.com>. Debemos hacer hincapié en el manejo de las terapias y fármacos más requeridos en AP, antes que abarcar un amplio espectro de diagnóstico y terapéuticos más propio del especialista<sup>4</sup>.

Tenemos que conocer lo que derivamos y la eficiencia de esta derivación, porque estamos teniendo una demora en su realización difícil de asumir: una consulta programada a seis meses es como si no existiese.

Hemos de programar las actividades de formación continuada dermatológica, de lo que resultará una mayor optimización del sistema sanitario y, en definitiva, una mejor asistencia para los pacientes<sup>2,8,18,20</sup>.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Sinikumpu SP, Huilaja L, Jokelainen J, Koironen M, Auvinen J, Hägg PM, et al. High prevalence of skin diseases and need for treatment in a middle-aged population. A Northern Finland Birth Cohort 1966 study. *PLoS One*. 2014;9:1–8.
2. Svensson A, Ofenloch RF, Bruze M, Naldi L, Cazzaniga S, Elsner P, et al. Prevalence of skin disease in a population-based sample of adults from five European countries. *Br J Dermatol*. 2018;178:1111–8.
3. Alcántara S, Márquez A, Corrales A, Neila J, Polo J, Camacho F. Estudio de las consultas por motivos dermatológicos en atención primaria y especializada. *Piel*. 2014;29:4–8.
4. Ortiz A, Herrera T, Perales ML. Epidemiología de las enfermedades dermatológicas en atención primaria. *Rev San Hig Pub*. 1992;66:71–82.
5. Valcayo AV. Frecuentación de las consultas de atención primaria por motivos dermatológicos en las zonas básicas de salud de la comarca de Pamplona. *An Sist Sanit Navar*. 1999;22 Supl 3:173–9.
6. Espinoza Mosquera P, Isanta Pomar C, Falcón Reibán MF. Variabilidad de la distribución en derivaciones a consulta especializada entre profesionales de un centro de salud. *Med Gen y Fam*. 2015;4:101–7.
7. 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.
8. Porta N, San Juan J, Grasa MP, Simal E, Ara M, Querol I. Estudio de concordancia diagnóstica en dermatología entre atención primaria y especializada en el área de salud de un hospital de referencia. *Actas Dermosifiliogr*. 2008;99:207–12.
9. Chen SC, Bravata DM, Weil E, Olkin I. A comparison of dermatologists' and primary care physicians' accuracy in diagnosing melanoma: A systematic review. *Arch Dermatol*. 2001;137:1627–34.
10. Sotomayor C, Barrios X, Espinoza M, Soto R, Zemelman V, 1b D, et al. Diagnóstico dermatológico: correlación entre médicos de

- atención primaria de salud y médicos dermatólogos. *Rev Chilena Dermatol.* 2010;26:264–70.
11. Giesey R, Narively D, Fuller V, Mostow E. A pilot program for community dermatologists working with primary care residents to provide dermatology consults to a regional hospital. *Dermatol Online J.* 2018;24. C413030.
  12. Crucci JA, Leffell DJ. Carcinoma basocelular. En: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, editors. *Dermatología en Medicina General*, 2, 7.<sup>a</sup> ed. Buenos Aires: Panamericana; 2010. p. 1036–42.
  13. Tejera-Vaquerizo A, Descalzo-Gallego MA, Otero-Rivas MM, Posada-García C, Rodríguez-Pazos L, Pastushenko I, et al. Cancer incidence and mortality in Spain: A systematic review and meta-analysis. *Actas Dermosifiliogr.* 2016;107:318–28.
  14. Cordero AA, Cobreros MS, Allevato MA, Donatti L. Manifestaciones cutáneas de las enfermedades sistémicas. Buenos Aires: Panamericana; 1997. Prefacio.
  15. Grimalt F. El valor clínico y terapéutico del diagnóstico de psoriasis oculta. En: *Formulario OTC Ibérica* (nueva edición 1995) y comentarios a la formulación magistral actual en terapéutica dermatológica y otros aspectos de orden terapéutico. Barcelona: Laboratorios OTC Ibérica; 1995. p. 101–24.
  16. Antonio Avilés-Izquierdo J, Molina-López I, Rodríguez-Lomba E, Márquez-Rodas I, Suarez-Fernández R, Lázaro-Ochaita P. Who detects melanoma? Impact of detection patterns on characteristics and prognosis of patients with melanoma. *J Am Acad Dermatol.* 2016;75:967–74.
  17. Fleming NH, Grade MM, Bendavid E. Impact of primary care provider density on detection and diagnosis of cutaneous melanoma. *PLoS One.* 2018;13:1–11.
  18. Gerbert B. Primary care physicians as gatekeepers in managed care. *Arch Dermatol.* 1996;132:1030–8.
  19. Mascaró JM, Mascaró JM. Claves para el diagnóstico clínico. 3.<sup>a</sup> ed Barcelona: Elsevier España; 2008. XI, Prólogo a la 3.<sup>a</sup> ed.
  20. Senan Sanz MR, Olona Tabueña N, Magallón Botaya R, Gilaberte Calzada Y. La prevención del cáncer de piel: una asignatura pendiente en atención primaria. *Aten Primaria.* 2014;46:223–4.