



VNIVERSITAT  
D VALÈNCIA

FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
DERMATOLOGÍA

# **DEMANDA ASISTENCIAL Y ANÁLISIS DEL COSTE FARMACOLÓGICO DE LA PATOLOGÍA DERMATOLÓGICA EN UN CENTRO DE SALUD**

## **TESIS DOCTORAL**

Presentada por: Ricardo Salcedo Casabán

Dirigida por: Dr. Juan José Vilata Corell

Dr. José Luis Alfonso Sánchez

Valencia 2014



## **Departament de Medicina**

Dr. D. Juan José Vilata Corell, Catedrático de Dermatología de la Facultad de Medicina, Departamento de Medicina de la Universitat de València y Dr. D. José Luis Alfonso Sánchez, Profesor titular de la Universitat de València, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública.

### **CERTIFICAN:**

Que D. Ricardo Salcedo Casabán, licenciado en medicina, ha realizado bajo nuestra dirección la tesis doctoral titulada: “Demanda asistencial y análisis del coste farmacológico de la patología dermatológica en un Centro de Salud”, y que reúne todos los requisitos para ser presentada y defendida para optar al Grado de Doctor por la Universitat de València.

Valencia, 18 de Febrero de 2014

Fdo. Dr. Juan José Vilata Corell

Fdo. Dr. José Luis Alfonso Sánchez



Nunca consideres el estudio como una obligación, sino como una oportunidad para penetrar en el bello y maravilloso mundo del saber.

ALBERT EINSTEIN (1879-1955) Científico alemán.



El grado sumo del saber es contemplar el por qué.

SÓCRATES (470 AC-399 AC) Filósofo griego.

## **DEDICATORIA**

*A mi mujer M<sup>a</sup> Carmen, a mis hijas Silvia y Carmen, a mis padres Ricardo y Leonor, a mis suegros Julián (D.E.P) y María, a mi hermana Leonor y a mis sobrinos Manuel y Eva.*

*A mis amigos.*

*A mis pacientes.*

## **AGRADECIMIENTOS**

Al Dr. D. Juan José Vilata Corell, Catedrático de Dermatología de la Facultad de Medicina de Valencia, codirector de esta tesis, que me ha enseñado lo que es la Dermatología, por el regalo de la idea original del proyecto, poco estudiado en atención primaria, y el ánimo constante para poder llevar a cabo esta investigación.

Al Dr. D. José Luis Alfonso Sánchez, Profesor titular de la Universitat de València, departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, y Jefe de Medicina Preventiva y Calidad en el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, codirector de esta tesis, por su inestimable apoyo en su realización.

A la Dra. D<sup>a</sup>. Belén García Cárceles, Licenciada en Economía y Máster en Bioestadística por la Universitat de València, por todo el esfuerzo y tiempo que ha dedicado a la realización de esta tesis.

A las Dras. Ana José Ortuño Sánchez y Natividad Sancho Soriano, ambas Médicos de Familia del Centro de Salud de Paiporta (Valencia) que apoyaron incondicionalmente y en todo momento mi proyecto de investigación.

A todo el personal médico del Centro de Salud de Paiporta (Valencia) que ha colaborado en la recogida de datos de pacientes: Dra. Teresa Villalba Calatayud, Dra. Ángeles Puchades Chilet, y al Dr. Vicente Hirteleyo Ballarín Domingo.

A mi enfermera en el Centro de Salud de Paiporta durante el período de recogida de datos: Srta. Cristina Mora Vendrell por su apoyo a mi proyecto y su dedicación plena a nuestros pacientes.

Al personal de enfermería, auxiliar y administrativo del Centro de Salud de Paiporta (Valencia): Mayte, Fina, M<sup>a</sup> José, Isabel, Josep, M<sup>a</sup> José y Rosana.

Muchísimas gracias a todos porque, de alguna manera, habéis contribuido a que haya sido posible culminar este proyecto.

# **INDICE**

<b>1. <u>INTRODUCCIÓN</u></b>	<b>09</b>
<b>2. <u>HIPÓTESIS DE TRABAJO Y OBJETIVOS</u></b>	<b>36</b>
2.1. OBJETIVOS PRINCIPALES	36
2.2. OBJETIVOS SECUNDARIOS	36
<b>3. <u>MATERIAL Y MÉTODO</u></b>	<b>38</b>
3.1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO	40
3.1.1 DISEÑO DEL ESTUDIO	40
3.1.2 DURACIÓN DEL ESTUDIO	40
3.1.3 NÚMERO DE PACIENTES Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	41
3.2. SELECCIÓN DE PACIENTES	41
3.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	41
3.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	41
3.3. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	42
3.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS	42
3.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA MUESTRA	42

3.6. MÉTODO ESTADÍSTICO	43
3.6.1. CONTRASTES DE HIPÓTESIS DEL COSTE FARMACOLÓGICO RESPECTO AL SEXO.	44
3.6.2. CONTRASTES DE HIPÓTESIS DEL COSTE FARMACOLÓGICO RESPECTO AL GRUPO DIAGNÓSTICO.	46
3.6.3. ANÁLISIS ANOVA DE MÚLTIPLES FACTORES.	48
3.6.4. MODELO ANOVA SELECCIONADO.	48
<b>4. RESULTADOS</b>	<b>51</b>
4.1. DESCRIPCIÓN DE LOS DATOS	52
4.2. RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES DE INTERÉS	73
4.3. ANÁLISIS DE LA VARIABILIDAD DEL COSTE FARMACOLÓGICO	79
4.3.1. LOS CASOS SIN COSTE FARMACOLÓGICO.	80
4.3.2. ANÁLISIS UNIVARIANTE DE LA RELACIÓN ENTRE EL COSTE Y LAS VARIABLES DE INTERÉS.	81
4.3.3. ANÁLISIS MULTIVARIANTE DE LA RELACIÓN ENTRE EL COSTE Y LAS VARIABLES DE INTERÉS.	87
<b>5. DISCUSIÓN</b>	<b>89</b>
<b>6. CONCLUSIONES</b>	<b>105</b>
<b>7. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>107</b>
7.1. ÍNDICE DE FIGURAS	112
7.2. ÍNDICE DE TABLAS	113

<b>8. ANEXOS</b>	<b>115</b>
8.1. ANEXO I	115
8.2. ANEXO II	117
8.3. ANEXO III	118
8.3.1 LISTADO DE FÁRMACOS	118
8.3.2 DIAGNÓSTICOS Y AGRUPACIONES DIAGNÓSTICAS	122
8.3.3 AGRUPACIÓN DE PROFESIONES EN SECTORES DE ACTIVIDAD	127
<b>9. PUBLICACIONES</b>	<b>128</b>



## **1. INTRODUCCIÓN: INTERÉS ACTUAL DEL TEMA**

En la práctica médica diaria, el profesional de la medicina se halla continuamente frente a problemas dermatológicos que tiene que resolver. Aproximadamente del 15 al 20 % de las consultas médicas son por procesos cutáneos y más del 85 % de prescripciones de especialidades dermatológicas están realizadas por médicos no dermatólogos. Por lo que para atender correctamente la demanda de problemas dermatológicos, el médico no especializado en dermatología debe ostentar una sólida base en esta disciplina de la medicina y así poder resolver los problemas más elementales y frecuentes, así como derivar correctamente la patología más especializada y compleja.

Por la complejidad de las enfermedades sistémicas, y de las primariamente cutáneas, y sobre todo por su gran profusión (la mayoría de enfermedades existentes presentan o pueden presentar su expresión cutánea), el conocimiento de la dermatología es fundamental e imprescindible para la medicina.

Tal y como está planteada la organización sanitaria de nuestro país, sólo se dispone de un ínfimo porcentaje de dermatólogos que deben atender al 15 – 20 % de las consultas motivadas por problemas dermatológicos (en EE.UU. una de cada tres personas sufre una dermatosis).

Es obvio, pues, que la demanda de consulta por procesos cutáneos, no puede, hoy por hoy, ni se prevé en los programas de especialización para un futuro próximo, que pueda ser exclusivamente atendida por especialistas.

El médico de familia es, de hecho, el primer eslabón en la cadena de la asistencia sanitaria y a quien primeramente, en principio, se le plantean las consultas. Una correcta conducta terapéutica o una adecuada orientación especializada pueden resolver de forma rápida y eficaz la mayoría de problemas, con el consecuente ahorro de prescripciones de específicos, de tiempo y de número de consultas.<sup>1,2</sup>

Entre el 10 y el 20 % de los pacientes que acuden a la consulta del médico de familia presentan algún tipo de patología en la piel.<sup>3, 4, 5, 6</sup> Así pues, las enfermedades dermatológicas constituyen uno de los principales motivos de consulta en atención primaria, reflejo de su alta prevalencia en la comunidad.

El médico de atención primaria está obligado, por diversas razones, a reconocer la importancia de dicha patología, asumirla e integrarla en su formación médica; en primer lugar, las enfermedades de la piel son fácilmente accesibles, ya que habitualmente no requieren técnicas diagnósticas complejas; muchas veces una sencilla inspección establece el diagnóstico de certeza; por otro lado, la escasez actual de especialistas en dermatología impide atender el masivo número de consultas dermatológicas; al ser el médico de atención primaria el primer escalón con el que el paciente toma contacto, sería importante que pueda diagnosticar correctamente las lesiones más relevantes, tenga criterios claros de remisión al especialista, ya sea por necesidad de métodos específicos para el proceso diagnóstico o por necesidad de tratamiento especializado de enfermedades potencialmente curables, y conozca bien los fármacos más frecuentemente utilizados. Finalmente los pacientes con esta patología se beneficiaran de una buena coordinación entre el equipo de atención primaria y el nivel especializado.

El conocimiento de la dermatología es, por tanto, fundamental para el médico de familia, ya que muchas veces, con la simple inspección o con mínimas maniobras exploratorias, puede llegarse a un diagnóstico de certeza en escasos minutos o segundos, y lo que es más importante, evitar la remisión al especialista con lo que ello significa: de cara al paciente más incomodidades, viajes, retrasos en el diagnóstico, etc., de cara al sistema sanitario recargar la atención especializada, y de cara al país, aumentar los costes sanitarios.

No hay otra especialidad médica que disfrute de las ventajas que presenta la dermatología en lo que respecta a la rapidez en la inspección y exploración lo que acelera el diagnóstico, acorta el tiempo para lograr la respuesta terapéutica y facilita los controles evolutivos posteriores.<sup>7,8</sup>

La literatura dermatológica evidencia la superioridad de un dermatólogo en la capacidad de diagnóstico, ahorro de costes, y la prevención del cáncer, en comparación con los médicos de atención primaria.<sup>9</sup> Sin embargo, a dotar a los médicos de familia de los mismos recursos de los que disponen los especialistas en dermatología se mejora su capacidad de manejo de las enfermedades de la piel en cuanto al diagnóstico, tratamiento, actividades preventivas y ahorro de costes.<sup>10</sup>

La labor asistencial coordinada entre el médico de familia y su especialista en dermatología de referencia es fundamental para asegurar la continuidad de los cuidados por un lado y la calidad científica por otro. El médico de familia realiza el diagnóstico y el tratamiento en la primera visita en la mayoría de los casos, y selecciona los pacientes que precisan ser consultados por el dermatólogo.

Según un estudio realizado por Abreu MA, *et al* (1988) en Pozuelo de Alarcón (Madrid) refiriéndose a la labor de coordinación entre el médico de familia y su dermatólogo de referencia, concluye que la lesión cutánea es descubierta por el médico de familia en el 25 % de los casos, y que en el 88 % de los casos se puede emitir un diagnóstico de probabilidad en la primera visita, aunque el 30 % de los casos se seleccionaron para consultar con el dermatólogo.

La realización de sesiones clínicas conjuntas entre los médicos de familia y su especialista en dermatología de referencia constituyen un valioso instrumento de formación continua, y minimizan multitud de errores diagnósticos que se producen si no existe este intercambio recíproco de información entre profesionales que atienden a los mismos pacientes.<sup>3, 11</sup>

En España, tras la introducción de una formación específica en dermatología en el nuevo programa de la especialidad de medicina familiar y comunitaria en el año 2.005, se ha mejorado sensiblemente el manejo en cuanto al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la piel por parte de los médicos de familia.

La prevención primaria, y sobre todo el diagnóstico de sospecha inmediato del cáncer de piel, con remisión a un segundo nivel especializado, es una de las labores fundamentales en el quehacer diario de los médicos de atención primaria.

Destacar la importancia en la prevención primaria de los distintos tipos de cáncer por parte de los médicos de familia. El cáncer es una enfermedad multifactorial debida al efecto combinado de factores genéticos y ambientales. Algunos de los factores de riesgo identificados para cáncer son: tabaco, alcohol, dieta, exposición solar, radiaciones ionizantes, carcinógenos ocupacionales, contaminación atmosférica, agentes infecciosos (virus de la hepatitis B y C, virus del papiloma humano, virus de la

inmunodeficiencia humana, o *Helicobacter pylori*, entre otros), diversos aspectos de la vida sexual y reproductiva, la herencia y el nivel socioeconómico.<sup>12</sup>

El grupo de expertos del cáncer del PAPPS (Programa de actividades preventivas y promoción de la salud de la semFyC) junto con la U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) y la Canadian Task Force (CTF), que son 2 instituciones de referencia en la elaboración de recomendaciones en el contexto de la atención primaria (AP) y la prevención, siguiendo la metodología GRADE (The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) actualizan periódicamente las recomendaciones de cribado de los distintos tipos de cánceres, y entre ellos el cáncer de piel. Esta labor preventiva se integra en el trabajo habitual de los médicos de familia en atención primaria de salud.<sup>13, 14, 15</sup>

Según un estudio realizado por Sari Fien MD, *et al* (2004) en Florida (EE.UU) sobre la labor práctica de los médicos de familia en atención primaria referente al diagnóstico y tratamiento de enfermedades de la piel, se concluye que la mayoría de enfermedades de la piel diagnosticadas por los médicos de atención primaria son de etiología infecciosa o inflamatoria.

Así pues, en el citado estudio las enfermedades infecciosas representaron el 33,3 % de todos los diagnósticos (16,7 % infecciones bacterianas, 10,4 % infecciones víricas, 4,2 % infecciones fúngicas, y 2,1 % infecciones por levaduras), y las enfermedades inflamatorias, incluyendo dermatitis atópica, dermatitis de contacto, dermatitis por estasis y reacciones de hipersensibilidad, representaron el 27,1 % de todos los diagnósticos realizados por médicos de familia. Los tumores benignos de la piel, como nevus, queratosis seborreicas, quistes y lesiones sobre la piel quemada representaron el 14,6% de todos los diagnósticos.

Para finalizar, los tumores premalignos, y malignos de la piel, incluyendo el carcinoma de células basales, y el carcinoma de células escamosas, y las queratosis actínicas, representaron el 10,4 % de todos los diagnósticos. Además, las úlceras y las quemaduras representaron el 8,3 % y el acné supuso el 6,3 % del total de enfermedades cutáneas diagnosticadas.

La simple exploración física, la realización de algún procedimiento diagnóstico o terapéutico (incisión y drenaje, escisión, criocirugía, inyección de corticoides, y/o biopsia por punción) y la prescripción de la medicación apropiada suelen resolver la mayoría de los problemas de la piel que atienden los médicos de familia en atención primaria.<sup>16, 17, 18</sup>

La mayoría de procesos infecciosos cutáneos no suelen presentar dudas de diagnóstico y tras la obtención de material para estudio microbiológico o micológico se resolverán en pocos días con un tratamiento tópico o sistémico adecuado; estos casos podrán solucionarse la mayoría de las veces sin dificultad por el médico de familia.

Sin embargo, los procesos inflamatorios crónicos de la piel (psoriasis, eczemas, urticaria) generalmente precisarán de la atención del especialista en dermatología para su estudio y tratamiento, que en ocasiones puede ser complejo y precisar de su experiencia y pericia.

Los procesos de origen tumoral deberán también remitirse directamente al dermatólogo, por mínimas que sean las lesiones, puesto que éste es quien mejor conoce la biología y pronóstico de los tumores cutáneos, campo en el que existen múltiples formas de pseudomalignidad (dermatofibromas, fibroxantoma atípico, melanoma juvenil...) y es quien debe decidir la actitud terapéutica en cada caso.

El médico de familia puede tratar adecuadamente los casos correctamente diagnosticados, que son la mayoría, y derivar al dermatólogo todo paciente no diagnosticado o con patología inflamatoria crónica o tumoral.

Es incuestionable que la buena coordinación entre profesionales de la medicina que trabajan en atención primaria y atención especializada redundará en el buen quehacer de la asistencia sanitaria y en el aprendizaje continuado de los propios médicos.<sup>3, 11, 19</sup>

En la consulta de Dermatología de Atención Primaria nos encontramos con una creciente demanda de visitas y de tratamientos por motivos que el Sistema Nacional de Salud (SNS) no contempla en su agenda de servicios. Hay que diferenciar estos motivos de consulta que pueden catalogarse como enfermedades dermatológicas o como problemas estéticos.

Un estudio realizado por Macaya-Pascual A, *et al* (2006) en Barcelona (España) diferenció entre demanda por problemas estéticos, cuando el paciente acude solicitando tratamiento de acrocordones, nevos melanocíticos intradérmicos, queratomas seborreicos no irritados, lentigos solares, angiomas capilares (puntos rubí o arrugas), quistes miliares; y demanda de visita dermatológica, cuando el paciente presenta una dermatosis diferente de las citadas en el grupo anterior. Además cuantifica el coste de las visitas médicas por asistencia dermatológica.

La demanda de visita dermatológica supuso el 46 % de las consultas, y la demanda de tratamiento estético supuso el 25 % de los motivos de consulta. Los motivos de demanda de tratamiento en este último grupo fueron, por orden decreciente: queratosis seborreica (9%), acrocordones (5%), y nevos melanocíticos intradérmicos, puntos rubí, arrugas y lentigos solares (11%).

Si bien hay pocos estudios que hayan cuantificado los costes de la asistencia dermatológica, los estudios que tratan de evaluar el coste de los problemas inherentes a asumir la demanda de asistencia por motivos estéticos son prácticamente inexistentes. La saturación actual de las consultas por problemas estéticos resulta en un incremento de morbilidad y mortalidad en pacientes oncodermatológicos y pacientes con dermatosis inflamatorias, en una pérdida de calidad de vida en pacientes afectados de otras dermatosis leves y moderadas, en un refuerzo positivo de la ideación dismorfofóbica en pacientes predispuestos y en uno negativo para “el profesional de la salud”, que a veces se ve forzado a asistir a problemas que no son “de la salud”.

Si bien la gran parte de las consultas no estéticas no precisan del concurso del especialista en dermatología por tratarse de problemas menores, como dermatitis seborreica, acné leve o verrugas vulgares, otras afecciones cutáneas que los pacientes consultan con su médico de familia como pueden ser un carcinoma basocelular, un carcinoma escamoso, o un melanoma maligno sufren una demora de atención especializada de unos 3 – 5 meses hasta que se le extirpa el tumor. Todo ello redundaría en un empeoramiento de la calidad de vida y en una disminución de la esperanza de vida en pacientes con lesiones malignas cutáneas.<sup>20, 21</sup>

La demanda cosmética o banal dermatológica no queda cubierta en teoría por el SNS. Sin embargo, una cierta cantidad de consultas, tanto en el SNS como en el ámbito privado, es por motivos cosméticos.<sup>22, 23</sup>

Algunos estudios han intentado calcular, de forma transversal, el porcentaje de demanda cosmética dermatológica en el SNS. La definición cuidadosa de lo que es demanda cosmética es un factor limitante en este tipo de estudios.<sup>21, 23</sup>



Un estudio realizado por Graells J, *et al* (2013) en Barcelona (España) demuestra que hay una gran demanda de consultas dermatológicas por motivos cosméticos (cerca de un 20 %), y que dicha demanda aumentó significativamente desde el año 1996 (3,64 %) hasta el año 2008 (19,43 %), siendo los dos diagnósticos con mayor prevalencia la queratosis seborreica y el acrocordón. En el caso de la queratosis seborreica, la demanda no paró de aumentar, mientras que el acrocordón se estabilizó en los últimos años. Por sexos, el 14,63 % de visitas en hombres fue por uno de los diagnósticos banales, y en el caso de las mujeres un 16,62 %. El promedio de edad fue de 53,2 años para las visitas banales, y de 38,2 años para el resto.

El hecho de atender cuotidianamente un 20 % de consultas dermatológicas por motivos banales puede limitar el acceso a las consultas de dermatología de otros pacientes con enfermedades cutáneas importantes.<sup>21, 25</sup>

El médico de familia atiende en el SNS a parte de la población pediátrica, concretamente es responsable de la atención médica de los adolescentes cuando estos cumplen los 15 años de edad.

Según datos del estudio de Krowchuk DP, *et al* (1994) del *Departamento de Pediatría de la Universidad de Carolina en EE.UU* los médicos de atención primaria atendieron el 68 % de las consultas por problemas de la piel en pediatría, los dermatólogos el 21 %, y el 10 % otros médicos. La mayoría de los diagnósticos efectuados por los médicos de familia en pacientes adolescentes se encontraron en una de las siguientes categorías: infecciones de la piel, dermatitis, infecciones parasitarias, acné o urticaria.

Este análisis demuestra la gran frecuencia con que se produce la enfermedad cutánea en la medicina ambulatoria entre la población adolescente, y refuerza la importancia de la educación dermatológica en la formación de los médicos de atención primaria que son los que diagnostican y tratan la mayor parte de las afecciones cutáneas en este grupo de edad.<sup>26</sup>

Las situaciones clínicas que deben ser gestionadas por los médicos de atención primaria en niños y adolescentes incluyen infecciones de la piel, infestaciones, dermatitis, reacciones de hipersensibilidad, y trastornos papuloescamosos. Las infecciones de la piel son las más frecuentes afecciones cutáneas a tratar.

Otras condiciones cutáneas deben ser gestionadas por los médicos de familia con la ayuda de un dermatólogo, como son las situaciones agudas difíciles, tales como el Síndrome de Stevens-Johnson, necrólisis epidérmica tóxica, y la fascitis necrotizante. También deben considerarse otras situaciones crónicas, incluyendo enfermedades comunes refractarias tales como acné y psoriasis. Son de competencia exclusiva de los dermatólogos los tumores malignos, las enfermedades ampollosas y los tipos menos frecuentes de la ictiosis.

Además las afecciones dermatológicas que pueden ser manifestaciones de otros trastornos, deben alertar al médico de familia y se le exige la remisión adecuada a un especialista diferente. Ello ocurre en trastornos endocrinos e inmunológicos, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad vascular del colágeno y enfermedades malignas.<sup>27, 28</sup>

El envejecimiento poblacional constituye un fenómeno común a todos los países desarrollados de manera que cada vez hay más personas con edades superiores a los 65 años. En España existe un 17 % de ciudadanos con más de 65 años.

No está definida con precisión la edad a partir de la cual una persona puede considerarse “anciana” existiendo muchas definiciones de envejecimiento. Una de las más aceptadas es la de *R.A. Miller* que lo define como un “proceso en que los adultos sanos pasan a frágiles, con disminución de los mecanismos de reserva fisiológicos e incremento exponencial para la vulnerabilidad frente a la enfermedad y la muerte”, siendo estos últimos aspectos los que caracterizan a este grupo de población y por ello, precisamente, son susceptibles de beneficiarse de los servicios preventivos y de promoción de la salud, haciendo hincapié especialmente a los dirigidos al fomento y mantenimiento de la autonomía en todos los ámbitos posibles.

El envejecimiento de la población constituye el hecho epidemiológico de mayor relieve ocurrido en los países desarrollados en las últimas décadas. Este cambio demográfico se caracteriza además, por el llamado “envejecimiento del envejecimiento”, de manera que la población mayor de 65 años representa el 15% y los mayores de 80 años suponen el 3% de la población occidental. Este hecho se caracteriza por dos aspectos fundamentales: es universal afecta a todos los países y continentes, si bien su repercusión es variable según su intensidad y el grado de desarrollo y de las políticas de bienestar social y sanitarias de cada país y es la primera vez que se presenta y en las próximas décadas será una tendencia cada vez más acentuada.<sup>29, 30, 31</sup>

En Occidente, el aumento progresivo de la esperanza de vida ha incrementado la preocupación por la calidad de vida, introduciéndose conceptos relacionados con ésta, tanto positivos, el envejecimiento activo, como negativos, incapacidad o dependencia.

El continente europeo es una de las regiones del mundo con mayor envejecimiento poblacional, en España hay 6.950.706 personas mayores de 65 años (17%), según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) año 2001, siendo la proyección del mismo para el año 2026 de 10.876.681 personas (21,6%).<sup>32</sup>

En la Comunidad Valenciana, la población total a 1 de enero de 2012 según datos del Padrón Municipal de habitantes es de 5.009.647 personas, siendo la población mayor de 65 años 896.609 personas (17,89%).<sup>33</sup>

El incremento de la esperanza de vida, junto a la baja tasa de natalidad, está generando un crecimiento acelerado en el porcentaje de personas mayores, produciéndose un aumento del envejecimiento de la sociedad española. Así se destaca en un estudio de la Fundación del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), que estima que dentro de dos décadas habrá en España un 53% más de personas mayores de 65 años que en la actualidad. Este ascenso, que en el caso de la Comunidad Valenciana será del 32%, supondrá que en 2031 el tramo de la población valenciana por encima de la actual edad de jubilación habrá engrosado en más de un cuarto de millón de efectivos, concretamente en 275.000, con lo que rozará el 1.130.000 personas.

Si se cumple la previsión del CSIC, en 20 años, la población valenciana por encima de los 65 años se habrá incrementado en casi cinco puntos al suponer el 21% del total de habitantes.<sup>34</sup>

Por ello la incidencia de los trastornos de la piel aumenta con la edad debido a los cambios estructurales y fisiológicos que se producen como consecuencia del natural envejecimiento intrínseco como por los efectos de un continuo daño extrínseco acumulado y el insulto del medio ambiente (por ejemplo, la exposición excesiva a la

radiación solar) en las estructuras de la piel pueden producir una marcada susceptibilidad a las enfermedades dermatológicas en los ancianos.

A medida que envejece la piel, el sistema vascular progresivamente se atrofia. La dermis también se deteriora, sus fibras de colágeno y elastina son cada vez más escasas y desorganizadas.

El fotoenvejecimiento es el resultado de la exposición de la piel a la longitud de onda ultravioleta de la luz solar, y es el responsable de muchos trastornos comunes de la piel, desde las arrugas hasta el melanoma. Los pacientes mayores también consultan con su médico de familia varios tipos de dermatitis, incluyendo la de contacto y la seborreica.

Aunque los trastornos de la piel varían en gravedad, todos ellos afectan negativamente a la salud de los pacientes de edad avanzada y a su calidad de vida. Por lo tanto, la prevención, el reconocimiento precoz y el tratamiento de las enfermedades de la piel por parte de los médicos de atención primaria son un elemento importante en el cuidado global del paciente de mediana edad y mayores. Sin embargo, en su mayoría deberán ser derivados al dermatólogo de referencia para confirmar el diagnóstico y darles el tratamiento más apropiado.

Los trastornos de la piel más comunes en el envejecimiento son los siguientes: Queratosis (queratosis actínica, queratosis seborreica), Neoplasias malignas (carcinoma de células basales, carcinoma de células escamosas, y el melanoma maligno), Dermatitis (dermatitis de contacto, dermatitis seborreica, y dermatitis por estasis venoso), Xerosis y otros trastornos como son las telangiectasias, los angiomas, y el pénfigo ampolloso.<sup>35</sup>

La prevalencia de la polifarmacia en esta población aumenta el riesgo de reacciones autoinmunes, y el diagnóstico debe realizarse con el conocimiento de que la polifarmacia en esta población crea un gran aumento de la susceptibilidad a las erupciones de medicamentos que pueden imitar otros trastornos cutáneos.

La senescencia inmunológica en las personas mayores también sienta las bases para una posible reactivación del virus varicela-zoster, en el que la participación dermatológica inicial se expande en los principales ganglios sensoriales. Conocido como *culebrilla*, este trastorno puede ser muy doloroso con el potencial de causar ceguera si el nervio óptico se involucra.

Los pacientes mayores tienen impedimentos múltiples, con un gran potencial para presentar una disfunción cognitiva, así como problemas de visión, audición o movilidad. Además, puede que no tengan vivienda o alimentación adecuada, ni los recursos financieros necesarios para el cumplimiento adecuado de los tratamientos.

El médico de familia debe tener en cuenta la capacidad física del paciente para cumplir con la terapia recomendada, así como los factores socioeconómicos que pueden influir en el cumplimiento. Regímenes tópicos simples son preferibles siempre que sea posible con el fin de maximizar el cumplimiento y, por lo tanto, la eficacia.

Puede ser necesario un esfuerzo adicional para asegurar que se siguen las instrucciones con precisión y se logra realmente que el cumplimiento continuo con el régimen prescrito. La gestión de los trastornos dermatológicos en los ancianos es a menudo inferior a la óptima, debido al hecho de que las necesidades y limitaciones especiales de esta población no se consideran adecuadamente.

El paciente anciano está a menudo afectado por numerosas comorbilidades que pueden influir en la elección del tratamiento. Además, la prevalencia de la polifarmacia en la población de edad avanzada aumenta sustancialmente el riesgo de reacciones cutáneas, lo que puede complicar profundamente el diagnóstico preciso de los trastornos dermatológicos.<sup>36, 37</sup>

Dentro de la dermatología geriátrica cabe destacar el hecho de que las enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus y el VIH agravan los problemas en el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades cutáneas geriátricas.

Mención especial merecen las úlceras por presión o vasculares que son trastornos comunes de la piel que se observan con frecuencia en ancianos, y otros pacientes de alto riesgo como son: pacientes de cuidados críticos, tetrapléjicos, pacientes diagnosticados de cáncer terminal, diabéticos, pacientes con enfermedad renal, cardíaca o pacientes con enfermedades hepáticas, las personas con fracturas de fémur, los pacientes inmunodeprimidos, los pacientes con incontinencia, aquellos con disminución del estado mental, pacientes inmóviles y desnutridos. La labor conjunta entre el médico de familia y su enfermera en atención primaria será fundamental para atender correctamente a este tipo de pacientes.<sup>38</sup>

Los médicos de atención primaria son los guardianes de la comunidad médica. A ellos se les presentan en primer lugar los pacientes, con ellos tienen una relación duradera y son los garantes de la salud de la comunidad a la que atienden.

Por la propia naturaleza de su práctica, los médicos de atención primaria no cuentan con los recursos para el tratamiento de enfermedades potencialmente mortales emergentes. Deben, sin embargo, ser capaces de diagnosticar estas condiciones potencialmente peligrosas para la vida y ser capaz de estabilizar y referir

adecuadamente a un paciente para una evaluación urgente de los especialistas o médicos de emergencia. Hay muchos tipos de situaciones de emergencia que se encuentran en el entorno ambulatorio, que van desde la cardíaca a la toxicológica. Tan importante es el reconocimiento de signos y síntomas de isquemia cardíaca como lo es la capacidad de reconocer manifestaciones potencialmente peligrosas para la vida como son algunos trastornos dermatológicos de enfermedades sistémicas potencialmente mortales.

Algunas enfermedades dermatológicas pueden ser potencialmente mortales: Síndrome de Stevens-Johnson o Necrólisis epidérmica tóxica, Pénfigo vulgaris, Síndrome de la piel escaldada, Fiebre de las Montañas Rocosas y la Enfermedad de Lyme. Los médicos de atención primaria deben ser capaces de reconocer y seleccionar estas enfermedades para derivarlas de inmediato a un nivel especializado donde serán tratadas por médicos de emergencia, dermatólogos, intensivistas y otros.<sup>39, 40, 41</sup>

En un estudio realizado por Grillo E, *et al* (2013) en el Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid (España) se evidenció que cuando los pacientes acuden por iniciativa propia para ser atendidos en urgencias de dermatología hospitalaria la mitad de las urgencias no están justificadas, y que en el 80 % de las consultas consideradas urgentes se requieren pruebas diagnósticas. En total, se realizaron 131 diagnósticos diferentes, los más comunes fueron la celulitis infecciosa, urticaria aguda y herpes zoster.

Por ello, el concurso del médico de familia es fundamental para optimizar las derivaciones a dermatología hospitalaria y hacer un mejor uso de los recursos disponibles.<sup>42, 43</sup>



Desde hace algunos años Europa es el escenario de un importante fenómeno migratorio, y ha sido a partir del año 1999 cuando se ha producido un ascenso en el número de inmigrantes hacia España. En el ámbito de la asistencia sanitaria la inmigración supone un incremento de la demanda asistencial; pero la obtención de información sobre la utilización de los servicios sanitarios por parte de la población inmigrante es difícil, dadas las propias características de ésta (diferentes hábitos de vida, barreras idiomáticas, etc.).<sup>44, 45, 46</sup>

Los trabajos publicados en la literatura médica en España que describen la demanda asistencial son escasos y se centran en su mayoría en la atención sanitaria a la población inmigrante en los servicios de urgencias y en la atención primaria.<sup>47, 48</sup>

A finales de 1998, la población extranjera en España suponía un 1,60 % de la población total, y en el año 2009 se situó en el 13,01 %. Este cambio en la estructura socio-demográfica poblacional supuso una alteración del uso de los servicios públicos en nuestro país.

El fenómeno migratorio en España ha adquirido una relativa importancia en los últimos años, si bien por motivo de la crisis económica que atraviesa nuestro país se ha reducido considerablemente el número de emigrantes que viven con nosotros. La población de España disminuyó en 113.902 personas durante 2012, y se situó en 46.704.314 habitantes a 1 de enero de 2013. El número de extranjeros descendió un 2,3%, situándose en los 5.118.112 residentes. Así pues, la población extranjera se situó en el año 2012 en el 10,96 % del total de la población en España.

La pérdida de población durante 2012 fue generalizada en la mayoría de comunidades: Castilla y León (-0,8 %), Cataluña (-0,7 %), Principado de Asturias y La Rioja (-0,6% ambas) y la Comunidad Valenciana (-0,4%) registraron los mayores descensos relativos.<sup>49</sup>

La población en la Comunidad Valenciana a 1 de enero de 2013 se situó en 4.988.464 habitantes, con una población extranjera en el año 2012 de 883.012 residentes según datos del Padrón Municipal, lo que supone el 17,7 % del total de la población.<sup>50</sup>

Por ello, al comparar en un trabajo epidemiológico realizado por Vall-Llosera L, *et al* (2009) en Gerona (España) la morbilidad atendida, las necesidades y los usos de los servicios de atención primaria por parte de la población inmigrante con los usuarios autóctonos teniendo en cuenta el sexo, la edad, el origen étnico y las condiciones sociodemográficas se evidenció lo siguiente: La población inmigrante es más saludable que los nativos (50,1% de las visitas en comparación con el 61,2%, el 50% del consumo de drogas en comparación con el 66,7%, y el 29,6% de los trastornos crónicos frente a 51,4%) a pesar de que sobreviven en peores condiciones socio-económicas (9,4% desempleados en comparación con el 5,6%, el 38% son analfabetos frente a 17,4%, 53,5% de las viviendas en alquiler frente al 15%). Tras ajustar estas variables, las tasas de frecuentación no difieren en el origen de los pacientes.

El citado estudio concluye que son, principalmente, las condiciones socio-demográficas, y no únicamente el origen del paciente, los que determinan las necesidades y uso que la población hace de los servicios de salud.<sup>51</sup>

Aunque probablemente la percepción popular sea distinta, el mayor volumen de inmigrantes en nuestro país procede de países desarrollados y especialmente de la Comunidad Europea, pero desde el punto de vista de la salud pública preocupa más el flujo de inmigrantes procedentes de países en desarrollo: Iberoamérica, Filipinas, Guinea Ecuatorial y Marruecos, aunque también son apreciables los efectivos originarios de otros países de África Subsahariana, Pakistán y Argelia.

La patología del inmigrante, en conjunto, se puede dividir en: enfermedades importadas (Hepatitis B, Tuberculosis, Malaria – Paludismo – , Sífilis, VIH, Lepra, Parasitosis), enfermedades adquiridas, enfermedades reactivas o de adaptación (drogodependencia, enfermedades mentales reactivas a la nueva situación, enfermedades psicósomáticas) y enfermedades de base genética (Anemias hemolíticas donde destaca la Anemia de células falciformes en inmigrantes procedentes del África Subsahariana, el Déficit de la glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa, la Hemoglobinopatía S, y los Síndromes Talasémicos).<sup>52</sup>

Esto conlleva que el médico de atención primaria pueda percibir una mayor frecuentación de consulta por parte de pacientes inmigrantes, así como un mayor número de enfermedades importadas. Por otra parte, las dificultades diagnósticas en los pacientes con piel negra y la barrera idiomática en inmigrantes de habla no hispana, hacen que la atención a este segmento poblacional pueda suponer un verdadero reto para el médico.

En cuanto a la incidencia de la demanda de afecciones dermatológicas por parte de la población inmigrante se han realizado diversos trabajos en España, y éstos difieren en sus resultados.

Albares MP, *et al* (2008) del Servicio de Dermatología del Hospital General Universitario de Alicante (España) encuentran, en un estudio realizado en este Hospital, que la demanda en dermatología por parte de la población inmigrante corresponde al 4,1 % de todos los episodios asistenciales. Los servicios de urgencias son el primer punto de acceso al sistema sanitario y el primer lugar al que acuden los inmigrantes, y se evidencia una mayor utilización del área de urgencias especializada como visita al especialista de dermatología en la población inmigrante que en la población autóctona. Sin embargo, la demanda asistencial de la población inmigrante en dermatología es menor que la de la población autóctona, y además es relevante, pues supone un incremento del número total de consultas en dermatología, con ciertas peculiaridades que hay que tener en cuenta, como los diferentes tipos de enfermedades. Así, en la población inmigrante fue más frecuente la enfermedad inflamatoria e infecciosa, y en la población autóctona la tumoral melanocítica y no melanocítica.

La conclusión final de este trabajo es que la demanda asistencial en dermatología en la PI fue inferior a la de la PA y con un patrón de utilización diferente según los países de procedencia, pues no todos demandan de la misma manera y con la misma intensidad. Esto puede deberse en parte a diferencias culturales en la búsqueda de la atención sanitaria y en la percepción de la salud.<sup>53, 54</sup>

Porta N, *et al* (2008) del Servicio de Dermatología del Hospital Miguel Servet de Zaragoza (España) encuentran, en un trabajo realizado en dicho Hospital, que la población inmigrante ha supuesto un 4 % del total de pacientes nuevos atendidos en las consultas de dermatología. Al igual que ocurre en la población autóctona, la afluencia de pacientes de sexo femenino entre los inmigrantes es superior a la de sexo masculino, además el grupo de población inmigrante es más joven que el grupo de población autóctona, en su mayoría población trabajadora e infantil y muy poca población

pensionista. Este dato puede condicionar la patología dermatológica en este grupo de población con mayor proporción de enfermedades infecciosas y muy poca patología tumoral, propia de poblaciones envejecidas, como es el caso de nuestra población autóctona.

Las patologías más frecuentemente diagnosticadas en inmigrantes de origen latinoamericano han sido las de origen infeccioso, y dentro de las infecciones son las micosis las enfermedades más frecuentemente padecidas, destacando las onicomiosis y las tiñas de cuero cabelludo.

Otro grupo de enfermedades destacables en este colectivo son las ETS con una incidencia superior a la de la población autóctona. Las zoonosis también se han mostrado más frecuentes entre los inmigrantes, dentro de ellas destacamos la escabiosis, enfermedad detectada en mayor proporción en el colectivo latinoamericano, posiblemente favorecidas por el hacinamiento en que vive este colectivo conviviendo varias familias en un mismo domicilio.

Algunas dermatosis, como la dermatitis atópica y el eczema de contacto, han mostrado también mayor incidencia entre inmigrantes, y esto posiblemente esté relacionado con el cambio climático con relación a sus países de origen, y sus condiciones de trabajo, pues muchos de ellos son obreros de la construcción.

El trabajo concluye que nos encontramos ante cuadros que, por la mejora de las condiciones socio-sanitarias de nuestro país, habían pasado a verse de forma excepcional, y por otra parte, estamos atendiendo a enfermedades importadas, como es el caso de la Tiña capitis provocada por especies de hongos prácticamente excepcionales en nuestro medio (*T. violaceum* y el *T. soudanense*), pero altamente prevalentes en Latinoamérica.<sup>55</sup>

Taberner R, *et al* (2010) del Servicio de Dermatología del Hospital San Llàtzer de Palma de Mallorca (España) encuentran que el índice de frecuentación fue de un 2,78 % para los pacientes autóctonos, mientras que entre los pacientes de origen extranjero el porcentaje varió entre un 1,05 % y un 2,04 %, siendo estas diferencias estadísticamente significativas respecto a los pacientes de origen español.

En función de la procedencia, los tres diagnósticos más frecuentes en pacientes extracomunitarios fueron: patología inflamatoria (37,7 %), tumores benignos (23,6 %) y dermatosis víricas (11 %). En extranjeros comunitarios fueron: tumores benignos (36,1 %), patología inflamatoria (27,9 %) y tumores malignos (8,2 %); mientras que en los pacientes autóctonos los diagnósticos más frecuentes fueron tumores benignos (33,9 %), patología inflamatoria (28 %) y dermatosis víricas (11,4 %). Los motivos de consulta de parasitosis, patología de los anejos, patología inflamatoria y trastornos de la pigmentación se observaron con mayor frecuencia y con significación estadística en los pacientes extracomunitarios respecto a los autóctonos.

Por el contrario, se observaron con menor frecuencia tumores benignos, premalignos y malignos en los pacientes extracomunitarios. Únicamente se diagnosticó un caso de tuberculosis cutánea en un paciente de origen marroquí, adquirida en su país de procedencia. No se diagnosticaron otras enfermedades tropicales e importadas en el período del estudio.

En un 2 % de todas las consultas el motivo principal fue una enfermedad de transmisión sexual (sífilis, condilomas acuminados, herpes simple genital, molusco contagioso de transmisión sexual), mientras que en pacientes de origen extracomunitario este porcentaje se incrementó al 3,6 %. Las enfermedades de transmisión sexual fueron mucho más frecuentes en el grupo de edad entre 20 – 45 años

y en hombres respecto a mujeres, siendo estos resultados estadísticamente significativos ( $p < 0,0001$ ). Destacar que globalmente, un 14,1 % de los pacientes atendidos consultó por un motivo considerado como “estético”, es decir, aquellas lesiones cutáneas benignas y asintomáticas sin compromiso funcional.

El trabajo concluye que la demanda asistencial de la población inmigrante en Dermatología es menor respecto a la de la población autóctona, aunque con diferentes peculiaridades según el área de procedencia. La población inmigrante es una población joven, con menos patología tumoral y una mayor proporción de patología inflamatoria, de los anejos y trastornos de la pigmentación. Así mismo, cabe destacar la escasa incidencia de enfermedades tropicales o importadas en estos pacientes. Finalmente, las diferentes prácticas culturales entre los pacientes inmigrantes conllevan una mayor dificultad para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades dermatológicas comunes.<sup>56</sup>

La inmigración de personas extranjeras procedentes de zonas socioeconómicas deprimidas representa una nueva realidad en nuestro país, y constituye un colectivo mayor respecto a la inmigración que se produce por motivos políticos.

La nueva realidad sociodemográfica, que se ha configurado en nuestro país a partir de la incorporación de la población inmigrante, requiere analizar las necesidades y prioridades generadas por esta situación en todos los ámbitos.

La característica principal de la inmigración en España es su diversidad. Hay un claro predominio de los residentes de origen europeo (incluidos aquí los comunitarios), seguidos de los procedentes de África y en tercer lugar de los latinoamericanos.

La estructura sociodemográfica de la población inmigrante, excluyendo la procedente de la Unión Europea, se caracteriza por ser una población joven, con pocos niños y ancianos, activa, menor nivel educativo que la población española, con precariedad laboral, alto grado de hacinamiento y poca agrupación familiar.

Los emigrantes extranjeros presentan diferencias de contexto geográfico, situación administrativa, idioma, cultura, religión, género lo que implica distintas necesidades a la hora de tratar este colectivo.

Entre los factores condicionantes del nivel de salud están las deficientes condiciones de la vivienda, precariedad laboral, desempleo, aislamiento social y dificultades para la comunicación por falta de conocimiento del idioma y diferencias culturales, aumento de inmigración en mujeres en edad fértil, violencia doméstica y movilidad geográfica.

Esto puede ocasionar un mayor número de accidentes laborales, alteraciones psicológicas, alta tasa de mortalidad y morbilidad perinatal y enfermedades de transmisión sexual.

Por todo ello, la salud de los inmigrantes debería ser llevada por equipos interdisciplinarios, en los distintos niveles asistenciales, salud pública y de vigilancia epidemiológica. Para conocer las necesidades en salud de este colectivo deberían acometerse estudios de investigación epidemiológica.<sup>51, 57, 58</sup>

La atención primaria, como puerta de entrada al sistema sanitario, puede ser el marco para la realización de estudios de diseño sencillo que ayuden a conocer los problemas de salud, motivos de consulta, datos sociodemográficos y de utilización de recursos. La atención primaria es el único contacto que estas personas mantienen con el sistema sanitario.



Los principales problemas de salud referidos por los inmigrantes son dolor abdominal y enfermedades digestivas, dolores musculares, enfermedades respiratorias de las vías altas, enfermedades hematológicas, parasitosis y los accidentes. Los servicios más utilizados fueron los Centros de Salud.

Los inmigrantes son población joven, con un buen estado de salud, y por lo tanto no traen enfermedades, y la mayor parte de las enfermedades importadas por ellos son difícilmente transmisibles.<sup>52, 59</sup>

La inmigración condiciona cambios importantes en nuestra sociedad y lógicamente también en la medicina. Estos cambios pueden dificultar nuestro trabajo y comportan un esfuerzo de puesta al día para seguir manteniendo una asistencia médica de calidad.

La dermatología se ha visto especialmente influida por este hecho, y sobre todo el diagnóstico de las dermatosis en pacientes con piel negra supone un reto importante. Aunque en España el colectivo inmigrante mayoritario es magrebí y latinoamericano, los pacientes de raza negra de procedencia centroamericana y subsahariana son los que plantean más dificultades diagnósticas.

La mayor cantidad de melanina en la epidermis de la piel negra le confiere una gran resistencia a la radiación ultravioleta que condiciona que los pacientes con este tipo de piel prácticamente no tengan cánceres cutáneos fotoinducidos, como el melanoma y los carcinomas basocelular y espinocelular.

La prevalencia de las distintas dermatosis viene condicionada, además de por factores raciales, por factores genéticos, ambientales, económicos, sociales, ocupacionales e incluso de acceso a una atención médica adecuada, y su tratamiento varía poco respecto a la piel blanca.<sup>60</sup>

La mayor parte de las enfermedades importadas por los inmigrantes son difícilmente transmisibles y su impacto sobre el propio inmigrante es mucho menor que cuando afecta a una persona no inmune no suponiendo riesgo para la colectividad pero creando dificultades en el ámbito diagnóstico y terapéutico.

Las Enfermedades Importadas que suponen un riesgo de transmisión a la población del país receptor son en su mayoría las de distribución cosmopolita, y las que suponen un riesgo real para la salud pública son las que se transmiten por contacto interpersonal o por vía aérea como son la tuberculosis, las enfermedades de transmisión sexual, y la escabiosis. En estas enfermedades el papel del médico de familia en primer lugar y del especialista en dermatología después va a ser fundamental para el control de las mismas en los colectivos de inmigrantes.

No obstante, dado que se trata de una población joven que es un principio sana, sus motivos de consulta no difieren en gran medida de la población general.<sup>59, 61</sup>

Por último es conveniente realizar un estudio de los costes económicos que le supone al sistema público de salud el diagnóstico y tratamiento farmacológico de la patología dermatológica en el primer nivel asistencial.

Para ello, es imprescindible una evaluación de los resultados desde el punto de vista económico, puesto que los recursos disponibles para la prestación de servicios sanitarios son escasos y susceptibles de usos alternativos. No puede justificarse cualquier gasto a cambio de una mejora en la prestación de los servicios de salud, por importante que fuera esa mejora.

Al comparar los costes derivados del manejo y de los tratamientos en dermatología ocasionados por los médicos de familia y por los dermatólogos no se muestran diferencias estadísticamente significativas en cuanto al coste medio de la atención. Ello es cierto en aquellas enfermedades cutáneas que los médicos de familia identifican con mayor frecuencia como son el acné, la psoriasis, la dermatitis de contacto, las infecciones fúngicas, pero no es cuantificable en cuanto se refiere a los costes de la patología tumoral.<sup>62</sup>

La patología tumoral cutánea representada por el Melanoma Maligno supone una carga económica significativa en la población edad avanzada o para el SNS, sobre todo en la enfermedad en su etapa tardía, con unos costes elevados que en EE.UU se sitúan alrededor de los 28.210 \$ desde el momento del diagnóstico hasta la muerte del paciente.<sup>63</sup>

Los esfuerzos dedicados a la prevención primaria a través de una adecuada protección solar y reducción de la exposición a la luz ultravioleta, y a la prevención secundaria con la detección precoz del melanoma son los únicos que pueden conseguir una mayor supervivencia y una importante reducción de la carga económica que supone esta enfermedad. Estos aspectos deberían orientar las estrategias de salud pública.<sup>64</sup>

Todo ello requiere un estudio que determine el balance de beneficios potenciales en relación con el gasto, no sólo por lo que respecta a los estrictamente económicos en términos monetarios, sino también en cuanto a la utilidad para los gestores sanitarios, la satisfacción de los facultativos implicados, y sobre todo la utilidad y calidad percibida por los pacientes.

## **2. HIPÓTESIS DE TRABAJO Y OBJETIVOS**

---

El diagnóstico, tratamiento y derivación de la patología dermatológica por los médicos de familia de atención primaria podría ser un método eficiente y coste efectivo para el sistema sanitario público, por lo que nos hemos propuesto los siguientes objetivos:

### **2.1. OBJETIVOS PRINCIPALES.**

- ❑ Conocer la incidencia de la patología dermatológica en un tiempo determinado (9 meses) de los pacientes que acuden a 5 consultas de Atención Primaria en un Centro de Salud.
- ❑ Conocer los datos epidemiológicos (edad, sexo, situación laboral, profesión y nacionalidad) de los pacientes que acuden a la consulta durante ese tiempo.

### **2.2. OBJETIVOS SECUNDARIOS.**

- ❑ Conocer los diagnósticos y tratamientos aplicados a las enfermedades de la piel que realizarán los médicos de familia en atención primaria durante el período de estudio.
- ❑ Aproximarse al coste sanitario que ocasiona la patología dermatológica al Sistema Nacional de Salud.
- ❑ Conocer el número de casos que son derivados por los médicos de familia a otros niveles de atención (Centro de Especialidades, Consultas Externas de Hospital, Urgencias Hospitalarias).

- Conocer la incidencia de la patología dermatológica en la población inmigrante de la zona, y compararla con respecto a la de la población autóctona.

### **3. MATERIAL Y MÉTODO**

---

El estudio se ha llevado a cabo con los pacientes adscritos al Centro de Salud de Paiporta (Valencia), perteneciente al anterior Departamento 9, hoy denominado Departamento Valencia - HOSPITAL GENERAL de la Agencia Valenciana de Salud.

En este estudio han intervenido 5 médicos de familia (de los 11 médicos de familia que compone la plantilla del centro) con una población asignada de 8.887 asegurados con su correspondiente tarjeta sanitaria SIP (Sistema de Información Poblacional).

La población afecta por el estudio son los pacientes > 15 años porque es a partir de esta edad cuando los pediatras dejan de atenderlos y su salud pasa a ser responsabilidad de los médicos de familia.

La población de Paiporta contaba con 24.506 habitantes en el censo del año 2.012, y el número de tarjetas sanitarias SIP de la población potencial afecta por el estudio (> de 15 años) ascendía en este año a 19.217 tarjetas individuales. De estas tarjetas individuales sólo han estado afectados durante el período del estudio 8.887 asegurados correspondientes a las tarjetas sanitarias SIP asignadas a los médicos de familia que accedieron a colaborar en la recogida de datos.

La recogida de datos se efectuó en el período de tiempo comprendido del 1 de Mayo de 2.012 al 31 de Enero de 2.013, es decir, durante 9 meses, de los que se han descontado los permisos y los periodos vacacionales que han disfrutado cada uno de los médicos de familia intervinientes.

Los médicos de familia participantes recogieron los casos referentes a enfermedades dermatológicas de los pacientes que acudieron a su consulta, pero

previamente pidieron el consentimiento informado al paciente (Anexo I) antes de incluirlo en el estudio. Para ello informaron previamente al paciente sobre el objetivo del estudio y solicitaron su consentimiento por escrito, documento que firmaron conjuntamente médico y paciente antes incluir a este último en el estudio.

Para la recogida de datos en atención primaria se diseñó una ficha (Anexo II) en la que aparecían una serie de variables que posteriormente han sido analizadas, y que configuran el objetivo del estudio. Dicha ficha obraba en poder de cada uno de los médicos de familia intervinientes y su objetivo era simplificar la recogida de datos para no sobrecargar la consulta a demanda y / o programada de los mismos y así poder obtener el mayor número de casos posibles.

Además de la infraestructura propia del Centro de Salud de Paiporta, se dispuso de los recursos propios del Departamento Valencia - HOSPITAL GENERAL como son el Centro de Especialidades de Torrente, las Consultas Externas del Hospital General Universitario de Valencia, y el Laboratorio de Análisis Clínicos ubicado en Torrente y en el propio Hospital.

Las variables que se consideraron en la ficha de recogida de datos fueron:

- Tipo de visita (primera o sucesiva)
- Visita en (consulta, domicilio o de urgencia)
- Sexo (hombre, mujer)
- Edad (en años)
- Situación laboral (activo, inactivo)
- Profesión (ama de casa, jubilado, estudiante, otros: especificar)
- Nacionalidad (española, otros: especificar)

- Diagnóstico de presunción
- Descripción de la lesión elemental
- Tratamiento pautado
- Tiempo recomendado de tratamiento y revisión (en días)
- Derivación a (Domicilio, Centro de Especialidades, Consultas Externas del Hospital de Referencia)

El número de fichas de recogida de datos en atención primaria fue de 520, y fueron cumplimentadas respetando íntegramente el contenido predefinido en las mismas para poder analizar posteriormente cada una de las variables que contiene el estudio.

### **3.1. DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO.**

La descripción general del estudio realizado comprendió:

#### ***3.1.1 Diseño del estudio***

Se trata de un estudio epidemiológico observacional, prospectivo, multicéntrico, y no intervencionista. Es decir, que en ningún caso se ha interferido con la decisión del investigador sobre el diagnóstico, derivación, cuidado o tratamiento médico que ha considerado más adecuado para cada uno de los pacientes incluidos en el estudio.

#### ***3.1.2 Duración del estudio.***

La recogida de datos del estudio por parte de los 5 médicos de familia intervinientes se ha realizado durante 9 meses.



### **3.1.3 Número de pacientes y tamaño de la muestra.**

Un total de 5 médicos de familia han recogido 520 casos de pacientes con patología dermatológica que han sido analizados posteriormente.

## **3.2. SELECCIÓN DE PACIENTES.**

Para realizarla se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

### **3.2.1 Criterios de inclusión**

- Pacientes de ambos sexos mayores de 15 años.
- Pacientes que acuden a la consulta del médico de familia, y de los que se presupone alguna patología dermatológica, que precisa diagnóstico, y tratamiento por el propio médico de familia o derivación a otro nivel asistencial.
- Los pacientes o su representante legal daban su consentimiento informado escrito para poder ser incluidos en el estudio.

### **3.2.1 Criterios de exclusión**

- Negación expresa por parte del paciente o su representante legal tras solicitarle su consentimiento informado escrito y firmado por ambas partes, médico y paciente.
- Pacientes de ambos sexos menores de 15 años.

### **3.3. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.**

Por ser un estudio no intervencionista, los pacientes seleccionados para participar en este estudio han sido diagnosticados, tratados, y / o derivados a otro nivel asistencial según su patología dermatológica y de acuerdo al criterio clínico de su médico de familia determinado fundamentalmente por su práctica clínica habitual y / o asistencial.

### **3.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

El estudio se ha regido por los principios éticos básicos contenidos en la Declaración de Helsinki.

Se han mantenido siempre los niveles más altos de conducta profesional y confidencialidad y se ha seguido en todo momento la legislación nacional aplicable en materia de protección de datos (Ley Orgánica 15 / 1999 de Protección de Datos de Carácter Personal). El derecho a la confidencialidad del paciente es fundamental. La identidad del paciente en los documentos del estudio está codificada y sólo las personas autorizadas tendrán acceso a detalles personales que pudieran identificar al paciente si los procedimientos de verificación de datos lo requiriesen. Los detalles personales que pudieran identificar al paciente serán siempre confidenciales.

### **3.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA MUESTRA.**

Se ha realizado un análisis estadístico de una muestra de 520 pacientes que acudieron a un centro de salud de la Comunidad Valenciana. Tras su consentimiento, los pacientes cumplimentaron un cuestionario con algunos datos acerca de sus salud, profesión, etc. que posteriormente fueron cruzados con los datos referentes a la atención recibida, patología y tratamiento.

El objetivo del estudio es analizar descriptivamente la muestra de pacientes y contrastar la relación entre las variables de interés: edad, sexo, grupo diagnóstico y coste farmacológico.

Así, en el estudio se han recogido, a través de estadísticos descriptivos, las principales características del grupo de pacientes encuestados.<sup>65</sup>

Se han utilizado distintas técnicas de contraste de igualdad de medias entre grupos, para establecer la relación entre las distintas variables de interés: sexo, edad, grupo diagnóstico y coste farmacológico.<sup>65, 66</sup> Se ha obtenido evidencia de relación entre el grupo diagnóstico y el sexo de los pacientes, así como el coste de los fármacos con el sexo de los pacientes. La relación entre el coste farmacológico y la agrupación diagnóstica no es concluyente a nivel estadístico.

Por último se ha ajustado un modelo ANOVA que permite establecer la relación de las distintas variables de interés, tanto de forma individual como por su acción conjunta, en el coste farmacológico de los tratamientos.<sup>66, 67</sup> Como resultado, se ha podido detectar que el coste farmacológico se ve influido por el grupo diagnóstico, por un lado, y por el sexo de los pacientes, por otro.

### **3.6. MÉTODO ESTADÍSTICO**

Las variables continuas se han descrito mediante estadísticos descriptivos mínimo, mediana, media, máximo y desviación estándar. Las variables de agrupación se han descrito en tablas de frecuencia y porcentaje, separando los datos faltantes en todos los casos.<sup>65, 67, 69</sup>

Los contrastes de hipótesis, que se diferencian entre grupos según las variables de interés (sexo, grupos de edad y agrupación diagnóstica), se han realizado

utilizando procedimientos paramétricos (Test t de igualdad de medias para grupos de varianza homogénea y no homogénea, y ANOVA) o procedimientos no paramétricos cuando la evidencia de homogeneidad de varianzas y normalidad entre grupos no es concluyente (Test de Kruskal-Wallis).<sup>66, 67, 68, 69</sup>

El análisis multivariante se ha realizado ajustando un modelo ANOVA, seleccionado entre un conjunto de modelos ajustados para evidenciar la relación entre el coste farmacológico, las variables de interés y su interacción. El modelo se ha seleccionado utilizando el menor AIC (Criterio de Información de Akaike) y validado a través del análisis de sus residuos.

Tanto el análisis multivariante como los contrastes de hipótesis referentes al coste farmacológico, se han realizado sobre la variable transformada: logaritmos del coste farmacológico.<sup>67, 69, 70</sup>

Todos los análisis y contrastes se han realizado utilizando R y sus librerías: base, stats, moments, outliers, cars y lattice.<sup>71</sup>

### **3.6.1. CONTRASTES DE HIPÓTESIS DEL COSTE FARMACOLÓGICO RESPECTO AL SEXO**

En primer lugar, mediante el Test de Bartlett se estudió el contraste de homogeneidad de varianzas del logaritmo del coste según el sexo.

El resultado del test (Bartlett's K-squared = 2.456, df = 1, p-value = 0.1171) muestra que no se rechaza la hipótesis de homogeneidad de varianzas.

El análisis de varianza del coste mediante el ANOVA arroja el resultado siguiente:

TABLA 1: ANÁLISIS DE VARIANZA DEL COSTE FARMACOLÓGICO RESPECTO AL SEXO

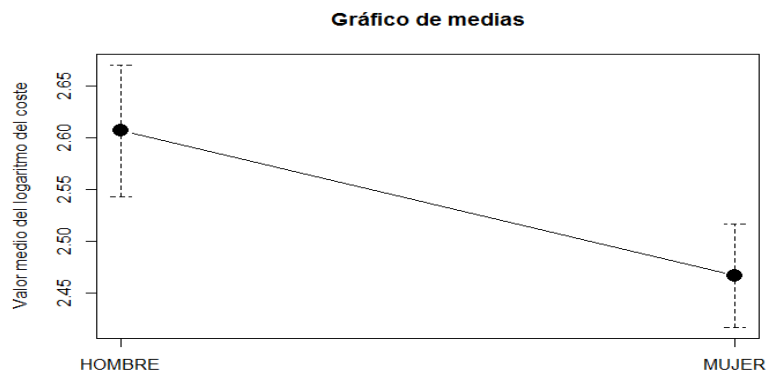
	Df	Sum Sq	Mean Sq	F value	Pr(>F)
SEXO	1	2.00	2.00	3.31	0.07
Residuos	408	246.71	0.60		

Fuente: elaboración propia

Se observa que existe evidencia estadística de que la media del logaritmo del coste farmacológico es distinta según el sexo de los pacientes con un nivel de significatividad del 90%.

Gráficamente vemos lejanía en los intervalos alrededor de la media (definidos como más/menos una vez la desviación estándar), que sustenta este resultado:

TABLA 2: GRÁFICO DE MEDIAS DEL COSTE FARMACOLÓGICO POR SEXO



Fuente: elaboración propia

Por último se comprueba que los residuos del análisis anterior son homocedásticos y normales mediante el Test Bartlett y Shaphiro-Wilks, respectivamente:

Bartlett's K-squared = 2.456, df = 1, p-value = 0.1171

Shapiro-Wilks normality test: W = 0.9913, p-value = 0.01622.

Se comprueba que los residuos del ajuste ANOVA no siguen una distribución normal, por lo que, para finalizar se realiza un contraste paramétrico de Kruskal-Wallis, cuyo resultado muestra que existe relación estadísticamente significativa el 95% entre el coste (en logaritmos) y el sexo de los pacientes. Kruskal-Wallis chi-squared = 4.4411, df = 1, p-value = 0.03508.

Dado que el test paramétrico y el no paramétrico coinciden, se concluye que hay evidencia estadística en la relación entre el coste farmacológico y el sexo de los pacientes.

### **3.6.2. CONTRASTES DE HIPÓTESIS DEL COSTE FARMACOLÓGICO RESPECTO AL GRUPO DIAGNÓSTICO**

En primer lugar, se han descartado las observaciones de los grupos cuyo número ha sido inferior a 20. Así se han dejado fuera los casos de las agrupaciones 06, 11 y 12.

Mediante el Test de Bartlett se constata la homogeneidad de varianzas del logaritmo del coste entre los grupos de diagnósticos.

El resultado del test (Bartlett's K-squared = 9.3624, df = 5, p-value = 0.09545) muestra que no se rechaza la hipótesis de homogeneidad de varianzas.

El análisis de varianza del coste mediante el ANOVA arroja el resultado siguiente:

*TABLA 3: ANÁLISIS DE VARIANZA DEL COSTE FARMACOLÓGICO RESPECTO AL GRUPO DIAGNÓSTICO*

	<b>Df</b>	<b>Sum Sq</b>	<b>Mean Sq</b>	<b>F value</b>	<b>Pr(&gt;F)</b>
GRUPO DIAG	5	5.53	1.10	1.89	0.09
Residuos	360	209.9	0.58		

Fuente: elaboración propia

Se observa que hay evidencia estadística de que la media del logaritmo del coste farmacológico es distinta según los grupos de diagnóstico con un nivel de significatividad del 90%.

Por último se comprueba que los residuos del análisis anterior son homocedásticos y normales mediante el Test Bartlett y Shaphiro-Wilks, respectivamente:

Bartlett's K-squared = 9.3624, df = 5, p-value = 0.09545

Shapiro-Wilk normality test: W = 0.9929, p-value = 0.07878.

Se comprueba que los residuos del ajuste ANOVA no siguen una distribución normal ni tienen varianza homogénea, por lo que, para finalizar se realiza un contraste paramétrico de Kruskal-Wallis, cuyo resultado muestra que no existe relación estadísticamente significativa el 95% entre el coste (en logaritmos) y el sexo de los pacientes. Kruskal-Wallis chi-squared = 8.8658, df = 5, p-value = 0.1145.

Por tanto, el resultado de los contrastes no es concluyente.

### 3.6.3. ANÁLISIS ANOVA DE MÚLTIPLES FACTORES

En el siguiente cuadro se recoge si la relación entre el coste farmacológico y las distintas variables incluidas en cada modelo ha resultado estadísticamente significativa, así como el nivel de confianza de esta relación. Se recoge el criterio AIC de ajuste del modelo. Utilizando el criterio de menor AIC, se seleccionaría el modelo 7.

**TABLA 4: MODELOS ANOVA CONSIDERADOS**

	Grupo diagnóstico	Edad	Sexo	Acción conjunta de la edad y el grupo diagnóstico	Acción conjunta del sexo y el grupo diagnóstico	Acción conjunta de la edad y el sexo	Criterio de selección de modelos AIC
Modelo 1	.	()					852.53
Modelo 2	.		.		()		849.76
Modelo 3	.	()	.			()	851.27
Modelo 4	.	()	.	()			851.24
Modelo 5	.	()	.	()		()	852.74
Modelo 6	.	()	.	()	()		854.95
Modelo 7	.		.				848.32

Nota: ()variable incluida en el modelo pero no significativa; .significativa al 90%; \* significativa al 95%; \*\*significativa al 99%.

Fuente: elaboración propia

### 3.6.4. MODELO ANOVA SELECCIONADO

El modelo seleccionado, según el criterio de información de Akaike menor, es el modelo 7 que se define de la siguiente manera:

$$\log(\text{coste})_i = \mu_i + \alpha_j \text{gdiag}_{ij} + \alpha_2 \text{sexo}_i + \varepsilon_i$$



Donde  $i$  es el índice del caso considerado y  $\varepsilon_i$  es una variable aleatoria de varianza constante y media cero, y  $g_{diag}$  es el grupo diagnóstico, siendo  $j$  el índice de la agrupación diagnóstica. A continuación se muestran los coeficientes ajustados.

TABLA 5: COEFICIENTES DEL MODELO ESTIMADO

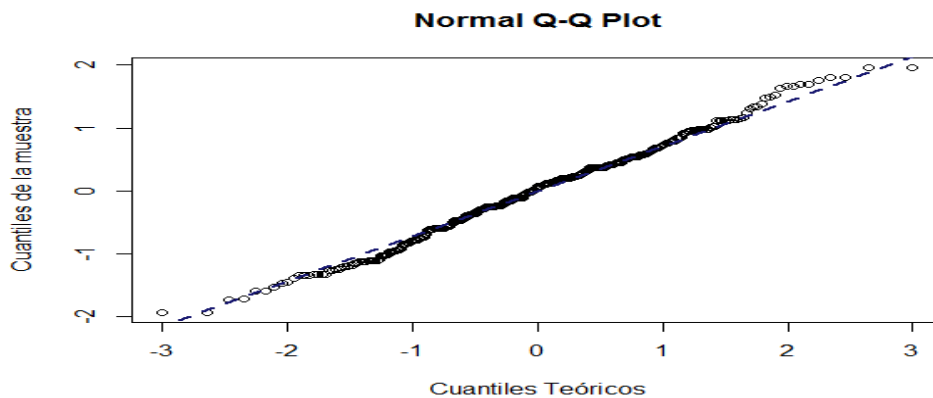
	logaritmos
(Intercept)	2.41
GR_DIAGG02	0.27
GR_DIAGG03	0.18
GR_DIAGG04	-0.11
GR_DIAGG05	0.05
GR_DIAGG10	0.271
SEXOMujer	-0.14

Fuente: elaboración propia

Según este modelo, el coste diagnóstico en el GRUPO 2, 3, 5 y 10 es más elevado que en el grupo de referencia (GRUPO 01). Además, el coste farmacológico para las mujeres es más bajo que el de los hombres.

Por último, se procede a la validación del modelo. En primer lugar, el resultado del test de normalidad de los residuos (*Shapiro-Wilk normality test*:  $W = 0.9967$ ,  $p\text{-value} = 0.5711$ ) indica que no se rechaza la hipótesis de normalidad.

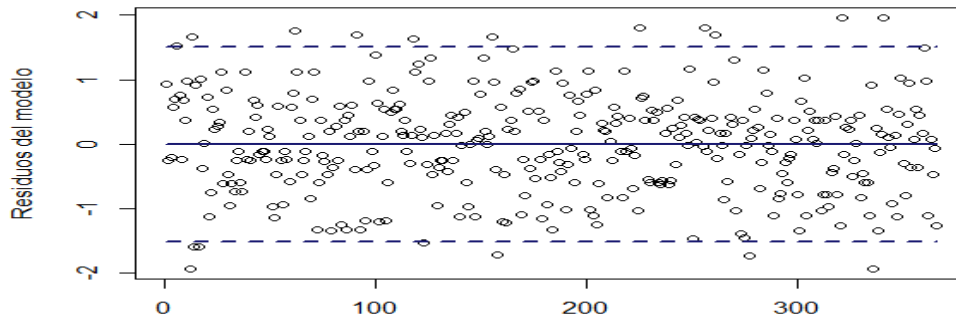
FIGURA 1: QQPLOT DE LOS RESIDUOS DEL MODELO



Fuente: elaboración propia

Seguidamente, el contraste de la media de los residuos (*One Sample t-test:  $t = 0$ ,  $df = 406$ ,  $p\text{-value} = 1$* ) se rechaza que sea diferente de cero.

FIGURA 2: GRÁFICO DE LOS RESIDUOS RESPECTO A LA VARIABLE ESTIMADA POR EL MODELO



Fuente: elaboración propia

Por último, el contraste de homogeneidad de la varianza de los residuos entre las agrupaciones (*Bartlett test of homogeneity of variances:  $K\text{-squared} = 12.3604$ ,  $df = 10$ ,  $p\text{-value} = 0.2617$* ) muestra que no se rechaza la homogeneidad de varianzas.

#### **4. RESULTADOS**

---

Durante el período de recogida de datos que fue de 9 meses, se registraron 520 casos de enfermedades cutáneas sobre un total de 7.650 consultas, incluidas las administrativas, realizadas por los 5 médicos de familia intervinientes en su consulta ordinaria, y de urgencia en el Centro de Salud.

No se desestimó ningún caso por cumplir todos ellos rigurosamente con los criterios preestablecidos de recogida de datos.

Los 520 casos recogidos de enfermedades dermatológicas suponen el 6,79 % de todas las consultas realizadas.

Después de realizar el análisis descriptivo de la muestra de 520 pacientes se ha contrastado la relación entre las variables de interés: edad, sexo, grupo diagnóstico y coste farmacológico. En el estudio, y a través de estadísticos descriptivos, se han recogido las principales características del grupo de pacientes encuestados.

Mediante técnicas de contraste de igualdad de medias entre grupos hemos establecido la relación entre las distintas variables de interés, y mediante un modelo ANOVA ajustado hemos relacionado a las distintas variables de interés con el coste farmacológico de los tratamientos.

Los resultados del estudio que nos ocupa se exponen en los epígrafes siguientes:

---

## 4.1 DESCRIPCIÓN DE LOS DATOS

---

### 4.1.1. Datos epidemiológicos de los pacientes encuestados

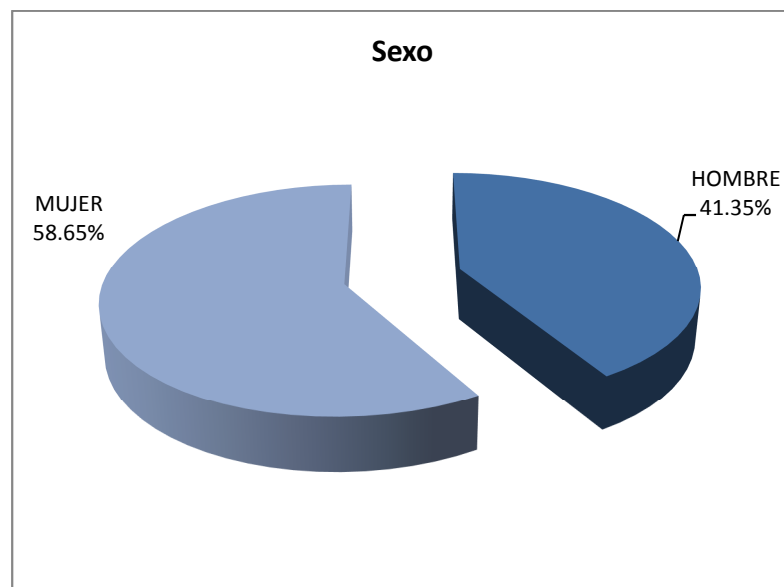
#### *Sexo*

---

En la distribución por sexos, se registraron 305 encuestas contestadas por mujeres y 215 por hombres (Figura 3 y Tabla 6).

*Figura 3: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES POR SEXO*

Fuente: elaboración propia



**TABLA 6: NÚMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES POR SEXO**

	HOMBRE	MUJER	TOTAL
Frecuencia	215	305	520
%	41.35	58.65	100.00

Fuente: elaboración propia

## *Edad*

---

Con respecto a la edad de los pacientes, se observó que la edad mínima es de 15 años, la máxima de 94 y el promedio se situó en los 42 años de edad (Tabla 7).

**TABLA 7: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA EDAD DE LOS PACIENTES**

Obs.	N.D.	Mínimo	Q25	Mediana	Media	Q75	Máximo	D.Est.
520	0	15	31	42	46.03	62.00	94	18.63

N.D.: Datos No Disponibles. Fuente: elaboración propia

En algunos apartados del presente estudio, la edad se agrupó en intervalos regulares de 20 años: ED1 [15,35[, ED2 [35,55[, ED3 [55-75[ y ED4 [75,95[ (Tabla 8).

**TABLA 8: NÚMERO, PORCENTAJE Y ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE PACIENTES POR GRUPO DE EDAD**

	Obs.	%	Mínimo	Q25	Mediana	Media	Q75	Máximo	D.Est.
ED1 [15,35[	181	34.8	15	23	28	26.53	31	34	5.55
ED2 [35,55[	165	31.7	35	39	42	44	50	54	5.94
ED3 [55-75[	132	25.4	55	60	64	64.34	69	74	5.53
ED4 [75,95[	42	8.1	75	77	79	80.52	82	94	4.90
<b>TOTAL</b>	<b>520</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>31</b>	<b>42</b>	<b>46.03</b>	<b>62.00</b>	<b>94</b>	<b>18.63</b>

Fuente: elaboración propia

### ***Nacionalidad de los pacientes***

---

El 89,04% de los pacientes encuestados eran de nacionalidad española. El 10,58% restante eran extranjeros. Los pacientes extranjeros procedían de Latinoamérica (Colombia, Ecuador, Argentina, Bolivia, Brasil, Cuba, Uruguay) el 54,55%, de origen Africano (Marruecos, Senegal, Nigeria) el 38,18% y, en menor medida, del resto de Europa el 5,45% de los casos. En dos de las encuestas no se contestó esta pregunta y en una de ellas, si bien se sabe que el paciente es extranjero, no se concretó la procedencia (Figura 4, Tabla 9).

**FIGURA 4: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN NACIONALIDAD**



Fuente: elaboración propia

TABLA 9: NÚMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES SEGÚN NACIONALIDAD

PROCEDECENCIA	Frecuencia	% sobre extranjeros	% sobre el total
<b>EXTRANJEROS</b>	<b>55</b>	<b>100 %</b>	<b>10.58 %</b>
<b>ÁFRICA</b>	<b>21</b>	<b>38.18 %</b>	
MARRUECOS	18		
NIGERIA	1		
SENEGAL	2		
<b>EUROPA</b>	<b>3</b>	<b>5.45 %</b>	
RUMANÍA	2		
ITALIA	1		
<b>LATINOAMÉRICA</b>	<b>30</b>	<b>54.55 %</b>	
ARGENTINA	6		
BOLIVIA	4		
BRASIL	1		
COLOMBIA	10		
CUBA	1		
ECUADOR	7		
URUGUAY	1		
<b>OTRO</b>	<b>1</b>	<b>1.82 %</b>	
<b>NACIONALES</b>	<b>463</b>		<b>89.04 %</b>
<b>Sin Datos</b>	<b>2</b>		<b>0.38 %</b>
<b>Total general</b>	<b>520</b>		<b>100 %</b>

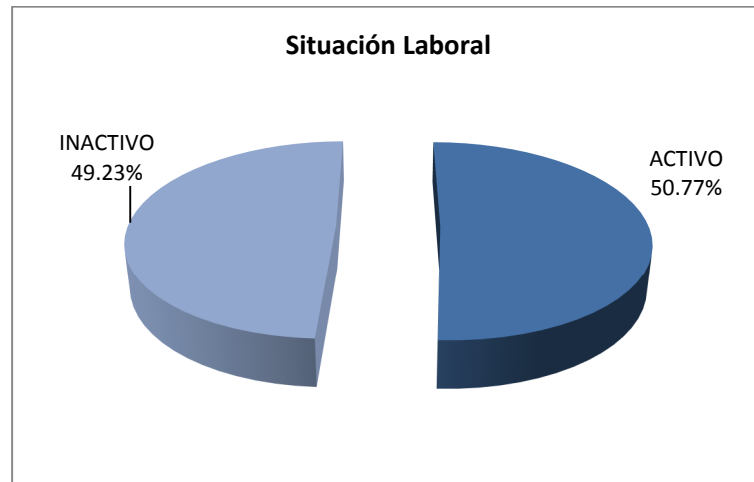
Fuente: elaboración propia

### *Profesión de los pacientes* \_\_\_\_\_

Respecto a la situación laboral (activos/inactivos) de los pacientes, tenemos 264 casos en que se han declarado activos frente a 256 inactivos. Éstos últimos se distribuyen en 101 amas de casa, 110 jubilados y 45 estudiantes.

Así pues, el 50,77 % se declararon activos, y que el 49,23 % se declararon inactivos que por orden de frecuencia corresponden a jubilados, amas de casa y estudiantes (Figura 5).

FIGURA 5: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN SITUACIÓN LABORAL



Fuente: elaboración propia

En cuanto a las actividades profesionales, se han agrupado por sectores de actividad. Destaca el alto porcentaje de pacientes dedicados al comercio (47 casos, 9,04%), a la administración (44 casos, 8,46%) y a la industria (30 casos, 5,77%), las profesiones observadas con menor frecuencia son las agrupadas en el sector editorial (11 casos, 2,12%), peluquería y estética (8 casos, 1,54%) y seguridad (5 casos, 0,96%) (Figura 6, Tabla 10).

FIGURA 6: ACTIVIDADES PROFESIONALES AGRUPADAS



Fuente: elaboración propia



TABLA 10: NÚMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES SEGÚN ACTIVIDAD

Sector	Frecuencia	% sobre el total
<b>INACTIVOS</b>	<b>256</b>	<b>49.23 %</b>
AMA DE CASA	101	19.42 %
JUBILADO	110	21.15 %
ESTUDIANTE	45	8.65 %
<b>ACTIVOS</b>	<b>264</b>	<b>50.77 %</b>
ADMINISTRACIÓN	44	8.46 %
AGRICULTURA	10	1.92 %
ALIMENTACIÓN	16	3.08 %
COMERCIO	47	9.04 %
CONSTRUCCIÓN	21	4.04 %
EDITORIAL	9	1.73 %
EDUCACIÓN	11	2.12 %
INDUSTRIAL	30	5.77 %
LIMPIEZA	22	4.23 %
LOGÍSTICA	31	5.96 %
PELU-ESTÉTICA	8	1.54 %
SANIDAD	10	1.92 %
SEGURIDAD	5	0.96 %
<b>Total general</b>	<b>520</b>	<b>100 %</b>

Fuente: elaboración propia

La lista completa de las profesiones y su agrupación en sectores ha sido incluida en el Anexo III.

#### **4.1.2. Datos relacionados con las características de las visitas**

##### *Tipo de visita y su duración* \_\_\_\_\_

De las 520 encuestas, 501 corresponden a primera visita y 19 a sucesivas. Así tenemos que la mayoría de los pacientes fueron diagnosticados y tratados en la primera visita en el 96,35 % de los casos, y que sólo un 3,65% de los pacientes encuestados necesitaron más de una visita (Figura 7, Tabla 11).

FIGURA 7: DISTRIBUCIÓN DE LAS VISITAS SEGÚN SEA PRIMERA O SUCESIVAS



Fuente: elaboración propia

TABLA 11: NÚMERO Y PORCENTAJE DE VISITAS SEGÚN SEAN PRIMERA O SUCESIVAS

	PRIMERA	SIGUIENTES	TOTAL
Frecuencia	501	19	520
%	96.35	3.65	100.00

Fuente: elaboración propia

La duración de las visitas se concentra entre los 4 y 7 minutos (489 visitas, el 94,03% del total), siendo de menor duración en 6 ocasiones (1,15%) y tuvieron una duración mayor en 25 ocasiones (4,80%) (Tabla 12, Figura 8, Tabla 13).

TABLA 12: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA DURACIÓN DE LAS VISITAS

Obs.	N.D.	Mínimo	Q25	Mediana	Media	Q75	Máximo	D.Est.
520	0	3	4	6	5.71	6	30	2.15

Fuente: elaboración propia

**FIGURA 8: DISTRIBUCIÓN DE LAS VISITAS SEGÚN DURACIÓN**



Fuente: elaboración propia

**TABLA 13: NÚMERO Y PORCENTAJE DE VISITAS SEGÚN DURACIÓN**

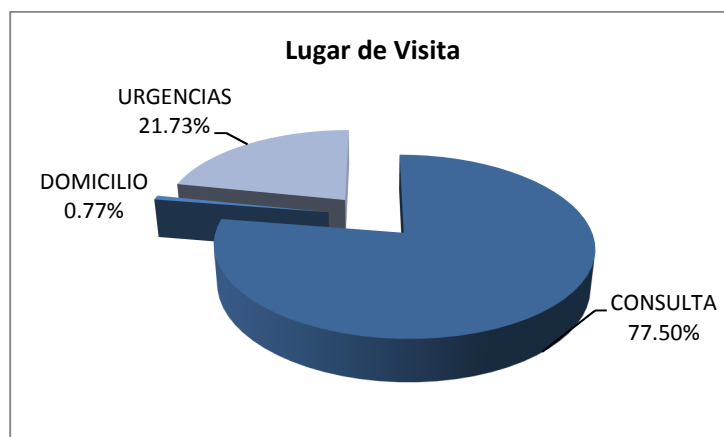
Minutos	3M	4M	5M	6M	7M	8M	10M	12M	20M	30M	TOTAL
Frecuencia	6	139	85	170	95	9	10	3	1	2	520
%	1.15	26.73	16.35	32.69	18.27	1.73	1.92	0.58	0.19	0.38	100.00

Fuente: elaboración propia

***Lugar en el que el paciente fue atendido*** \_\_\_\_\_

El lugar en el que se ha atendido al paciente ha sido mayoritariamente en la consulta del centro de salud (403 visitas, 77,50%), seguido de las urgencias (113 visitas, 21,73%) y, en menor proporción, se ha acudido al domicilio del paciente donde se han registrado 4 casos (0,77%), 3 de los cuales se corresponden con pacientes mujer de edad superior a 87 años y un paciente hombre de 43 años (Figura 9, Tabla 14).

FIGURA 9. DISTRIBUCIÓN DE LAS VISITAS SEGÚN LUGAR



Fuente: elaboración propia

TABLA 14: NÚMERO Y PORCENTAJE DE VISITAS SEGÚN LUGAR

	CONSULTA	DOMICILIO	URGENCIAS	TOTAL
Frecuencia	403	4	113	520
%	77.50	0.77	21.73	100.00

Fuente: elaboración propia

### ***Derivación del paciente*** \_\_\_\_\_

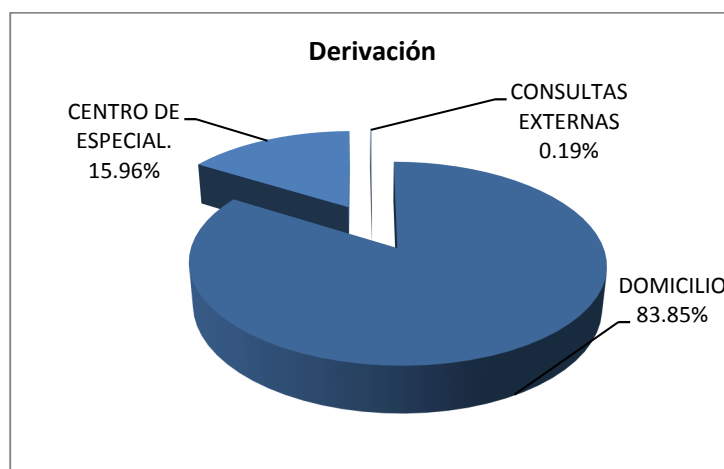
En el 83,85% de las visitas, el paciente fue remitido a su domicilio (435 pacientes), el resto fueron derivados o al centro de especialidades (15,96%, 83 pacientes) o a consultas externas hospitalarias (0,19%, 2 pacientes) (Tabla 15, Figura 10).

TABLA 15: DERIVACIONES DEL PACIENTE SEGÚN DESTINO

	DOMICILIO	CENTRO ESPEC.	CONSULTAS EXT.	TOTAL
Frec.	436	83	1	520
%	83.85	15.96	0.19	100.00

Fuente: elaboración propia

FIGURA 10: DERIVACIONES DEL PACIENTE SEGÚN DESTINO



Fuente: elaboración propia

#### **4.1.3. Datos relacionados con el diagnóstico y con el tratamiento**

##### ***Diagnósticos***

---

En primer lugar, hay que reseñar que no todos los pacientes de la muestra cuentan con un diagnóstico, en concreto tenemos 10 pacientes pendientes de diagnosticar de los que la única información disponible es la descripción de la lesión elemental observada. Así, ha sido posible establecer un diagnóstico en el centro de atención primaria en el 98,08% de las ocasiones (Tabla 16).

Siguiendo las indicaciones de los expertos, se han asignado los 510 diagnósticos disponibles en 12 “*AGRUPACIONES DIAGNÓSTICAS*”. El listado completo de diagnósticos y su correspondiente asignación se detalla en el Anexo III.

TABLA 16: ESTADO DEL DIAGNÓSTICO Y DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN ELEMENTAL

ESTADO DEL DIAGNÓSTICO Y LESIÓN ELEMENTAL	Frecuencia	% del total
<b>DIAGNOSTICADO</b>	<b>510</b>	<b>98.08</b>
<b>DIAGNÓSTICO PENDIENTE</b>	<b>10</b>	<b>1.92</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ERITEMA CIRCUNSCRITO AL ÁREA PERINEAL.</li> <li>• LESION VESICULOSA EN HEMICARA DERECHA</li> <li>• LESIONES REDONDEADAS PRURIGINOSAS, HIPOCRÓMICAS EN ZONA PERIORAL Y BARBILLA DE 3 MESES DE EVOLUCIÓN</li> <li>• MÁCULA DEL COLOR CAFÉ CON LECHE Y BORDES IRREGULARES EN ANTEBRAZO DERECHO.</li> <li>• MÁCULAS HIPERMELÁNICAS DISEMINADAS EN LA ESPALDA Y PRURIGINOSAS.</li> <li>• MANCHA CON INDURACIONES DE CRECIMIENTO RÁPIDO EN NALGA DERECHA</li> <li>• MANCHAS DE COLOR CAFÉ CON LECHE BIEN DEFINIDAS DE 5 mm Y EN GRAN NÚMERO &gt; 10 LOCALIZADAS A NIVEL DORSAL Y LUMBAR.</li> <li>• PÁPULAS PRURIGINOSAS QUE APARECEN EN PRIMAVERA</li> <li>• PLACA DE APROXIMADAMENTE 1 cm HIPERPIGMENTADA Y LIGERAMENTE DEPRIMIDA NO INDURADA SUGERENTE DE ATROFIA CUTÁNEA.</li> <li>• NO SE INDICA LESIÓN ELEMENTAL</li> </ul>	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
<b>Total general</b>	<b>520</b>	<b>100.00</b>

Fuente: elaboración propia

TABLA 17: AGRUPACIONES DIAGNÓSTICAS

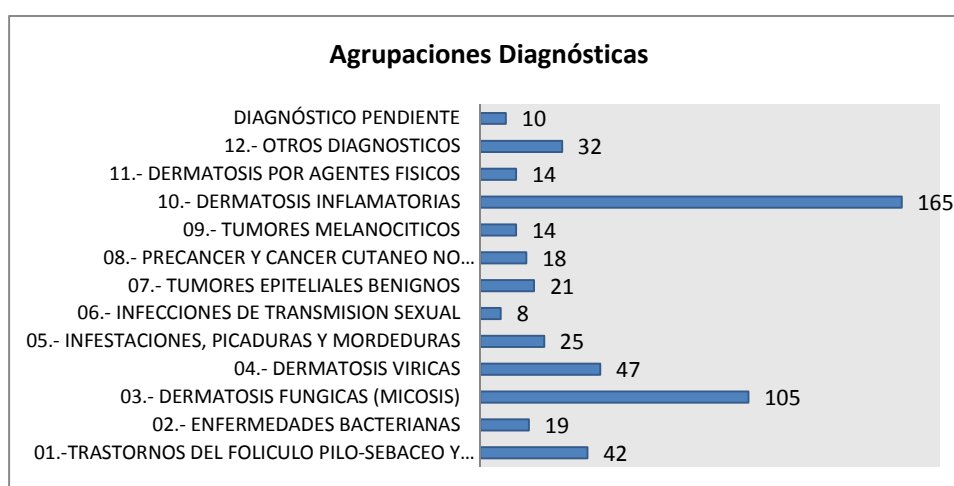
AGRUPACIONES DIAGNÓSTICAS	Frecuencia	% subgrupo	% del grupo	% del total
01.- TRASTORNOS DEL FOLICULO PILO-SEBACEO Y GLANDULAS ECRINAS Y APOCRINAS	42			8.08
02.- ENFERMEDADES BACTERIANAS	19			3.65
03.- DERMATOSIS FUNGICAS (MICOSIS)	105			20.19
04.- DERMATOSIS VIRICAS	47			9.04
05.- INFESTACIONES, PICADURAS Y MORDEDURAS	25			4.81
06.- INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL	8			1.54
07.- TUMORES EPITELIALES BENIGNOS	21			4.04
08.- PRECANCER Y CANCER CUTANEO NO MELANOMA	18			3.46
09.- TUMORES MELANOCITICOS	14			2.69
10.- DERMATOSIS INFLAMATORIAS	165		100.00	31.73
10.1.- Eritemato-descamativas	63		38.18	
10.2.- Alteraciones de la reactividad de origen externo	36		21.82	
10.3.- Alteraciones de la reactividad de origen interno	66	100.00	40.00	
10.3.1.- Dermatitis atópica	21	31.82		
10.3.2.- Urticaria y angioderma	45	68.18		
11.- DERMATOSIS POR AGENTES FISICOS	14			2.69
12.- OTROS DIAGNOSTICOS	32			6.15
DIAGNÓSTICO PENDIENTE	10			1.92
<b>Total general</b>	<b>520</b>			<b>100.00</b>

Fuente: elaboración propia

El mayor número de diagnósticos se concentra en las Dermatitis inflamatorias (GRUPO 10) con 165 casos, el 31,73% del total. Este grupo se ha dividido en afecciones eritemato-descamativas (63 casos), alteraciones de reactividad de origen externo (36 casos) y de origen interno (66 casos), siendo éstas últimas las más frecuentes dentro del grupo de dermatosis inflamatorias (40% de los casos). Las alteraciones de la reactividad de origen interno se han dividido, a su vez, en dermatitis atópica (21 de los 66 casos, 31.82%) y en urticarias y angiodermas, con 45 de los 66 casos (68,18%). El segundo grupo más frecuente es el de Dermatitis fúngicas (GRUPO 03) en el que se han registrado 105 casos, siendo el 20,19% de los 520 casos.

En las frecuencias intermedias, encontramos las Dermatitis víricas (GRUPO 04) con 47 casos (9,04%), los Trastornos del folículo pilo-sebáceo y glándulas eccrinas y apocrinas (GRUPO 01) con 42 casos (8,08%) y Otros diagnósticos (GRUPO 12) con 32 casos (6,15%).

**FIGURA 11: HISTOGRAMA DE FRECUENCIA DE CASOS SEGÚN AGRUPACIÓN DIAGNÓSTICA**



Fuente: elaboración propia

Los grupos menos frecuentes han sido las Infecciones por Transmisión Sexual (GRUPO 06) con 6 casos y una frecuencia del 1,54 %, las Dermatitis por agentes físicos (GRUPO 11), y los Tumores melanocíticos (GRUPO 09) ambos con 14 casos, y una frecuencia del 2,69 % cada uno y los diagnósticos de Cáncer y Precáncer cutáneo No Melanoma (GRUPO 08) con 18 casos, con una frecuencia del 3,46 % (Tabla 17 y Figura 11).

***Tratamiento: listado de indicaciones y fármacos con su frecuencia\_***

En relación a los tratamientos, se distingue entre indicaciones, tratamientos farmacológicos y ausencia de tratamiento y/o indicación.

Respecto a la ausencia de tratamiento y/o indicación, se registran 105 casos. Se trata de una cantidad reseñable si se tiene en cuenta que representa el 20,38% de los 520 casos de la muestra.

En esos casos están incluidos los 10 casos que han quedado pendiente de diagnóstico y, por lo tanto, están a la espera de tratamiento.

Es importante destacar que el 100% de los casos de las AGRUPACIONES DIAGNÓSTICAS 07 (Tumores epiteliales benignos), 08 (Precáncer y cáncer cutáneo no melanoma) y 09 (Tumores melanocíticos), se encuentran a la espera de tratamiento por el dermatólogo del centro de especialidades, por lo que no han generado coste farmacológico en el centro de atención primaria.

Se observó una alta proporción de pacientes pendientes de tratamiento por parte del centro de especialidades en las Dermatitis víricas (AGRUPACIÓN DIAGNÓSTICA 04) 19 casos de 47 (40,43%), así como en la



AGRUPACIÓN DE OTROS DIAGNÓSTICOS (12), con 8 casos de 10 (80%) y en las Infecciones de Transmisión Sexual con 2 casos de 8 (25%).

En el resto de agrupaciones diagnósticas con casos pendientes de tratamiento, la proporción fue más moderada, llegando a la ausencia total de casos pendientes de diagnosticar en las AGRUPACIONES 02 (Enfermedades bacterianas), 03 (Dermatosis fúngicas), 05 (Infestaciones, picaduras y mordeduras) y 11 (Dermatosis por agentes físicos) (Tabla 18).

TABLA 18: CASOS SIN TRATAMIENTO Y/O INDICACIÓN POR AGRUPACIÓN DIAGNÓSTICA

CASOS PENDIENTES DE TRATAMIENTO O EN OBSERVACIÓN	Casos Totales	Casos Pendientes	% pendientes sobre totales
<b>01.-TRASTORNOS DEL FOLICULO PILO-SEBACEO Y GLANDULAS ECRINAS Y APOCRINAS</b>	<b>42</b>	<b>6</b>	<b>14.29</b>
PENDIENTE DE TRAT. POR DERMATOLOGO CENTRO ESPECIALIDADES.		6	
<b>04.- DERMATOSIS VIRICAS</b>	<b>47</b>	<b>19</b>	<b>40.43</b>
NO PRECISA TRATAMIENTO POR AUTOINVOLUCION ESPONTANEA.		3	
PENDIENTE DE TRAT. POR DERMATOLOGO CENTRO ESPECIALIDADES.		16	
<b>06.- INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>25.00</b>
PENDIENTE DE TRAT. POR DERMATOLOGO CENTRO ESPECIALIDADES.		2	
<b>07.- TUMORES EPITELIALES BENIGNOS</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>100.00</b>
NO PRECISA TRATAMIENTO POR AUTOINVOLUCION ESPONTANEA.		1	
OBSERVACIÓN PERIÓDICA		4	
PENDIENTE DE TRAT. POR DERMATOLOGO CENTRO ESPECIALIDADES.		16	
<b>08.- PRECANCER Y CANCER CUTANEO NO MELANOMA</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>100.00</b>
PENDIENTE DE TRAT. POR DERMATOLOGO CENTRO ESPECIALIDADES.		15	
SIN TRATAMIENTO POR DECISION FAMILIAR.		2	
OBSERVACIÓN PERIÓDICA		1	
<b>09.- TUMORES MELANOCITICOS</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>100.00</b>
OBSERVACIÓN PERIÓDICA		2	
PENDIENTE DE TRAT. POR DERMATOLOGO CENTRO ESPECIALIDADES.		12	
<b>10.- DERMATOSIS INFLAMATORIAS</b>	<b>165</b>	<b>8</b>	<b>4.85</b>
NO PRECISA TRATAMIENTO POR AUTOINVOLUCION ESPONTANEA.		1	
OBSERVACIÓN PERIÓDICA		1	
PENDIENTE DE TRAT. POR DERMATOLOGO CENTRO ESPECIALIDADES.		6	
<b>12.- OTROS DIAGNOSTICOS</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>80.00</b>
EN SEGUIMIENTO POR REUMATOLOGIA.		1	
NO PRECISA TRATAMIENTO POR AUTOINVOLUCION ESPONTANEA.		1	
NO PROCEDE TRATAMIENTO EN EMBARAZO O LACTANCIA.		1	
PENDIENTE DE TRAT. POR DERMATOLOGO CENTRO ESPECIALIDADES.		3	
SE REMITE AL PODOLOGO		2	
<b>DIAGNÓSTICO PENDIENTE</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>100.00</b>
PENDIENTE DE TRAT. POR DERMATOLOGO CENTRO ESPECIALIDADES.		10	
<b>Total general</b>		<b>105</b>	

Fuente: elaboración propia

Pasando a analizar las indicaciones, el tratamiento puede estar compuesto de una o varias indicaciones y uno o varios fármacos, o únicamente de indicaciones. Éstas aparecen en 45 ocasiones. Las indicaciones más frecuentes fueron “mantener seca la piel” (observada en 11 ocasiones) y “mejorar la higiene” (observada en 10 ocasiones) (Tabla 19).

**TABLA 19: FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LAS INDICACIONES INCLUIDAS EN LOS TRATAMIENTOS.**

<b>INDICACIONES</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>% del total</b>
BAÑOS CON AGUA TIBIA	1	2.22
ENJUAGUES CON AGUA BICARBONATADA	1	2.22
EVITAR DESODORANTE	2	4.44
EVITAR EL CALOR	3	6.67
EVITAR EL CALOR Y LA DEPILACION	4	8.89
GEL DE AVENA	1	2.22
HIGIENE DIARIA CON JABON DE CLORHEXIDINA	4	8.89
HIGIENE ESTRICTA	4	8.89
JABÓN NEUTRO	2	4.44
MANTENER SECA LA PIEL	11	24.44
MEJORAR LA HIGIENE	10	22.22
UTILIZAR GUANTES PARA LA MANIPULACIÓN	2	4.44
<b>Total general</b>	<b>45</b>	<b>100.00</b>

Fuente: elaboración propia

Por agrupación diagnóstica, se observa un reparto homogéneo de las indicaciones. Si bien, en algunos tratamientos de los diagnósticos agrupados en las Dermatitis inflamatorias, se indica la utilización de guantes para la manipulación de los fármacos. En la agrupación de Trastornos de Folículo pilo-sebáceo y Glándulas ecrinas y apocrinas (GRUPO 01) se indica reiteradamente evitar el uso de desodorantes, evitar calor y la depilación (Tabla 20).

TABLA 20: FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LAS INDICACIONES SEGÚN AGRUPACIÓN DIAGNÓSTICA.

	Frecuencia	% del total
<b>INDICACIONES</b>	<b>45</b>	<b>0</b>
<b>01. TRASTORNOS DEL FOLICULO PILO-SEBACEO Y GLANDULAS</b>		
<b>ECRINAS Y APOCRINAS</b>	<b>18</b>	<b>0</b>
EVITAR DESODORANTE	2	0
EVITAR EL CALOR	3	0
EVITAR EL CALOR Y LA DEPILACIÓN	4	0
GEL DE AVENA	1	0
HIGIENE DIARIA CON JABON DE CLORHEXIDINA	3	0
HIGIENE ESTRICTA	3	0
JABÓN NEUTRO	2	0
<b>02. ENFERMEDADES BACTERIANAS</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
HIGIENE DIARIA CON JABON DE CLORHEXIDINA.	1	0
<b>03. DERMATOSIS FUNGICAS (MICOSIS)</b>	<b>23</b>	<b>0</b>
ENJUAGUES CON AGUA BICARBONATADA.	1	0
HIGIENE ESTRICTA	1	0
MANTENER SECA LA PIEL	11	0
MEJORAR LA HIGIENE	10	0
<b>10. DERMATOSIS INFLAMATORIAS</b>	<b>2</b>	<b>0</b>
UTILIZAR GUANTES PARA LA MANIPULACIÓN	2	0
<b>12. OTROS DIAGNOSTICOS</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
BAÑOS CON AGUA TIBIA.	1	0
<b>Total general</b>	<b>45</b>	<b>0</b>

Fuente: elaboración propia

Finalmente, se han recopilado los tratamientos farmacológicos. Se han realizado un total de 691 prescripciones de 189 fármacos distintos. El más frecuente es “*URBASON 40 mg 1 AMPS*”, que aparece prescrito 30 veces en los tratamientos (4,34% del total), le sigue “*ATARAX 25 mg 25 COMPS*” con 25 recetas (3,62% del total) y “*MUNTEL 5 mg 20 COMPS*” y “*POLARAMINE 2 mg 20 COMPS*” con 21 prescripciones cada uno (3% del total). (Tabla 21). La lista completa de fármacos se ha incluido en el Anexo III.

TABLA 21: FÁRMACOS CON MAYOR NÚMERO DE PRESCRIPCIONES

FÁRMACO	Frecuencia.	% sobre el total	Coste en euros
URBASON 40 mg 1 AMPS	30	4.34	2.48
ATARAX 25 mg 25 COMPS.	25	3.62	2.14
MUNTEL 5 mg 20 COMPS	21	3.04	9.24
POLARAMINE 2 mg 20 COMPS	21	3.04	3.34
PH 5 EUCERIN CREMA HIDRATANTE	19	2.75	9.99
SEBIPROX 1,5 % 100 ml CHAMPÚ	17	2.46	15.53
PEITEL CREMA 0,25 % TUBO 30 g	14	2.03	5.6
BETADINE SOLUCIÓN DÉRMICA AL 10 % FRASCO 125 ml	13	1.88	5.1
ELOCOM 0,1 % CREMA 60 g	12	1.74	11.47
LEXXEMA 0,1 % EMULSIÓN 50 g	12	1.74	11.44
POLARAMINE 5 mg / ml 5 AMPS	12	1.74	7.96
XAZAL 5 mg 20 COMPS	12	1.74	9.24
BATMEN CREMA 0,25 % TUBO 60 g	11	1.59	10.12
PERMETRINA OTC CREMA 5 % TUBO 70 g	11	1.59	17.03
ADVENTAN EMULSIÓN CUTÁNEA 0,1 % TUBO 50 g	10	1.45	11.44
CANESTEN 1 % CREMA 30 g	10	1.45	6.45

Fuente: elaboración propia

### *Tiempo del Tratamiento*

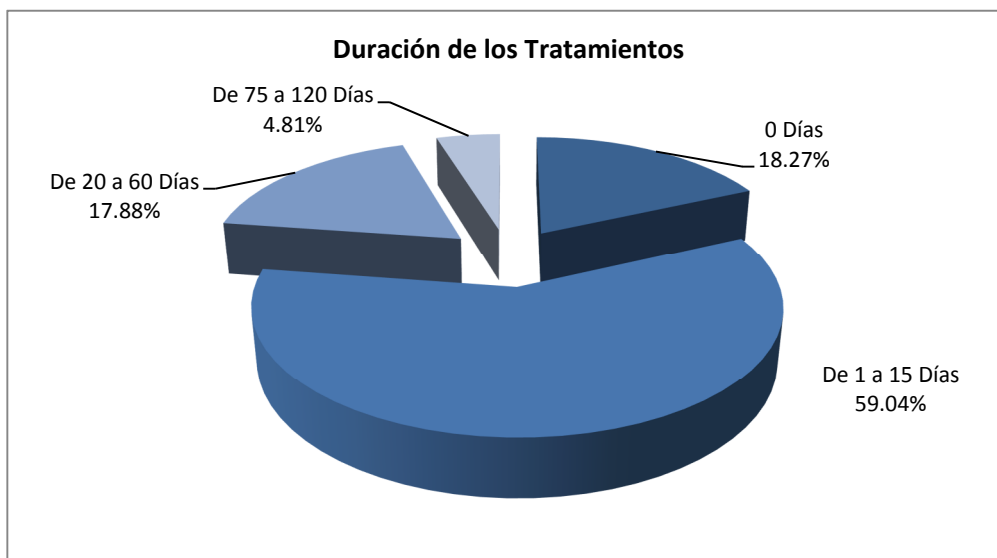
La duración media de los tratamientos prescritos es de 16,74 días, siendo el tratamiento más largo de 120 días y el más corto la ausencia de tratamiento (0 días). Más del 75% de los tratamientos tienen una duración de 15 días o menos (402 casos, 77,31%), 95 de esos casos se corresponde con la ausencia de tratamiento (0 días). Los casos superiores a 15 días representan el 22,69% de los casos, siendo muy poco habituales los tratamientos por encima de 75 días con apenas el 4.81% (Tabla 22, Figura 12 y Tabla 23).

TABLA 22: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA DURACIÓN DEL TRATAMIENTO (EN DÍAS)

Casos	Mínimo	Q25	Mediana	Media	Q75	Máximo	D.Est.
520	0	5	10	16.74	15	120	21.70

Fuente: elaboración propia

**FIGURA 12: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN INTERVALOS DE DURACIÓN DEL TRATAMIENTO (DÍAS)**



Fuente: elaboración propia

**TABLA 23: DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN INTERVALOS DE DURACIÓN DE TRATAMIENTO (DÍAS)**

Días	0 Días	De 1 a 15	De 20 a 60	De 75 a 120 Días	TOTAL
Frecuencia	95	307	93	25	520
%	18.27	59.04	17.88	4.81	100.00

Fuente: elaboración propia

### ***Coste farmacológico***\_\_\_\_\_

El coste farmacológico total se obtiene para cada caso de la muestra, agregando el precio de los distintos fármacos (puede ser uno o varios) que componen el tratamiento de cada paciente. La lista de fármacos y precios se influye en el Anexo III.

El coste medio de los tratamientos se sitúa en 14,59 €. Sin embargo, como veíamos en la Tabla 13: CASOS SIN TRATAMIENTO y/o INDICACIÓN POR AGRUPACIÓN DIAGNÓSTICA, tenemos 105 casos en los que el coste para el Centro de Salud es 0, ya sea debido a que el tratamiento está pendiente del Centro de Especialidades, por involución espontánea, o por cualquiera de los motivos recogidos en la citada tabla. Sin considerar estos casos, observamos que la media del coste farmacológico total se sitúa en 18,28 € y el mínimo en 1,26 € (Tabla 24).

**TABLA 24: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DEL COSTE FARMACOLÓGICO TOTAL EN EUROS DE LOS TRATAMIENTOS**

	Casos	Mínimo	Q25	Mediana	Media	Q75	Máximo	D.Est.
Todos los Casos	520	0	3.34	10.56	14.59	17.92	126.20	18.35
Casos con Coste	415	1.67	7.31	13.78	18.28	20.57	126.20	18.83

Fuente: elaboración propia

Se observa un número reducido de pacientes cuyo coste farmacológico total es superior a 40 € (27 casos), llegando a superar los 100 € en 5 ocasiones, el coste es cero en el 20,19% de los casos, y la mayoría de casos tienen un coste inferior a 100 € (78,85%).

Por agrupaciones diagnósticas, vemos que los cinco casos con costes superiores a 100 € son casos de Dermatitis víricas (GRUPO 04). Los casos sin coste son aquellos pendientes de diagnóstico, los pendientes de tratamiento y los que no precisan tratamiento por las causas que se recogían en la Tabla 18.

Por último es de destacar que el coste farmacológico total de los casos recogidos en la muestra es de 7.585,90 €, siendo más elevado en las agrupaciones diagnósticas más frecuentes. Así el mayor porcentaje del coste se concentra en las Dermatitis inflamatorias (GRUPO 10) con 2.847,95 €, seguido de las Dermatitis fúngicas (GRUPO 03) con 1.780,27 €. Le siguen las Dermatitis víricas (GRUPO 04) con 924,26 € y Otros diagnósticos (GRUPO 12) con 501,18 €.

Por debajo de 500 € encontramos las Infestaciones, picaduras y mordeduras (GRUPO 05) con 325,01 €, las Enfermedades bacterianas (GRUPO 02) con 283,30 €, las Dermatitis por agentes físicos (GRUPO 11) con 223,09 € y las Enfermedades de Transmisión Sexual (GRUPO 06) con 205,61 € (Tabla 25, Tabla 26, Figura 13).

**TABLA 25: NÚMERO DE CASOS SEGÚN COSTE FARMACOLÓGICO TOTAL**

	Casos Sin Coste	Coste ≤ 100 euros	Coste > 100 euros	Casos Totales
<b>PENDIENTES DE DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO</b>	<b>10</b>			<b>10</b>
<b>TRATAMIENTOS</b>	<b>95</b>	<b>410</b>	<b>5</b>	<b>510</b>
01.- TRASTORNOS DEL FOLICULO PILO-SEBACEO Y GLAN. ECRINAS Y APOCRINAS	6	36		42
02.- ENFERMEDADES BACTERIANAS		19		19
03.- DERMATOSIS FUNGICAS (MICOSIS)		105		105
04.- DERMATOSIS VIRICAS	19	23	5	47
05.- INFESTACIONES, PICADURAS Y MORDEDURAS		25		25
06.- INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL	2	6		8
07.- TUMORES EPITELIALES BENIGNOS	21			21
08.- PRECANCER Y CANCER CUTANEO NO MELANOMA	18			18
09.- TUMORES MELANOCITICOS	14			14
10.- DERMATOSIS INFLAMATORIAS	7	158		165
11.- DERMATOSIS POR AGENTES FISICOS		14		14
12.- OTROS DIAGNOSTICOS	8	24		32
<b>Total general</b>	<b>105</b>	<b>410</b>	<b>5</b>	<b>520</b>
<b>% Sobre el total</b>	<b>20.19</b>	<b>78.85</b>	<b>0.96</b>	<b>100</b>

Fuente: elaboración propia

Como veíamos anteriormente, las Agrupaciones 07, 08 y 09 (Tumores, Cáncer y Precáncer) no suponen coste farmacológico para el Centro de atención primaria al ser derivados al Centro de especialidades.

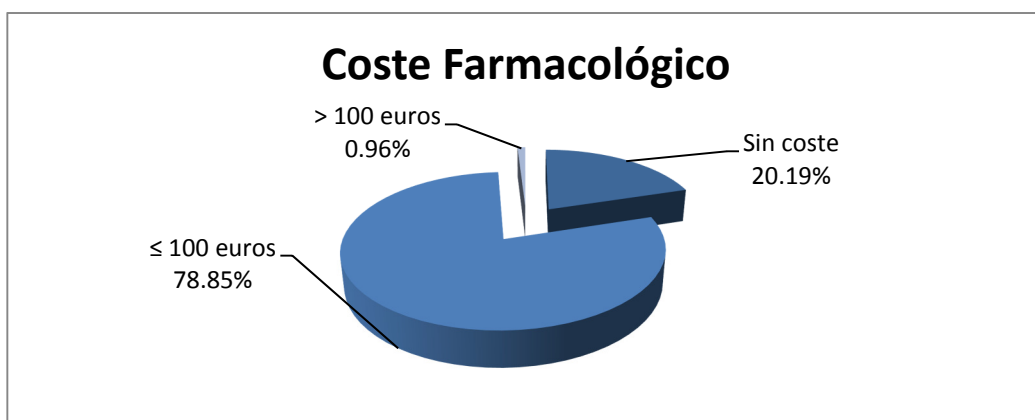
**TABLA 26: COSTE FARMACOLÓGICO TOTAL POR GRUPO DIAGNÓSTICO**

	Coste total en euros	% sobre el coste total	Número de casos
CASOS PENDIENTES DE DIAGNÓSTICO	0	0	10
01.- TRASTORNOS DEL FOLICULO PILO-SEBACEO Y GLANDULAS ECRINAS Y APOCRINAS	495.23	6.53	42
02.- ENFERMEDADES BACTERIANAS	283.3	3.73	19
03.- DERMATOSIS FUNGICAS (MICOSIS)	1780.27	23.47	105
04.- DERMATOSIS VIRICAS	924.26	12.18	47
05.- INFESTACIONES, PICADURAS Y MORDEDURAS	325.01	4.28	25
07.- TUMORES EPITELIALES BENIGNOS	0.00	0.00	8
08.- PRECANCER Y CANCER CUTANEO NO MELANOMA	0.00	0.00	21
09.- TUMORES MELANOCITICOS	0.00	0.00	18
06.- INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL	205.61	2.71	14
10.- DERMATOSIS INFLAMATORIAS	2847.95	37.54	165
11.- DERMATOSIS POR AGENTES FISICOS	223.09	2.94	14
12.- OTROS DIAGNOSTICOS	501.18	6.61	32
<b>Total general</b>	<b>7585.9</b>	<b>100</b>	<b>520</b>

Fuente: elaboración propia

El coste farmacológico y su relación con otras variables de interés se analizan en profundidad en el apartado “4.3 ANÁLISIS DE LA VARIABILIDAD DEL COSTE FARMACOLÓGICO” que se tratará más adelante.

**FIGURA 13: FUNCIÓN DE DENSIDAD DEL COSTE FARMACOLÓGICO TOTAL**



Fuente: elaboración propia



## 4.2 RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES DE INTERÉS

Según los expertos, se ha identificado la relación entre el coste farmacológico, la edad, el sexo y el grupo diagnóstico como las de interés para el estudio.

### 4.2.1 La relación entre sexo y edad

En primer lugar observamos la distribución de edad agrupadas en intervalos según sexo. Se observa una distribución similar de edades en ambos sexos (Tabla 27, Tabla 28, Figura 14).

TABLA 27: FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE CASOS POR INTERVALOS DE EDAD SEGÚN SEXO

	Hombre		Mujer		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
[15-35[	78	36.28	103	33.77	181	34.81
[35-55[	69	32.09	96	31.48	165	31.73
[55-75[	50	23.26	82	26.89	132	25.38
[75-94[	18	8.37	24	7.87	42	8.08
	<b>215.00</b>	<b>100.00</b>	<b>305.00</b>	<b>100.00</b>	<b>520.00</b>	<b>100.00</b>

Fuente: elaboración propia

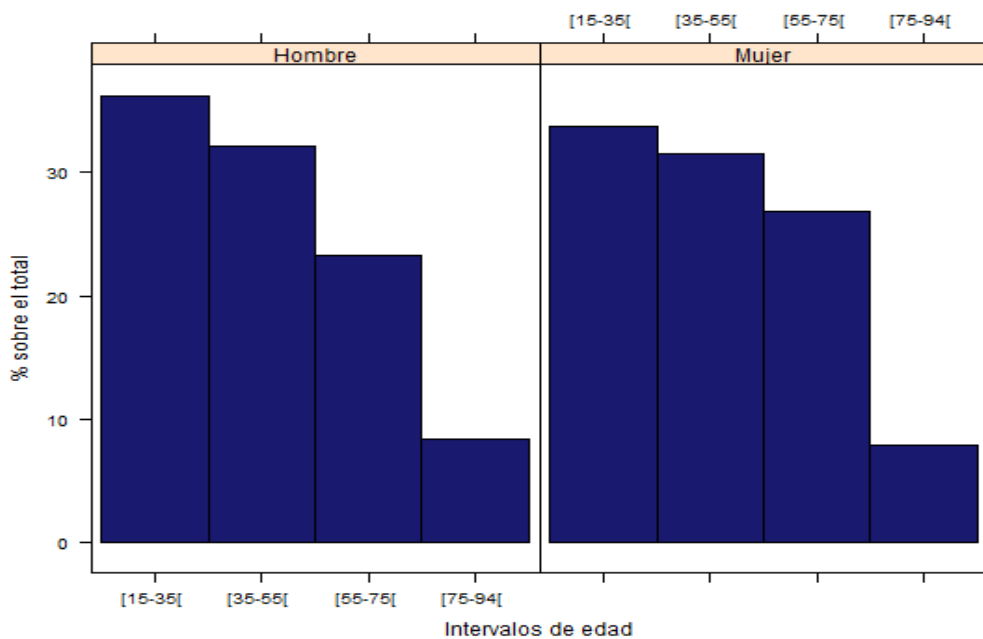
TABLA 28: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA EDAD SEGÚN SEXO

	Obs.	N.D.	Mínimo	Q25	Mediana	Media	Q75	Máximo	D.Est.
Hombre	215	0	15	31	40	45.29	60.50	94	18.78
Mujer	305	0	15	31	43	46.55	62	92	18.52

Fuente: elaboración propia

La media de edad de las mujeres (46,55 años) es superior a la de los hombres (44,29 años), sin embargo, esta diferencia no es estadísticamente significativa<sup>1</sup>, considerando un nivel de confianza del 95%.

FIGURA 14: HISTOGRAMA DE GRUPOS DE EDAD SEGÚN SEXO



Fuente: elaboración propia

<sup>1</sup> Contraste aplicado: test t para la igualdad de medias para datos independientes. El resultado del test se resume en:  $t = -0.7582$ ,  $df = 456.95$ ,  $p\text{-value} = 0.4487$ , por lo que no se detecta evidencia estadística que el promedio de edad sea distinta según el sexo de los pacientes. Notar que, la variable edad no sigue una distribución gaussiana en el grupo de hombres ni en el de mujeres, por la ley de los grandes números, dado que se dispone de más de 150 casos en cada grupo, se espera que el resultado del contraste paramétrico sea válido. Así mismo, se constata que la varianza de la edad es homogéneas en ambos grupos, según el test Bartlett de homogeneidad de varianzas, cuyo resultado ha sido: Bartlett's K-squared = 0.0463,  $df = 1$ ,  $p\text{-value} = 0.8297$ , por lo que no se rechaza la hipótesis nula de homogeneidad de varianzas.

#### 4.2.2. La relación entre grupo diagnóstico con sexo y con edad

A continuación vemos la distribución de la edad de los pacientes según grupo diagnóstico. Nuevamente tenemos cuatro grupos de edades y 12 grupos diagnósticos (Tabla 29 y Figura 15).

TABLA 29: NÚMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES POR INTERVALOS DE EDAD SEGÚN AGRUPACIONES DIAGNÓSTICAS

	G01		G02		G03		G04		G05		G06	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
[15-35[	28	66.67	10	52.63	29	27.62	19	40.43	10	40.00	4	50.00
[35-55[	11	26.19	3	15.79	43	40.95	14	29.79	9	36.00	4	50.00
[55-75[	3	7.14	4	21.05	18	17.14	11	23.40	5	20.00	0	0.00
[75-94[	0	0.00	2	10.53	15	14.29	3	6.38	1	4.00	0	0.00
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>105</b>	<b>100</b>	<b>47</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

Fuente: elaboración propia

Se observa que los casos del GRUPO 06 (Infecciones de transmisión sexual) se dan en pacientes de entre 15 y 55 años. Los casos de Tumores epiteliales benignos (GRUPO 07) se concentran mayoritariamente en pacientes de edades entre 55 y 75 años, en menor medida en pacientes del 35 a 55 años.

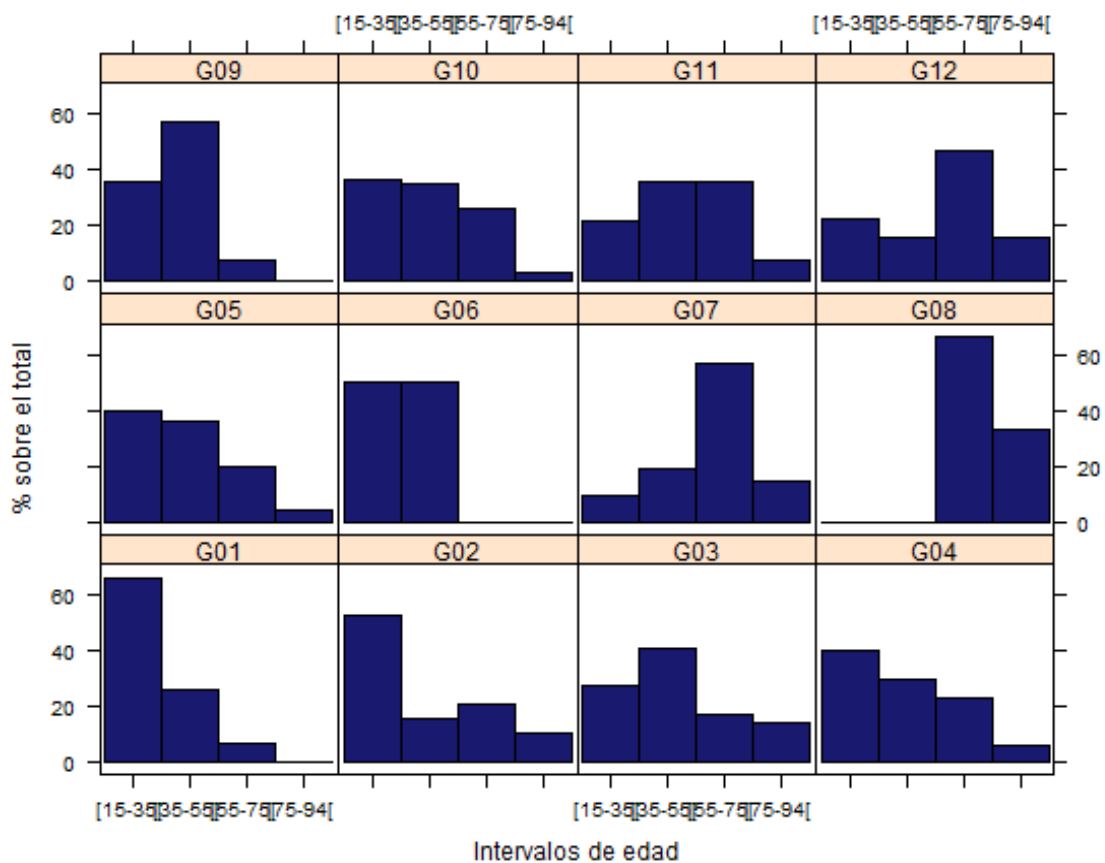
Los pacientes de menor edad (entre 15 y 35 años) son más frecuentes en los casos de Trastornos del folículo pilo-sebáceo y glándulas ecrinas y apocrinas (GRUPO 01) y en los de Enfermedades bacterianas (GRUPO 02).

Destaca la baja cantidad de pacientes entre 75 y 94 años en las AGRUPACIONES DIAGNOSTICAS 04 (Dermatosis víricas), 05 (Infestaciones, picaduras y mordeduras) y 10 (Dermatosis inflamatorias).

En la AGRUPACIÓN 09 (Tumores melanocíticos), la edad de los pacientes se concentra entre los 35 y los 55 años, y en las AGRUPACIONES 11 (Dermatosis por agentes físicos) y 03 (Dermatosis fúngicas), la distribución por edades es heterogénea.

Los casos del GRUPO 08 (Precáncer, cáncer cutáneo no melanoma) se concentran en los intervalos de edad superior, entre 55 y 94 años.

FIGURA 15: HISTOGRAMA DE GRUPOS DE EDAD SEGÚN GRUPO DIAGNÓSTICO



Fuente: elaboración propia

Se observan diferencias en la edad promedio de los pacientes según grupo diagnóstico. El contraste estadístico<sup>2</sup> realizado muestra que estas diferencias son estadísticamente significativas.

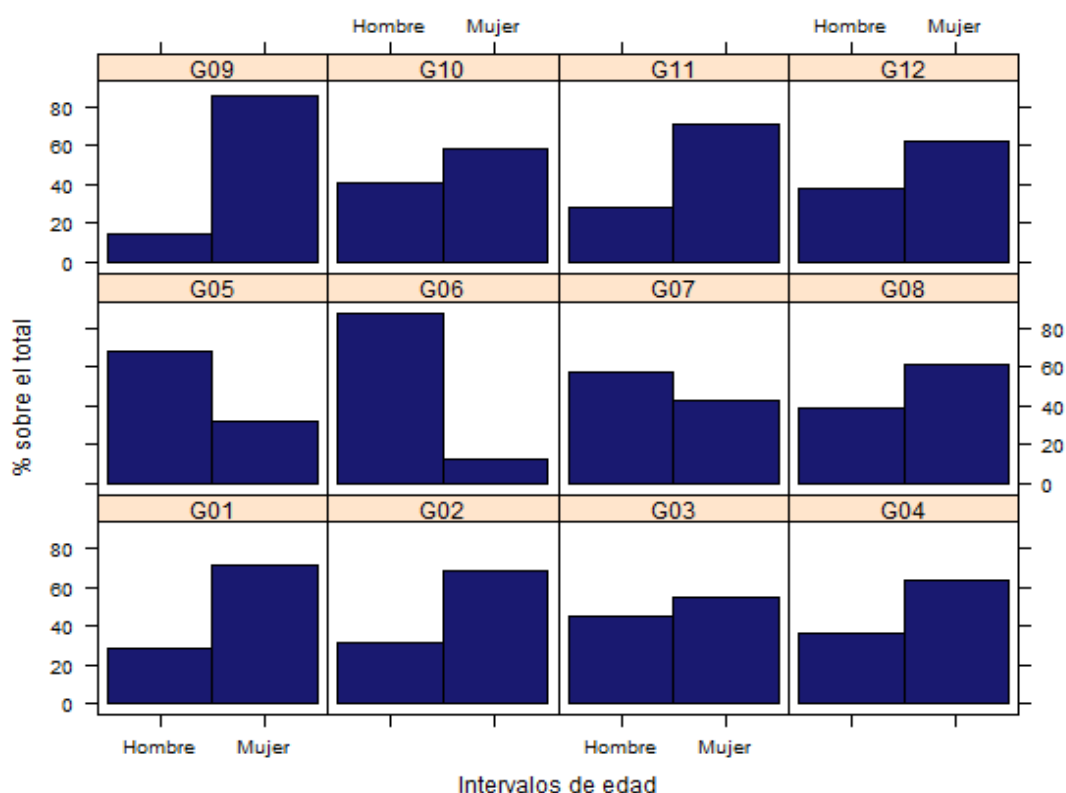
Por último se analiza la relación entre la agrupación diagnóstica y el sexo de los pacientes (Figura 16 y Tabla 30).

En el histograma que muestra la distribución de los casos según el sexo de los pacientes y grupo diagnóstico, destaca la baja frecuencia de casos de hombres en la agrupación de Precáncer y cáncer cutáneo no melanoma (GRUPO 08). Los casos de hombres son más frecuentes en las Infecciones por transmisión sexual (GRUPO 06), aunque hay muy pocos datos para que este dato sea informativo; en los casos de Tumores epiteliales benignos (GRUPO 07) e Infestaciones, picaduras y mordeduras (GRUPO 05). En el resto de grupos diagnósticos, la proporción de mujeres es mayor, en especial en los GRUPOS 04 (Dermatosis víricas), 11 (Dermatosis por agentes físicos) y 01 (Trastornos del folículo pilo-sebáceo).

---

<sup>2</sup> Debido a que la varianza de la edad entre los grupos diagnósticos no es homogénea (contrastado mediante el test de Levene y el test de Bartlett) se ha utilizado para el contraste una prueba no paramétrica, la prueba Kruskal-Wallis  $\chi^2$ . El resultado del contraste es: Kruskal-Wallis chi-squared = 76.6642, df = 11, p-value = 6.492e-12, por lo que se rechaza la hipótesis nula de igualdad entre los grupos con un nivel de confianza del 95%.

FIGURA 16: HISTOGRAMA DEL SEXO DE LOS PACIENTES SEGÚN GRUPO DIAGNÓSTICO



Fuente: elaboración propia

TABLA 30: FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL SEXO DE LOS PACIENTES SEGÚN AGRUPACIÓN DIAGNÓSTICA

AGRUPACIÓN DIAGNÓSTICA	Hombre		Mujer		TOTAL	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
01.- TRASTORNOS DEL FOLICULO PILO-SEBACEO	12	5.58	30	9.84	42	8.08
02.- ENFERMEDADES BACTERIANAS	6	2.79	13	4.26	19	3.65
03.- DERMATOSIS FUNGICAS (MICOSIS)	47	21.86	58	19.02	105	20.19
04.- DERMATOSIS VIRICAS	17	7.91	30	9.84	47	9.04
05.- INFESTACIONES, PICADURAS Y MORDEDURAS	17	7.91	8	2.62	25	4.81
06.- INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL	7	3.26	1	0.33	8	1.54
07.- TUMORES EPITELIALES BENIGNOS	12	5.58	9	2.95	21	4.04
08.- PRECANCER Y CANCER CUTANEO NO MELANOMA	7	3.26	11	3.61	18	3.46
09.- TUMORES MELANOCITICOS	2	0.93	12	3.93	14	2.69
10.- DERMATOSIS INFLAMATORIAS	68	31.63	97	31.80	165	31.73
11.- DERMATOSIS POR AGENTES FISICOS	4	1.86	10	3.28	14	2.69
12.- OTROS DIAGNOSTICOS	12	5.58	20	6.56	32	6.15
ND	4		6	1.97	10	1.92
<b>TOTAL</b>	<b>215</b>	<b>100.00</b>	<b>305</b>	<b>100.00</b>	<b>520</b>	<b>100.00</b>

Fuente: elaboración propia

En la siguiente tabla se ha recogido el recuento de casos en cada grupo diagnóstico, distinguiéndolos por el sexo de los pacientes. El contraste estadístico realizado para analizar si existe relación entre ambas categorías, muestra que esta relación es estadísticamente significativa (Tabla 31).

*TABLA 31: NÚMERO DE CASOS EN CADA GRUPO DIAGNÓSTICO POR SEXO*

	G01	G02	G03	G04	G05	G06	G07	G08	G09	G10	G11	G12	TOTAL
HOMBRE	12	6	47	17	17	7	12	7	2	68	4	12	4 215
MUJER	30	13	58	30	8	1	9	11	12	97	10	20	6 305
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>19</b>	<b>105</b>	<b>47</b>	<b>25</b>	<b>8</b>	<b>21</b>	<b>18</b>	<b>14</b>	<b>165</b>	<b>14</b>	<b>32</b>	<b>10 520</b>

Fuente: elaboración propia

En cuanto al coste farmacológico de los casos observados, se realiza un análisis detallado de su distribución y variabilidad en el apartado siguiente.

### **4.3 ANÁLISIS DE LA VARIABILIDAD DEL COSTE FARMACOLÓGICO**

Tal como se ha ilustrado en el apartado “COSTE FARMACOLÓGICO” debe distinguirse entre los tratamientos sin coste y los tratamientos con coste (Tabla 32).

*TABLA 32: FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL NÚMERO DE TRATAMIENTOS CON Y SIN COSTE*

	SIN COSTE	CON COSTE	TOTAL
Frecuencia	105	415	520
%	20.19	79.81	100.00

Fuente: elaboración propia

### 4.3.1 Los casos sin coste farmacológico

En los casos sin coste encontramos todos los casos de las Agrupaciones 07 (Tumores epiteliales benignos), 08 (Precáncer y cáncer no melanoma), 09 (Tumores melanocíticos), en los que el tratamiento está pendiente del dermatólogo del centro de especialidades. Son casos en observación, no se precisa tratamiento por autoinvolución espontánea o se deniega el tratamiento por decisión familiar (Ver Tabla 18).

En estos casos, 44 son pacientes hombre y 61 mujeres. La edad media de los pacientes en este grupo es 49,7 años, siendo el intervalo más abundante el que comprende las edades entre 55 y 75 años. En cuanto a sus profesiones, 59 casos corresponden a pacientes inactivos (31 jubilados, 19 amas de casa y 9 estudiantes), mientras que 46 casos corresponden con profesiones variadas, siendo la más abundante la profesión administrativa (14 casos) (Figura 17)

*FIGURA 17: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS Y FRECUENCIAS DE LAS VARIABLES DE INTERÉS EN LOS TRATAMIENTOS SIN COSTE*

SEXO	EDAD	ACT	SEC
Hombre:44	Min. :15.00	Activo :46	ADMINISTRACION:14
Mujer :61	1st Qu.:32.00	Inactivo:59	COMERCIO : 7
	Median :52.00		INDUSTRIAL : 6
	Mean :49.71		LOGISTICA : 4
	3rd Qu.:66.00		SANIDAD : 4
	Max. :88.00		LIMPIEZA : 3
			(Other) : 8

Fuente: elaboración propia

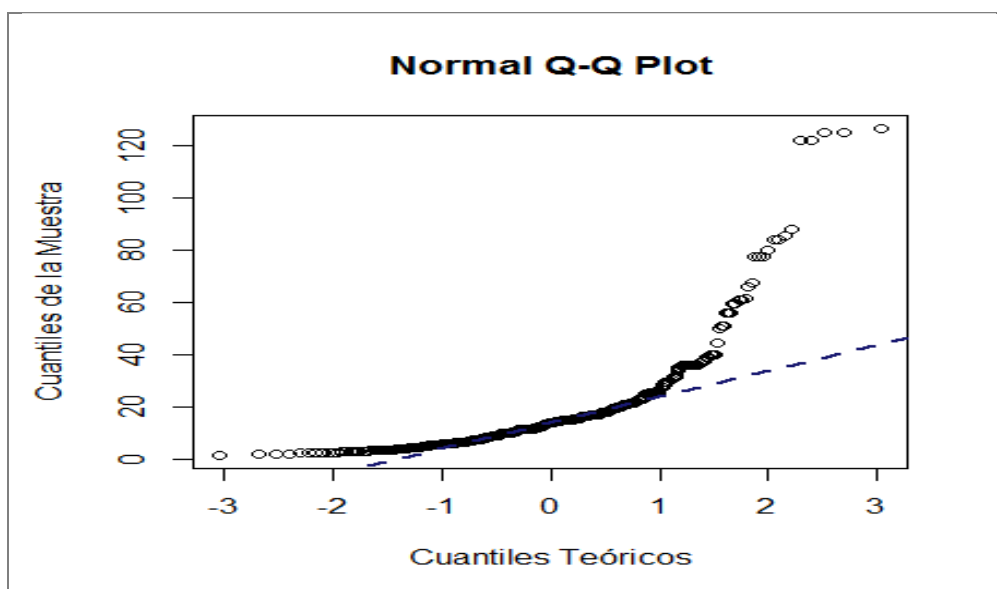


### **4.3.2 Los casos con coste farmacológico y su relación con las variables de interés (Análisis Univariante)**

En la Tabla 24 se describe el coste farmacológico de los casos con coste. La media se sitúa en los 18,28 €, si bien el 50% de los casos se encuentran por debajo de los 13 €. Esto significa que la distribución del coste farmacológico se concentra en los costes bajos, pero existen casos en costes muy por encima de la media.

Para ilustrar la presencia de casos extremos, suele utilizarse un gráfico de caja, sin embargo, en el gráfico de la Figura 18 pueden observarse los puntos que representan estos casos en el extremo superior del cuadro. Así, se aprecia claramente que hay 5 observaciones con coste muy por encima de la media, llegando a superar la cuota de los 100 euros.

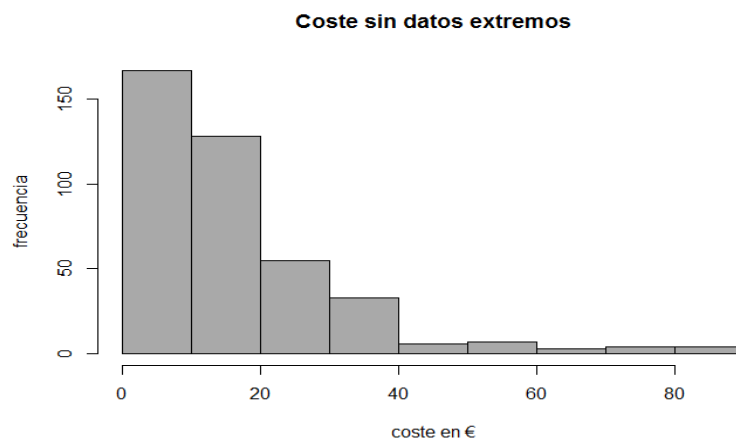
*FIGURA 18: APROXIMACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DEL COSTE FARMACOLÓGICO A UNA DISTRIBUCIÓN NORMAL*



Fuente: elaboración propia

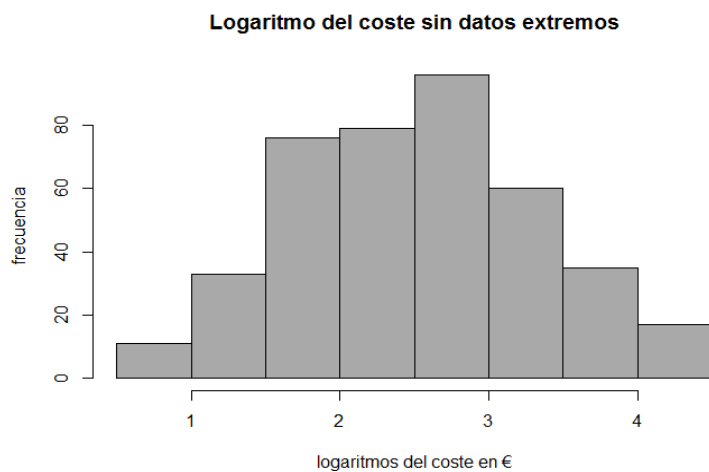
En el histograma de frecuencias del coste farmacológico se observa una fuerte asimetría hacia los costes elevados en un número reducido de tratamientos. Este sesgo puede desvirtuar la evidencia de la relación entre el coste farmacológico y otras variables de interés que se desean estudiar, por ello, para los contrastes estadísticos se utiliza una transformación utilizando logaritmos. Esta transformación supone un cambio de escala de la variable “coste” sin modificar su naturaleza (Figuras 19 y 20).

**FIGURA 19: HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS DEL COSTE FARMACOLÓGICO**



Fuente: elaboración propia

**FIGURA 20: HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS DEL LOGARITMO DEL COSTE FARMACOLÓGICO**



Fuente: elaboración propia

## *Coste farmacológico por grupos de edad* \_\_\_\_\_

Los estadísticos del coste farmacológico por grupo de edad se recogen en la tabla siguiente. Se observa que, en promedio, el coste farmacológico es de 17,68 € en el grupo de edad de 15 a 35 años, muy similar a los 17,66 € del grupo 55 a 75 años. El coste promedio sube a 18,43 € en el grupo de 35 a 55 años, para subir nuevamente a 22,44 € en el grupo de 55 a 75 años. Sin embargo, teniendo en cuenta la asimetría del coste farmacológico, sería recomendable fijarse en la mediana de los datos en lugar de la media, que se ve muy influenciada por los valores altos. Así, la mediana del coste entre grupos se muestra similar en los intervalos más bajos de edad (entorno a los 13 €), alcanza su máximo en el intervalo de 55 a 75 años con 14,84 €, y registra el coste mediano más bajo el intervalo de 75 a 94 años con 11,44 € (Tabla 33 y Figura 21).

**TABLA 33: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DEL COSTE TOTAL DEL TRATAMIENTO SEGÚN GRUPO DE EDAD**

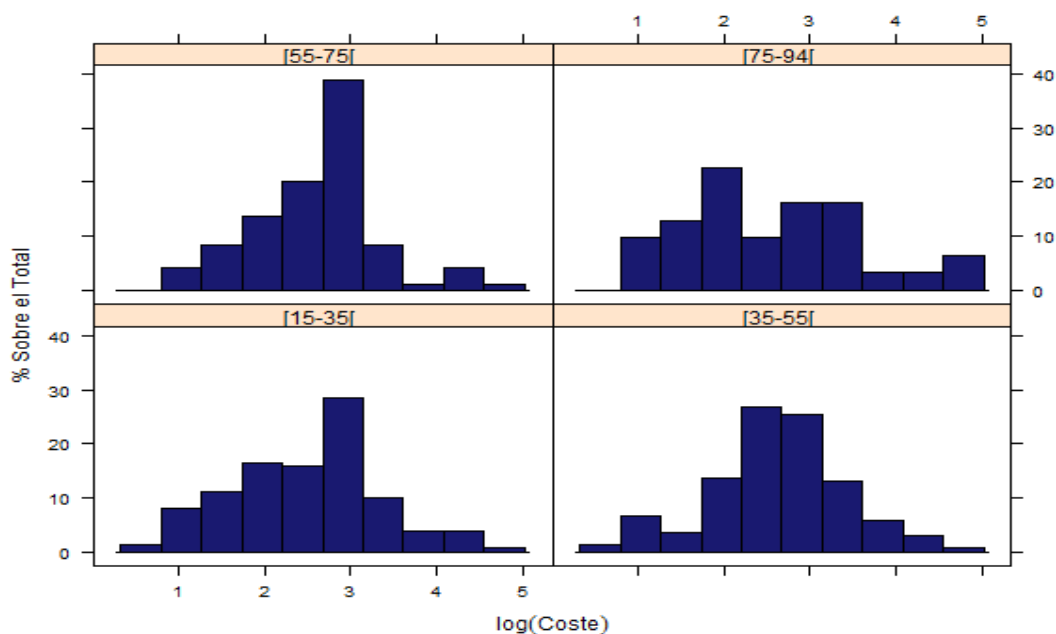
Edad	Obs.	Mínimo	Q25	Mediana	Media	Q75	Máximo	D.Est.
[15-35[	151	1.67	6.71	13.32	17.68	19.9	121.9	18.60481
[35-55[	138	1.75	9.077	13.78	18.43	21.59	126.2	17.1377
[55-75[	95	2.61	8.5	14.84	17.66	20.27	121.9	16.63698
[75-94[	31	3.12	6.135	11.44	22.44	25.16	124.6	30.56009

Fuente: elaboración propia

Mediante contraste estadístico<sup>3</sup> se comprueba que las diferencias en el coste (en logaritmos) por grupos de edad no son estadísticamente significativas al 95%.

<sup>3</sup> Se aplica un contraste de hipótesis no paramétrico, el test de Kruskal-Wallis y se obtiene que no hay evidencia estadística de diferencias en el coste farmacológico según grupos de edad (Kruskal-Wallis chi-squared = 1.8915, df = 3, p-value = 0.5952). Para el contraste no se han considerado los casos con coste extremo, por encima de 100 euros (5 casos).

FIGURA 21: HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS DEL LOGARITMO DEL COSTE SEGÚN GRUPOS DE EDAD



Fuente: elaboración propia

### Coste farmacológico por sexo

Según el sexo de los pacientes, la media del coste farmacológico es de 19,46 € en los hombres y de 17,45 € en las mujeres. Nuevamente, repasamos los valores medianos, y vemos que la mediana del coste en los hombres es 15,19 € y en las mujeres 12,43 € (Tabla 34 y Figura 22).

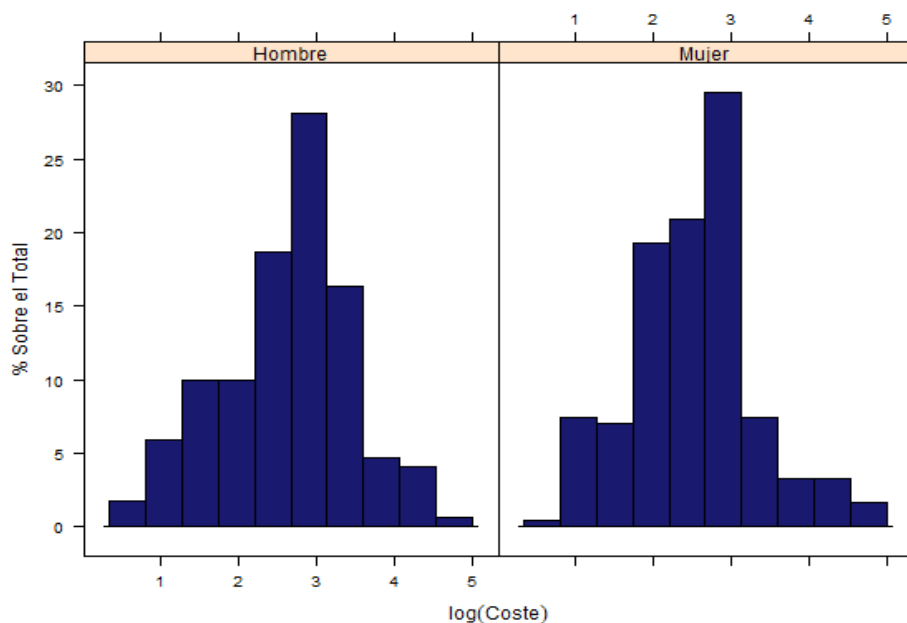
TABLA 34: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DEL COSTE TOTAL DEL TRATAMIENTO SEGÚN SEXO DE LOS PACIENTES

SEXO	Obs.	Mínimo	Q25	Mediana	Media	Q75	Máximo	D.Est.
Hombre	171	1.75	8.305	15.19	19.46	24.44	124.6	18.13
Mujer	244	1.67	7.31	12.43	17.45	19.05	126.2	19.30

Fuente: elaboración propia

Mediante contraste estadístico se comprueba que las diferencias en el coste (en logaritmos) por sexo no son estadísticamente significativas. Es de reseñar que al 95% no se observa la relación estadística entre coste farmacológico y sexo de los pacientes, luego se puede hablar de evidencia débil o no evidencia.

FIGURA 22: HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS DEL LOGARITMO DEL COSTE SEGÚN SEXO



Fuente: elaboración propia

### ***Coste farmacológico según grupo diagnóstico*** \_\_\_\_\_

En primer lugar, recordar que las agrupaciones diagnósticas 07, 08 y 09 no tienen asignado coste farmacológico por las razones ya comentadas en el apartado “LOS CASOS SIN COSTE FARMACOLÓGICO”.

Descartando estos tres grupos se obtienen las frecuencias y los estadísticos descriptivos del coste farmacológico en función de las agrupaciones diagnósticas.

En primer lugar, es de destacar que los casos se agrupan en cantidades heterogéneas; el GRUPO 10 (Dermatosis inflamatorias) muestra 137 casos, seguido por las Dermatitis fúngicas (GRUPO 03) con 158 casos. En el otro extremo, tenemos el GRUPO 06 (Infecciones de Transmisión Sexual) con 8 casos. Dado que se busca contrastar la diferencia del coste entre las agrupaciones, la comparación será informativa si en la agrupación hay un número de casos suficientes (mínimo de 20 casos).

**TABLA 35: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DEL COSTE TOTAL DEL TRATAMIENTO SEGÚN AGRUPACIÓN DIAGNÓSTICA**

	Obs.	Mínimo	Q25	Mediana	Media	Q75	Máximo	D.Est.
G01	36	2.64	5.37	11.62	13.76	17.55	61.31	12.11
G02	19	4.75	10.46	13.74	14.91	15.98	35.84	7.57
G03	105	2.95	6.7	12.73	16.95	27.67	59.61	13.17
G04	28	1.75	6.72	8.5	33.01	29.16	126.2	45.41
G05	25	3.34	7.99	14.84	13	17.03	21.82	5.80
G06	6	4.38	9.19	12.06	34.27	66.7	83.96	38.64
G10	158	2.14	9.38	14.06	18.02	20.11	85.42	15.91
G11	14	2.69	11.44	11.44	15.93	15.44	65.8	15.20
G12	24	1.67	13.98	20.11	20.88	23.36	88.03	16.47

Fuente: elaboración propia

Observando el cuadro anterior (Tabla 35), se constata que en el GRUPO 04 (Dermatitis víricas) tiene la media del coste es la más baja seguida del GRUPO 06 (Infecciones de Transmisión Sexual). Sin embargo la mediana en ambos grupos está muy por debajo de la media, lo que indica que existen casos con costes muy elevados en esos grupos. En efecto, en el GRUPO 04 tenemos el caso máximo de la muestra con 126 € de coste, y en el GRUPO 06 lo que sucede es que hay muy pocos

casos, luego los estadísticos descriptivos no están siendo informativos en estas agrupaciones.

Las diferencias entre el valor medio y el mediano del coste farmacológico son menos acusadas en el resto de grupo de la tabla anterior. Así, en promedio, el coste farmacológico más elevado se encuentra en el grupo de otros diagnósticos (12) con 20,88 €, seguido de las Dermatitis inflamatorias con 18,02 €. Muestran medias cercanas los grupos Dermatitis fúngicas (3) y Dermatitis por agentes físicos (11), con 16,95 y 15,93 €, respectivamente.

El promedio de coste más bajo se registra en la AGRUPACIÓN 05 (Infestaciones, picaduras y mordeduras) con 13 € de coste, seguida muy de cerca por la AGRUPACIÓN 01 (Trastornos del folículo pilo-sebáceo...) con 13,60 € y Enfermedades bacterianas (GRUPO 02) con 14,91 €.

Del contraste estadístico para detectar la influencia del grupo diagnóstico en el coste, no se obtiene una conclusión clara.

#### **4.3.3. Análisis multivariante de la relación entre el coste y las variables de interés.**

Con el fin de analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en el coste farmacológico como resultado de la acción conjunta de las variables de interés (edad, sexo y grupo diagnóstico), se procede a ajustar un modelo ANOVA, el cual aportará evidencia estadística en este sentido.

De entre los distintos modelos ajustados, se ha seleccionado el modelo en el que se observa que existen diferencias estadísticamente significativas en el coste farmacológico al considerar el sexo de los pacientes (Tabla 36).

*TABLA 36: RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE VARIANZA (ANOVA)*

	Df	SumSq	MeanSq	F Value	Pr(>F)	
GRUPO DIAGNOSTICO	5	5.53	1.10	1.90	0.09	.
SEXO	1	1.72	1.71	2.95	0.08	.
Residuos	359	208.27	0.58			

Nota (.) significativo al 90%, (\*) significativo al 95%, (\*\*) significativo al 99%

Fuente: elaboración propia

A la luz de estos resultados, vemos que ni la edad ni la acción conjunta de edad y sexo, grupo diagnóstico y edad, y grupo diagnóstico y sexo son estadísticamente significativos ni al 95% ni al 90%.

Los residuos del modelo se comportan bien por lo que el modelo se valida (Ver MODELO ANOVA SELECCIONADO).



## 5. DISCUSIÓN

---

La frecuencia de las enfermedades dermatológicas observada en Atención Primaria presenta amplias variaciones en diversos estudios, oscilando entre un 5,5 y un 22,5 %. Se calcula que de todos los casos que presentan patología dermatológica, sólo el 20 % acude a la consulta, así pues en la práctica diaria del médico de familia, la patología dermatológica supone entre el 7 y el 20 % de todos sus pacientes.<sup>3, 8</sup>

En el presente estudio el porcentaje que suponen las consultas por enfermedades cutáneas con respecto al total de las consultas en atención primaria es del 6,79 %.

Comparando nuestro resultado con el de otros estudios realizados en nuestro país observamos que el porcentaje es ligeramente superior que el detectado por Abreu MA, *et al* (1988) con un 5,50 %, Delgado A, *et al* (1988) con un 4,85 %, Gudé F, *et al* (1990) con un 3,25 %, y Ortiz A, *et al* (1992) con un 4,80 %.<sup>3, 4, 5, 8</sup>

Sin embargo, si lo comparamos con estudios realizados en otros países nos encontramos que nuestro resultado es prácticamente la mitad que el detectado en Holanda por Verhoeven EW, *et al* (2008) que obtienen un porcentaje del 12,40 %, o la tercera parte del encontrado en EEUU por Sari Fien MD, *et al* (2005) que obtienen un porcentaje del 21 %.<sup>6, 17</sup>

Tras el análisis de los resultados mostrados, y comparando el porcentaje obtenido en nuestro estudio con el de otros estudios se evidencia claramente que nuestro porcentaje se sitúa en el rango inferior de las tasas referidas por otros autores.

Que nuestro porcentaje se sitúe en el rango inferior de las tasas referidas podría explicarse por la no inclusión de la edad pediátrica, la desigual recogida de datos por parte de los médicos de familia intervinientes, la menor demanda de asistencia para problemas dermatológicos considerados banales por el paciente, la automedicación, y la demora en la asistencia por parte del dermatólogo de referencia con la consiguiente atención por parte de dermatólogos dedicados a la medicina privada.

Los motivos anteriormente expuestos suponen lógicamente un sesgo en la estimación de la prevalencia de las enfermedades dermatológicas en cuanto que ésta sólo puede ser calculada en base a la población consultante en el sistema público, y no sobre la población total posiblemente afectada por enfermedades cutáneas.

La demanda asistencial en dermatología por parte de la población autóctona supuso el 89,04 % de los 520 casos recogidos, mientras que la de la población inmigrante fue el 10,58 % de todos los casos.

Los inmigrantes que más consultaron fueron los latinoamericanos (5,77 %), en segundo lugar los africanos (4,04 %) y finalmente los del resto de Europa (0,57 %).

Existe variabilidad en los resultados en cuanto a la frecuencia de las consultas dermatológicas que realiza la población inmigrante en nuestro país, así en Elche (Alicante) en un estudio realizado por Albares MP, *et al* (2009), y en otro realizado en Zaragoza por Porta N, *et al* (2008) obtienen unas cifras semejantes con un 4,10 y 4 % respectivamente. Sin embargo, nuestro estudio arroja unas cifras más próximas al realizado en Palma de Mallorca por Taberner R, *et al* (2010) que las sitúa en el 13,20 %. Todos los estudios coinciden en que los inmigrantes latinoamericanos (Colombia, Ecuador, Argentina) son los que más consultaron por afecciones cutáneas a sus médicos de familia y dermatólogos de referencia.<sup>54, 55, 56</sup>

Es decir, la demanda asistencial de la población inmigrante en Dermatología fue menor respecto a la de la población autóctona, aunque existen peculiaridades según el área de procedencia. Es posible que la población de base tenga mayor proporción de inmigrantes comunitarios y del resto de Europa que utilicen más la medicina privada lo que explicaría en parte la disminución relativa de los mismos en nuestro estudio.

Respecto a las características de las visitas, tenemos que la mayoría de los pacientes fueron diagnosticados y tratados en la primera visita en el 96,35 % de los casos, y que sólo un 3,65 % de los casos precisaron de más de una visita.

El tiempo de duración de las visitas en el 94,03 % de las ocasiones se concentró en torno a los 4 – 7 minutos, pero teniendo en cuenta que en el 4,80 % de las ocasiones tuvieron una duración mayor, y que en el 1,15 % de las ocasiones tuvieron una duración menor.

Respecto al lugar en el que el paciente fue atendido, tenemos que se le atendió en el 77,50 % de las ocasiones en la consulta del Centro de Salud, en el 21,73 % de las ocasiones en el área de urgencias, y que en tan sólo el 0,77 % de las ocasiones se le atendió en el domicilio del paciente.

Según nuestra agrupación diagnóstica las Dermatitis Inflamatorias y su subgrupo alteraciones de la reactividad de origen interno (Dermatitis Atópica, Urticaria y Angioedema) con un 31,73 %, las Dermatitis Fúngicas (Candidiasis, Tiñas, Onicomycosis) con un 20,19 %, las Dermatitis Víricas (Virus Varicela – Herpes Zóster, Verrugas) con un 9,04 %, y los Trastornos del Folículo Pilo-sebáceo y de las Glándulas Ecrinas y Apocrinas (Acné, Alopecia, Hidradenitis) con un 8,08 % son las enfermedades dermatológicas más frecuentes.

Las Infecciones de Transmisión Sexual (VHS – 2, Uretritis Gonocócica, Sífilis, Condilomas Acuminados) con una frecuencia del 1,54 %, las Dermatitis por Agentes Físicos (Eritema solar, quemaduras, úlceras por decúbito) con una frecuencia del 2,69 %, los Tumores Melanocíticos (Nevus) con una frecuencia del 2,69 %, y el Precáncer y Cáncer Cutáneo No Melanoma (Queratosis Actínica, Queratosis Seborreica, Carcinoma Basocelular, Carcinoma Espinocelular) con una frecuencia del 3,46 % de los 520 casos recogidos son las agrupaciones diagnósticas menos frecuentes.

Al revisar la bibliografía encontramos que los distintos autores elaboran su propia clasificación con la inclusión de no todos los diagnósticos dermatológicos. Esto dificulta considerablemente el comparar los datos obtenidos por unos y otros.

No nos parece adecuada la Clasificación de la WONCA para la Atención Primaria CIPSAP – 2 porque fue diseñada para adaptarse a las dificultades del diagnóstico en AP, lo que implica un cierto grado de imprecisión en los diagnósticos y puede desvirtuar en gran medida los resultados obtenidos.

Otros motivos que dificultan la comparación entre los estudios publicados son la época del año en que se realizan, el entorno geográfico y cultural, y las características de la población estudiada que deberían ser siempre referidos.<sup>8</sup>

Diversos estudios realizados a nivel nacional e internacional que discriminan la frecuencia de las enfermedades cutáneas en atención primaria ofrecen resultados dispares.

Awalia F, *et al* (2008) concluyen que las tres enfermedades cutáneas más frecuentemente detectadas por los médicos de familia en atención primaria son Dermatitis, Piodermitis y Tiñas; pues suponen el 31,30 % de todos los diagnósticos dermatológicos realizados por los médicos de familia. El Melanoma supuso únicamente el 0,15 %.<sup>2</sup>

Verhoeven EW, *et al* (2008) señalan que las tres enfermedades cutáneas más frecuentemente detectadas por los médicos de familia son Dermatitis, Quistes sebáceos, y las Enfermedades de las Uñas acaparando el 71,50 % de los diagnósticos. El Melanoma supuso únicamente el 0,20 %. Además detectan un aumento de la prevalencia de la Dermatitis Atópica, de la Dermatitis Seborreica, de la Psoriasis, de las Enfermedades del cabello, y de la Queratosis seborreica en la población estudiada.<sup>6</sup>

Fien S, *et al* (2005) identifican como enfermedades cutáneas más frecuentes a las Enfermedades Infecciosas con un 33,30 % de todos los diagnósticos (16,70 % son infecciones bacterianas, 10,40 % son infecciones virales – herpes, verrugas –, 4,20 % son infecciones fúngicas, y 2,10 % son infecciones por levaduras), las Dermatitis y Reacciones de Hipersensibilidad con un 27,10 % de todos los diagnósticos, y los Tumores Benignos de la piel (nevus, queratosis seborreicas, quistes) que supusieron el 14,60 % de los casos.<sup>17</sup>

Abreu MA, *et al* (1988) identifican como enfermedades cutáneas más frecuentes a las Dermatitis (Dermatitis atópica, Dermatitis de Contacto, Psoriasis, Urticarias) con un 29,92 % de todos los diagnósticos, seguidas de las Enfermedades Infecciosas (Impétigo, Candidiasis, Escabiosis, Verrugas y Acné) con un 28,08 % de los diagnósticos, y la Patología Tumoral con un 23,26 %.<sup>3</sup>

Ortiz A, *et al* (1992) identifican como enfermedades cutáneas más frecuentes a las Dermatofitosis y Dermatomicosis con una frecuencia del 14,40 %, seguida de la Dermatitis de Contacto y otros Eccemas con una frecuencia del 11,40 %, y el Acné con una frecuencia del 8,60 %.<sup>8</sup>

Los resultados de los distintos estudios incluido el nuestro varían dependiendo del tipo de clasificación utilizada siendo muy difícil poder extrapolar los datos de unos a otros tanto a nivel internacional como nacional.

Analizando las diversas frecuencias de enfermedades dermatológicas en atención primaria, incluidas las de nuestro estudio, se evidencia que las Dermatitis, y las Enfermedades Infecciosas ocupan un lugar relevante en cuanto a su incidencia y en los grupos etarios de 15/35 y de 35/55 años respectivamente. En contraposición, la patología tumoral maligna es de escasa incidencia y se refleja sobre todo en edades más avanzadas entre los 55/75 años y superiores.<sup>2, 3, 6, 8, 9, 16, 17</sup>

En la consulta de Dermatología de Atención Primaria nos encontramos con una creciente demanda de visitas y de tratamientos por motivos que el Sistema Nacional de Salud (SNS) no contempla en su agenda de servicios.

Estos trastornos cutáneos considerados estéticos o cosméticos suponen entre 20 – 25 % de los motivos de consulta e incluyen acrocordones, nevus melanocíticos intradérmicos, queratomas seborreicos no irritados, lentigos solares, angiomas capilares (puntos rubí o arrugas), y quistes miliars.

Si bien la gran parte de las consultas no estéticas no precisan del concurso del especialista en dermatología por tratarse de problemas menores, como dermatitis seborreica, acnés leves o verrugas vulgares, otras afecciones cutáneas que los pacientes consultan con su médico de familia como pueden ser un

carcinoma basocelular, un carcinoma escamoso, o un melanoma maligno sufren una demora de atención especializada de unos 3 – 5 meses hasta que se le extirpa el tumor. Todo ello redunda en un empeoramiento de la calidad de vida y en una disminución de la esperanza de vida en pacientes con lesiones malignas cutáneas.<sup>20, 21, 22, 23, 24, 25</sup>

En nuestro estudio la demanda cosmética está integrada en las agrupaciones diagnósticas referentes a las Dermatitis por Agentes Físicos, las Dermatitis Véricas, los Tumores Melanocíticos y el Precancer representado por la queratosis seborreica correspondiéndoles una frecuencia de consultas del orden del 25% que podrían considerarse como problemas estéticos aunque con algunas limitaciones por no ser los resultados del todo extrapolables. Esta elevada frecuencia de motivos de consulta considerados estéticos está en consonancia con los estudios referidos<sup>21, 23</sup>, y contribuye a aumentar la demora de atención por parte del dermatólogo de referencia siendo un factor limitante en la atención sanitaria especializada para otras enfermedades cutáneas más graves.

Nuestro estudio confirma a igual que otros realizados a nivel nacional que las enfermedades cutáneas más frecuentes en la población inmigrante son de tipo infeccioso (dermatosis causadas por microorganismos – virus, bacterias, hongos, micobacterias, parásitos o ectoparásitos) sobre todo micosis, seguidas por las de origen viral y las piodermitis así como las enfermedades de transmisión sexual, y de tipo inflamatorio (dermatosis resultado de la activación de la respuesta inmune frente a un antígeno, excluidas las infecciosas) sobre todo dermatitis atópica, eccema de contacto y las discromías con una incidencia significativamente superior a la de la población autóctona. En cambio, las enfermedades tumorales no melanocíticas y melanocíticas fueron menos frecuentes en la población inmigrante que en la población autóctona con una  $p < 0,001$ . También destaca que la población inmigrante atendida

es joven con una media de edad de 30 años, con mayor proporción de mujeres, y de latinoamericanos.<sup>53, 54, 55, 56, 57</sup>

La edad media de los pacientes atendidos se sitúa en 42 años, con un rango de edad de 15 a 94 años, y con una mayor frecuentación de las mujeres (58,65 %) con respecto a los varones (41,35 %).

Por grupos de edad, el grupo de 15/35 años (34,80 %), y el grupo de 75/95 años (8,10 %) presentaron un mayor y menor número de casos dermatológicos, con una mayor frecuentación de consultas en mujeres que en varones.

Sin embargo, si observamos la distribución de la edad agrupada en intervalos según el sexo, se evidencia una distribución similar de edades en ambos sexos. La media de edad de las mujeres (46,55 años) es superior a la de los hombres (44,29 años), pero esta diferencia no es estadísticamente significativa, considerando un nivel de confianza del 95 %.

El número de consultas fue mayor en el grupo de 15/35 años dato que puede ser debido a la mayor frecuencia de las dermatosis infecciosas y de los trastornos del folículo pilo-sebáceo y de las glándulas ecrinas y apocrinas, y en el que coincidimos con otros autores.<sup>2, 3, 6, 8, 16, 17</sup>

La población en la que con mayor frecuencia aparecen lesiones pretumorales y tumorales se corresponde con el grupo de los 75/95 años. Las personas de edad avanzada motivaron el menor número de consultas en nuestro estudio, posiblemente porque el curso crónico, progresivo y asintomático de las mismas hacen que los pacientes no les den importancia y no suelen consultar pudiendo ser



detectadas por el médico de familia realizando una exploración física cuidadosa cuando estos pacientes acuden a la consulta por cualquier otro problema.<sup>2, 3, 6, 7, 8</sup>

Destacar que en el grupo de edad entre los 75/94 años se descubrieron 5 casos de Cáncer Cutáneo No Melanoma (2 casos de Carcinoma Basocelular, 2 casos de Carcinoma Espinocelular, y 1 caso Queratoacantoma) tras derivación al dermatólogo de referencia y confirmación anatomopatológica, y que en ninguno de estos casos el motivo principal de la consulta fue por patología cutánea.

Tras la consulta dermatológica en el Centro de Salud, el 83,85 % de los casos fueron diagnosticados y tratados por médico de familia, y el resto de casos derivados a otros niveles de atención especializada. Este alto porcentaje de diagnósticos en la primera consulta está de acuerdo con estudios previos tanto nacionales como internacionales.<sup>2, 3, 6, 8, 10</sup>

Los casos derivados al dermatólogo de referencia fueron 85 casos, lo que supone un 16,34 % (15,96 % al Centro de Especialidades, y 0,19 % a Consultas Externas Hospitalarias) del total de casos incluidos en la agrupación diagnóstica diseñada para el estudio que nos ocupa. Este dato concuerda con unos estudios que ofrecen resultados similares,<sup>6, 8</sup> pero discrepa con otros<sup>2, 3</sup> donde la frecuencia de derivación supera el 30 %.

Las causas más frecuentes de derivación fueron las Dermatitis Inflammatorias (Dermatitis, Urticaria, Psoriasis) integrantes del GRUPO 10, los Tumores Epiteliales Benignos (Fibroma, acrocordón, queratosis seborreica) integrantes del GRUPO 07, y la agrupación Precáncer y Cáncer Cutáneo No Melanoma integrantes del GRUPO 08.

Los 85 casos dermatológicos derivados al dermatólogo de referencia lo fueron por los siguientes motivos: para confirmar el diagnóstico de presunción, por la evolución tórpida de las lesiones con el tratamiento prescrito, por la sospecha de malignidad, y para procedimientos diagnósticos y/o tratamientos especializados (medicación que precisa visado de inspección, crioterapia con nitrógeno líquido, biopsia, exéresis quirúrgica...)

Analizando el resultado de las derivaciones de nuestro estudio podemos concluir que las Dermatitis Infecciosas, con inclusión de las ETS, fueron las que en mayor número fueron tratadas directamente por los médicos de familia en atención primaria; que las Dermatitis Inflamatorias fueron tratadas y derivadas con mayor frecuencia a atención especializada posiblemente por el carácter crónico y recidivante de las lesiones y que los Tumores Epiteliales Benignos y la agrupación Precáncer y Cáncer Cutáneo No Melanoma fueron las que no se trataron y se derivaron directamente al dermatólogo de referencia por la necesidad de una evaluación especializada de las lesiones, y por necesitar medios diagnósticos y terapéuticos fuera del alcance del primer nivel de atención sanitaria.

Lógicamente es posible disminuir la derivación por enfermedades cutáneas desde atención primaria a especializada mejorando la enseñanza de la dermatología a los médicos de familia, y proporcionando medios sencillos (punch cutáneo, nitrógeno líquido, electrocauterización) en los Centros de Salud.

Por último, comentar los tipos de tratamiento, los fármacos prescritos, el tiempo estimado de tratamiento y su coste total o pendiente.

En relación a los tratamientos, se distingue entre indicación de medidas higiénicas, tratamiento farmacológico propiamente dicho y ausencia de indicaciones y/o tratamiento farmacológico.

En nuestro estudio, los médicos de familia intervinientes diagnosticaron y trataron convenientemente el total de casos integrantes de las Enfermedades Bacterianas, de las Dermatosis Fúngicas, de las Infestaciones, Picaduras y Mordeduras, y de las Dermatosis por Agentes Físicos. Sin embargo, el 20,38 % de los casos de la muestra de 520 pacientes han quedado pendientes o no se ha indicado ningún tipo de medida higiénica o tratamiento farmacológico, observándose una elevada proporción de estos pacientes en las Dermatosis Víricas, en las ETS, y en la agrupación diagnóstica Otros.

Es importante destacar que el 100 % de los casos pertenecientes a los Tumores Epiteliales Benignos, a la agrupación Precáncer y Cáncer Cutáneo No Melanoma, y a los Tumores Melanocíticos, se encuentran a la espera de tratamiento por parte del dermatólogo del Centro de Especialidades, por lo que no han generado coste farmacológico en atención primaria.

Por otro lado, reseñar que en los Trastornos del folículo pilo-sebáceo y glándulas ecrinas y apocrinas se indican reiteradamente medidas higiénicas como evitar el uso de desodorantes, evitar el calor y la depilación, y que éstas carecen de coste farmacológico.

Los datos mostrados evidencian las enfermedades cutáneas que habitualmente se tratan en las consultas de los médicos de familia, y cuyo coste farmacológico se podría incluir en la atención primaria de salud. Sin embargo, las patologías cutáneas de índole pretumoral o tumoral son derivadas para diagnóstico y tratamiento a los

dermatólogos de atención especializada, y su coste global es totalmente atribuible a este nivel de atención. Sin embargo, los tratamientos pautados por los dermatólogos son más apropiados a la patología del paciente y redundan en un coste farmacológico no mayor que los pautados en atención primaria.<sup>62</sup>

Finalmente, se han recopilado los tratamientos farmacológicos prescritos. Se han realizado un total de 691 prescripciones de 189 fármacos distintos. Del análisis de los mismos, se desprende que los fármacos más prescritos en el tratamiento de las afecciones cutáneas en atención primaria de salud son los corticoides y los antihistamínicos, pues fueron los principios activos más indicados por parte de los médicos de familia.<sup>2</sup>

En cuanto a la duración media de los tratamientos prescritos por los médicos de familia esta se sitúa en los 16,74 días. Sin embargo, más del 75 % de los casos precisan tratamientos de duración menor o igual a 15 días, incluida la ausencia de tratamiento; y aproximadamente el 22,69 % de los casos precisan tratamientos de duración mayor a 15 días, siendo poco habituales los tratamientos por encima de los 75 días que apenas suponen el 4,81 % de los casos. El tratamiento más largo pautado es de 120 días, y el más corto es la ausencia de tratamiento con 0 días.

De los datos referidos se desprende nuevamente que los médicos de familia diagnostican y tratan convenientemente todos los casos integrantes de las Enfermedades Bacterianas, de las Dermatosis Fúngicas, de las Infestaciones, Picaduras y Mordeduras, y de las Dermatosis por Agentes Físicos. Estas afecciones tienen un tiempo de tratamiento medio de unos 16,74 días.

Destacar que no hemos encontrado en la bibliografía estudios equiparables en cuanto a coste farmacológico de las afecciones cutáneas en atención primaria de salud, por lo que nuestros resultados podrían considerarse genuinos.

En nuestro trabajo, el coste farmacológico total se obtiene para cada caso de la muestra, agregando el precio de los distintos fármacos (puede ser uno o varios) que componen el tratamiento de cada paciente. Realizando estos cálculos el coste medio de los tratamientos se sitúa en 14,59 €.

Sin considerar los casos en los que el coste para la atención primaria de salud es 0, porque el tratamiento está pendiente de instaurar o no precisa, observamos que la media del coste farmacológico total se sitúa en 18,28 €, y el mínimo en 1,26 €.

El coste farmacológico de las afecciones cutáneas en atención primaria se sitúa en menos de 100 € en el 78,85 % de los casos, y en más de 100 € en el 20,19 % de los casos. Además se evidencia que en 5,19 % de los casos el coste farmacológico total es de más de 40 €.

Por agrupación diagnóstica se evidencia que el 20,19 % de los casos cuyo coste supera los 100 € pertenecen a las Dermatitis Víricas (Herpes, Varicela, Verrugas), y que los casos sin coste son aquellos pendientes de diagnóstico, pendientes de tratamiento y los que no precisan tratamiento.

Por último, es de destacar que el coste farmacológico total de los casos recogidos en la muestra de 520 casos es de 7.585,9 €, siendo más elevado en las agrupaciones diagnósticas más frecuentes.

Así pues, el mayor porcentaje del coste se concentra en las Dermatitis Inflamatorias con 2.847,95 €, seguido de las Dermatitis Fúngicas con

1.780,27 €. Le siguen las Dermatitis Véricas con 924,26 € y Otros Diagnósticos con 501,18 €.

Por debajo de los 500 € nos encontramos con las Infestaciones, Picaduras y Mordeduras con 325,01 €, las Enfermedades Bacterianas con 288,30 €, las Dermatitis por Agentes Físicos con 223,09 € y las Enfermedades de Transmisión Sexual con 205,61 €.

En el análisis de la variabilidad del coste farmacológico, debemos distinguir entre los tratamientos sin coste y los tratamientos con coste.

El porcentaje de tratamientos sin coste se sitúa en el 20,19 % de los casos, y el porcentaje de tratamientos con coste se sitúa en el 79,81 % de los casos.

Entre los casos sin coste (Tumores Epiteliales Benignos, Precáncer y Cáncer No Melanoma, Tumores Melanocíticos) la edad media de los pacientes es de 49,70 años; con un intervalo de edad predominante entre los 55 y los 75 años siendo más frecuentes en las mujeres que en los hombres. Además predominan en pacientes inactivos (jubilados, amas de casa, estudiantes), y en profesiones variadas, siendo la más abundante la administrativa.

Entre los casos con coste farmacológico calculamos unos estadísticos del coste por grupo de edad, por sexo y por grupo diagnóstico obteniendo los siguientes resultados:

- a) La mediana del coste entre grupos de edad se muestra similar en los intervalos más bajos de edad (alrededor de los 13 €), alcanza su máximo en el intervalo de 55 a 75 años con 14,84 €, y registra el coste mediano más bajo el intervalo de 75 a 94 años con 11,44 €.

Mediante contraste estadístico (se aplica un contraste de hipótesis no paramétrico, el Test de Kruskal-Wallis) se comprueba que las diferencias en el coste (en logaritmos) por grupos de edad no son estadísticamente significativas al 95 %.

- b) La mediana del coste total del tratamiento según el sexo de los pacientes es de 15,19 € en los hombres, y de 12,43 € en las mujeres.

Mediante contraste estadístico (se aplica un contraste de hipótesis realizado mediante análisis de varianza, ANOVA) se comprueba que las diferencias en el coste (en logaritmos) por sexo son estadísticamente significativas al 90 %.

Es de reseñar que al 95 % no se observa la relación estadística entre el coste farmacológico y sexo de los pacientes, luego se puede hablar de evidencia débil.

- c) En promedio, el coste farmacológico más elevado se encuentra en la agrupación de Otros Diagnósticos con 20,88 €, seguido de las Dermatitis Inflammatorias con 18,02 €. Muestran medias cercanas las Dermatitis Fúngicas y las Dermatitis por Agentes Físicos con 16,95 y 15,93 €, respectivamente.

El promedio de coste más bajo se registra en las Infestaciones, Picaduras y Mordeduras con 13 € de coste, seguida muy de cerca por los Trastornos del Folículo Pilo-sebáceo y Glándulas Ecrinas y Apocrinas con 13,60 € y las Enfermedades Bacterianas con 14,91 €.

Del contraste estadístico realizado (se aplica un contraste de hipótesis realizado mediante análisis de varianza, ANOVA) para realizar la influencia del grupo diagnóstico en el coste, no se obtiene una conclusión clara.

En el análisis de la multivariante de la relación entre el coste farmacológico y las variables de interés (edad, sexo, y grupo diagnóstico) procedemos a ajustar un modelo ANOVA, y vemos que ni la edad, ni la acción conjunta de la edad y sexo, grupo diagnóstico y edad, grupo diagnóstico y sexo son estadísticamente significativos ni al 95 % ni al 90 %.

En conclusión, no se observa evidencia estadística del efecto sobre el coste farmacológico de la acción conjunta de ninguna de las variables consideradas de interés (sexo, edad y grupo diagnóstico).



## **6. CONCLUSIONES**

---

- 1.** La demanda de consulta por procesos cutáneos supuso el 6,79 % de todas las consultas en atención primaria.
- 2.** La demanda asistencial de dermatología de la población autóctona fue del 89,04 % del total de las consultas, mientras que la demanda en la población inmigrante fue del 10,58 % de las consultas.
- 3.** La edad media de los pacientes atendidos se situó en 42 años con un rango de edad de 15 a 94 años, y con una mayor frecuencia de mujeres respecto a hombres. Destacó en la población inmigrante una media de edad de 30 años, y mayor proporción de mujeres.
- 4.** Las visitas por motivo dermatológico tuvieron un tiempo aproximado de 4 – 7 minutos y normalmente se produjeron en el Centro de Salud.
- 5.** Las dermatitis inflamatorias y las dermatosis infecciosas ocuparon un lugar relevante respecto a su incidencia en atención primaria y en grupos etarios de 15 a 35 y de 35 a 55 años respectivamente.
- 6.** La patología tumoral maligna es de escasa incidencia en atención primaria y se observó en edades avanzadas entre los 50 a 75 años e incluso superiores.
- 7.** Los trastornos cutáneos considerados estéticos (acrocordones, queratosis seborreicas etc) tuvieron una frecuencia de consultas del orden del 25 % del total de consultas dermatológicas.

**8.** Las dermatosis más frecuentes en la población inmigrante fueron de carácter infeccioso (micosis, víricas y piodermitis así como enfermedades de transmisión sexual) y de tipo inflamatorio como dermatitis atópica, eccema de contacto con una incidencia significativamente superior a la de la población autóctona.

**9.** El médico de familia en este estudio fue resolutivo en el 83,85 % de los casos dermatológicos que se le presentaron sin derivar al paciente al especialista en dermatología.

**10.** Las dermatosis infecciosas, y las ETS, fueron las que en mayor número fueron tratadas directamente en atención primaria. En cambio las dermatosis inflamatorias fueron derivadas con mayor frecuencia a atención especializada por el carácter crónico y recidivante de las lesiones.

Los tumores epiteliales benignos y la agrupación precáncer y cáncer cutáneo no melanoma no se trataron y se derivaron directamente al dermatólogo de referencia.

**11.** El coste farmacológico total de 520 casos fue de 7.585,9 €, la media del coste farmacológico total se situó en 18,28 € y los fármacos más prescritos fueron los corticoides y los antihistamínicos.

**12.** Los médicos de familia diagnosticaron y trataron por regla general todos los casos de dermatosis bacterianas, fúngicas, infestaciones, picaduras y dermatosis por agentes físicos. Estas entidades nosológicas tuvieron un tiempo de tratamiento medio de unos 16,74 días.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

---

1. Ferrando Villarroel, J. Dermatology and primary care. *Med Clin (Barc)* 1988; 23,90 (16): 661-3
2. Awadalla F, Rosenbaum DA, Camacho F, Fleischer AB Jr, Feldman SR. Dermatologic disease in Family Medicine. *Fam Med* 2008; 40(7):507-11
3. Abreu MA, Frieyro JE, Suárez E. Problemas dermatológicos en medicina de familia: análisis del modelo de interconsulta en 381 casos. *Med Clin (Barc)* 1988; 90: 639-643
4. Delgado A, Melquizo M, Guerrero JC, Arboledas A, De la Revilla L. Análisis de las interconsultas de un centro de salud urbano. *Aten Prim* 1988; 5: 359-364
5. Gudé F; Freijoo N, Pérez-Leiros P, Soto-Jove A, Nercellas F, Fernández-Merino MC. Estudio de la demanda asistencial en el primer año de funcionamiento de un centro de salud. *Aten Prim* 1990; 7: 76-77
6. Verhoeven EW, Kraaimaat FW, van Weel C et al. Skin diseases in family medicine: prevalence and health care use. *Ann Fam Med* 2008; 6(4):349-54
7. Wolkenstein P, Grob JJ, Bastuji Garin S, Ruszczynski S, Roujeau JC, Revuz J. French people and skin diseases: results of a survey using a representative sample. *Arch Dermatol* 2003; 139 (12): 1614-1619
8. Ortiz A, Herrera T, Pérez del Molino C, Piñeiro F et al. The epidemiology of dermatologic diseases in primary care. *Rev San Hig Pub* 1992 ; 66: 71-82
9. Federman DG, Concato J, Kirsner RS. Comparison of dermatologic diagnoses by primary care practioners and dermatologists. A review of the literature. *Arch Fam Med* 1999; 8:170-172
10. Meresnstein D, Meyers D, Krist A, Delgado J, McCann J, Petterson S, Philips RL Jr. How well do family physicians manage skin lesions? *J Fam Pract.* 2007; 56(1):40-5
11. Guerra de la Torre G. The introduction and development of the new programme of family and community medicine. A new opportunity. *Aten Primaria* 2005 Feb 28; 35(3):119-20
12. M. Marzo-Castillejo, B. Bellas-Beceiro, C. Vela-Vallespín, M. Nuin-Villanueva, C. Bartolomé-Moreno, M. Vilarrubí-Estrella, E. Melús Palazón. Recomendaciones de prevención del cáncer 2012. *Aten Primaria* 2012, 44 Suppl 1:23-35
13. Guyatt GH, Oxman AD, Vist G, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al.; GRADE Working Group. Rating quality of evidence and strength of recommendations GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008;336:924-6.
14. Canadian Task Force on Preventive Health Care [consultado 30-3-2012]. Disponible en: <http://www.canadiantaskforce.ca/>

15. US Preventive Services Task Force (USPSTF) [consultado 30-3-2012]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/clinic/>
16. Fleischer AB Jr et al. The most common dermatologic problems identified by family physicians, 1990-1994. *Fam Med* 1997; 29(9):648-52
17. Fien S, Berman B, Magrane B. Skin disease in a primary care practice. *Skinmed* 2005; 4(6):350-3
18. Federman DG, Kirsner RS, Skin biopsies, cutaneous disease, and primary care (letter). *Ann Intern Med* 1999; 130:617
19. Fraile de Abajo L, Abreu Galán MA, Muñoz García JC, Alvarez Montero S, Alamo Antúnez A, Frieyro Seguí JE. El médico de familia y el hospital: análisis del proceso de interconsulta desde una unidad docente de medicina familiar y comunitaria. *Med Clin (Barc)* 1986; 86(10): 405-9
20. Richert I, Wieber R, Doelfs P, Tscheulin D, Augustin M. Inpatient treatment cost of skin diseases. Diagnosis-based cost calculation in a university dermatologic clinic. *Hautarzt* 2004; 55 (11):1047-51
21. 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 Dermosifilogr* 2006; 97(9):589-72.
22. Real Decreto 63/1995 de 20 de Enero, sobre Ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. BOE 10 febrero 1995.
23. Carrascosa JM ¿Deben tratarse las lesiones cutáneas benignas y banales en el Sistema Público de Salud? *Actas Dermosifilogr* 2007; 98(4):236-9
24. Carrascosa JM, Fuente MJ, Mangas C. Evaluación de la implementación de una cartera de servicios de Dermatología para Atención Primaria. *Actas Dermosifilogr* 2007; 98(7):506-12
25. Graells J, Ojeda RM, Notario J, Gallego I. Evolución de la demanda banal dermatológica en el área del Baix Llobregat, Barcelona. *Med Cutan Iber Lat Am* 2013; 41(1):7-12
26. Krowchuk DP, Bradham DD, Fleischer AB Jr. Dermatologic services provided to children and adolescents by primary care and other physicians in the United States. *Pediatr Dermatol* 1994 Sep;11(3):199-203
27. Feinberg AN, Shwayder TA. Update in adolescent dermatology. *Adolesc Med State Art Rev* 2013; 24(1):90-107, xi-xii
28. O'Sullivan C, Baker MG. Skin infections in children in a New Zealand primary care setting: exploring beneath the tip of the iceberg. *N Z Med J* 2012; 125(1351): 70-9
29. Martín-Bun M, Suárez del Villar, Molina A. El anciano frágil en la comunidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1997; 32: 39-44

30. Peñacoba Maestre D, Franco Vidal A. Perfil de las personas mayores de 75 años que acuden a un centro de salud. *Evidentia* 2004; 1(3): 29-34.
31. Statistical Office of the European Communities (Eurostat). Population projections 2004-2050. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/> Visitado el 20-09-2013.
32. Instituto Nacional de Estadística. <http://www.ine.es/> Visitado el 20-02-2013
33. Instituto Valenciano de Estadística. <http://www.ive.es/> Visitado el 20-02-2013
34. Fundación Consejo Superior de Investigaciones Científicas. <http://www.fgcsic.es/> Visitado el 20-02-2013
35. Kurban RS, Kurban AK. Common skin disorders of aging: diagnosis and treatment. *Geriatrics* 1993; 48(4):30-1, 35-6, 39-42
36. Farage MA, Miller KW, Berardesca E, Maibach HI. Farage MA, Miller KW, Berardesca E, Maibach HI. Clinical implications of aging skin: cutaneous disorders in the elderly. *Am J Clin Dermatol* 2009; 10(2):73-86
37. NaCR, Wang S, Kirsner RS, Federman DG. Elderly adults and skin disorders: common problems for nondermatologists. *South Med J* 2012; 105(11):600-6.
38. Norman RA. Geriatric dermatology. *Dermatol Ther* 2003; 16(3):260-8
39. Browne BJ, Edwards B, Rogers RL. Dermatologic emergencies. *Prim Care* 2006; 33(3):685-95, vi
40. Usatine RP, Sandy N. Dermatologic emergencies. *Am Fam Physician* 2010; 82(7):773-80
41. McQueen A, Martin SA, Lio PA. Derm emergencies: detecting early signs of trouble. *J Fam Pract* 2012; 61(2):71-8
42. Grillo E, Vañó-Galván S, Jiménez-Gómez N, Ballester A, Muñoz-Zato E, Jaén P. Dermatologic emergencies: descriptive analysis of 861 patients in a tertiary care teaching hospital. *Actas Dermosifiliogr* 2013; 104(4):316-24.
43. Porta N, San Juan J, Simal E. Study of urgent referrals to the dermatology department of a referral hospital. *Actas Dermosifiliogr* 2008; 99(3):237-9
44. Jansá J, Garcia P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gac Sanit* 2004; 18 Supl 1:207 – 13

45. Gómez C, Hernández Pascual C, Algado Ferrer MT, Muñoz Haedo R, Gómez Gil C, Martínez Lirola M. Otras miradas sobre la inmigración. San Juan de Alicante: *Espagrafic*; 2006.
46. Jansá J. Inmigración y envejecimiento, nuevos retos en salud pública. *Gac Sanit* 2006; 20 Supl 1:10 – 4
47. Torné Villagrasa E, Guarga Rojas A, Tomás Boatella MG, Pozuelo García A, Pasarán Rúa M, Borrell Thió C. Análisis de la demanda de los servicios de urgencias en Barcelona. *Aten Primaria* 2003; 32(7): 423 - 4
48. Junyet M, Miró O, Sánchez M. Comparación de la utilización de los servicios de urgencias hospitalarias entre la población inmigrante y la población autóctona. *Emergencias* 2006; 18:232 - 5
49. Instituto Nacional de Estadística. <http://www.ine.es/> Visitado el 20-10-2013
50. Instituto Valenciano de Estadística. <http://www.ive.es/> Visitado el 20-10-2013
51. Vall-Llosera Casanovas L, Saurina Canals C, Saez Zafra M. Inmigración y Salud: Necesidades y utilización de los servicios de atención primaria por parte de la población inmigrante en la región sanitaria Girona. *Rev Esp Salud Pública* 2009; 83(2): 291-307
52. Vázquez Villegas J, Galindo Pelayo JP, Luján Jiménez R, et al. Atención inicial al paciente inmigrante en atención primaria. *Medicina de Familia (And)* Vol. 1, Nº 2, Noviembre 2000: 162 – 168.
53. Albares Tendero MP, Ramos Rincón JM, Belinchón Romero I, Betlloch Más I, Pastor Tomás N, Botella Antón R. Utilization of dermatology services among the immigrant population. *Gac Sanit* 2008; 22(2):133-6
54. Albares Tendero MP, Belinchón Romero I, Ramos Rincón JM, Sánchez Payá J, Costa AL, Pérez Crespo M, Silvestre Salvador JF. Dermatoses in Latin American immigrants seen in a tertiary hospital. *Eur J Dermatol* 2009; 19(2):157-62
55. Porta N, San Juan J, Simal E, Baldellou R, Ara M, Zubiri ML. Analysis of the demand for dermatological care in the immigrant population served by hospital Miguel Servet in Saragossa, Spain. *Actas Dermosifiliogr* 2008; 99(2):127-33
56. Taberner R, Nadal C, Llambrich A, Vila e I Torné A. Dermatology service utilization and reasons for consultation by Spanish and immigrant patients in the region served by Hospital Son Llätzer, Palma de Majorca, Spain. *Actas Dermosifiliogr* 2010; 101(4):323-9
57. Rodríguez Alvarez E, Lanborena Elordui N, Pereda Riguera C, Rodríguez Rodríguez A. Impacto en la utilización de los servicios sanitarios sociodemográficas, estilos de vida y autovaloración de la salud por parte de los de las variables colectivos de inmigrantes del país vasco, 2005. *Rev Esp Salud Publica* 2008; 82(2):209-20

58. Jansà JM, García de Olalla P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gac Sanit* 2004; 18 Suppl 1:207-13
59. Fuertes C, Martín Laso MA. The immigrant in primary care consultations. *An Sist Sanit Navar* 2006; 29 Suppl 1:9-25
60. Sais G. Epidemiología en las enfermedades dermatológicas en población negra. En: *Dermatología en pacientes de piel negra*. Badalona. *Euromedice ediciones médicas* 2008.
61. Junyent M, Núñez S, Miró O. Urgencias médicas del inmigrante adulto. Patología emergente de las migraciones sociales. *An Sist Sanit Navar* 2006; 29 Suppl 1:27-34
62. Clark RA, Rietschel RL. The cost of initiating appropriate therapy for skin diseases: a comparison of dermatologists and family physicians. *J Am Acad Dermatol* 1983; 9(5):787
63. Seidler AM, Pennie ML, Veledar E, Culler SD, Chen SC. Economic burden of melanoma in the elderly population: population-based analysis of the Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER)--Medicare data. *Arch Dermatol* 2010; 146(3):249-56.
64. Guy GP Jr, Ekwueme DU, Tangka FK, Richardson LC. Melanoma treatment costs: a systematic review of the literature, 1990-2011. *Am J Prev Med* 2012; 43(5):537-45
65. Badii, M. H., and J Castillo. "Probabilistic distributions of common use." *International Journal of Good Conscience (Daena)* 1, no. 4 (Marzo 2009): 149-178
66. Bartlett, M. S. "Properties of sufficiency and statistical tests." *Proceedings of the Royal Statistical Society*, 1937: 268-282
67. Daniel, Wayne W. *Bioestadística : base para el análisis de las ciencias de la salud*. Limusa Wiley, 2010
68. Levene, Howard H. "Contributions to Probability and Statistics: Essays in Honor of Harold Hotelling." *Stanford University Press*, n.d.: 278-292
69. R Clifford Blair, Richard A. Taylor. *Bioestadística*. Pearson Educación, 2008
70. Shapiro, Samuel S., and Martin B. Wilk. "An analysis of variance test for normality (complete samples)." *Biometrika*, 1965: 91-611
71. Documentación disponible en el repositorio: <http://cran.r-project.org>

---

## 7.1. ÍNDICE DE FIGURAS

---

Figura 01: QQplot de los residuos del modelo.....	49
Figura 02: Gráfico de los residuos respecto a la variable estimada por el modelo.....	50
Figura 03: Distribución de los pacientes por sexo.....	52
Figura 04: Distribución de los pacientes según nacionalidad.....	54
Figura 05: Distribución de los pacientes según su situación laboral.....	56
Figura 06: Actividades profesionales agrupadas.....	56
Figura 07: Distribución de las visitas según sea primera o sucesivas.....	58
Figura 08: Distribución de las visitas según duración.....	59
Figura 09: Distribución de las visitas según lugar.....	60
Figura 10: Derivación de los pacientes según destino.....	61
Figura 11: Histograma de frecuencia de casos según agrupación diagnóstica.....	63
Figura 12: Distribución de los pacientes según intervalos de duración del tratamiento (en días).....	69
Figura 13: Función de densidad del coste farmacológico total.....	72
Figura 14: Histograma de grupos de edad según sexo.....	74
Figura 15: Histograma de grupos de edad según grupo diagnóstico.....	76
Figura 16: Histograma del sexo de los pacientes según grupo diagnóstico.....	78
Figura 17: Histograma de frecuencias del coste farmacológico.....	80
Figura 18: Aproximación de la distribución del coste farmacológico a una distribución normal.....	81
Figura 19: Histograma de frecuencias del coste farmacológico.....	82
Figura 20: Histograma de frecuencias del logaritmo del coste farmacológico.....	82
Figura 21: Histograma de frecuencias del logaritmo del coste según grupos de edad.....	84
Figura 22: Histograma de frecuencias del logaritmo del coste según sexo.....	85



---

## 7.2. ÍNDICE DE TABLAS

---

Tabla 01: Análisis de varianza del coste farmacológico respecto al sexo .....	45
Tabla 02: Gráfico de medias del coste farmacológico por sexo.....	45
Tabla 03: Análisis de varianza del coste farmacológico respecto al grupo diagnóstico.....	47
Tabla 04: Modelos ANOVA considerados.....	48
Tabla 05: Coeficientes del modelo estimado.....	49
Tabla 06: Número y porcentaje de pacientes por sexo.....	52
Tabla 07: Estadísticos descriptivos de la edad de los pacientes.....	53
Tabla 08: Número, porcentaje y estadísticos descriptivos de pacientes por grupo de edad.....	53
Tabla 09: Número y porcentaje de pacientes según nacionalidad.....	55
Tabla 10: Número y porcentaje de pacientes según actividad.....	57
Tabla 11: Número y porcentaje de visitas según sean primera o sucesivas.....	58
Tabla 12: Estadísticos descriptivos de la duración de las visitas.....	58
Tabla 13: Número y porcentaje de visitas según duración.....	59
Tabla 14: Número y porcentaje de visitas según lugar.....	60
Tabla 15: Derivaciones del paciente según destino.....	60
Tabla 16: Estado del diagnóstico y descripción de la lesión elemental.....	62
Tabla 17: Agrupaciones diagnósticas.....	62
Tabla 18: Casos sin tratamiento y/o indicación por agrupación diagnóstica.....	65
Tabla 19: Frecuencia y porcentaje de las indicaciones incluidas en los tratamientos.....	66
Tabla 20: Frecuencia y porcentaje de las indicaciones según agrupación diagnóstica.....	67
Tabla 21: Fármacos con mayor número de prescripciones.....	68
Tabla 22: Estadísticos descriptivos de la duración del tratamiento (en días).....	68
Tabla 23: Distribución de los pacientes según intervalos de duración de tratamiento (en días).....	69
Tabla 24: Estadísticos descriptivos del coste farmacológico total en euros de los tratamientos.....	70

Tabla 25: Número de casos según coste farmacológico total.....	71
Tabla 26: Coste farmacológico total por grupo diagnóstico.....	72
Tabla 27: Frecuencia y porcentaje de casos por intervalos de edad según sexo.....	73
Tabla 28: Estadísticos descriptivos de la edad según sexo.....	73
Tabla 29: Número y porcentaje de pacientes por intervalos de edad según agrupaciones diagnósticas.....	75
Tabla 30: Frecuencia y porcentaje del sexo de los pacientes según agrupación diagnóstica.....	78
Tabla 31: Número de casos en cada grupo diagnóstico por sexo.....	79
Tabla 32: Frecuencia y porcentaje del número de tratamientos con y sin coste.....	79
Tabla 33: Estadísticos descriptivos del coste total del tratamiento según grupo de edad.....	83
Tabla 34: Estadísticos descriptivos del coste total del tratamiento según sexo de los pacientes.....	84
Tabla 35: Estadísticos descriptivos del coste total del tratamiento según agrupación diagnóstica.....	86
Tabla 36: Resultados del análisis de varianza (ANOVA).....	88

## 8. ANEXOS

---

### 8.1. ANEXO I

---

#### HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PACIENTES

MÉDICO DE FAMILIA:

SIP DEL PACIENTE:

#### **INVITACIÓN A PARTICIPAR EN EL ESTUDIO:**

Apreciado/a Sr/a:

Usted tiene una patología dermatológica, por lo que su médico, el Doctor/a \_\_\_\_\_, le invita a participar en un estudio que lleva por título **INCIDENCIA DE LA PATOLOGIA DERMATOLÓGICA EN ATENCIÓN PRIMARIA, ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y ATENCIÓN HOSPITALARIA.**

Antes de confirmar su participación en el estudio de investigación, es importante que entienda en qué consiste. Por favor, lea detenidamente este documento y haga todas las preguntas que le puedan surgir.

#### **OBJETIVO DEL ESTUDIO:**

El presente estudio pretende conocer cuál es la incidencia de la patología dermatológica en atención primaria, qué tratamientos se administran, cuánto tiempo se precisa hasta la resolución del proceso, y qué porcentaje de pacientes se derivan a nivel especializado.

En los tres niveles de atención sanitaria (Atención Primaria, Atención Especializada, Atención Hospitalaria) se medirá el tiempo de consulta que requiere este tipo de patología.

El objetivo final del estudio es efectuar un seguimiento y control de los pacientes que presentan patología dermatológica en los tres niveles asistenciales (Atención Primaria, Atención Especializada, Atención Hospitalaria) así como determinar cómo han sido tratados y en qué nivel asistencial.

#### **PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO:**

El médico investigador valorará si usted es un candidato adecuado para este estudio observacional (detección de patología y recogida de datos) basándose única y exclusivamente en que usted presente algún tipo de enfermedad de la piel.

Antes de que usted acepte participar en el estudio de investigación, el médico le explicará todos los detalles del estudio, asegurándose de que los comprende, y responderá a todas las dudas que le puedan surgir.

Si está de acuerdo en participar en el estudio, el médico le pedirá que dé su consentimiento informado, y se le entregará una copia del impreso de consentimiento informado para que lo guarde.

### **BENEFICIOS Y RIESGOS DEL ESTUDIO:**

Usted no obtendrá beneficios directos por su participación en el estudio, pero con él se obtendrá información importante sobre la incidencia de la patología dermatológica en atención primaria y qué porcentaje de pacientes son derivados a atención especializada.

Este estudio no conlleva riesgos para los participantes porque no va a alterar en ningún momento los diagnósticos, tratamientos y pautas de derivación habituales de su médico de atención primaria y /o especializada.

### **CONFIDENCIALIDAD:**

Si usted accede a colaborar en este estudio, debe saber que serán utilizados algunos datos sobre su salud los cuales serán incorporados a una base de datos informatizada sin su nombre. Sus documentos médicos podrían ser revisados por personas dependientes de las Autoridades Sanitarias, miembros de comités éticos independientes y otras personas designadas por ley para comprobar que el estudio se está llevando a cabo correctamente.

Sus datos serán objeto de un tratamiento disociado, de modo que la información que se obtenga no pueda asociarse a persona identificada o identificable. Todos sus datos se mantendrán estrictamente confidenciales, y exclusivamente los médicos intervinientes en el estudio (de atención primaria y/o especializada) conocerán su identidad.

Ningún dato personal que permita su identificación será accesible a ninguna persona que no sean los médicos intervinientes en el estudio, ni podrán ser divulgados por ningún medio, conservando en todo momento la confidencialidad médico-paciente (Ley de Protección de Datos 15 / 1999).

Los resultados del estudio serán recogidos y guardados de forma anónima y disociada, vinculándose a un código (número de paciente) o a las iniciales del paciente si fuera necesario, de manera que únicamente los médicos intervinientes en este estudio puedan conocer su identidad.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar a su Médico de Familia, que le atenderá con mucho gusto.

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, Sr./a. \_\_\_\_\_  
doy mi consentimiento para participar en el estudio  
INCIDENCIA DE LA PATOLOGÍA DERMATOLÓGICA EN ATENCIÓN PRIMARIA,  
ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y ATENCIÓN HOSPITALARIA.

Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el  
Dr. \_\_\_\_\_

Asimismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

En Paiporta, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

**PACIENTE**

**REPRESENTANTE LEGAL**

**MÉDICO DE FAMILIA**

**DNI**

**DNI**

**DNI**

## 8.2. ANEXO II

### FICHA DE RECOGIDA DE DATOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

FECHA DE LA VISITA:  MÉDICO FAMILIA:

TIPO DE VISITA: PRIMERA  SUCESIVA

VISITA EN: CONSULTA  DOMICILIO  DE URGENCIA

APELLIDOS Y NOMBRE: .....

Nº DE SIP:

SEXO: HOMBRE  MUJER  EDAD  AÑOS

SITUACIÓN LABORAL: ACTIVO  INACTIVO

PROFESIÓN: AMA DE CASA  JUBILADO  ESTUDIANTE   
OTROS / ESPECIFICAR:.....

NACIONALIDAD: ESPAÑOLA  OTROS/ESPECIFICAR:.....

---

DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN ELEMENTAL:.....  
.....

DIAGNÓSTICO DE PRESUNCIÓN:.....  
.....

TRATAMIENTO PAUTADO (INDICAR EL NOMBRE COMERCIAL):

1. ....

2. ....

TIEMPO RECOMENDADO DE TRATAMIENTO Y REVISIÓN:  DÍAS

TIEMPO UTILIZADO EN LA CONSULTA:  MINUTOS

DERIVACIÓN A: DOMICILIO   
CENTRO DE ESPECIALIDADES   
CONSULTAS EXTERNAS (HOSPITAL)

## 8.3. ANEXO III

### 8.3.1 LISTADO DE FÁRMACOS

FÁRMACO	Frec.	% sobre el total	Coste en euros
<b>URBASON 40 mg 1 AMPS</b>	<b>30</b>	<b>4.34</b>	<b>2.48</b>
ATARAX 25 mg 25 COMPS.	25	3.62	2.14
MUNTEL 5 mg 20 COMPS	21	3.04	9.24
POLARAMINE 2 mg 20 COMPS	21	3.04	3.34
PH 5 EUCERIN CREMA HIDRATANTE	19	2.75	9.99
SEBIPROX 1,5 % 100 ml CHAMPÚ	17	2.46	15.53
PEITEL CREMA 0,25 % TUBO 30 g	14	2.03	5.6
BETADINE SOLUCIÓN DÉRMICA AL 10 % FRASCO 125 ml	13	1.88	5.1
ELOCOM 0,1 % CREMA 60 g	12	1.74	11.47
LEXXEMA 0,1 % EMULSIÓN 50 g	12	1.74	11.44
POLARAMINE 5 mg / ml 5 AMPS	12	1.74	7.96
XAZAL 5 mg 20 COMPS	12	1.74	9.24
BATMEN CREMA 0,25 % TUBO 60 g	11	1.59	10.12
PERMETRINA OTC CREMA 5 % TUBO 70 g	11	1.59	17.03
ADVENTAN EMULSIÓN CUTÁNEA 0,1 % TUBO 50 g	10	1.45	11.44
CANESTEN 1 % CREMA 30 g	10	1.45	6.45
LACTISONA 2,5 % 60 CC LOCIÓN	9	1.30	9.8
MICOSONA CREMA 1% 60 g	9	1.30	14.67
PANFUNGOL SUSPENSIÓN 100 mg / 5 ml FRASCO 100 ml	9	1.30	6.45
DACORTIN 30 mg 30 COMPS	8	1.16	5.07
FLUCONAZOL MABO 150 mg 4 CÁPS	8	1.16	14.19
NOLOTIL 20 CÁPS	8	1.16	2.72
ODENIL UNAS SOLUCIÓN 5 % 5 ml	8	1.16	35.73
SULFATO DE COBRE AL 0,1 % CSP 250 CC	8	1.16	6.62
URBASON 20 mg 1 AMPS	8	1.16	2.29
DAIVOBET POMADA 60 g	7	1.01	55.87
CANADIOL 100 mg 18 CÁPS	6	0.87	23.88
DECLOBAN 0,05 % POMADA 30 g	6	0.87	2.64
FUCIDINE 2 % CREMA 30 g	6	0.87	6.4
PEITEL CREMA 0,25 % TUBO 60 g	6	0.87	10.12
VASPIT CREMA 60 g	6	0.87	14.99
ACICLOVIR MABO 5 % CREMA 2 g	5	0.72	8.5
AERIUS 5 mg 20 COMPS	5	0.72	11.32
CICLOCHEM 1 % CREMA 60 g	5	0.72	8.79
DAIVONEX 0,005 % CREMA 100 g	5	0.72	29.55
FLUCONAZOL ALTER 150 mg 1 CÁPS	5	0.72	3.54
FLUSPORAN 300 mg 30 ml SOLUCIÓN	5	0.72	7.31
LEXXEMA 0,1 % CREMA 30 g	5	0.72	5.74
PROTOPIC 0,1 % TUBO 30 g	5	0.72	40.95
ANACLOSIL 500 mg 30 CÁPS	4	0.58	5.82
ANTIVERRUGAS ISDIN FRASCO 20 ml.	4	0.58	6.72
CLOVATE CREMA 0,05 % TUBO 30 g	4	0.58	2.61
DOXITEN BIO 100 mg 12 CÁPS	4	0.58	3.12
HONGOSERIL 100 mg 18 CÁPS	4	0.58	23.88
HONGOSERIL 6 CÁPS	4	0.58	7.96
JOSAMINA 500 mg 20 COMPS	4	0.58	11.74
LAMISIL TÓPICO 1 % CREMA 30 g	4	0.58	10.79
LEVELINA 1 % CREMA 30 g	4	0.58	6.04
LEXXEMA 0,1 % CREMA TUBO 60 g	4	0.58	10.44

(CONTINUACIÓN...)	Frec.	% del total	Coste en Euros
LOCETAR UNAS 5 % SOLUCIÓN 5 ml	4	0.58	35.73
MICETAL 1 % CREMA 60 g	4	0.58	13.5
MICETAL SOLUCIÓN DÉRMICA 30 ml	4	0.58	7.31
MYCOSTATIN 60 ml SUSPENSIÓN	4	0.58	3.12
ODENIL 0.25 % CREMA TUBO 20 g	4	0.58	7.45
PEITEL SOLUCIÓN 0,25 % FRASCO 60 ml	4	0.58	10.12
VALTRES 1 g 21 COMPS	4	0.58	116.82
ALERGOLIBER 10 mg 20 COMPS	3	0.43	11.63
AUGMENTINE 500 mg 24 COMPS	3	0.43	6.15
AUGMENTINE 875 mg 12 COMPS	3	0.43	5.37
BACTROBAN 2 % POMADA 30 g	3	0.43	9.38
BETA-MICOTER CREMA 30 g	3	0.43	5.18
CELESTODERM V 0,1 % CREMA 60 g	3	0.43	3.83
CICLOCHEM 1 % CREMA 30 g	3	0.43	4.79
CICLOCHEM UNAS SOLUCIÓN 8 % 3 g	3	0.43	14.55
DAKTARIN TÓPICO CREMA 2 % 40 g	3	0.43	3.36
DIPRODERM 0,05 % SOLUCIÓN 60 ml	3	0.43	4.92
DIPROGENTA CREMA 60 g	3	0.43	15
ELOCOM PLUS 45 g POMADA.	3	0.43	10.12
FUCIDINE 250 mg 12 COMPS	3	0.43	11.75
FURACIN POMADA 100 g	3	0.43	4.53
LACTISONA 1 % LOCIÓN 60 ml	3	0.43	6.85
LAURIMIC 600 mg 1 ÓVULO	3	0.43	3.47
LEDERPAX 2 % 60 TOALLITAS	3	0.43	2.97
LINITUL APÓSITOS 8,5 x 10 cm 20 U	3	0.43	6
MEDEBIOTIN FUERTE 5 mg 40 COMPS	3	0.43	3.78
ORBENIN 500 mg 12 CÁPS	3	0.43	2.95
PEITEL UNGÜENTO 0,25 % 60 g	3	0.43	10.12
PEROXIBEN AL 10 % PLUS GEL 60 g	3	0.43	13.91
PEROXIBEN AL 5 % LIMPIADOR EMULSION 150 g	3	0.43	7.27
PLASIMINE 2 % CREMA 30 g	3	0.43	9.38
PROTOPIC 0,03 % TUBO 30 g	3	0.43	36.47
ROSALGIN 20 SOBRES	3	0.43	6.78
RUPAFIN 10 mg 20 COMPS	3	0.43	11.63
TERBINAFINA ALTER 250 mg 28 COMPS	3	0.43	16.88
VACUNA ANTITETÁNICA	3	0.43	2.19
VERUFIL SOLUCIÓN 15 ml	3	0.43	4.64
ACICLOVIR ALTER 800 mg 35 COMPS	2	0.29	53.03
ACICLOVIR MABO 200 mg 25 COMPS	2	0.29	9.83
ALDARA 5 % CREMA 250 mg 12 SOBRES	2	0.29	83.96
AUGMENTINE PLUS 1000 / 62,5 mg 28 COMPS	2	0.29	18.33
BIOSELENIUM 2,5 % SUSPENSION 100 ml	2	0.29	6.7
DALACIN TÓPICO 1 % SOLUCIÓN 30 ml	2	0.29	3.65
DICLOFENACO LLORENS 50 mg 40 COMPS	2	0.29	2.4
EBASTINA ALTER 10 mg 20 COMPS	2	0.29	4.43
ELIDEL 1 % CREMA 30 g	2	0.29	38.68
GINE-CANESTEN 500 mg 1 COMPS	2	0.29	6.45
KETOCONAZOL UR 2 % GEL 100 g	2	0.29	3.15
KETOISDIN GEL 2 % ENVASE 100 ml	2	0.29	6.45
LACOVIN SOLUCIÓN 2 % 60 ml	2	0.29	12.49
LAMISIL 250 mg 28 COMPS	2	0.29	27.35
LAMISIL SPRAY 1 % 30 ml	2	0.29	12.19
MENADERM CLIO CREMA TUBO 60 g	2	0.29	3.87
METRONIDAZOL 2 % GEL 60 ml	2	0.29	3.45
PANFUNGOL 2 % CREMA 30 g	2	0.29	3.89

(CONTINUACIÓN...)	Frec.	% sobre el total	Coste en euros
PANTOMICINA ES 500 mg 12 COMPS	2	0.29	4.12
PERMANGANATO POTÁSICO 1 / 10.000 CSP 250 CC	2	0.29	6.62
ROZEX 0,75 % GEL 30 g	2	0.29	5.37
SILVEDERMA 1 % CREMA 50 g	2	0.29	2.69
TERMALGIN 650 mg 20 COMPS	2	0.29	0.97
TROSID UNAS SOLUCIÓN 28 % 12 ml.	2	0.29	23.21
ULTRALAM M CREMA 0,2 % 60 g	2	0.29	5.01
VECTAVIR 1 % CREMA TUBO 2 g	2	0.29	8.5
VERRUPATCH 6 mm 20 PARCHES	2	0.29	12.43
ZOVIRAX 2 % CREMA TUBO 2 g	2	0.29	2.79
ACABEL RAPID 8 mg 30 COMPS	1	0.14	11.3
ACICLOVIR BEXAL 5 % CREMA 2 g	1	0.14	1.75
ACICLOVIR EDIGEN 200 mg 25 COMPS	1	0.14	9.83
ACICLOVIR STADA CREMA 5 % TUBO 15 g	1	0.14	7.37
BACTROBAN 2 % POMADA 15 g	1	0.14	4.75
BATMEN 0,25 % SOLUCIÓN CON APLICADOR	1	0.14	10.55
BETHAMOUSSE 0,1 % ESPUMA 100 g.	1	0.14	10.12
BETNOVATE 0,1 % SOLUCIÓN CAPILAR 60 ml	1	0.14	2.98
BONALFA 0,0004 % POMADA 50 g	1	0.14	26.77
CELESEMINE 30 GRAGEAS	1	0.14	11.3
CETIRIZINA SANDOZ 10 mg 20 COMPS	1	0.14	3.12
CICLOCHEM SPRAY 30 ml	1	0.14	4.48
CLINWAS TÓPICO GEL 1 % 30 g	1	0.14	3.12
CLORHEXIDINA SOLUCION JABONOSA 4 % FRASCO 500 ml	1	0.14	6.68
CRISTALMINA SOLUCION 1 % FRASCO 125 ml	1	0.14	10.5
DAIVONEX 0,005 % SOLUCIÓN 60 ml	1	0.14	24.13
DAKTARIN 2 % GEL ORAL 40 g	1	0.14	2.95
DERIPIL SOLUCIÓN AL 2 % FRASCO CON 70 ml	1	0.14	2.83
DERMOFIX 2 % POLVO 30 g	1	0.14	6.65
DERMOSEPTIC 2 % POLVO CUTÁNEO 30 g	1	0.14	6.65
DEXA-TAVEGIL 20 COMPS	1	0.14	5.23
DIFLUCAN 50 mg 7 CÁPS	1	0.14	11.82
DOXICLAT 100 mg 28 COMPS	1	0.14	6.37
EBASTEL 20 mg 20 COMPS	1	0.14	12.64
EBASTEL FORTE 20 mg 20 COMPS	1	0.14	12.64
EBERNET 1 % CREMA 30 g	1	0.14	10.46
FARMAPROINA 2.400.000 UI/ml 1 VIAL	1	0.14	4.38
FERBISOL 100 mg 50 CÁPS	1	0.14	13.57
FLUCONAZOL MABO 100 mg 7 CÁPS	1	0.14	16.45
FLUCONAZOL MABO 50 mg 7 CÁPS	1	0.14	8.27
FLUCONAZOL NORMON 100 mg 7 CÁPS	1	0.14	16.45
FOMENE 20 SOBRES	1	0.14	6.78
FÓRMULA MAGISTRAL (HIDRÓXIDO POTÁSICO SOLUCIÓN 50 %)	1	0.14	15
FORMULA MAGISTRAL (Oxido de Zinc 25 %, Talco de Venecia 25 %, Agua Destilada 20 %, Azufre precipitado 10 %, csp 100 g)	1	0.14	30
FÓRMULA MAGISTRAL (Urea 5 %, Lanolia 7 %, Mentol 0,5 %, Alcanfor 0,5 %, Acetónido de Triamcinolona 0,1 %, Excipiente o/w 250 g)	1	0.14	37
HEMOVAS 400 mg 60 GRAGEAS	1	0.14	8.85
IBUPROFENO ALTER 600 mg 40 COMPS	1	0.14	1.98
IDALPREM 1 mg 30 COMPS	1	0.14	1.67
INDONILO 50 mg 24 CÁPS	1	0.14	2.86
INTRASITE GEL 5 UNIDADES	1	0.14	44.29
ISDINIUM CREMA 0,1 % 30 g	1	0.14	4.15
ITRACONAZOL ALTER 100 mg 18 CÁPS	1	0.14	16.72
ITRACONAZOL ALTER 100 mg 6 CÁPS	1	0.14	5.57



KETOCONAZOL CINFA 2 % GEL 100 g	1	0.14	3.15
<b>(CONTINUACIÓN...)</b>	<b>Frec.</b>	<b>% sobre el total</b>	<b>Coste en euros</b>
KETOISDIN CREMA 30 g	1	0.14	3.89
LODERM 2 % SOLUCIÓN 70 ml	1	0.14	3.45
MEPILEX APÓSITO ESTÉRIL 10 x 20 CAJA 3 UNIDADES	1	0.14	21.51
NEOBRUFEN 400 mg 30 COMPS	1	0.14	3.12
NERVINEX 7 COMPS	1	0.14	116.82
NUTRACEL POMADA 50 g	1	0.14	3.09
OMEPRAZOL MABO 20 mg 28 CÁPS	1	0.14	2.95
PANTODRIN SOLUCIÓN 2 % 70 ml	1	0.14	3.45
PARACETAMOL SANDOZ 500 mg 20 COMPS	1	0.14	0.67
PEROXIBEN AL 10 % LIMPIADOR EMULSIÓN 150 g	1	0.14	14.61
PROPECIA 1 mg 28 COMPS	1	0.14	48.82
PROTECTOR SOLAR ISDIN EXTREM 50 +	1	0.14	20.2
SALONGO 1 % CREMA 30 g	1	0.14	5.04
SULFATO DE ZINC AL 0,1 % CSP 250 CC	1	0.14	6.62
SUNIDERMA POMADA 30 g	1	0.14	3.36
TALQUISTINA POLVO 50 g	1	0.14	5.95
TARDYFERON 30 COMPS.	1	0.14	2.87
TAVEGIL 1 mg 20 COMPS	1	0.14	1.67
TELFAS 180 mg 20 CÁPS	1	0.14	7.7
TINADERM CREMA 1 % 30 g	1	0.14	3.89
TIOFULVIN 28 % SOLUCÓN CUTÁNEA	1	0.14	16.25
TROSID CREMA 1 % TUBO 30 g	1	0.14	6.79
UREADIN 5 % CREMA 250 ml	1	0.14	14.04
VASPIT CREMA 30 g	1	0.14	7.99
VITACRECIL COMPLEX 90 CÁPS	1	0.14	21.29
ZAMENE 30 mg 10 COMPS	1	0.14	13.69
ZENTAVION 1 g 1 SOBRE	1	0.14	6.07
ZINCATION 1 % SOLUCIÓN 125 ml	1	0.14	6.92
ZINERYT SOLUCIÓN 70 ml	1	0.14	3.45
ZINNAT 500 mg 12 COMPS	1	0.14	16.8
ZITROMAX 1000 mg 1 SOBRE	1	0.14	6.07
<b>Total general</b>	<b>691</b>	<b>100</b>	

Fuente: Elaboración propia

## 8.3.2 DIAGNÓSTICOS Y AGRUPACIONES DIAGNÓSTICAS

	Frecuencia	% grupo	% del total
<b>01. TRASTORNOS DEL FOLICULO PILO-SEBACEO Y GLANDULAS ECRINAS Y APOCRINAS</b>	<b>42</b>		<b>8.08</b>
ACNE CONGLOBATA GRAVE	5	11.90	
ACNE POLIMORFO LEVE - MODERADO	1	2.38	
ACNE POLIMORFO MODERADO - SEVERO	1	2.38	
ACNE ROSÁCEA	5	11.90	
ACNE VULGAR	1	2.38	
ACNE VULGAR GRAVE	1	2.38	
ACNE VULGAR LEVE	9	21.43	
ALOPECIA ANDROGENETICA	1	2.38	
ALOPECIA AREATA	1	2.38	
ALOPECIA AREATA BARBA	1	2.38	
ALOPECIA DIFUSA INESPECIFICA	1	2.38	
ALOPECIA DIFUSA POR ANEMIA FERROPENICA	3	7.14	
HIDRADENITIS AXILAR	2	4.76	
HIDRADENITIS AXILAR BILATERAL	1	2.38	
HIDRADENITIS AXILAR DERECHA	1	2.38	
HIDRADENITIS INGUINAL	4	9.52	
HIDRADENITIS PERINEAL	1	2.38	
HIDRADENITIS UMBILICAL	1	2.38	
SUDAMINA MILIAR	2	4.76	
<b>02. ENFERMEDADES BACTERIANAS</b>	<b>19</b>		<b>3.65</b>
CELULITIS MEJILLA DERECHA	1	5.26	
CELULITIS MMII	1	5.26	
ECCEMA SOBREINFECTADO NASAL	1	5.26	
ERISPELA HEMICARA DERECHA	1	5.26	
ERITRASMA INGUINAL	1	5.26	
FOLICULITIS AMBAS PIERNAS	3	15.79	
FORUNCULO INGLE IZQUIERDA	1	5.26	
FORUNCULO INGUINAL	2	10.53	
FORUNCULO NALGA IZQUIERDA	1	5.26	
IMPETICO PABELLON AURICULAR	1	5.26	
IMPETIGO AMPOLLOSO AMBAS PIERNAS	1	5.26	
IMPETIGO CONTAGIOSO	1	5.26	
PANADIZO 2º DEDO MANO DERECHA	1	5.26	
QUEILITIS ANGULAR vs BOQUERAS	1	5.26	
VULVOVAGINITIS AGUDA	2	10.53	
<b>03. DERMATOSIS FUNGICAS (MICOSIS)</b>	<b>105</b>		<b>20.19</b>
BALANITIS CANDIDIASICA	5	4.76	
CANDIDIASIS ORAL	6	5.71	
CANDIDIASIS VULVAR Y VAGINAL	4	3.81	
ECCEMA IRRITATIVO SUBMAMARIO	2	1.90	
ECCEMA MARGINADO DE HEBRA BILATERAL	2	1.90	
INTERTRIGO CANDIDIASICO	2	1.90	
INTERTRIGO CANDIDIASICO INGUINAL	2	1.90	
INTERTRIGO CANDIDIASICO INTERGLUTEO	2	1.90	
INTERTRIGO CANDIDIASICO INTERMAMARIO	1	0.95	
INTERTRIGO CANDIDIASICO SUBMAMARIO	7	6.67	
ONICOMICOSIS 1º DEDO PIE DERECHO	3	2.86	
ONICOMICOSIS AMBAS MANOS	6	5.71	

(CONTINUACIÓN)	Frecuencia	% grupo	% del total
ONICOMICOSIS AMBOS PIES	9	8.57	
ONICOMICOSIS PIE IZQUIERDO	1	0.95	
ONICOMICOSIS SUBUNGUEAL AMBOS PIES	2	1.90	
PITIRIASIS VERSICOLOR	20	19.05	
TIÑA BARBAE	1	0.95	
TIÑA CAPITIS	2	1.90	
TIÑA CORPORIS	6	5.71	
TIÑA CORPORIS vs HERPES CIRCINADO	1	0.95	
TIÑA CRURIS	2	1.90	
TIÑA PEDIS vs PIE DE ATLETA	16	15.24	
TIÑA PEDIS vs PIE DE ATLETA BILATERAL	2	1.90	
TIÑA PEDIS vs PIE DE ATLETA PIE DERECHO	1	0.95	
<b>04.DERMATOSIS VIRICAS</b>	<b>47</b>		<b>9.04</b>
HERPES SIMPLE TIPO 1 ESPALDA	1	2.13	
HERPES SIMPLE TIPO 1 LABIAL	10	21.28	
HERPES ZOSTER CIATICO DERECHO	1	2.13	
HERPES ZOSTER DORSAL	1	2.13	
HERPES ZOSTER INTERCOSTAL DERECHO	4	8.51	
HERPES ZOSTER LUMBAR	1	2.13	
MOLLUSCUM CONTAGIOSUM MMII	2	4.26	
VARICELA	1	2.13	
VERRUGA VULGAR RODILLA DERECHA	1	2.13	
VERRUGAS VULGARES	22	46.81	
VERRUGAS VULGARES ALREDEDOR DEL CUELLO	1	2.13	
VERRUGAS VULGARES MANO Y BRAZO DERECHO	1	2.13	
VERRUGAS VULGARES PLANAS	1	2.13	
<b>05.INFESTACIONES, PICADURAS Y MORDEDURAS</b>	<b>25</b>		<b>4.81</b>
PEDICULOSIS CAPITIS	1	4.00	
PEDICULOSIS PUBIS	6	24.00	
PICADURA DE INSECTO (AVISPA)	2	8.00	
PICADURAS DE INSECTO	8	32.00	
PICADURAS DE INSECTO AMBAS PIERNAS	1	4.00	
PICADURAS DE INSECTO AMBOS PIES	1	4.00	
PICADURAS DE INSECTO MULTIPLES	2	8.00	
SARNA	2	8.00	
SARNA GENITAL	1	4.00	
SARNA INTERDIGITAL Y AMBAS MUNECA	1	4.00	
<b>06.INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL</b>	<b>8</b>		<b>1.54</b>
CONDILOMAS ACUMINADOS PERINEALES	4	50.00	
HERPES SIMPLE GENITAL	1	12.50	
SIFILIS GENITAL PRIMARIA	1	12.50	
URETRITIS GONOCOCCICA	2	25.00	
<b>07.TUMORES EPITELIALES BENIGNOS</b>	<b>21</b>		<b>4.04</b>
ACROCORDONES ALREDEDOR DEL CUELLO	4	19.05	
ACROCORDONES ALREDEDOR DEL CUELLO, NEVUS DORSAL	1	4.76	
FIBROMA BLANDO PARIETAL DERECHO	1	4.76	
NEOPLASIA BENIGNA DE LA PIEL	1	4.76	
QUERATOFIBROMA HOMBRO IZQUIERDO	1	4.76	
QUERATOSIS SEBORREICA	4	19.05	
QUERATOSIS SEBORREICA CUERO CABELLUDO	6	28.57	
QUERATOSIS SEBORREICA ESPALDA	1	4.76	
QUERATOSIS SEBORREICA FACIAL	1	4.76	
QUERATOSIS SEBORREICA SIEN DERECHA	1	4.76	
<b>08.PRENCANCER Y CANCER CUTANEO NO MELANOMA</b>	<b>18</b>		<b>3.46</b>
CARCINOMA BASOCELULAR	4	22.22	
CARCINOMA BASOCELULAR LOBULO DE LA OREJA	1	5.56	

(CONTINUACIÓN)	Frecuencia	% grupo	% del total
CARCINOMA EPIDERMÓIDE MEJILLA	1	5.56	
CARCINOMA ESPINOCELULAR CARA	1	5.56	
QUERATOACANTOMA, CARCINOMA ESPINOCELULAR	2	11.11	
QUERATOSIS ACTÍNICA	2	11.11	
QUERATOSIS ACTÍNICA CUERO CABELLUDO Y CARA	2	11.11	
QUERATOSIS ACTÍNICA FACIAL	3	16.67	
QUERATOSIS ACTÍNICA FRENTE Y CUERO CABELLUDO	1	5.56	
QUERATOSIS SEBORREICA CARA	1	5.56	
<b>09.TUMORES MELANOCÍTICOS</b>	<b>14</b>		<b>2.69</b>
NEVUS ACANTOCÍTICO CORPORAL	2	14.29	
NEVUS ANGIOMATOSO DORSO-LUMBAR	1	7.14	
NEVUS MELANOCÍTICO	2	14.29	
NEVUS MELANOCÍTICO MAMARIO	1	7.14	
NEVUS MELANOCÍTICOS MÚLTIPLES	2	14.29	
NEVUS NO NEOPLÁSICO	6	42.86	
<b>10.DERMATOSIS INFLAMATORIAS</b>	<b>165</b>		<b>31.73</b>
<b>10.1.- Eritemato-descamativas</b>	<b>63</b>	<b>38.18</b>	
DERMATITIS ERITEMATOESCAMOSA	4		
DERMATITIS ERITEMATOESCAMOSA AMBOS ANTEBRAZOS	1		
DERMATITIS SEBORREICA CUERO CABELLUDO	25		
DERMATITIS SEBORREICA CUERO CABELLUDO Y CARA	3		
DERMATITIS SEBORREICA CUERO CABELLUDO Y SURCO NASOGENIANO	1		
DERMATITIS SEBORREICA FACIAL	3		
ECCEMA CAE BILATERAL	1		
ECCEMA SEBORREICO FACIAL	2		
ECCEMA SURCO NASOGENIANO	1		
LIQUEN PLANO	1		
PITIRIASIS ROSADA	6		
PSORIASIS EN GOTAS AMBAS PIERNAS	1		
PSORIASIS EN PLACAS O VULGAR	6		
PSORIASIS EN PLACAS O VULGAR AMBAS PIERNAS	2		
PSORIASIS EN PLACAS O VULGAR CODO IZQUIERDO	1		
PSORIASIS EN PLACAS O VULGAR CUERO CABELLUDO Y CODOS	1		
PSORIASIS EN PLACAS O VULGAR EN CODOS Y PIERNAS	1		
PSORIASIS VULGAR AMBAS MANOS	1		
PSORIASIS VULGAR OCCIPITAL Y AMBAS RODILLAS	1		
PSORIASIS VULGAR PIERNA IZQUIERDA	1		
<b>10.2.- Alteraciones de la reactividad de origen externo</b>	<b>36</b>	<b>21.82</b>	
DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO AMBAS MANOS	4		
DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO AMBAS MANOS	2		
DERMATITIS DE CONTACTO AMBAS MANOS	3		
DERMATITIS DE CONTACTO NASAL	1		
DERMATITIS IRRITATIVA AMBOS BRAZOS	1		
DERMATITIS IRRITATIVA DE CONTACTO AMBAS MANOS	1		
DERMATITIS IRRITATIVA FACIAL	1		
DERMATITIS IRRITATIVA MAMA DERECHA	1		
DERMATITIS IRRITATIVA POR CONTACTO AMBAS MANOS	1		
DERMATITIS POR CONTACTO AMBAS MANOS	5		
ECCEMA AGUDO	1		
ECCEMA DE CONTACTO AMBAS MANOS	1		
ECCEMA DISHIDRÓTICO AMBAS MANOS	5		
ECCEMA DISHIDRÓTICO AMBOS PIES	1		
ECCEMA DISHIDRÓTICO CUELLO, AXILAS Y FLEXURA DE AMBOS CODOS	1		
ECCEMA EN MANOS, CUERPO, Y PIES	1		
ECCEMA IRRITATIVO DE CONTACTO	1		
ECCEMA IRRITATIVO DE CONTACTO AMBAS MANOS	1		

(CONTINUACIÓN)	Frecuencia	% grupo	% del total
ECCEMA IRRITATIVO DE CONTACTO AMBAS PIERNAS	1		
ECCEMA IRRITATIVO SOBREINFECTADO AMBOS BRAZOS	1		
ECCEMA DISHIDRÓTICO AMBAS MANOS	1		
HIPERQUERATOSIS PALMA MANO IZQUIERDA	1		
<b>10.3.Alteraciones de la reactividad de origen interno</b>	<b>66</b>	<b>40.00</b>	
<b>10.3.1.- Dermatitis atópica</b>	21		
DERMATITIS ATÓPICA AMBAS PIERNAS	2		
DERMATITIS ATÓPICA CODOS	1		
DERMATITIS ATÓPICA DE LAS MANOS SOBREINFECTADA	1		
DERMATITIS ATÓPICA EN HUECO POPLITEO BILATERAL	1		
DERMATITIS ATÓPICA FACIAL	7		
DERMATITIS ATÓPICA PERIBUCAL	1		
ECCEMA ATÓPICO SOBREINFECTADO EN TRONCO Y BRAZOS	1		
ECCEMA CRÓNICO AMBAS PIERNAS	1		
ECCEMA CRÓNICO DIFUSO	2		
ECCEMA NUMULAR AMBAS PANTORRILLAS	1		
ECCEMA NUMULAR O DISCOIDE	2		
PITIRIASIS ALBA AMBAS MEJILLAS	1		
<b>10.3.2.- Urticaria y angioderma</b>	45		
ANGIOEDEMA PALPEBRAL, OREJAS Y LABIOS	2		
URTICARIA ACUAGÉNICA CORPORAL	1		
URTICARIA AGUDA	1		
URTICARIA AGUDA - TOXICODERMIA POR CONDROITIN SULFATO	1		
URTICARIA AGUDA - TOXICODERMIA POR DICLOFENACO	1		
URTICARIA AGUDA ALIMENTARIA (ALMENDRAS)	1		
URTICARIA AGUDA ALIMENTARIA (CACAO, ALMENDRAS)	1		
URTICARIA AGUDA ALIMENTARIA (CHOCOLATE)	1		
URTICARIA AGUDA ALIMENTARIA (MARISCO)	2		
URTICARIA AGUDA ALIMENTARIA (MELOCOTÓN)	1		
URTICARIA AGUDA EN GESTANTE DE 36 SEMANAS	1		
URTICARIA AGUDA IDIOPÁTICA	23		
URTICARIA AGUDA vs TOXICODERMIA POR AINEs (ACECLOFENACO)	1		
URTICARIA AGUDA vs TOXICODERMIA POR AINEs (CELECOXIB)	1		
URTICARIA AGUDA vs TOXICODERMIA POR AINEs (DICLOFENACO)	1		
URTICARIA AGUDA vs TOXICODERMIA POR AINEs (IBUPROFENO)	1		
URTICARIA AGUDA vs TOXICODERMIA POR AINEs (PIROXICAM)	1		
URTICARIA AGUDA vs TOXICODERMIA POR CIPROFLOXACINO	1		
URTICARIA AGUDA vs TOXICODERMIA POR NEUROMADE FUERTE®	1		
URTICARIA AGUDA vs TOXICODERMIA POR SULFAMIDAS	1		
URTICARIA CRÓNICA IDIOPÁTICA	1		
<b>11.DERMATOSIS POR AGENTES FÍSICOS</b>	<b>14</b>		<b>2.69</b>
ERITEMA SOLAR	3	21.43	
QUEMADURA DE 1º GRADO AMBOS GLUTEOS	1	7.14	
QUEMADURA DE 1º GRADO ANTEBRAZO DERECHO	1	7.14	
QUEMADURA DE 1º GRADO ANTEBRAZO IZQUIERDO	2	14.29	
QUEMADURA DE 1º GRADO MANO DERECHA	1	7.14	
QUEMADURA DE 1º GRADO MUNECA DERECHA	1	7.14	
QUEMADURA DE 2º GRADO ABDOMINAL	1	7.14	
QUEMADURA DE 2º GRADO AMBAS MANOS	2	14.29	
REACCION DE FOTOSENSIBILIDAD	1	7.14	
ULCERA POR DECUBITO SACRA , FISURACION TALON DERECHO	1	7.14	
<b>12.OTROS DIAGNOSTICOS</b>	<b>32</b>		<b>6.15</b>
CALLOSIDAD PIE DERECHO	2	6.25	
CLOASMA GRAVIDICO FACIAL	2	6.25	
DERMATITIS POR ESTASIS VENOSO MMII	9	28.13	
ERITEMA NODOSO PRETIBIAL	1	3.13	

<b>(CONTINUACIÓN)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>% grupo</b>	<b>% del total</b>
ESCLERODERMIA CIRCUNSCRITA	2	6.25	
FITOFOTODERMATITIS AMBOS BRAZOS (HIGUERA)	1	3.13	
FITOFOTODERMATITIS AMBOS BRAZOS Y TRONCO (HIGUERA)	1	3.13	
LIQUEN ESCLEROATROFICO	1	3.13	
LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO	1	3.13	
MORFEA NALGA DERECHA	1	3.13	
MORFEA SUBMAMARIA	1	3.13	
PRURIGO	2	6.25	
PRURIGO NODULAR	1	3.13	
PRURITO SINE MATERIAE	4	12.50	
VASCULITIS POR ESTASIS VENOSO MMII	1	3.13	
VITILIGO	1	3.13	
VITILIGO MANOS, ZONA PERINEAL Y PIES	1	3.13	
<b>PENDIENTE</b>	<b>10</b>		<b>1.92</b>
<b>Total general</b>	<b>520</b>		


### 8.3.3 AGRUPACION DE PROFESIONES EN SECTORES DE ACTIVIDAD

	Frec.	% sector	% total		Frec.	% sector	% total
<b>ADMINISTRACION</b>	<b>44</b>		<b>8.46</b>	<b>INACTIVO</b>	<b>256</b>		<b>49.23</b>
ADMINISTRATIVA/O	39	88.64	7.50	AMA DE CASA	101	39.45	19.42
ECONOMISTA	1	2.27	0.19	ESTUDIANTE	45	17.58	8.65
EMPLEADA DE BANCA	1	2.27	0.19	JUBILADO	110	42.97	21.15
INFORMATICO	2	4.55	0.38	<b>INDUSTRIAL</b>	<b>30</b>		<b>5.77</b>
INVESTIGADORA	1	2.27	0.19	EBANISTA	3	10.00	0.58
<b>AGRICULTURA</b>	<b>10</b>		<b>1.92</b>	ELECTRICISTA	6	20.00	1.15
AGRICULTOR	5	50.00	0.96	ESCAVOLISTA	1	3.33	0.19
CUIDADOR CABALLOS	1	10.00	0.19	FABRICA DE PINTURAS	1	3.33	0.19
GUARDA FORESTAL	1	10.00	0.19	FONTANERO	3	10.00	0.58
JARDINERA/O	3	30.00	0.58	FORJADOR DE METALES	1	3.33	0.19
<b>ALIMENTACION</b>	<b>16</b>		<b>3.08</b>	FRESADOR	1	3.33	0.19
CAMARERA/O	4	25.00	0.77	FRIGORISTA	2	6.67	0.38
CHARCUTERA	2	12.50	0.38	INDUSTRIAL	1	3.33	0.19
COCINERA/O	6	37.50	1.15	INSTALADOR AIRE AC.	1	3.33	0.19
HOSTELERIA	1	6.25	0.19	MARQUETERIA	1	3.33	0.19
MANIP. DE ALIMENTOS	1	6.25	0.19	MATRICERO	1	3.33	0.19
PANADERO	2	12.50	0.38	MECANICO	2	6.67	0.38
<b>COMERCIO</b>	<b>47</b>		<b>9.04</b>	MONTADOR	1	3.33	0.19
AUTONOMO	11	23.40	2.12	PINTOR	2	6.67	0.38
COMERCIAL	11	23.40	2.12	PROD. QUIMICOS	2	6.67	0.38
DEPENDIENTA	12	25.53	2.31	TEXTIL	1	3.33	0.19
EMPLEADO GASOLINERA	3	6.38	0.58	<b>LIMPIEZA</b>	<b>22</b>		<b>4.23</b>
GERENTE TAPICERA	2	4.26	0.38	BARRENDERO	1	4.55	0.19
PROMOTORA	2	4.26	0.38	CONSERJE	1	4.55	0.19
VENDEDOR AMBULANTE	6	12.77	1.15	LIMPIADORA	20	90.91	3.85
<b>CONSTRUCCION</b>	<b>21</b>		<b>4.04</b>	<b>LOGISTICA</b>	<b>31</b>		<b>5.96</b>
ALBANIL	1	4.76	0.19	ALMACENISTA	9	29.03	1.73
DECORADORA	1	4.76	0.19	CARTERA	1	3.23	0.19
ENCOFRADOR	5	23.81	0.96	CONDUCTOR	15	48.39	2.88
MAESTRO DE OBRAS	1	4.76	0.19	ENCAJADORA	3	9.68	0.58
PEON	13	61.90	2.50	REPARTIDOR	3	9.68	0.58
<b>EDITORIAL</b>	<b>9</b>		<b>1.73</b>	<b>PELU_ESTETICA</b>	<b>8</b>		<b>1.54</b>
ARTES GRAFICAS	2	22.22	0.38	ESTETICISTA	1	12.50	0.19
DISEÑADOR	2	22.22	0.38	PELUQUERA/O	7	87.50	1.35
ENCUADERNADOR	4	44.44	0.77	<b>SANIDAD</b>	<b>10</b>		<b>1.92</b>
FOTÓGRAFO	1	11.11	0.19	ENFERMERÍA	6	60.00	1.15
<b>EDUCACION</b>	<b>11</b>		<b>2.12</b>	AUX. GERIÁTRICA	2	20.00	0.38
MAESTRA/O INFANTIL	7	63.64	1.35	CURANDERA	2	20.00	0.38
PROF. AUTOESCUELA	1	9.09	0.19	<b>SEGURIDAD</b>	<b>5</b>		<b>0.96</b>
PROF. DANZA	2	18.18	0.38	POLICIA LOCAL	1	20.00	0.19
TRABAJADORA SOCIAL	1	9.09	0.19	VIGILANTE	4	80.00	0.77
<b>Total general</b>					<b>520</b>		<b>100.00</b>

Fuente: Elaboración propia

## 9. PUBLICACIONES

### PRESENTACIÓN DE COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER EN JDA: JORNADA DE DIVULGACIÓ I APLICACIÓ DE L'ESTADÍSTICA: 25/09/2013 VALÈNCIA.



#### LA ESTADÍSTICA Y LA INVESTIGACIÓN DEL COSTE EN DERMATOLOGÍA

Belén García-Cárceles <sup>(1)</sup>, Dr. Ricardo Salcedo Casabán <sup>(2)</sup>, Dr. Juan José Vilata Corell <sup>(3)</sup>.

(1) Facultad de Economía de la Universitat de València, (2) Médico de Familia de Equipo de Atención Primaria, (3) Catedrático de Dermatología en la Facultad de Medicina de la Universitat de València.

#### INTRODUCCIÓN

La relación entre el coste monetario de los tratamientos y la tipología de los mismos está a la orden del día, sobre todo en el contexto de crisis económica en que nos desenvolvemos en la actualidad. El debate acerca de la cobertura de los medicamentos ha dado relevancia al tema del valor dinerario de la prestación sanitaria.

En concreto, el objetivo del estudio es analizar una muestra descriptiva de pacientes, por un lado, y contrastar la relación entre las variables de interés con respecto al coste farmacológico, por otro. En concreto se trata de una muestra de 520 pacientes atendidos en un Centro de Salud de Atención Primaria ubicado en la provincia de Valencia.

#### METODOLOGÍA

El presente análisis se ha realizado sobre una muestra de 520 pacientes atendidos en un Centro de Salud de la Comunidad Valenciana. Tras su consentimiento, los pacientes cumplimentaron un cuestionario con algunos datos acerca de su salud, profesión, etc. que posteriormente fueron cruzados con los datos referentes a la atención recibida, patología y tratamiento.

Así, en el estudio se han recogido, a través de estadísticos descriptivos, las principales características epidemiológicas del grupo de pacientes encuestados.

Se han utilizado distintas técnicas de contraste de igualdad de medias entre grupos, para establecer la relación entre las distintas variables de interés: sexo, edad, grupo diagnóstico y coste farmacológico.

Por último se ha ajustado un modelo ANOVA que permite establecer la relación de las distintas variables de interés con el coste farmacológico de los tratamientos, tanto de forma individual como por su acción conjunta.

#### RESULTADOS

Modelos ANOVA considerados

	Grupo diagnóstico	Edad	Sexo	Acción conjunta de la edad y el grupo diagnóstico	Acción conjunta del sexo y el grupo diagnóstico	Acción conjunta de la edad y el sexo	Criterio de selección de modelos AIC
Modelo 1	*	0					852.53
Modelo 2	*		*		0		849.76
Modelo 3	*	0	*			0	851.27
Modelo 4	*	0	*	0			851.24
Modelo 5	*	0	*	0		0	852.74
Modelo 6	*	0	*	0	0		854.95
Modelo 7	*	0	*	0		*	848.32

Nota: (Variable incluida en el modelo pero no significativa; -significativa al 90%; \* significativa al 95%; \*\*significativa al 99%. Fuente: elaboración propia

Modelo	Coste farmacológico
Modelo 1	2.41
Modelo 2	0.27
Modelo 3	0.18
Modelo 4	-0.11
Modelo 5	0.05
Modelo 6	0.271
Modelo 7	-0.14

#### CONCLUSIONES

El coste farmacológico total de los casos recogidos en la muestra es de 7.585,9 €, siendo más elevado en las agrupaciones diagnósticas más frecuentes. De los 520 casos analizados, 415 casos tuvieron coste farmacológico, el resto fue tratado indicando diversas medidas higiénicas o manteniendo a los pacientes en observación.

Entre los contrastes univariantes (establecer la evidencia estadística de relaciones entre variables dos a dos), nos encontramos con que los contrastes estadísticos (Kruskall-Wallis, X<sup>2</sup>) aportaron evidencia de relación entre el grupo diagnóstico y el sexo de los pacientes, además el análisis de varianza (ANOVA) permitió constatar la relación entre el coste de los fármacos con el sexo de los pacientes. La relación entre el coste farmacológico y la agrupación diagnóstica no fue concluyente a nivel estadístico. No se observó evidencia estadística entre el coste farmacológico y el resto de variables recogidas en el estudio (profesión, nivel de estudios, edad) ni tampoco con los datos relacionados con las características de la visita (lugar y duración).

Por su parte, el análisis multivariante de la muestra ha podido detectar que el coste farmacológico se ve influido tanto por el grupo diagnóstico como por el sexo de los pacientes.

#### BIBLIOGRAFÍA

Badli, M. H., y J Castillo. «Probabilistic distributions of common use.» International Journal of Good Conscience (Daena) 1, nº 4 (Marzo 2009): 149-178.

Bartlett, M. S. «Properties of sufficiency and statistical tests.» Proceedings of the Royal Statistical Society, 1937: 268-282.

Daniel, Wayne W. Bioestadística : base para el análisis de las ciencias de la salud. Limusa Wiley, 2010.

#### BIBLIOGRAFÍA

Levene, Howard H. «Contributions to Probability and Statistics: Essays in Honor of Harold Hotelling.» Stanford University Press, s.f.: 278-292.

R Clifford Blair, Richard A. Taylor. Bioestadística. Pearson Educación, 2008.

Shapiro, Samuel S., y Martin B. Wilk. «An analysis of variance test for normality (complete samples).» Biometrika, 1965: 91-111.