

Concordancia diagnóstica entre atención primaria y atención especializada al evaluar nevus melanocíticos

Gil Rodríguez Caravaca^a, María Concepción Villar del Campo^b, Margarita González Mosquera^c, Emilio Úcar Corral^d, Beatriz González Piñeiro^c y Eduardo López Bran^e

^aUnidad de Medicina Preventiva. Fundación Hospital Alcorcón (FHA). ^bCentro de Salud Los Cármenes. ^cUnidad de Análisis y Calidad de la Información. FHA. ^dServicio de Admisión y Documentación Clínica. FHA. ^eServicio de Dermatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

OBJETIVO: Evaluar la concordancia diagnóstica entre atención primaria (AP) y atención especializada (AE) en pacientes con nevus melanocíticos.

MÉTODOS: Estudio descriptivo transversal. Se incluyó a pacientes del área VIII que hubieran consultado con su médico de AP por clínica dermatológica, hubieran sido enviados al nivel de AE y hubieran precisado estudio anatomopatológico con resultado de nevus melanocítico. Se revisaron las historias clínicas del servicio de dermatología. Los diagnósticos de AP y AE se codificaron con la clasificación CIE-10 MC. Se hizo una estimación muestral teniendo en cuenta la situación más desfavorable de una proporción de acuerdo esperado del 50%, una confianza del 95%, una precisión del 5% y una falta de especificación diagnóstica en los partes de interconsulta del 20%, estimándose adecuados 480 casos. Se estudió la concordancia entre AP y AE con el índice kappa.

RESULTADOS: Se estudiaron 478 pacientes con nevus melanocíticos. Las lesiones han sido más prevalentes en las mujeres, y la localización más frecuente de las lesiones ha sido la cara (37,2%) y el tronco (45%). Los diagnósticos más frecuentes en AP han sido los nevus (202), las verrugas virales (76) y los fibromas (19), y en AE los nevus (374), la queratosis seborreica (30) y los fibromas (10). La concordancia diagnóstica ha sido muy baja ($k = 0,15$; IC del 95%: 0,06-0,24).

CONCLUSIONES: La concordancia diagnóstica de los nevus melanocíticos entre AP y AE ha sido muy baja. Habría que diseñar estrategias para mejorar la concordancia diagnóstica de los nevus melanocíticos entre AE y AP.

Palabras clave:

Dermatología. Atención Primaria. Atención Especializada. Concordancia. Nevus melanocítico.

DIAGNOSTIC CONCORDANCE BETWEEN PRIMARY HEALTH CARE AND SPECIALISED CARE WHEN ASSESSING MELANOCYTIC NEVI

OBJECTIVE: To evaluate the diagnostic concordance of melanocytic nevi between hospital dermatologists (HD) and general practitioners (GP).

METHODS: Cross-sectional study. Patients studied belong to Health-care Area N.º 8 in Madrid, with Alcorcón Hospital Foundation (AHF) as a reference hospital. Patients have been studied in the primary care due to dermatological problems and further sent by referral letter to the AHF. Any patient with a melanocytic nevi pathological sample confirmation was included. Clinical histories were reviewed. All diagnosis from primary and specialised levels of care were codified by the ICD-10 CM. Sample size was estimated according to an expected concordance of 50%, a confidence level of 95%, a precision of 5% and a 20% of no diagnosis. 480 cases were estimated to be necessary. Kappa index for measuring concordance between primary and specialised diagnosis was calculated.

RESULTS: 478 patients were studied. The diagnosis was more prevalent in women. The more frequent site of appearance of diagnosis were the face (37,2%) and the trunk (45%). Nevi (202), viral verrucae (76) and fibroma (19) were the most frequent diagnosis in primary care, meanwhile naevi (374), seborrheic keratosis (30) and fibroma (10) were the most common diagnosis in specialised care. The diagnosis concordance was very low ($k = 0.15$; 95% CI: 0.06-0.24).

CONCLUSIONS: Low melanocytic nevi diagnosis concordance was found between both levels of care. Strategies must be designed to increase diagnostic concordance between primary health care level and hospital dermatologists.

Key words:

Concordance. Dermatology. Primary health care. Specialised care. Melanocytic nevi.

Trabajo financiado por el proyecto de investigación FIS 99/0433.

Correspondencia: Dr. G. Rodríguez Caravaca.
Unidad de Medicina Preventiva. Fundación Hospital Alcorcón.
Budapest, s/n. 28922 Alcorcón. Madrid.
Correo electrónico: grodriguez@fhfalcon.es

SEMERGEN 2000; 26: 428-431.

INTRODUCCIÓN

La atención primaria (AP) de salud ha experimentado un gran avance en los últimos años en nuestro país y este desarrollo ha permitido la oferta de una medicina de mayor calidad y con mayores prestaciones en los centros de AP, tanto rurales como urbanos¹⁻⁵. Aun así, los medios de los

que dispone la AP para resolver problemas son limitados, por lo que muchos de los pacientes que los padecen acaban siendo derivados al especialista ambulatorio o al hospital más cercano^{6,7}.

Una parte importante de los problemas que se pueden ver en AP son los dermatológicos, alteraciones eminentemente morfológicas en las que el conocimiento teórico de las manifestaciones nosológicas y la destreza clínica suponen un alto porcentaje de las habilidades necesarias para diagnosticar adecuadamente, clasificando las lesiones según sus características visuales y táctiles⁸. Muchos de estos pacientes acaban siendo evaluados también por el médico especialista en dermatología. La presión asistencial, los medios técnicos disponibles, el tiempo que el profesional tiene para cada paciente, el nivel de formación en la especialidad y la organización de la actividad asistencial son factores que diferencian la forma de trabajar y diagnosticar en cada uno de ellos.

Hay muchos trabajos que comparan la habilidad del dermatólogo frente a otros especialistas para reconocer dermatosis comunes⁹⁻¹¹, pero son escasos los que comparan el diagnóstico realizado por dermatólogos y médicos de AP¹².

El objetivo de nuestro trabajo ha sido evaluar la concordancia diagnóstica entre los dermatólogos y los médicos de AP del área sanitaria VIII de Madrid al evaluar pacientes con nevus melanocíticos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio descriptivo transversal para estudiar la concordancia diagnóstica de pacientes con nevus melanocíticos entre los niveles especializado y de atención primaria del área sanitaria VIII de la Comunidad de Madrid, cuyos pacientes son referidos al hospital de referencia, la Fundación Hospital Alcorcón, sin existir nivel ambulatorio especializado intermedio.

Se incluyó en el estudio a cualquier paciente visitado en las consultas externas de dermatología y que hubiera sido derivado a las mismas por un médico de atención primaria con un parte de interconsulta en el que constara un diagnóstico explícito y al que se le hubiera tomado una muestra para estudio anatomopatológico. El paciente podía proceder de cualquiera de los 24 centros de AP, tanto urbanos como rurales, que tienen como hospital de referencia la Fundación Hospital Alcorcón y podía ser enviado por cualquiera de los médicos, titulares y suplentes, de estos centros. La concordancia del diagnóstico clínico fue medida comparando ambos diagnósticos entre sí tras el diagnóstico definitivo proporcionado por el patrón de referencia (*gold standard*), el estudio anatomopatológico.

Se excluyó del estudio a los pacientes que hubieran sido derivados desde el nivel extrahospitalario sin un diagnóstico explícito en el parte de interconsulta, a aquellos a los que en el nivel hospitalario no se les hubiera diagnosticado ninguna enfermedad concreta, o se les hubiera asignado más de un diagnóstico, y aquellos derivados por otros especialistas u otros centros especializados.

Se hizo una estimación del tamaño muestral teniendo en cuenta la situación más desfavorable de una proporción de acuerdo esperado del 50%, un intervalo de confianza del 95%, una precisión del 5% y una falta de especificación diagnóstica en los partes interconsulta del 20%, para lo que se estimaron necesarios 480 casos.

Se diseñó una hoja de recogida de datos donde se incluyeron las siguientes variables: el diagnóstico dermatológico clínico hospitalario, el diagnóstico extrahospitalario de atención primaria, la edad, el sexo, la localización de las lesiones, el médico de AP, el centro de AP, el dermatólogo y el diagnóstico anatomopatológico (*gold standard*) emitidos por el servicio de anatomía patológica.

Se revisaron las historias de las consultas externas de dermatología del hospital y los registros histopatológicos del servicio de anatomía patológica, de forma retrospectiva, hasta alcanzar la muestra estimada, para lo que se necesitaron 18 meses, de enero de 1998 a junio de 1999.

Los diagnósticos se codificaron según la clasificación internacional de enfermedades, versión 10, modificación clínica (CIE-10 MC).

La asociación o independencia de la variable edad se ha calculado con la prueba W de los rangos de Wilcoxon. La asociación o independencia de las variables cualitativas se han calculado con la prueba de la χ^2 o la prueba binomial. Se ha calculado el índice kappa de Cohen de concordancia entre los diagnósticos de AP y AE con su intervalo de confianza del 95%.

La gestión y proceso de los datos se ha realizado con la hoja de cálculo Excel 7.0 y los cálculos estadístico-matemáticos se han hecho con el programa estadístico SPSS versión 9.0.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio un total de 478 casos. De ellos, 146 (30,5%) eran varones (IC del 95%: 26,4-34,6) y 332 (69,5%) mujeres (IC del 95%: 65,4-73,6), habiéndose encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los sexos ($p < 0,001$). La edad media de los pacientes estudiados fue de 34,4 años (DE: 15,7), 34,5 años para los varones (IC del 95%: 32,9-36,1) y de 34,4 para las mujeres (IC del 95%: 33,1-35,7), no habiéndose encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los sexos ($p = 0,42$). El rango de edad de los pacientes fue de 85 años, oscilando entre 0 y 85 años.

Las localizaciones más frecuentes de las lesiones han sido el tronco (45%) y la cara (37,2%) (fig. 1). En el tronco las lesiones han prevaecido en la espalda y el abdomen y en la cara en la nariz y el mentón. Los diagnósticos más frecuentes emitidos por los médicos de atención primaria fueron los nevus melanocíticos (202), las verrugas vulgares (76) y los fibromas (19), habiéndose emitido un total de 25 juicios clínicos diferentes. Los dermatólogos emitieron un total de 12 juicios clínicos distintos, siendo los más frecuentes los nevus melanocíticos (374), la queratosis seborreica (30) y los fibromas (10) (fig. 2). En AP no se especificó ningún diagnóstico o sólo se hizo una descripción

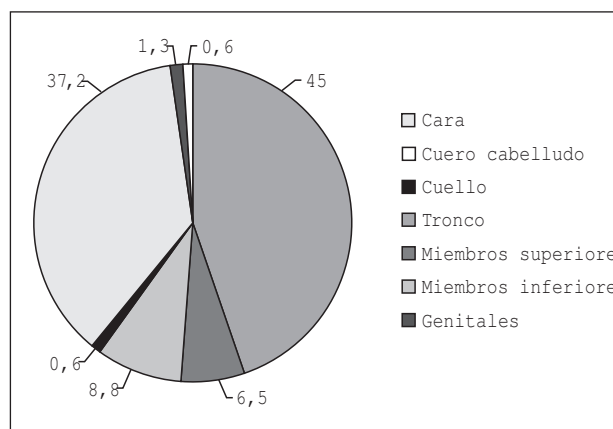


Figura 1. Distribución de frecuencia de la localización de las lesiones.

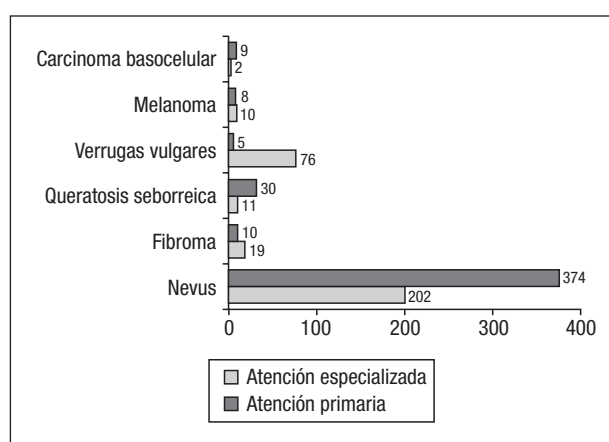


Figura 2. Principales diagnósticos de confusión comparados por nivel asistencial.

Tabla 1. Centros de atención primaria incluidos con los pacientes derivados

Centro de atención primaria	N.º de casos	Porcentaje
Centro de Salud de Aldea del Fresno	1	0,2
Centro de Salud de Cadalso de los Vidrios	12	2,5
Centro de Salud de Cenicientos	1	0,2
Centro de Salud de Chapinería	0	0
Centro de Salud de Colmenar de Arroyo	0	0
Consultorio Dr. Trueta	34	7,1
Centro de Salud del Alamo	9	1,9
Centro de Salud Los Castillos	64	13,4
Centro de Salud Granero Vicedo	54	11,3
Centro de Salud Gregorio Marañón	42	8,8
Centro de Salud Miguel Servet	50	10,5
Centro de Salud de Navalcarnero	30	6,3
Centro de Salud de Navas del Rey	0	0
Centro de Salud Pedro Laín Entralgo	88	18,4
Centro de Salud de Pelayos de la Presa	0	0
Centro de Salud Ramón y Cajal	60	12,6
Centro de Salud de Rozas de Puerto Real	0	0
Centro de Salud de Sevilla la Nueva	5	1,0
Centro de Salud de Valdeiglesias	0	0
Centro de Salud de Villa del Prado	2	0,4
Centro de Salud de Villamanta	2	0,4
Centro de Salud de Villamantilla	0	0
Centro de Salud de Villanueva de Perales	0	0
Centro de Salud de Villaviciosa	23	4,8
Totales	478	100

morfológica de las lesiones en 129 pacientes (27%). En AE esto ocurrió en el 7,3% de los casos.

En 7 (28%) de los 24 centros de AP incluidos no se remitió ningún paciente para evaluación dermatológica durante el período de estudio. Los centros incluidos junto con el número de pacientes remitidos se encuentran en la tabla 1. Ciento cuarenta y cuatro facultativos de AP derivaron pacientes al hospital para su evaluación, y el mayor número de enfermos enviados por el mismo médico fue de 14. En el hospital, un total de 6 médicos especialistas en dermatología evaluaron a los diferentes pacientes y uno de ellos evaluó a casi la cuarta parte de los enfermos visitados.

El índice de concordancia kappa obtenido fue muy bajo ($\kappa = 0,15$; IC del 95%: 0,06-0,24). No se ha podido evaluar la concordancia individual entre los médicos de AP y los dermatólogos, debido al escaso número de enfermos remitidos por cada médico de AP.

DISCUSIÓN

La fiabilidad, reproducibilidad o precisión de una medida hace referencia al grado en que pueden reproducirse los resultados obtenidos por un procedimiento o instrumento de medición, en nuestro caso el diagnóstico clínico. Cuanto menor variabilidad se obtenga al repetir la medición, más fiable será el proceso. La fiabilidad no es una propiedad intrínseca de una medida, sino más bien de un instrumento cuando se aplica en una muestra de individuos en unas condiciones dadas. La medida de la fiabilidad del diagnóstico clínico emitido por dos o más observadores, en tanto que variable cualitativa, se puede medir con el índice kappa, muy adecuado dado que elimina la fracción de concordancia debida al azar, es decir, la que se obtendría si las dos medidas no estuvieran relacionadas¹³.

Hay bastantes estudios que evalúan la concordancia diagnóstica entre AP y AE, de diferentes especialidades e incluso de pruebas diagnósticas^{12,14-17}. Nosotros hemos obtenido un grado de concordancia diagnóstica muy baja, inferior a la obtenida por otros autores para estudios de enfermedades dermatológicas comparando ambos niveles de asistencia¹² y también a la obtenida en estudios de otras especialidades o pruebas diagnósticas¹⁴⁻¹⁸. En un estudio semejante, aunque se comparaba el nivel especializado hospitalario y el ambulatorio, la concordancia fue mayor¹⁹.

No se ha podido controlar el “sesgo de verificación o de confirmación diagnóstica”, dado que el resultado del juicio clínico influye en la decisión de realizar la prueba de referencia. Éste puede ser más acusado en enfermedades cuyo diagnóstico no presupone la realización de la misma (enfermedades inflamatorias, infecciosas, etc.) y menos en aquellas donde la prueba se realice casi indefectiblemente (enfermedades tumorales). No se ha podido garantizar la evaluación ciega del paciente entre el médico de AP y el dermatólogo, por lo que no sabemos en qué medida ha podido influir en los resultados el “sesgo de revisión diagnóstica”²⁰.

Se ha encontrado gran variabilidad entre los diagnósticos emitidos por los dermatólogos y los médicos de AP y se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto al número de diagnósticos realizados en los dos niveles asistenciales (25 en AP frente a 12 en AE; $p < 0,05$).

La remisión de pacientes con nevus melanocíticos al nivel especializado depende en gran medida de la sospecha de malignidad de las lesiones y de consideraciones estéticas^{21,22}; por ello, es posible que nuestra muestra no incluya un espectro adecuado de pacientes, ya que algunos de ellos pueden haber sido estudiados y tratados en el nivel primario, sin haber sido derivados al especialista, por lo que no se ha podido controlar el "sesgo de selección de la muestra".

Las características y los diferentes períodos de formación de los dermatólogos y los médicos de AP deben explicar las diferencias halladas en nuestro trabajo. Pensamos que estos resultados podrían ser usados por los dermatólogos de AE y los médicos de AP para plantear actividades conjuntas de formación continuada, elaboración de guías de actuación, sesiones, aumento de recursos, etc., tendentes a mejorar la homogeneidad de las actividades de su práctica clínica diaria.

Para profundizar en la repercusión de las diferentes condiciones de trabajo en los dos niveles asistenciales habría que diseñar estudios experimentales que tuvieran en cuenta las posibles variables de influencia: condiciones de trabajo de los dos niveles (presión asistencial, medios técnicos disponibles, tiempo que el profesional puede disponer para cada paciente, organización, etc.), aprovechamiento y conocimiento adquiridos por los médicos de familia en sus rotaciones por los servicios de dermatología durante su período de formación, o los conocimientos de los médicos de atención primaria que no han seguido formación especializada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Real Decreto 2015/78 de 15 de julio y Real Decreto 3303/78 de 29 de diciembre. BOE n.º 206 y BOE n.º 29
2. Programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Comisión Nacional de la especialidad. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación y Ciencia, 1994.
3. Real Decreto 137/84 sobre estructuras básicas de salud. BOE n.º 27
4. OMS. Serie de informes técnicos n.º 689. Ginebra: OMS, 1983.
5. Abanades JC, Prieto A, Casado V, García L. Programas de salud. Documentación de apoyo para la planificación de programas. Servicio de Atención Primaria. Dirección General de Salud Pública y Atención Primaria. Consejería de Bienestar Social. Junta de Castilla y León.
6. Valls J, Segura L, Viñas M, Avendaño E. Urgencias en atención primaria y derivación de pacientes al hospital. *Aten Primaria* 1990; 7: 593-594.
7. Botia F. Origen de las urgencias hospitalarias. Estudio retrospectivo. *Todo Hospital* 1989; 61: 31-35.
8. Norman GR, Rosenthal D, Brooks LR, Allen SW, Muzzin J. The development of expertise in dermatology. *Arch Dermatol* 1989; 125: 1063-1068.
9. 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: 787-796.
10. Ramsay DL, Benimoff A. The ability of primary care physicians to recognize the common dermatoses. *Arch Dermatol* 1981; 117: 620-632.
11. Basarab T, Munn SE, Russel Jones R. Diagnostic accuracy and appropriateness of general practitioner referrals to a dermatology outpatient clinic. *Br J Dermatol* 1996; 135: 70-73.
12. Arribas JM, Martín S, Villalva P, Bru S, Vilaroel J, Suárez E et al. Estudio del acuerdo diagnóstico entre médico de familia y dermatólogo. *Medifam* 1995; 5: 17-21.
13. Domènech JM, Granero R. Diseño de investigaciones: pruebas de concordancia. Barcelona: Signo, 1997.
14. Bolumar F, Ruiz MT, Hernández I, Pascual E. Reliability of the diagnosis of rheumatic conditions at the primary health care level. *J Rheumatol* 1994; 21: 2344-2348.
15. Sánchez M, Tovar J, Medina MA. Concordancia diagnóstica entre los médicos de atención primaria y los reumatólogos. *Aten Primaria* 1994; 13: 446-448.
16. García L, Alonso MT, Olmos O, Barrios M, Arias P, Carratalá FJ. Utilidad del electrocardiograma anual en el control de la hipertensión arterial. *Aten Primaria* 1990; 7: 551-556.
17. Moreno A, Iglesias P, Arbesu E. Grado de concordancia en la interpretación de electrocardiogramas. *Aten Primaria* 1995; 16: 187-191.
18. Rodríguez-Caravaca G, Villar-del-Campo MC. Concordancia diagnóstica entre el nivel de atención primaria y atención especializada tras consulta urgente. *Aten Primaria* 2000; 25: 292-296.
19. Rodríguez G, Martínez P, Villar I, Prats P, Viéitez A, López E. Concordancia diagnóstica entre dermatólogos de hospital y de ambulatorio. *Piel* 1999; 14: 72-75.
20. Argimón JM, Jiménez J. Diseño de estudios descriptivos (III): estudios sobre fiabilidad de una medida. Diseño y validación de cuestionarios. En: *Diseño de investigaciones en ciencias de la salud*. Barcelona: Signo, 1997.
21. Arribas-Blanco JM, Rodríguez-Salceda I, Mena-Mateo JM, Martín-Martín S, Bru-Amantegui S, Villarroel-Rodríguez J. Cirugía menor en la consulta del médico de familia. Descripción de un año de experiencia. *Aten Primaria* 1996; 17: 142-146.
22. Arribas-Blanco JM, Gil-Sanz ME, Sanz-Rodrigo C, Morón-Merchante I, Muñoz-Quirós S, López-Romero A et al. Efectividad de la cirugía menor dermatológica en la consulta del médico de familia y satisfacción del paciente en relación con la cirugía ambulatoria. *Med Clin (Barc)* 1996; 107: 772-775.