

Concordancia diagnóstica entre atención primaria y atención especializada en la evaluación de carcinomas basocelulares

G. Rodríguez Caravaca¹ / M.C. Villar del Campo² / M. González Mosquera³ / J. García-Cruces Méndez⁴
/ E. López Bran⁵ / N. Pombo Liria⁶

¹Unidad de Medicina Preventiva. Fundación Hospital Alcorcón (FHA).

²Centro de Salud Los Cármenes.

³Unidad de Análisis y Calidad de la Información.

⁴Médico Residente de Medicina Preventiva y Salud Pública.

⁵Servicio de Dermatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

⁶Dirección Gerencia. Fundación Hospital Alcorcón (FHA).

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

Trabajo financiado por el Proyecto de Investigación FIS n.º 99/0433.

Recibido: 18 de diciembre de 2000.
Aceptado: 15 de marzo de 2001.

(Diagnostic agreement between primary and hospital care on evaluating basal cell carcinoma)

Resumen

Objetivo: Evaluar la concordancia diagnóstica entre atención primaria y especializada.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. Se estudió a 491 pacientes que consultaron en atención primaria por clínica de carcinoma basocelular y fueron enviados al dermatólogo. Se evaluó la concordancia con el índice kappa.

Resultados: La localización más frecuente fue la cara (73,9%). Los diagnósticos de confusión más frecuentes en atención primaria fueron los nevos (5,9%) y en atención especializada la queratosis actínica (2,2%). La concordancia fue muy baja ($\kappa=0,071$; IC del 95%: 0,0-0,15).

Conclusiones: La concordancia entre el ámbito primario y el especializado ha sido muy baja.

Palabras clave: Atención primaria. Atención especializada. Concordancia. Carcinoma basocelular.

Summary

Objective: To evaluate the diagnostic agreement between primary and hospital care.

Methods: Cross-sectional study. 491 patients who sought primary care for symptoms of suspected basal cell carcinoma and were referred to a dermatologist. The Kappa index was used to evaluate diagnostic concordance between primary and hospital care.

Results: The more frequent site of diagnosis was face (73.9%). The most frequent differential diagnosis in primary care was nevi (5.9%) while that in specialist care was actinic keratoses (2.2%). The diagnostic agreement was very low ($\kappa = 0.071$; 95% IC = 0.0-0.15).

Conclusions: The degree of agreement between primary and specialist care was low.

Key words: Diagnostic agreement. Primary health care. Specialized care. Basal cell carcinoma.

Introducción

Los problemas dermatológicos suponen un motivo de consulta frecuente en atención primaria y se manifiestan con alteraciones morfológicas, para las que el conocimiento teórico y la destreza clínica proporcionan las habilidades necesarias para un adecuado diagnóstico, y así clasificar las lesiones según sus características visuales y táctiles¹. 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, en reconocer dermatosis comunes²⁻⁴ pero son escasos los que comparan el diagnóstico realizado por dermatólogos y médicos de atención primaria⁵.

El objetivo de nuestro estudio ha sido evaluar la concordancia diagnóstica entre los dermatólogos y los médicos de atención primaria del Área Sanitaria 8 de Ma-

drid, al evaluar pacientes con lesiones sospechosas de carcinoma basocelular.

Sujetos y métodos

Se diseñó un estudio descriptivo transversal para estudiar la concordancia diagnóstica de pacientes con carcinoma basocelular entre los ámbitos especializados y de atención primaria del Área Sanitaria 8 de la Comunidad de Madrid, cuyos pacientes son referidos al hospital de referencia, la Fundación Hospital Alcorcón, sin existir ámbito ambulatorio especializado intermedio.

Se incluyó en el estudio a cualquier paciente visto en las consultas externas de dermatología con clínica sospechosa de carcinoma basocelular, bien para el médico de atención primaria o bien para el médico especialista dermatólogo. Esta sospecha venía reflejada en el parte de interconsulta expedido por el médico de atención primaria o en la historia clínica del paciente, tras la evaluación por el dermatólogo. El paciente podía proceder de cualquiera de los 24 centros de atención primaria del Área 8 y podía haber sido enviado por cualquiera de los médicos, titulares y suplentes, de estos centros.

Se excluyó del estudio a los pacientes incluidos en los cupos de cirugía menor de atención primaria porque nos son evaluados por los dermatólogos de la Fundación Hospital Alcorcón.

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 (IC) del 95%, una precisión del 5% y unas pérdidas del 25%, considerando como tales a aquellos pacientes derivados por otros especialistas u otros centros especializados y a aquellos que carecieran del parte de interconsulta en la historia clínica. Así, se estimaron adecuados 513 sujetos. Cuando en el parte de interconsulta no se especificaba ningún diagnóstico o sólo se hacía una descripción de las lesiones, se consideró que se carecía de presunción diagnóstica.

Se diseñó una hoja de recogida de datos con estas variables: diagnóstico dermatológico hospitalario, diagnóstico de atención primaria, edad, sexo, localización, médico de atención primaria, centro de atención primaria, dermatólogo y diagnóstico anatomopatológico. 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. Se necesitaron 18 meses, de enero de 1998 a junio de 1999.

La variable edad se describe con su media y su desviación estándar (DE) y las variables cualitativas con su distribución de frecuencias. La concordancia del diagnóstico clínico se midió con el índice kappa (κ)⁶. Se ha

evaluado el porcentaje de acierto en cada nivel para los casos discordantes y se ha comprobado la significación estadística con la prueba de McNemar.

La gestión de datos se realizó con la hoja de cálculo Excel 7.0 y los cálculos estadísticos con el programa SPSS versión 9.0.

Resultados

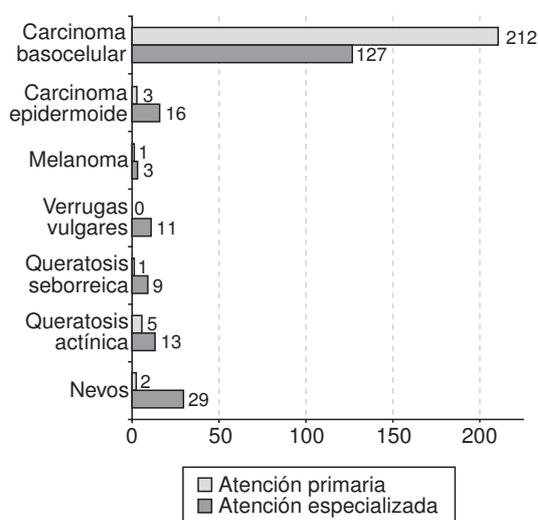
Se incluyó en el estudio a 522 casos, de los que 31 (5,9%) tenían algún criterio de pérdida, por lo que quedaron 491 pacientes para el estudio. De éstos, 255 (51,9%) fueron pacientes en los que en el parte de interconsulta o en el juicio diagnóstico del especialista no se especificaba un diagnóstico o sólo se describían las lesiones, por lo que no se consideraron para el análisis. Ciento quince (49,0%) eran varones y 121 (51,0%) mujeres ($p = 0,65$). La edad media (DE) de los pacientes estudiados fue de 70,5 (13,2) años; 70,1 años para los varones (IC del 95%: 68,0-70,3) y de 70,2 para las mujeres (IC del 95%: 68,3-73,0). El rango de edad de los pacientes fue de 67 años (34-101).

Las localizaciones más frecuentes de las lesiones fueron la cara (81,4%) y el tronco (8,1%). Los diagnósticos diferenciales más frecuentes emitidos por los médicos de atención primaria fueron los nevos melano-cíticos (29 casos) y el carcinoma epidermoide (16 casos), con un total de 20 juicios clínicos diferentes. Los dermatólogos emitieron un total de 15 juicios clínicos distintos, entre los que fueron más frecuentes la queratosis actínica (5 casos) y el carcinoma epidermoide (3 casos) (fig. 1).

Los centros de salud del área que más enfermos evaluaron fueron Ramón y Cajal (84 pacientes) y Miguel Servet (63 pacientes). Cien facultativos de atención primaria derivaron pacientes al hospital para su evaluación, y el mayor número de enfermos enviados por el mismo médico fue de ocho. En el hospital, un total de 8 médicos especialistas en dermatología evaluaron a los diferentes pacientes.

En atención primaria, el número de pacientes diagnosticados de carcinoma basocelular fue de 127 y en atención especializada, de 212. El índice de concordancia kappa obtenido fue muy bajo ($\kappa = 0,071$; IC del 95%: 0,0-0,15). No se pudo evaluar la concordancia individual entre los médicos de atención primaria y los dermatólogos, debido al escaso número de enfermos remitidos por cada médico de atención primaria. La concordancia diagnóstica según la localización de las lesiones puso de manifiesto un índice kappa muy bajo para todas las localizaciones, salvo para los miembros superiores ($\kappa = 0,40$; IC del 95%: -0,36-1,00). De los 103 casos discordantes en el diagnóstico, el 91,3% estaban bien diagnosticados por atención especializada

Figura 1. Principales diagnósticos (carcinoma basocelular y diagnósticos de confusión) comparados por ámbito asistencial (N = 236).



y mal por atención primaria y, a la inversa, esto ocurrió en 9 pacientes (8,7%) ($p < 0,001$).

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, adecuado porque elimina la fracción de concordancia debida al azar, es decir, la que se obtendría si las dos medidas no estuvieran relacionadas⁶. Hay bastantes estudios que evalúan la concordancia diagnóstica entre atención primaria y atención especializada, de diferentes especialidades e incluso de pruebas diagnósticas⁷⁻¹². En el presente estudio hemos obtenido un grado de concordancia diagnóstica muy baja, inferior a la obtenida por otros autores para estudios de enfermedades dermatológicas comparando los ámbitos especializado y ambulatorio¹².

No se ha podido garantizar la evaluación ciega del paciente por parte de los dermatólogos del ámbito de atención primaria, por lo que no sabemos en qué medida ha podido influir en su diagnóstico el conocimiento por parte de los dermatólogos del diagnóstico realizado por los médicos de atención primaria y no se ha podido controlar el «sesgo de revisión diagnóstica»¹³. La remisión de pacientes con carcinoma basocelular al ámbito especializado depende, en gran medida, de la sospecha de malignidad de las lesiones y de consideraciones estéticas¹⁴ pero, por la evolución crónica y por la necesidad de un tratamiento quirúrgico de los mismos, todos acaban siendo derivados al especialista. Así, nuestra muestra debe incluir un espectro adecuado de pacientes y no debería haberse producido el «sesgo de selección de la muestra», que ocurre cuando la sospecha clínica o diagnóstico *a priori* influye en la decisión de la derivación al medio especializado.

Las características de la formación de los dermatólogos y los médicos de atención primaria (contenidos, tiempo de formación, profundización, etc.) deben explicar las diferencias halladas en nuestro trabajo. Creemos que estos resultados podrían ser usados por los dermatólogos y los médicos de atención primaria para plantear actividades conjuntas de formación continuada, elaboración de guías de actuación, sesiones conjuntas, 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 ámbitos asistenciales se deberían diseñar estudios experimentales que tuvieran en cuenta las posibles variables de influencia: condiciones de trabajo de los dos ámbitos (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.

Tabla 1. Índice de concordancia kappa según la localización de las lesiones (n = 236)

	Índice kappa	IC del 95%	Número de casos
Cara	0,08	-0,09-0,17	192
Cuero cabelludo	-0,1	-0,45-0,25	17
Tronco	0,13	-0,12-0,31	19
Miembros superiores	0,40	-0,36-1,16	3
Miembros inferiores	-0,36	-0,89-0,17	5

Bibliografía

1. Norman GR, Rosenthal D, Broocks LR, Allen SW, Muzzin J. The development of expertise in dermatology. *Arch Dermatol* 1989; 125: 1063-1068.
 2. 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.
 3. Ramsay DL, Benimoff A. The ability of primary care physicians to recognize the common dermatoses. *Arch Dermatol* 1981; 117: 620-632.
 4. Basarab T, Munn SE, Russel Jones R. Diagnostic accuracy and appropriateness of general practitioner referrals to a dermatology out-patient clinic. *Br J Dermatol* 1996; 135: 70-73.
 5. Arribas JM, Martín S, Villalva P, Bru S, Villarroel J, Suárez E et al. Estudio del acuerdo diagnóstico entre médico de familia y dermatólogo. *MediFam* 1995; 5: 17-21.
 6. Domènech JM, Granero R. Diseño de investigaciones: Pruebas de concordancia. Barcelona: Ed Signo, 1997.
 7. 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.
 8. Sánchez M, Tovar J, Medina MA. Concordancia diagnóstica entre los médicos de atención primaria y los reumatólogos. *Aten Primaria* 1994; 13: 446-448.
 9. 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.
 10. Moreno A, Iglesias P, Arbesu E. Grado de concordancia en la interpretación de electrocardiogramas. *Aten Primaria* 1995; 16: 187-191.
 11. Rodríguez-Caravaca G, Villar del Campo MC. Concordancia diagnóstica entre el nivel de Atención Primaria y Atención especializada tras consulta urgente. *Aten Primaria* 2000.
 12. 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.
 13. 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: Ed Signo, 1997.
 14. 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.
-