

## Concordancia diagnóstica entre Atención Primaria y Atención Especializada al evaluar pacientes con psoriasis

G. Rodríguez Caravaca<sup>a,b</sup>, J. García-Cruces Méndez<sup>b</sup>, M.C. Villar del Campo<sup>c</sup>, M. Mosquera González<sup>a,b</sup>, P. Carrasco Garrido<sup>b</sup> y A. Gil de Miguel<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Medicina Preventiva. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón. Madrid.

<sup>b</sup>Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos. Alcorcón. Madrid.

<sup>c</sup>Centro de Salud Los Carmenes. Madrid.

**OBJETIVOS.** Evaluar la concordancia diagnóstica entre Atención Primaria y Atención Especializada en pacientes con sospecha clínica de psoriasis.

**MÉTODOS.** Estudio descriptivo transversal. Se incluyeron pacientes con sospecha de psoriasis vistos en Atención Primaria y remitidos desde aquí a Atención especializada. Se revisaron las historias clínicas de dermatología. Se midió la concordancia diagnóstica global y según la localización de las lesiones con el índice kappa.

**RESULTADOS.** Se estudiaron 71 pacientes con psoriasis, 31 mujeres (44%) y 40 hombres (56%). La localización más frecuente de las lesiones fue el tronco (36%) y los miembros superiores (27%). La concordancia diagnóstica global ha sido ( $k = 0,52$ ; IC 95% = 0,31 a 0,72). La localización con concordancia mayor ha sido el tronco ( $k = 0,65$ ; IC 95% = 0,46 a 0,84).

**CONCLUSIONES.** La concordancia diagnóstica entre Atención Primaria y Atención Especializada en pacientes con psoriasis ha sido moderada.

*Palabras clave:* Atención Primaria, concordancia, psoriasis, dermatología.

### INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria (AP) constituye una parte fundamental sobre la que descansa el Sistema Nacional de Salud. En los últimos 25 años han habido cambios importantes que han permitido mejorar sustancialmente la

**OBJECTIVES.** Assess the diagnostic concordance between Primary Health Care and Specialized Care in patients with clinical suspicion of psoriasis.

**METHODS.** Cross-sectional descriptive study. Patients with suspicion of psoriasis seen in Primary Health Care and referred to Specialized Care were included. Their dermatology clinical histories were reviewed. Diagnostic concordance was measured globally as well as according to the site of the lesions with the kappa index.

**RESULTS.** A total of 71 patients will psoriasis, 31 women (44%) and 40 men (56%) were studied. The most frequent site of the lesions was the trunk (36%) and upper limbs (27%). Global diagnostic concordance was ( $k = 0,52$ ; 95% CI = 0,31 to 0,72). Location with greater concordance was the trunk ( $k = 0,65$ ; 95% CI = 0,46 to 0,84).

**CONCLUSIONS.** Diagnostic concordance between Primary Health Care and Specialized Care in patients with psoriasis was moderate.

*Key words:* Primary Health Care, concordance, psoriasis, dermatology.

calidad de la atención prestada en este ámbito y la formación de los profesionales que ejercen su labor en él. Un paso significativo en este sentido ha sido la creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria<sup>1</sup> como consecuencia de las recomendaciones de la conferencia de Alma Ata de 1978, donde se hacía hincapié en la necesidad de articular un nivel de asistencia primaria que garantizase unos niveles de cobertura y prestaciones aceptables para la población<sup>2-5</sup>.

Estos cambios han hecho que haya mejorado el nivel de resolución de la AP. Esto está en sintonía con la observación de que, en este nivel asistencial, se pueden resolver muchos problemas de salud<sup>6</sup>. A pesar de todo, los medios del nivel primario son limitados y muchos pacientes aca-

Correspondencia: G. Rodríguez Caravaca.  
Unidad de Medicina Preventiva. Fundación Hospital Alcorcón.  
C/ Budapest, 1.  
28922 Alcorcón. Madrid.  
Correo electrónico: grodriguez@fhalccon.es

Recibido el 26-5-03; aceptado para su publicación el 11-11-03.

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

ban siendo derivados al especialista ambulatorio o al hospital de referencia<sup>7,8</sup>.

El hecho de que los pacientes sean vistos consecutivamente en AP y Atención Especializada (AE), nos permite comparar los dos niveles asistenciales en interacción y valorar el grado de concordancia o discordancia entre ellos al evaluar consecutivamente al mismo paciente<sup>9-11</sup>, bien para la confirmación del diagnóstico clínico o bien para la realización de estudios complementarios.

Entre los motivos de consulta en los centros de AP una parte significativa corresponde a problemas dermatológicos. Las alteraciones inflamatorias o algunos tumores son los más frecuentes<sup>12</sup> y muchos de ellos acaban siendo vistos por los dermatólogos de niveles asistenciales de referencia.

El objetivo de nuestro trabajo ha sido evaluar la concordancia diagnóstica entre los niveles primario y especializado al evaluar pacientes con sospecha de psoriasis.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio descriptivo transversal para estudiar la concordancia diagnóstica de pacientes con sospecha clínica de padecer una psoriasis, entre los niveles de AE y de AP del área sanitaria 8 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 visto en las consultas externas de dermatología y que hubiera sido derivado a las mismas por un médico de AP con un parte de interconsulta en el que constara un diagnóstico explícito. 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. Podía ser enviado por cualquiera de los médicos, titulares y suplentes, de estos centros y su diagnóstico final histopatológico fuera de psoriasis.

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 de alguna enfermedad concreta o se les hubiera asignado más de un diagnóstico y a 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%, una confianza del 80%, una precisión del 10% y unas pérdidas del 10%, para lo que se estimaron necesarios 68 casos. Se diseñó una hoja de recogida de datos donde se incluyeron como variables: el diagnóstico dermatológico, el diagnóstico de AP, la edad, el sexo, la localización de las lesiones y el centro de AP.

Se revisaron las historias de las consultas externas de dermatología del hospital de forma retrospectiva, hasta alcanzar la muestra estimada, para lo que se necesitaron 26 meses, de enero de 1998 a marzo de 2000.

**Tabla 1. Valores de referencia del índice kappa**

| Rango del índice kappa | Interpretación |
|------------------------|----------------|
| 0-0,2                  | Muy bajo       |
| 0,2-0,4                | Bajo           |
| 0,4-0,6                | Moderado       |
| 0,6-0,8                | Alto           |
| 0,8-1                  | Muy alto       |

Los diagnósticos se codificaron según la clasificación internacional de enfermedades, versión 9, modificación clínica (CIE-9 MC).

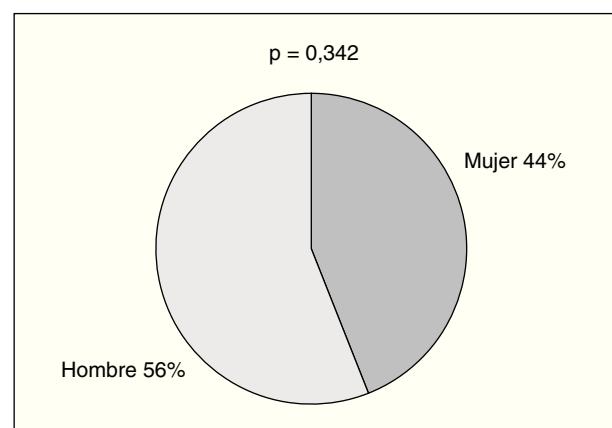
La asociación o independencia de la variable edad se ha calculado con la prueba W de los rangos de Wilcoxon, junto con sus intervalos de confianza al 95%. La asociación o independencia de las variables cualitativas se han calculado con la prueba de la  $\chi^2$  o la prueba binomial. Se ha calculado el índice kappa de Cohen de concordancia entre los diagnósticos de AP y AE con su intervalo de confianza al 95%, de forma global y según la localización de las lesiones. En la tabla 1 se muestran sus valores de referencia.

La gestión y proceso de los datos se ha realizado con el sistema gestor de bases de datos Access 7.0 y los cálculos estadístico-matemáticos con el programa estadístico SPSS versión 10.0.

## RESULTADOS

Se estudiaron 79 pacientes de los que se excluyeron 8 (9,7%), considerados como pérdidas por constituir alguno de los criterios de exclusión. Se incluyeron en el estudio final un total de 71 pacientes.

Como se puede observar en la figura 1, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre sexos ( $p = 0,342$ ). La edad media de los hombres ha sido de 40,9 años (DE = 13,4 años), con un intervalo de confianza al 95% de 36,6-45,2. La de las mujeres ha sido de 39,4 años (DE = 17,5 años), con un intervalo de confianza al 95% de 32,9-45,8. No se han observado diferencias es-



**Figura 1. Distribución de frecuencias de la variable sexo de los pacientes (N = 71).**

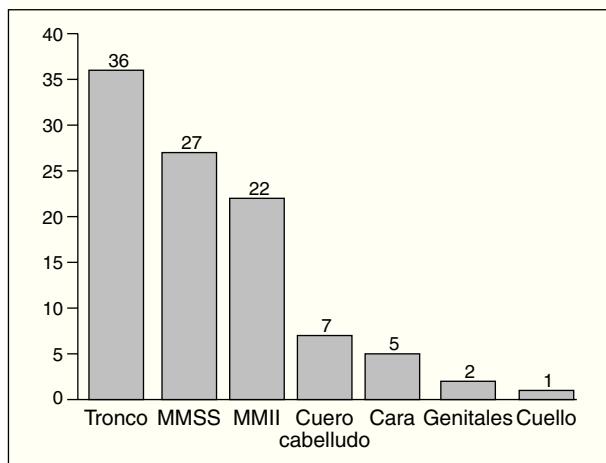


Figura 2. Distribución de frecuencias de las lesiones de psoriasis. MMSS: miembros superiores; MMII: miembros inferiores.

tadísticamente significativas entre varones y mujeres al comparar la edad media de aparición de la enfermedad ( $p = 0,676$ ).

La localización más frecuente de las lesiones ha sido el tronco (36,0%), seguida de los miembros superiores (27,0%). En la figura 2 se pueden apreciar los porcentajes de aparición según los diferentes lugares de la localización de las lesiones. Diez de los 24 centros de AP del Área 8 (41,6%) no remitieron ningún paciente para evaluación dermatológica durante el período de estudio. Los centros incluidos junto con el número de pacientes remitidos por cada uno de ellos se encuentran en la tabla 2. Los centros de Salud que más pacientes estudiaron fueron Ramón y Cajal (16 pacientes) y Laín Entralgo (9 pacientes).

El índice de concordancia kappa en la evaluación global del diagnóstico de psoriasis ha sido moderado ( $\kappa = 0,52$ ; IC 95% = de 0,31 a 0,72). El mayor grado de acuerdo entre niveles asistenciales, según la localización de las lesiones, ha sido para el tronco ( $k = 0,65$ ) y los miembros inferiores ( $k = 0,59$ ) (tabla 3). El resumen de los datos diagnósticos de los pacientes se muestra en la tabla 4.

Tabla 2. Centros de Salud de estudio de los pacientes

| Centro de Salud        | Frecuencia | Porcentaje (%) |
|------------------------|------------|----------------|
| Dr. Trueta             | 6          | 8,5            |
| Cenicientos            | 1          | 1,4            |
| Los Castillos          | 9          | 12,7           |
| Cadalso de los Vidrios | 3          | 4,2            |
| El Alamo               | 2          | 2,8            |
| Granero Vicedo         | 3          | 4,2            |
| Gregorio Marañón       | 6          | 8,5            |
| Miguel Servet          | 5          | 7,0            |
| Navalcarnero           | 2          | 2,8            |
| Sevilla la Nueva       | 1          | 1,4            |
| Laín Entralgo          | 9          | 12,7           |
| Ramón y Cajal          | 16         | 22,5           |
| Villa del Prado        | 1          | 1,4            |
| Villaviciosa           | 3          | 4,2            |
| No registrado          | 4          | 5,7            |
| Total                  | 71         | 100,0          |

Tabla 3. Concordancia diagnóstica entre niveles según la localización de las lesiones (N = 71)

| Localización*       | Kappa | Error estándar | IC 95%       |
|---------------------|-------|----------------|--------------|
| Tronco              | 0,650 | 0,094          | 0,46 a 0,84  |
| Miembros superiores | 0,174 | 0,237          | -0,31 a 0,65 |
| Miembros inferiores | 0,590 | 0,176          | 0,25 a 0,93  |
| Cuero Cabelludo     | 0,250 | 0,171          | 0,10 a 0,59  |
| Global              | 0,520 | 0,146          | 0,31 a 0,72  |

\*No se ha podido calcular el índice kappa en genitales, cara y cuello por falta de precisión de la muestra.

Tabla 4. Resumen del resultado de la evaluación en ambos niveles de los pacientes con psoriasis

| Atención Primaria | Dermatólogos |              | Total |
|-------------------|--------------|--------------|-------|
|                   | Psoriasis    | No psoriasis |       |
| Psoriasis         | 18           | 11           | 29    |
| No psoriasis      | 5            | 37           | 42    |
| TOTAL             | 23           | 48           | 71    |

## DISCUSIÓN

La concordancia diagnóstica entre niveles asistenciales se puede medir y puede servir como medida del grado de acuerdo entre sus profesionales y del uso de criterios diagnósticos similares<sup>13</sup>. Hay bastantes estudios que evalúan la concordancia diagnóstica entre AP y AE<sup>14-16</sup>, aunque son pocos los que se centran en enfermedades dermatológicas.

Nosotros hemos obtenido un grado de concordancia diagnóstica moderada al evaluar pacientes con sospecha clínica de padecer psoriasis superior a la obtenida para otras enfermedades dermatológicas<sup>17,18</sup>, aunque no tan alta como cuando se comparan el nivel especializado y el ambulatorio<sup>19</sup>. No hemos encontrado estudios donde se evalúe la concordancia diagnóstica entre niveles asistenciales en pacientes con psoriasis. No ha habido preponderancia de la enfermedad según el sexo y se ha observado fundamentalmente en la edad madura, siendo su edad de presentación y localización en miembros parecidas a las encontradas en la literatura<sup>20</sup>.

No se ha podido garantizar la evaluación ciega del paciente por parte de los dermatólogos del nivel de AE, por lo que no sabemos en qué medida ha podido influir en su diagnóstico el conocimiento por parte de los dermatólogos de aquél realizado por los médicos de AP y no se ha podido controlar el "sesgo de revisión diagnóstica"<sup>21</sup>. La remisión de pacientes con psoriasis al nivel especializado depende en gran medida de la sospecha clínica de las lesiones y de consideraciones estéticas<sup>22</sup>. La evolución crónica sin malignidad no garantiza una remisión constante al especialista, por lo que no hemos podido garantizar la inclusión de un espectro adecuado de pacientes. Así, no podemos descartar el "sesgo de selección de la muestra" que ocurre cuando la sospecha clínica o diagnóstico *a priori* influye en la decisión de la derivación o no al medio especializado o en la realización de nuevas pruebas.

Cabe también el sesgo que la baja prevalencia del fenó-

meno estudiado o la prevalencia parecida en los dos observadores puede suponer<sup>23,24</sup>. En nuestro caso la prevalencia de psoriasis observada no es baja (59,2% en AP y 67,6% en AE) aunque sí parecidas. Esto podría haber influido en una subestimación de la concordancia.

No se ha podido evaluar la concordancia individual entre los médicos de AP y los dermatólogos ni tampoco entre centros de salud y hospital, debido al escaso número de enfermos remitidos por cada médico de AP al nivel especializado, al poco número de pacientes remitidos desde cada centro se salud y la escasez global de la muestra. Hemos sido conservadores en la estimación del tamaño del número de pacientes necesarios al calcular ésta con una confianza del 80% y una precisión del 10%. Una mayor ambición en el tamaño de la muestra hubiera hecho inviable el estudio, tanto por el número de pacientes requerido como por el tiempo necesario para estudiarlos.

Las características de la formación de los dermatólogos y los médicos de AP ( contenidos, tiempo de formación, profundización, etc.) deberían explicar las diferencias halladas en nuestro trabajo. Pensamos que estos resultados podrían ser usados por los dermatólogos y los médicos de AP para plantear actividades conjuntas de formación continua, 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 niveles asistenciales en el diagnóstico de psoriasis 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 AP 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.
2. Programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Comisión Nacional de la especialidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia, 1994.
3. Real Decreto 137/84 de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud.
4. OMS. Serie de informes técnicos nº 689. 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. 1989.
6. White KL, Williams TL, Greenberg BG. The ecology of Medical Care. N Engl J Med 1961;265:885-92.
7. Valls J, Segura L, Viñas M, Avendaño E. Urgencias en Atención Primaria y derivación de pacientes al hospital. Aten Primaria 1990; 7(8):593-4.
8. Botía F. Origen de las urgencias hospitalarias. Estudio retrospectivo. Todo Hospital 1989;61:31-5.
9. Moreno A, Iglesias P, Arbesu E. Grado de concordancia en la interpretación de electrocardiogramas. Aten Primaria 1995;16:187-91.
10. Rodríguez-Caravaca G, Villar-del-Campo MC. Concordancia diagnóstica entre el nivel de Atención Primaria y Atención Especializada tras consulta urgente. Aten Primaria 2000;25:292-6.
11. Rodríguez Caravaca G, Villar del Campo MC, Ucar Corral E, González Mosquera M, Pombo Liria N, López Bran E. Comparación de la calidad del diagnóstico dermatológico entre Atención Primaria y Especializada al evaluar nevus melanocíticos. Salud Rural 2000;17: 37-42.
12. Karagas MR. Occurrence of cutaneous basal cell and squamous cell malignancies among those with a prior history of skin cancer. The skin cancer prevention study group. J Invest Dermatol 1994;102: 10S-3.
13. Domènech JM, Granero R. Diseño de investigaciones: Pruebas de concordancia. Barcelona: Ed Signo, 1997.
14. Sánchez M, Tovar J, Medina MA. Concordancia diagnóstica entre los médicos de Atención Primaria y los reumatólogos. Aten Primaria 1994;13:446-8.
15. 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;7:551-6.
16. Bolumar F, Ruiz MT, Hernández I, Pascual E. Reliability of the diagnosis of rheumatic conditions at the primary health care level. J Rheumatol 1994;21:2344-8.
17. Rodríguez Caravaca G, Villar del Campo C, González Mosquera M, Ucar Corral E, González Piñeiro B, López Bran E. Concordancia diagnóstica entre Atención Primaria y Especializada al evaluar nevus melanocíticos. SEMERGEN 2000;26:428-31.
18. Rodríguez Caravaca G, Villar del Campo C, González Mosquera M, García-Cruces Méndez J, López Bran E, Pombo Liria N. Concordancia diagnóstica entre Atención Primaria y Especializada al evaluar carcinomas basocelulares. Gaceta Sanitaria. 2001;15(3):255-8.
19. Rodríguez G, Martínez P, Villar I, Prats P, Viéitez A, López E. Concordancia diagnóstica entre dermatólogos de hospital y de ambulatorio. Piel 1999;14:72-5.
20. Fernández R, Ledo A. Dermatosis eritematoescamosas. Psoriasis y parapsoriasis. Medicine 1995;6:4123-31.
21. 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.
22. 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;17:142-6.
23. Rodríguez Caravaca G. Sobre el índice kappa. SEMERGEN 2001; 27:270-1.
24. Grove WM, Andreasen NC, McDonald-Scott P. Reliability studies on psychiatric diagnosis. Arch Gen Psychiatry 1981;38:408-13.