



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



CARTAS AL DIRECTOR

Rendimiento diagnóstico en enfermedad anal benigna en atención primaria

Diagnostic yield in benign anal disease in primary care

Sr. Director:

Hemos leído con interés el artículo publicado por Martínez-Ramos et al sobre la precisión diagnóstica en la enfermedad anal benigna en atención primaria (AP)¹. En este estudio los autores concluyen que el rendimiento diagnóstico en AP es insuficiente y que probablemente una buena exploración física y una mejor formación sobre estas condiciones mejorarían los resultados observados. No podemos estar más de acuerdo con estas propuestas, no obstante discrepamos en la forma en que han llegado a ellas.

Es evidente la necesidad de una correcta exploración anorectal, tanto en la consulta inicial en AP como en el ámbito hospitalario. En este sentido, nos gustaría mencionar la recientemente actualizada guía de práctica clínica elaborada por la Asociación Española de Gastroenterología, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) y el Centro Cochrane Iberoamericano para el tratamiento de la rectorragia, la cual recomienda que todo paciente con rectorragia debe ser sometido a una exploración perianal y a un tacto rectal².

Asimismo, nos gustaría destacar el papel del anuscopio como prueba complementaria potencialmente realizable en AP². La anuscopia es una técnica sencilla, que no ocasiona grandes molestias al paciente y no requiere sedación³. Su realización por parte de los médicos de familia ha mostrado resultados satisfactorios en otros países, y puede disminuir la derivación al especialista de afecciones banales (hemorroides internas, fisuras, etc.). En nuestro medio la anuscopia se realiza habitualmente en las consultas de atención especializada (cirugía o gastroenterología), pero debido a que es sencilla de aprender y su realización requiere poco tiempo, debería poder practicarse también en AP.

También queremos comentar algunos aspectos del diseño del estudio y de la forma en que se describe. Desde la publicación de las normas STARD⁴ se reconocen una serie de ítems imprescindibles para la descripción de la investigación sobre evaluación de la precisión de pruebas diagnósticas, entre ellas y de forma fundamental, el proceso de selección

de pacientes. La comunicación precisa del diseño del estudio permite a los lectores apreciar sus fortalezas y debilidades para dar así el crédito adecuado a las conclusiones que se deriven.

En este caso, el estudio parece aprovechar, de forma pragmática, una serie de pacientes derivados hacia atención especializada con un diagnóstico de enfermedad anal benigna. Con este diseño, sin una definición explícita de criterios de inclusión y exclusión, no es posible valorar el espectro de pacientes finalmente incluidos en el estudio. Tampoco permite valorar qué pacientes no se han derivado o los que se han derivado pero a otro servicio distinto a uno quirúrgico. Este grupo de pacientes no incluido podría haberse diagnosticado y tratado adecuadamente en el ámbito de AP y, por tanto, esto podría producir una infraestimación tanto del grado de acuerdo observado como del rendimiento diagnóstico estimado para AP.

Por otro lado, no es sorprendente que la concordancia entre los cirujanos fuera completa dado que ambos utilizaron las mismas definiciones estandarizadas para el diagnóstico, concretamente las de la Asociación Española de Cirujanos. Tampoco sorprende que la concordancia con AP sea menor, pues los médicos desconocían la realización del estudio y probablemente utilizaron otras definiciones para el diagnóstico. Para poder evaluar correctamente la concordancia, ambos observadores deben utilizar los mismos medios y definiciones.

Estudios que evalúen el rendimiento de la historia clínica y la exploración física en los problemas comunes en AP son necesarios y del máximo interés. La colaboración entre profesionales de AP y de atención especializada en su diseño y ejecución ayudará a evitar sesgos, como los apuntados, que afectan gravemente la validez de los resultados obtenidos.

Bibliografía

- Martínez-Ramos D, Nomdedéu-Guinot J, Artero-Sempere R, Escrig-Sos J, Gibert-Gerez J, Alcalde-Sánchez M, et al. Estudio prospectivo para evaluar la precisión diagnóstica en enfermedad anal benigna en atención primaria. *Aten Primaria*. 2009;41: 207-12.
- Alonso-Coello P, Marzo-Castillejo M, José Mascort J, José Hervás A, Manuel Viña L, Antonio Ferrús J, et al. Guía de práctica clínica sobre el manejo de la rectorragia (Actualización 2007). *Gastroenterol Hepatol*. 2008;31:652-67 [citado 9 Jun 2009]. Disponible en: URL: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_10_rectorragia_2007.pdf.
- Pfenninger J, Zainea GG. Common anorectal conditions: Part I. Symptoms and complaints. *Am Fam Physician*. 2001;63:2391-8.

4. Altman DG, Bossuyt PM. Estudios de precisión diagnóstica (STARD) y pronóstica (REMARK). *Med Clin (Barc)*. 2005;125:49-55.

Pablo Alonso-Coello^{a,*}, Javier Zamora Romero^b, David Rigau Comas^c y Rafael Rotaache del Campo^d

^aCentro Cochrane Iberoamericano, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Barcelona, España

^bUnidad de Bioestadística Clínica, Hospital Ramón y Cajal, CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid, España

^cCentro Cochrane Iberoamericano, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

^dCentro de Salud de Alza, Donostia-San Sebastián, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: palonso@santpau.cat (P. Alonso-Coello).

doi:10.1016/j.aprim.2009.06.011

Respuesta del autor a la carta “Rendimiento diagnóstico en enfermedad anal benigna en atención primaria”

Response by the author to the letter “Diagnostic yield in benign anal disease in Primary Care”

Sr. Director:

Hemos leído con gran atención los comentarios a nuestro artículo de los doctores Coello et al, y agradecemos enormemente el interés prestado a un tema que tanto nos preocupa desde hace mucho tiempo, como es el diagnóstico de la enfermedad anal benigna en atención primaria. Aunque coincidimos con muchos puntos de vista de los autores, creemos que algunos de sus comentarios merecen una aclaración.

En primer lugar, estamos de acuerdo en que el espectro de los pacientes es, en efecto, fundamental en un estudio diagnóstico o de concordancia diagnóstica y éste debe especificarse claramente. No obstante, no coincidimos con Coello et al en que éste no haya sido suficientemente especificado en nuestro estudio, pues, como se dice en el artículo, los casos incluidos fueron todos los pacientes remitidos desde la consulta de atención primaria a la del cirujano. Todos los demás pacientes no se incluyeron y, efectivamente, resulta imposible evaluar qué habría pasado con éstos. De cualquier modo, lo que los autores proponen es realizar otro estudio diferente —también interesante— pero que nada tiene que ver con éste y pensamos que, en ningún caso, implica un incorrecto diseño del estudio inicial.

Por otro lado, respecto a los diferentes criterios diagnósticos utilizados por los médicos de atención primaria y los cirujanos, también nos gustaría hacer una matización. Como bien dicen los autores, el índice κ se aplica —o se debe aplicar— para un mismo criterio o, de lo contrario, no tiene interpretación posible, y lo que realmente se mide con este

índice es lo adecuado que resulta un determinado criterio diagnóstico en el sentido de que todo el mundo lo pueda interpretar del mismo modo. Para esto, es necesario que, efectivamente, los médicos que realizan el diagnóstico tengan la misma preparación técnica. No obstante, en nuestro caso, todas las enfermedades anales incluidas se deben diagnosticar de forma puramente visual, es decir, realizando únicamente una inspección anal, el diagnóstico debe ser correcto y no debe haber error. En definitiva, no se puede confundir una hemorroide con una fisura ni con el orificio cutáneo de una fistula cuando se realiza una inspección adecuada. Así, debe aceptarse que el criterio diagnóstico es común tanto para el médico de atención primaria como para el especialista, y no es necesaria ninguna preparación especial, sino una formación básica. Como se desprende de nuestro estudio, es probable que demasiados médicos en atención primaria no realicen la inspección anal y se guíen solamente por los síntomas, y por esto, la concordancia con el cirujano, quien realiza siempre la inspección anal, difiere. Lo que posiblemente indica el índice κ en este caso no es que el criterio sea inadecuado ni que esté influido por una preparación técnica distinta, sino que unos sustituyen el verdadero criterio diagnóstico por otro más pobre e inespecífico, como son los síntomas, mientras los otros hacen todos los pasos necesarios. Creemos finalmente que tampoco es adecuado afirmar que la prueba de κ esté mal aplicada en el estudio y pensamos que su indicación es correcta para comparar un mismo criterio (visual) para una capacidad teórica de poder diagnosticar igual o similar en los observadores.

David Martínez Ramos*, Jesús Nomdedeu-Guinot, Rafael Artero-Sempere, Javier Escrig-Sos, Juan Gibert-Gerez, Miguel Alcalde-Sánchez y José Luis Salvador Sanchis

Hospital General de Castellón, Castellón, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: davidmartinez@comcas.es (D. Martínez Ramos).

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/j.aprim.2009.06.011

doi:10.1016/j.aprim.2009.06.012