



Original

Análisis de las derivaciones realizadas a dermatología desde atención primaria y su concordancia diagnóstica

Álvaro Pérez Martín^{a,*}, María José Agüeros Fernández^b, Alfredo Avellaneda Fernández^c,
 Maravillas Izquierdo Martínez^d, José Ramón López Lanza^a
 y Mirna Lizzeth Centeno Cabrera^b

^a Centro de Salud Centro, Santander, Cantabria, España

^b Centro de Salud Zapatón, Torrelavega, Cantabria, España

^c Centro de Salud Los Cármes, Madrid, España

^d Ministerio de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 28 de diciembre de 2015

Aceptado el 21 de febrero de 2016

On-line el 4 de mayo de 2016

Palabras clave:

Dermatología

Atención primaria

Concordancia

R E S U M E N

Objetivo: Las enfermedades dermatológicas son un motivo frecuente de consulta en atención primaria. El objetivo del estudio es analizar los motivos dermatológicos más frecuentes de derivación, el índice de concordancia diagnóstica y el perfil de los pacientes derivados.

Material y método: Estudio descriptivo transversal de los pacientes derivados desde atención primaria al dermatólogo durante los meses de enero a junio de 2013. En atención primaria se recogieron variables sociodemográficas y asistenciales, y en ambos niveles el diagnóstico efectuado, la petición de pruebas complementarias y el tratamiento realizado. Se ha usado la media aritmética y la desviación estándar para las variables cuantitativas, porcentajes para las cualitativas y el índice Kappa para el grado de concordancia.

Resultados: Se analizaron 354 sujetos, con una edad media de 43,97 (DE: 25,4) años y con predominio femenino (59,3%). Los documentos contenían una orientación diagnóstica clara en el 71,5% de los casos; nevus y verruga eran los más frecuentes. El dermatólogo realizó alguna prueba complementaria en el 8,2% y pautó tratamiento en el 33,6% de los casos. No se ha encontrado respuesta recogida en la historia clínica en el 13,3%. La concordancia global entre niveles fue del 67,1%, con un índice Kappa de 0,64.

Conclusiones: El perfil del paciente derivado es el de una mujer de mediana edad. Aunque la concordancia en los diagnósticos es buena, muchas causas derivadas son asumibles con una formación adecuada, lo que mejoraría la eficiencia del sistema. Es necesario implementar medidas para reducir la falta de recogida en la historia clínica de las respuestas.

© 2016 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alvaroperezma@yahoo.es (Á. Pérez Martín).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.mgyf.2016.02.004>

1889-5433/© 2016 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Analysis of referrals made from primary care to dermatology and diagnostic agreement

A B S T R A C T

Keywords:
Dermatology
Primary care
Agreement

Objective: Dermatological diseases are a frequent reason for consultations at Primary Care level. The aim of this study is to analyse the most frequent reasons for referral, the index of agreement in the diagnosis, and to determine the profile of referred patients.

Material and method: A cross-sectional, descriptive study was conducted on patients referred from Primary Care to a dermatologist between the months of January and June 2013. At Primary Care level, social-demographic and attendance variables were collected, and at both levels, the diagnosis made, the request for complementary tests, and the treatment prescribed. The arithmetic mean was used for quantitative variables, and percentages for qualitative variables. The Kappa index was used for the level of agreement.

Results: The analysis included 354 patients, with a mean age of 43.97 ± 25.4 , and predominantly female (59.3%). Almost three-quarters (71.5%) of the specialist referral notes contained a clear diagnosis, with nevus and warts being the most frequent. The dermatologist carried out complementary tests in 8.2% of the cases, and prescribed treatment in 33.6% of cases. No response was added to the medical records in 13.3% of cases. Overall agreement between the two care levels was 67.1%, with a Kappa index of 0.64.

Conclusions: The typical profile of a patient referred to a dermatology specialist is that of a middle-aged female. Although agreement between the diagnoses is good, many of the cases which are referred could be treated at Primary Care level with correct training, which would improve the efficiency of the system. Measurements should be implemented to reduce the lack of responses recorded in the medical records.

© 2016 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Las enfermedades relacionadas con la piel son un motivo frecuente de consulta en atención primaria (AP)¹; algunos trabajos lo cuantifican en aproximadamente un 5% de todas las consultas efectuadas, principalmente realizadas por población activa. Todo esto supone un consumo importante de recursos, y hace necesaria la existencia de un abordaje eficiente de estas afecciones.

Es conocida la alta resolución que presenta el médico de AP, ya que la mayoría de los pacientes suelen ser diagnosticados y tratados sin necesidad de efectuar una derivación al siguiente nivel. Existen pocos estudios publicados que valoren la habilidad del médico de AP en el abordaje de las afecciones dermatológicas, tanto en su diagnóstico como en su tratamiento; los disponibles aportan generalmente malos resultados². En España también los datos son escasos y no muy favorables³.

Por tanto, puede ser necesario identificar las enfermedades en que más derivación o peor conocimiento exista para realizar una adecuada formación de los profesionales, e incluso poder establecer criterios para una adecuada derivación⁴.

El objetivo de este trabajo es analizar los motivos dermatológicos más frecuentes de derivación desde AP, el índice de concordancia diagnóstica entre el dermatólogo y el médico de AP, y el perfil y las características de los pacientes derivados.

Material y método

Estudio observacional, descriptivo y transversal de los pacientes atendidos en un centro de salud de AP y derivados al dermatólogo del hospital de referencia.

Los pacientes proceden del centro de salud urbano Isabel II, ubicado en Santander, perteneciente al área sanitaria 1 de Cantabria. Da cobertura sanitaria a una población de 19.980 habitantes.

Los criterios de inclusión establecidos fueron la atención del paciente en el centro de salud y la realización de un documento de derivación a dermatología; no hubo criterios de exclusión.

Se analizaron los datos de todos los pacientes derivados durante los meses de enero a junio de 2013.

Para la recogida de la información se consultaron las historias clínicas del programa OMI-AP, tanto para obtener los datos de AP como la respuesta del dermatólogo; si no existía respuesta recogida en la historia informática se consultaba la historia clínica en papel. Los documentos de derivación desde AP se clasificaron en 2 grupos: los que no tenían una orientación diagnóstica clara y los que sí la tenían.

En AP se recogieron como variables sociodemográficas la edad y el sexo, y como variables asistenciales el tiempo de demora entre la primera consulta y la derivación al especialista del hospital. En ambos niveles se recogieron el diagnóstico efectuado, la petición de pruebas complementarias

y el tratamiento realizado. Se valoró como medio urbano una población de más de 50.000 habitantes.

Para la estadística descriptiva se emplearon la media aritmética y la desviación estándar de la media (DE) para las variables cuantitativas, y porcentajes y porcentaje acumulado para las variables cualitativas. El grado de concordancia entre niveles se calculó empleando el índice Kappa y la clasificación de Landis y Koch. El grado de significación estadística considerado fue de 0,05. Posteriormente, para procesar los datos estadísticos se utilizó el programa de análisis estadístico IBM-SPSS 22.0.

Resultados

Se analizaron 354 sujetos derivados a dermatología, con una edad media de 43,97 (DE: 25,4) años y con predominio femenino (59,3%). Solo 11,6% fueron derivados en la primera consulta, con un tiempo medio de derivación de 51,03 (DE: 42,9) días. A 1,7% se le solicitó alguna prueba complementaria, en todos los casos una analítica.

Los documentos que contenían una orientación diagnóstica clara supusieron el 71,5% del total; en los que no la presentaban, las causas más frecuentes eran «dermatitis» (41,6%) y «lesión en la piel» (39,6%). La **tabla 1** recoge las principales causas de derivación realizadas desde AP al dermatólogo de los documentos que presentaban orientación diagnóstica clara. Nevus, verruga y dermatitis seborreica fueron los motivos de derivación más frecuentes en estos documentos.

El 25,4% recibió algún tipo de tratamiento en AP antes de la derivación, principalmente corticoide tópico (30,6%) y antibiótico tópico (16,7%). La **tabla 2** recoge los principales tratamientos aplicados.

El dermatólogo realizó alguna prueba complementaria en el 8,2% de los casos, principalmente una biopsia (82,8%), analítica de sangre (13,8%) y cultivo cutáneo (3,4%). Se

Tabla 1 – Principales causas de derivación desde atención primaria al dermatólogo de los documentos con orientación diagnóstica realizada

Motivo de consulta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nevus	50	19,8	19,8
Verruga vulgar	25	9,9	29,6
Dermatitis seborreica	23	9,1	38,7
Queratosis actínica	17	6,7	45,5
Acné vulgar	15	5,9	51,4
Mollusco contagioso	15	5,9	57,3
Papiloma	14	5,5	62,8
Dermatitis atópica	10	4,0	66,8
Psoriasis	9	3,6	70,4
Fibroma pendulado	8	3,2	73,5
Acne rosácea	7	2,8	76,3
Carcinoma basocelular	7	2,8	79,1
Alopecia	6	2,4	81,4
Quiste sebáceo	6	2,4	83,8
Onicomiosis	5	2,0	85,8
Lentigo	4	1,6	87,4
Dermatofitosis	4	1,6	88,9
Queloides	3	1,2	90,1

Tabla 2 – Principales tratamientos aplicados en atención primaria y dermatología en los pacientes derivados

Tratamiento	Atención primaria (%)	Dermatología (%)
Corticoide tópico	9,3	4,2
Antibiótico tópico	5,1	2
Antibiótico oral	4,5	2,5
Antihistamínico	3,4	2,3
Antimicótico tópico	2,8	0,8
Corticoide oral/im	1,4	1,1
Antimicótico oral	0,8	0,6
Antiviral	0,8	0
Electrocoagulación, curetaje, crioterapia	0,3	10,7
Fotoprotección	0	4,2

Tabla 3 – Principales diagnósticos realizados por el dermatólogo en los documentos derivados desde atención primaria

Motivo de consulta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nevus	60	19,5	19,5
Dermatitis seborreica	45	14,7	34,2
Dermatitis atópica	19	6,2	40,4
Mollusco contagioso	16	5,2	45,6
Acné vulgar	15	4,9	50,5
Queratosis actínica	14	4,6	55,0
Carcinoma basocelular	13	4,2	59,3
Verruga vulgar	12	3,9	63,2
Papiloma	12	3,9	67,1
Psoriasis	11	3,6	70,7
Acné rosácea	8	2,6	73,3
Lentigo	7	2,3	75,6
Urticaria	7	2,3	77,9
Fibroma pendulado	6	2,0	79,8
Alopecia	6	2,0	81,8
Angioma	5	1,6	83,4
Onicomiosis	4	1,3	84,7
Eccema	4	1,3	86,0
Dermatofitosis	4	1,3	87,3
Carcinoma epidermoide	3	1,0	88,3

pautó tratamiento en el 33,6%, principalmente extirpación (26,2%), electrocoagulación-crioterapia (18,6%), corticoides tópicos (10,3%) y fotoprotectores (10,3%) (**tabla 2**). Solo fueron remitidos a otro servicio hospitalario el 0,6%.

La **tabla 3** recoge los principales diagnósticos realizados por el dermatólogo; el nevus, la dermatitis seborreica, la dermatitis atópica y el molusco contagioso fueron los más frecuentes. No se encontró respuesta recogida del dermatólogo en la historia clínica informatizada o de papel en el 13,3% de los casos.

Al comparar los diagnósticos realizados en ambos niveles se encontró una concordancia global del 67,1%, con un índice Kappa de 0,64, estadísticamente significativo. Esto supone una buena concordancia según la clasificación de Landis y Koch. La **tabla 4** recoge la concordancia entre los 2 niveles, encontrada en las diferentes enfermedades derivadas. En el caso de los diagnósticos de las lesiones cancerosas (melanoma, carcinoma epidermoide y basocelular) la concordancia diagnóstica encontrada fue del 52,9%.

Tabla 4 – Concordancia diagnóstica entre los niveles de atención de las enfermedades más frecuentemente derivadas

Diagnóstico	Concordancia %
Nevus	66,7
Dermatitis seborreica	44,4
Dermatitis atópica	42,1
Mollusco contagioso	81,3
Acné vulgar	100
Queratosis actínica	92,9
Carcinoma basocelular	61,5
Verruga vulgar	91,7
Papiloma	91,6
Psoriasis	81,8
Acné rosácea	87,5
Lentigo	57,1
Urticaria	57
Fibroma pendulado	66,7
Alopecia	100
Angioma	40
Onicomycosis	100
Eccema	75
Dermatofitosis	100
Carcinoma epidermoide	85,7

Comentario

El perfil del paciente típico derivado a dermatología desde AP es el de una mujer de mediana edad, a la que no se realiza ninguna prueba complementaria previa. El estudio de Castillo et al., realizado en población granadina, encontró datos similares a los nuestros, tanto en la edad (45,5 años) como en el sexo (56 % mujeres)⁵. Algunos trabajos han atribuido este porcentaje más elevado de mujeres a la mayor preocupación de estas por su imagen.

Un estudio reciente, realizado en población zaragozana, encontró menor proporción en la cumplimentación del documento de derivación con orientación diagnóstica, con un 59,67 % (63 % para centros de salud urbanos)³; sin embargo, en ambos trabajos existe un volumen elevado de derivaciones sin una orientación diagnóstica o una descripción adecuada de la enfermedad, lo que supone un deterioro en la calidad de la derivación. Esto puede deberse a la falta de tiempo del médico o a la falta de conocimiento⁵.

En nuestro estudio las enfermedades derivadas con mayor frecuencia desde AP fueron el nevus, la dermatitis seborreica y la dermatitis atópica. Otros trabajos realizados en España, como el de Alcántara et al., encontraron el acné (62,6 %), los nevus (13,5 %), la queratitis seborreica (7,3 %) y la queratosis actínica (7,3 %) como los más frecuentes⁴. Para Porta et al. fueron la verruga (43,9 %), los nevus (11,4 %), el acné (8,3 %) y el eczema (5,2 %)³. En el trabajo realizado por Castillo et al. fueron la queratosis seborreica (14,17 %), los nevus, la queratosis actínica y el acné (8,73 %)⁵.

En el estudio de Porta et al. se encontró un índice de concordancia Kappa de 0,425 con el realizado por el dermatólogo³, mientras que en el nuestro solo encontramos 9,9 %, con una concordancia de 91,7 %.

Hemos encontrado una concordancia de 100 % para el acné vulgar, la alopecia, la onicomycosis y la dermatofitosis. El

estudio de Porta et al. lo encontró en el acné, las estrías de distensión, la hiperhidrosis, el impétigo, el hirsutismo, la quemadura y la leucoplasia³.

Nuestra concordancia diagnóstica en las lesiones cancerosas fue baja, similar a la de otros trabajos, como el de Porta et al., cuyo índice Kappa fue de 0,211.

Aunque varían algo los porcentajes y el orden de frecuencia entre los diferentes trabajos, parece claro que numerosas enfermedades derivadas para valoración, como el nevus o las dermatitis, con un conocimiento más profundo y adecuado pueden ser diagnosticadas y tratadas en su gran mayoría en AP, y no requieren tratamiento específico del dermatólogo, lo que puede reducir la demanda dermatológica de una manera importante. Los nevus son uno de motivos de derivación más frecuentes en la gran mayoría de los estudios realizados en España, incluido el nuestro, probablemente debido a la necesidad de confirmar el diagnóstico y descartar enfermedad maligna como el melanoma. La baja concordancia en los diagnósticos de las lesiones cancerosas puede significar un bajo conocimiento diagnóstico de estas, pero también puede ser debido al uso importante del término inespecífico «lesión en la piel» como motivo de derivación.

La concordancia en nuestro estudio puede clasificarse como buena, parecida a la obtenida en otros estudios como el de Porta et al. (65,52 %)³, y algo superior a los trabajos de Fleischer (52,7 %)⁶ y Romaní (42,3 %)⁷. Otro trabajo en el que solo se valoraban lesiones dermatológicas susceptibles de intervención quirúrgica o crioterapia encontró una concordancia diagnóstica del 72 %; sin embargo, al no valorar todas las enfermedades dermatológicas no es comparable⁸.

No se ha recogido la respuesta del dermatólogo en 13,3 % de los casos, lo que supone una pérdida de información importante. Es necesario optimizar medidas para evitarlo; en esta dirección van estrategias para la informatización y el volcado automático de la información del documento y eliminar la respuesta en papel, y la concienciación del profesional sobre la utilidad de la recogida de los datos.

En nuestro trabajo encontramos que el 25,4 % de los pacientes fueron derivados con un tratamiento establecido, porcentaje inferior al encontrado por Alcántara et al. (64 %)⁴. La electrocoagulación-crioterapia fue realizada por el dermatólogo en el 18,6 % de los casos, proporción similar a la encontrada por Alcántara et al. (16,51 %)⁴.

La derivación posterior del dermatólogo fue muy baja, inferior a la de Alcántara et al. (3,7 %)⁴; es debida a la alta capacidad de resolución de las enfermedades analizadas.

Como limitaciones en el estudio se puede reseñar el corto periodo de tiempo de recogida de los datos, que puede haber repercutido en la valoración errónea de enfermedades con características estacionales, y las pérdidas de información de los pacientes en los que no se ha registrado la misma adecuadamente.

En conclusión, dado que la concordancia en los diagnósticos entre los 2 niveles puede considerarse buena, existen numerosas causas dermatológicas derivadas que son asumibles, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento en el ámbito de la AP. Todo esto precisa un conocimiento teórico y clínico adecuado. Por tanto, si se llevara a cabo una formación adecuada de los médicos de AP para el reconocimiento de las principales enfermedades y lesiones dermatológicas,

se podría reducir no solo la derivación al especialista del hospital, sino conseguir una mejora en la eficiencia del sistema y, por tanto, un potencial ahorro en recursos.

También hay que resaltar la importante falta de recogida de respuesta en la historia clínica en muchos casos. Es necesario implementar medidas para reducirla, tanto de volcado de la información como de formación del profesional.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ramsay DL, Weary PE. Primary care in dermatology: Whose role should it be? *J Am Acad Dermatol.* 1996;35:1005-8.
2. Berg M. Evaluation of a questionnaire used in dermatological epidemiology. Discrepancy between self-reported. Symptoms and objective signs. *Acta Derm Venereol (Stockh).* 1991;Suppl 156:13-7.
3. Porta N, San Juan J, Grasa MP, Simal E, Ara M, Querol I. Estudio de concordancia diagnóstica en dermatología entre atención primaria y especializada en el área de salud de un hospital de referencia. *Actas Dermosifiliogr.* 2008;99:207-12.
4. Alcántara S, Márquez A, Corrales A, Neila J, Polo J, Camacho F. Estudio de las consultas por motivos dermatológicos en atención primaria y especializada. *Piel (Barc).* 2014;29:4-8.
5. Castillo-Arenas E, Garrido V, Serrano-Ortega S. Motivos dermatológicos de consulta en atención primaria. Análisis de la demanda derivada. *Actas Dermosifiliogr.* 2014;105:271-5.
6. Fleischer AB, Feldman SR, Brandham DD. Office-based physicians services provided by dermatologists in the United States in 1990. *J Invest Dermatol.* 1994;102:93-7.
7. Romaní J, Planagumá M, Puig L. Evaluación de la validez diagnóstica y terapéutica de las derivaciones recibidas en la consulta de dermatología de un hospital comarcal. *Actas Dermosifiliogr.* 2000;91:67-74.
8. Graells J, Espinola A, Barrio C, Muñoz MD, Román A, Parellada N. Cirugía menor ambulatoria dermatológica y crioterapia. Estudio comparativo entre un dermatólogo y médicos de familia. *Actas Dermosifiliogr.* 2007;98:171-7.