

Evaluación de la capacidad diagnóstica de los médicos generales en dermatología

Ana M. Barbarulo¹, Silvina Gavazza¹, María Inés Fontana², Sandra Barbari³ y Rubén Azcune⁴

RESUMEN: Se realizó una evaluación prospectiva a través de un cuestionario a médicos dermatólogos, clínicos y médicos de familia entre abril y mayo de 2000.

Se mostró una proyección de 10 patologías dermatológicas tumorales comúnmente vistas en la práctica diaria y se interrogó acerca del diagnóstico.

Existió una diferencia estadísticamente significativa entre los tres grupos.

Se concluye que los médicos clínicos y médicos de familia no están capacitados para realizar el diagnóstico de la patología dermatológica frecuente.

SUMMARY: We made a prospective evaluation in which dermatologists, internists and family doctors filled out a survey between April and May, 2000.

We showed ten skin tumoral diseases commonly seen in everyday practice and asked for a diagnosis.

There was a significant difference between these three groups.

We concluded that Clinicians and Family doctors are not capable of diagnosing common skin pathology.

Arch. Argent. Dermatol. 52:111-115, 2002

INTRODUCCION

La dermatología es una de las especialidades médicas más extensas debido a la cantidad de patologías que abarca. El manejo de las enfermedades básicas requiere de un arduo aprendizaje y entrenamiento constante¹. La posibilidad de diagnósticos diferenciales que cada enfermedad plantea representa un desafío para el médico dermatólogo, quien debe tener acceso a estos conocimientos².

La realidad socioeconómica actual pretende en muchos circuitos obviar al médico especialista y aflorar la imagen del médico de familia, quien debería tener conocimientos básicos de todas las especialidades médicas^{3,4}. Es por esto último que decidimos realizar un estudio para determinar la eficacia de estos médicos en la detección de la patología tumoral dermatológica.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó una evaluación prospectiva a través de un cuestionario a médicos dermatólogos, clínicos y médicos de familia entre abril y mayo del 2000.

La población estudiada estuvo integrada por médicos de distintos centros públicos y privados de

Servicio de Dermatología del Policlínico Bancario.

¹ Médica de planta

² Médica residente

³ Médica concurrente

⁴ Jefe de Servicio



Fig. 1: Queratosis actínica - Fig. 2: Queratosis seborreica

Recibido: 26-7-2001.

Aceptado para publicación: 13-3-2002.



Fig. 3: Basocelular pigmentado. - **Fig. 4:** Basocelular noduloide. - **Fig. 5:** Queratoacantoma - **Fig. 6:** Carcinoma espinocelular
Fig. 7: Carcinoma epidermoide verrugoso. - **Fig. 8:** Melanoma extensivo superficial

la Capital Federal y del Gran Buenos Aires. Se incluyeron médicos de familia y clínicos con título de especialista acreditado. Para el grupo de médicos dermatólogos se utilizó a concurrentes y residentes del último año de la carrera de especialista y a médicos dermatólogos.

Se mostró una proyección de 10 patologías dermatológicas tumorales comúnmente vistas en la práctica diaria. Se realizó una descripción detallada de las lesiones, así como también de las caracte-

ísticas clínicas de cada paciente. Sobre cada patología proyectada se interrogó acerca del diagnóstico, 2 diagnósticos diferenciales y la conducta a seguir.

Las lesiones proyectadas fueron 3 melanomas (clásico, acrolentiginoso y amelanótico), 2 basocelulares (nodular y pigmentado), queratosis actínicas, queratosis seborreicas; queratoacantoma y 2 espinocelulares.

Para el análisis estadístico se utilizó el test de Student y el test de Anova.



Fig. 9: Melanoma amelanótico. - Fig. 10: Melanoma acral.

RESULTADOS

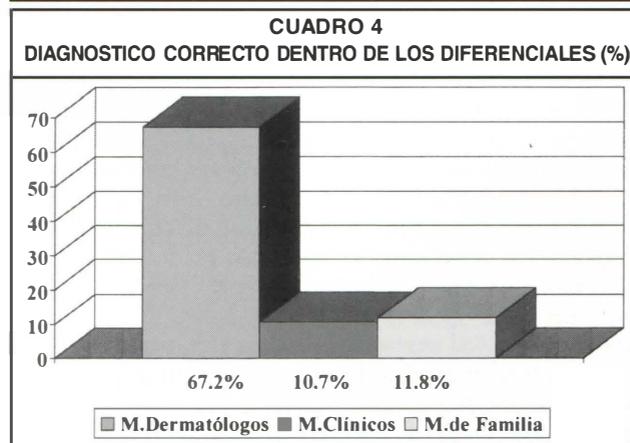
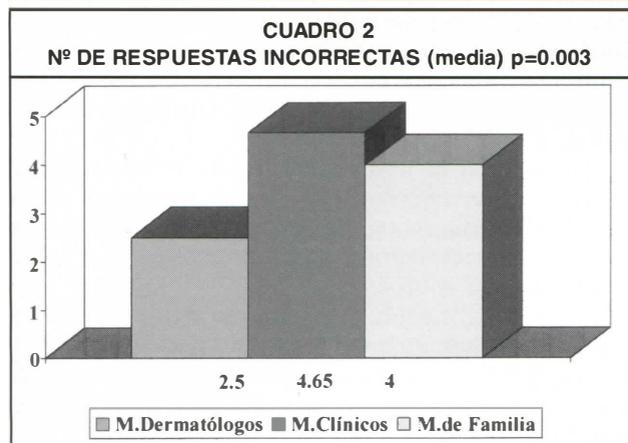
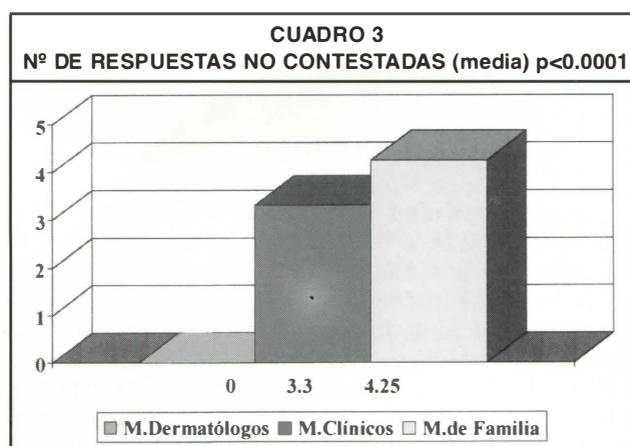
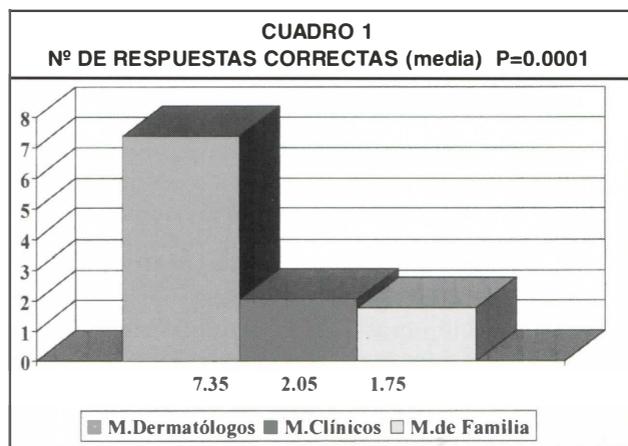
Se evaluaron 56 cuestionarios de los cuales 20 fueron realizados por médicos dermatólogos, 20 por médicos clínicos y 16 por médicos de familia, todos ellos provenientes de distintos centros de Capital Federal y Gran Buenos Aires. Se conservó el anonimato de los participantes como así también de la entidad hospitalaria a la cual pertenecían.

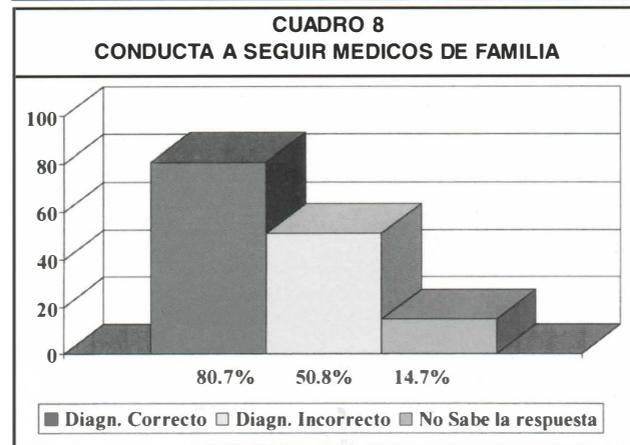
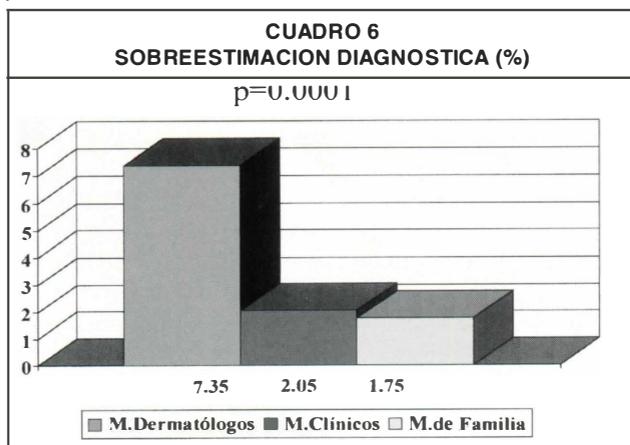
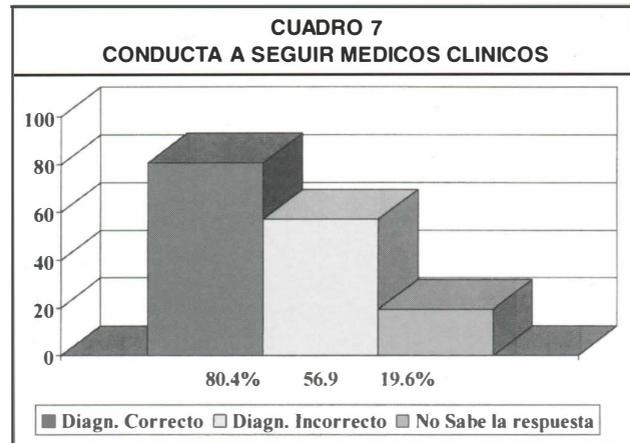
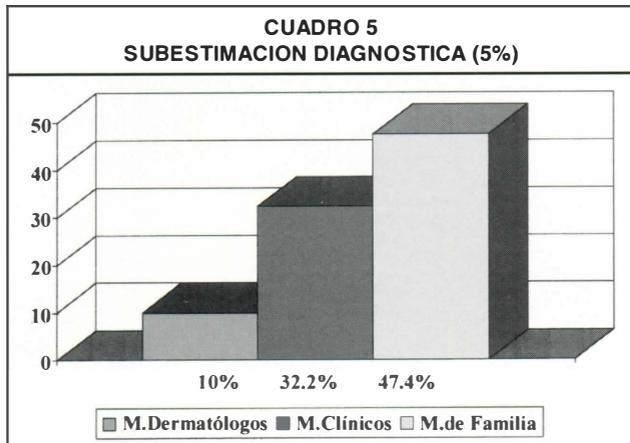
Existió una diferencia estadísticamente signifi-

cativa en el número de respuestas correctas entre los 3 grupos (Cuadro 1).

También existió una diferencia estadísticamente significativa al evaluar la media de respuestas incorrectas (Cuadro 2) y cuando se evaluó la media de respuestas no contestadas o donde se especificó claramente no saber la respuesta (Cuadro 3).

En el caso en que la respuesta fue incorrecta se analizó si el diagnóstico correcto se incluyó dentro de los diagnósticos diferenciales (Cuadro 4).





DISCUSION

En la actualidad la actividad médico-emprendedora está llevada a cabo por personas ajenas a la actividad médica. Esto ha generado que muchas de las decisiones tomadas sean desacertadas. Un ejemplo claro es la idea de que los médicos generalistas tienen la formación y capacidad suficiente para resolver las afecciones comunes de todas las especialidades⁵. Los médicos generalistas suelen considerar a la dermatología una especialidad confusa y sin importancia, lo que genera una falta de dedicación por parte de esta población para adquirir los conocimientos básicos necesarios.

De aquí surge la idea de enfrentar a médicos clínicos y médicos de familia con la patología tumoral benigna, precancerosa y maligna de la piel⁶⁻⁸.

Los resultados de este trabajo, aunque previsibles, fueron sorprendentes por las diferencias estadísticas encontradas. Se observó en la determinación de la media de respuestas correctas e incorrectas una diferencia significativa entre médicos dermatólogos y los otros dos grupos (Cuadros 1 y 2).

A su vez la media de respuestas no contestadas arrojó una cifra considerablemente alta, especialmente por parte de médicos de familia (Cuadro 3).

El espacio en blanco significó que no tuviesen noción alguna de la lesión mostrada a pesar de la clara descripción y datos clínicos presentados.

Otro dato importante que se consideró fue la posibilidad de que el diagnóstico definitivo estuviese dentro de los diagnósticos diferenciales (Cuadro 4). Esto también mostró una gran diferencia entre dermatólogos y los otros dos grupos. Cuando la respuesta fue incorrecta los dermatólogos incluyeron el diagnóstico definitivo entre los diagnósticos diferenciales en el 67,2% de los casos, los médicos clínicos en el 10,7% y los médicos de familia el 11,8%. El hecho de que estos dos últimos grupos hayan logrado porcentajes tan bajos demuestra que la escasez de conocimientos no les permite acercarse al diagnóstico.

Se realizó la evaluación de la subestimación (Cuadro 5) y sobreestimación diagnóstica (Cuadro 6), entendiendo como subestimación la consideración de una patología maligna como benigna y viceversa para la sobreestimación.

La subestimación fue importante, siendo la cifra más elevada en médicos de familia. Esto vislumbra un gran peligro para el paciente ya que el médico no posee la alarma necesaria para reconocer lesiones tumorales^{9,10}.

El último punto analiza la derivación para interconsulta o biopsia a Dermatología, tenida en cuenta en el caso de respuestas correctas, incorrectas y en aquellas no contestadas (Cuadros 7 y 8). Médicos de familia y clínicos derivaron en un porcentaje alto cuando reconocieron el diagnóstico, en cambio lo hicieron en aproximadamente la mitad de las veces en que contestaron incorrectamente y en un porcentaje aún menor en los casos no respondidos.

Esto se debe, en parte, a la subestimación de las lesiones como así también de la especialidad.

Por último cabe destacar el conocimiento demostrado por parte de los dermatólogos concurrentes, residentes y médicos especialistas, quienes contestaron correctamente en un alto porcentaje, la riqueza en cuanto a diagnósticos diferenciales, la baja subestimación y el hecho de haber respondido la totalidad del cuestionario.

CONCLUSIONES

Del trabajo se concluye que nuestra población de médicos clínicos y de familia no están capacitados para realizar el diagnóstico de la patología dermatológica frecuente. Además se considera que el hecho de no discernir la patología benigna de la maligna pone en peligro la vida del paciente, quien merece ser visto por un profesional idóneo para curar su enfermedad. El hecho de tal desorientación en el terreno de la dermatología les impide realizar una prevención de la patología tumoral maligna de la piel.

BIBLIOGRAFIA

1. Feldman, S.R.; Fleischer jr, A.B.: Skin examinations and skin cancer prevention counseling by U.S. physicians. A long way to go. **J Am Acad Dermatol** 2000; 43: 234-237.
2. Richard, M.A.; Grob, J.J.; Dalac, S.: Delays in diagnosis and melanoma prognosis (II): The role of doctors. **Int J Cancer** 2000; 89: 280-285.
3. Bedlow, A.J.; Cliff, S.; Melia, J.; Moss, S.M.; Seyan, R.; Harland, C.C.: Impact of skin cancer education on general practitioner's diagnostic skills. **Clin Exp Dermatol** 2000; 25: 115-118.
4. Julian, C.G.: Dermatology in general practice. **Br J Dermatol** 1999; 141: 518-520.
5. Halpern, A.: Are primary care physicians well trained in dermatology? No. **Manag Care** 1995; 4: 49.
6. Jemec, G.B.: The diagnostic accuracy of Danish GPs in the diagnosis of pigmented skin lesions. **Fam Pract** 1999; 16: 619-620.
7. Mc Gee, R.; Elwood, M.; Adam, H.: The recognition and management of melanoma and other skin lesions by general practitioners in New Zealand. **N Z Med J** 1994; 107: 287-290.
8. Lowe, J.B.; Balanda, K.P.; Del Mar, C.B.: General practitioners and patient response during a public education program to encourage skin examination. **Med J Aust** 1994; 161: 195-198.
9. Gerbert, B.; Maurer, T.; Berger, T.; Pantilat, S.; Mc Phee, S.J.; Wolff, M.; Bromstone, A.; Caspers, N.: Primary care physicians as gatekeepers in managed care. Primary care physicians' and dermatologists' skills at secondary prevention of skin cancer. **Arch Dermatol** 1996; 132: 1030-1038.
10. Bricknell, M.C.: Skin biopsies of pigmented lesions performed by general practitioners and hospital specialists. **Br J Gen Pract** 1993; 43(37): 19-20.

Dirección postal:

A.M. Barbarulo
La Pampa 2056. 10º A
1428 Buenos Aires