

Cirugía menor ambulatoria dermatológica y crioterapia. Estudio comparativo entre un dermatólogo y médicos de familia

J. Graells^a, A. Espinola^b, C. Barrio^b, M.D. Muñoz^b, A. Román^b y N. Parellada^b.

^aServicio de Dermatología. Hospital Comarcal de Sant Boi de Llobregat. Barcelona. España.

^bMédico de Familia. Asistencia Primaria. Districte Baix Llobregat Litoral. Barcelona. España.

Introducción. En cirugía dermatológica, una menor habilidad diagnóstica podría conducir a tratamientos erróneos y potencialmente perjudiciales. En este trabajo se compara el diagnóstico y la decisión terapéutica en cirugía dermatológica, incluyendo la crioterapia, entre un dermatólogo y médicos de familia.

Métodos. Estudio prospectivo observacional, sobre una muestra no seleccionada de pacientes que consultan al dermatólogo por lesiones candidatas. Cada lesión fue evaluada independientemente por un dermatólogo y un médico de familia, consignando ambos el diagnóstico clínico y el consejo terapéutico. Se calculó la concordancia para el diagnóstico, tratamiento recomendado e indicación de crioterapia mediante el estadístico kappa de Cohen.

Resultados. Se evaluaron 646 lesiones. Los índices kappa globales fueron 0,69 (intervalo de confianza [IC] del 95 %, 0,65-0,73) en concordancia diagnóstica, 0,62 (IC del 95 %, 0,56-0,67) en tratamiento recomendado y 0,73 (IC del 95 %, 0,67-0,78) en indicación de crioterapia. La concordancia diagnóstica resultó significativamente mejor en nevus melanocítico, acrocordón y en lesiones con presentación múltiple y monomorfa, y peor en lesiones pigmentadas aisladas. En tratamiento recomendado fue mejor para lesiones múltiples y monomorfas, y peor en cáncer de piel y queratosis seborreica. En indicación de crioterapia fue peor en cáncer de piel, nevus melanocítico, acrocordón y queratosis seborreica. Los médicos de familia indicaron crioterapia incorrectamente en el 5,88 % de casos, incluyendo tres cánceres de piel no melanoma.

Conclusiones. La concordancia entre dermatólogos y médicos de familia en cirugía menor dermatológica es en general buena. Los médicos de familia deberían ser cautos en lesiones pigmentadas solitarias y pacientes de riesgo para cáncer de piel.

Palabras clave: competencia clínica, médicos de familia, Atención Primaria, cirugía menor, crioterapia.

MINOR CUTANEOUS AMBULATORY SURGERY AND CRYOTHERAPY. COMPARATIVE STUDY BETWEEN A DERMATOLOGIST AND FAMILY PHYSICIANS

Abstract. *Introduction.* Lack of diagnostic skill in cutaneous surgery may lead to erroneous and potentially detrimental therapies. This study compares the diagnosis and treatment in cutaneous surgery, including cryotherapy, between a dermatologist and family physicians.

Methods. It is an observational, prospective study on a random sample of patients that consulted the dermatologist for candidate lesions. Each lesion was independently evaluated by a dermatologist and a family physician, both of whom assigned the clinical diagnosis and therapeutic advice. Concordance for diagnosis, recommended treatment and indication for cryotherapy was calculated by Cohen's kappa coefficient.

Results. Six hundred forty-six lesions were evaluated. Global kappa indexes were 0.69 (95 % CI, 0.65-0.73) for diagnostic concordance, 0.62 (95 % CI, 0.56-0.67) for recommended treatment and 0.73 (95 % CI, 0.67-0.78) for indication of cryotherapy. Diagnostic concordance was significantly better for melanocytic nevus, achrochordon and for lesions with multiple and monomorphous presentation, and worse for isolated pigmented

Correspondencia:
Jordi Graells.
Salvat Papasseit 58-62, 2-1.
08830 Sant Boi de Llobregat. Barcelona. España.
26449jge@comb.es

Aceptado el 15 de septiembre de 2006.

lesions. For recommended treatment concordance was better for multiple and monomorphous lesions and worse for skin cancer and seborrheic keratosis. For indication of cryotherapy concordance was worse for skin cancer, melanocytic nevus, acrochordon and seborrheic keratosis. Family physicians made an erroneous indication for cryotherapy in 5.88 % of cases, including 3 non melanoma skin cancers.

Conclusions. Concordance between dermatologists and family physicians for minor cutaneous surgery is generally good. Family physicians should be more careful in evaluating solitary pigmented lesions and patients at risk for skin cancer.

Key words: clinical competence, family physicians, Primary Care, minor surgery, cryotherapy.

Las técnicas de cirugía menor ambulatoria dermatológica (CMAD) son relativamente sencillas y los sistemas de salud en muchos países asumen que pueden ser practicadas de manera efectiva por los médicos de familia (MF); así, la CMAD queda reflejada en muchos programas de formación de Medicina Familiar y Comunitaria. Sin embargo, se ha generado polémica principalmente debido a la posibilidad de diagnósticos clínicos incorrectos por parte de los MF, que podrían conducir a tratamientos inadecuados sobre lesiones potencialmente peligrosas¹⁻¹⁰.

El aprendizaje de técnicas como la crioterapia, la electrocoagulación, el curetaje o la exéresis simple es relativamente sencillo, por lo que el debate lógico y real se centra sobre la capacidad diagnóstica de los MF. Se necesitan estudios comparativos entre MF y dermatólogos (D), ya que estos últimos son los especialistas que, con toda probabilidad, realizan los diagnósticos más precisos¹¹.

Los estudios publicados comparando la habilidad de los MF u otros especialistas con los D en CMAD presentan ciertas limitaciones, como la preselección de los pacientes, la evaluación de fotografías en lugar de pacientes reales y la comparación únicamente sobre lesiones analizadas histológicamente, siendo muy escasos los estudios comparando lesiones no biopsiadas^{6,9,10,12-17}. Es más, en ciertos casos se puede argumentar sobre la influencia del corporativismo cuando los resultados siempre favorecen la especialidad a la que los autores están afiliados. Respecto a la crioterapia no tenemos conocimiento de ningún estudio que compare D con MF.

En este trabajo hemos investigado la concordancia entre D y MF en la habilidad diagnóstica y las decisiones terapéuticas sobre lesiones cutáneas candidatas a CMAD, incluyendo la crioterapia. El objetivo principal consistió en establecer *a priori* qué tipo de lesiones cutáneas son más susceptibles de ser equívocas para los MF.

Material y métodos

Se trata de un estudio prospectivo observacional en el que participaron un D y 4 MF.

El D poseía especialización con el sistema MIR y 9 años de experiencia como adjunto.

Los MF participantes rellenaron antes del estudio un formulario para examinar previamente sus habilidades en Dermatología, presentando el siguiente perfil: todos poseían especialización con el sistema MIR, con experiencia como adjuntos entre 8 y 17 años; el tiempo total de entrenamiento en Dermatología fue de entre 8 y 12 semanas, incluyendo el pregrado, la residencia y el posgrado; ninguno de ellos poseía ningún tipo de subespecialidad en Cirugía o Dermatología, y ninguno había recibido cursos o reciclaje en Dermatología en los últimos 12 meses; dos de ellos practicaban ocasionalmente CMAD en su centro de asistencia primaria, y ninguno practicaba crioterapia.

Para explorar la representatividad de los MF participantes, el mismo formulario fue enviado a los MF del área (73 facultativos), mostrando (respuesta del 48 %): 69 %, especialización vía MIR; media de experiencia como adjunto, 12 años (rango 1-40); media de entrenamiento en Dermatología, 7 semanas (rango 0-20); ninguno de ellos con subespecialización en Dermatología o Cirugía; el 20 % había recibido reciclaje en Dermatología en los últimos 12 meses; el 51 % practicaba ocasionalmente CMAD, y el 3 % regularmente; un 20 % practicaba la crioterapia ocasionalmente, y un 9 % regularmente.

La población de estudio fueron los pacientes remitidos al departamento de Dermatología del Hospital Comarcal de Sant Boi de Llobregat, ubicado en el área metropolitana de Barcelona, que cubre una población de 115.000 habitantes. Los pacientes son habitualmente remitidos por MF desde 5 centros de Asistencia Primaria.

Los MF participantes acudieron a la consulta del D 6 días laborables. Se incluyeron todos los pacientes que acu-

dían dichos días a la consulta del D para consejo o para tratamiento de lesiones candidatas a CMAD. Cada lesión cutánea fue evaluada de forma independiente, primero por el MF y después por el D. La historia clínica obtenida de cada paciente se dejó a discreción del facultativo correspondiente. La unidad de análisis fue la lesión cutánea. Sólo se incluyeron aquellas lesiones sobre las que el paciente consultaba. Se excluyeron las dermatosis inflamatorias y aquellas lesiones detectadas por los participantes en la exploración. Los participantes consignaron los siguientes datos: diagnóstico clínico (únicamente uno), tratamiento aconsejado en caso de que la lesión fuera tratada (únicamente uno), pertinencia de la práctica de crioterapia respondiendo a la pregunta: «se puede practicar crioterapia» con «sí» o «no». Se admitían dos ítems diagnósticos adicionales: «no lo sé, sugestivo de benigno», y «no lo sé, sugestivo de maligno». Cuando el paciente consultaba por lesiones múltiples y monomorfas, éstas eran registradas solamente una vez.

Tras rellenar los formularios, el D evaluó la indicación de crioterapia por parte del MF como correcta, discutible o incorrecta, con los siguientes criterios: incorrecta cuando era médicamente inaceptable (ejemplo: indicando el procedimiento para un nevus melanocítico, o en cáncer de piel sin sospecha clínica correcta); discutible cuando fuera aceptable, aunque claramente de segunda línea (ejemplo: no aceptar crioterapia para una verruga vulgar o queratosis seborreica, o indicándola para dermatofibroma).

El dictamen histopatológico, cuando estaba disponible, fue el estándar de oro diagnóstico. Si no se practicaba biopsia el diagnóstico del D fue considerado el estándar de oro⁹.

Se diseñó la base de datos para codificar, aparte de los diagnósticos individuales, ciertas situaciones clínicas: lesiones múltiples y monomorfas, lesión no pigmentada de cabeza y cuello, lesión pigmentada única, lesión de cabeza y cuello en paciente mayor de 60 años, lesión quística y lesión pre-neoplásica o neoplásica.

El examen histológico sólo se practicó cuando estaba indicado según la práctica habitual del D. En caso de discrepancia entre los participantes, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos siempre fueron practicados con el objetivo de beneficiar al paciente.

Para el análisis estadístico la concordancia entre D y MF se calculó mediante acuerdo simple y el índice kappa. Se compararon las proporciones mediante la prueba de Chi², se establecieron los niveles de significación en 0,05 y los datos fueron analizados mediante el sistema SPSS.

Resultados

Fueron evaluadas un total de 646 lesiones en 401 pacientes, 175 hombres (media edad 47, desviación estándar [DE] 22) y 226 mujeres (media edad 46, DE 20). En la tabla 1 quedan reflejados los diagnósticos más prevalentes.

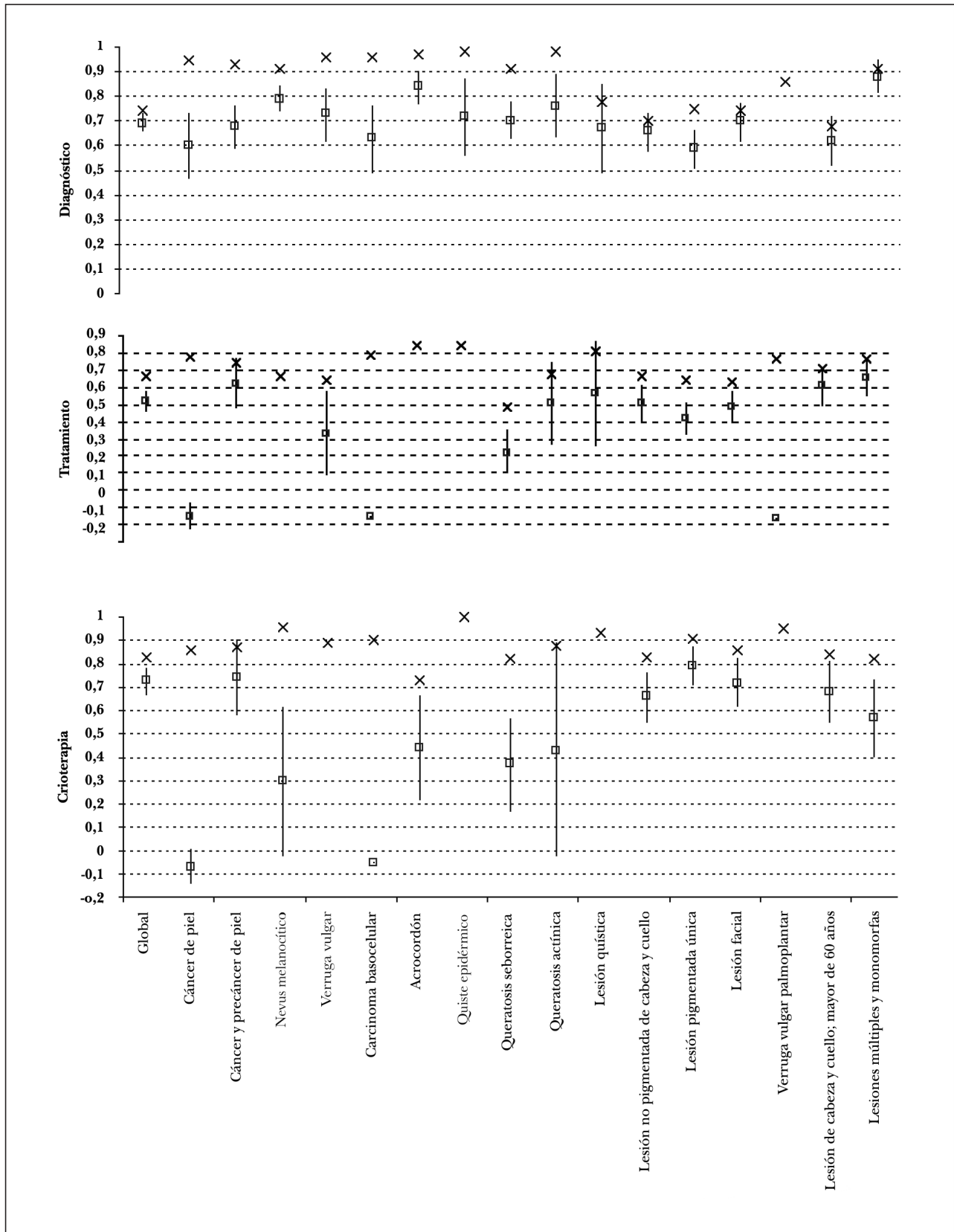
Tabla 1. Diagnósticos más prevalentes

Los índices globales de concordancia fueron: para concordancia diagnóstica, el acuerdo simple fue del 72 %, y el índice kappa 0,69 (intervalo de confianza [IC] del 95 %, 0,65-0,73). Para la concordancia en el tratamiento recomendado el acuerdo simple fue del 76 % y el índice kappa de 0,62 (IC del 95 %, 0,56-0,67). Respecto a la concordancia en la indicación de crioterapia el acuerdo simple fue del 83 % y el índice kappa 0,73 (IC del 95 %, 0,67-0,78).

La figura 1 muestra los índices kappa de concordancia entre el D y los MF, y su IC del 95 % para las patologías individuales más prevalentes y en determinadas situaciones clínicas. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las siguientes categorías: en cuanto al diagnóstico, la concordancia fue mejor en nevus melanocítico y en acrocordón al comparar con el resto. La concordancia fue peor en las lesiones pigmentadas aisladas comparadas con el resto, y mejor cuando la presentación era con lesiones múltiples y monomorfas.

Respecto al tratamiento la concordancia resultó significativamente peor en el cáncer de piel y en queratosis seborreica al comparar con el resto del grupo, y se encontró mejor concordancia en la presentación de lesiones múltiples y monomorfas.

Con la crioterapia la concordancia fue peor en el cáncer de piel, el nevus melanocítico, el acrocordón y la queratosis seborreica.



Concordancia entre dermatólogo y médico de familia en distintas categorías, calculada con el estadístico kappa. D: dermatólogo; MF: médico de familia; x: acuerdo simple; □: kappa e intervalo de confianza 95 % (si aplicable).

Se compararon las concordancias entre los 4 MF participantes y, para prevenir sesgos, se comparó la concordancia entre los días de participación del MF, el origen del paciente y el tipo de visita (tabla 2). No se hallaron diferencias (Chi²).

En relación con la crioterapia, a criterio del D, los MF recomendaron correctamente la indicación de practicar o no la técnica en 561 de los 646 casos (87%), de forma discutible en 65 (10%) e incorrectamente en 14 (3%). Las indicaciones incorrectas de crioterapia por parte de los MF fueron: nevus melanocítico (7 casos), carcinoma basocelular (2 casos), carcinoma espinocelular (un caso), y un caso de otras 4 lesiones distintas. Los MF indicaron practicar crioterapia en 238 de las 646 lesiones evaluadas, y la indicación fue incorrecta en 14 (5,88%).

Se practicó examen histológico en 273 lesiones. El acuerdo simple entre el primer diagnóstico clínico efectuado y el dictamen histológico fue de 78,02% para el D, y 64,83% para los MF. Respecto al cáncer de piel el D demostró una sensibilidad del 88,57%, especificidad del 95,79%, valor predictivo positivo de 75,60% y valor predictivo negativo de 98,27%; los MF demostraron respectivamente para los mismos parámetros 71,42%, 94,95%, 67,56% y 95,76%.

Discusión

En nuestro estudio encontramos una concordancia global que puede ser calificada como buena¹⁸ tanto en diagnóstico, tratamiento recomendado como indicación de crioterapia (índices kappa 0,69; 0,62 y 0,73 respectivamente).

Parece claro que en CMAD la polémica surge más acerca de las habilidades diagnósticas de los no dermatólogos que acerca de su capacidad de practicar las técnicas⁵. En este trabajo nuestro objetivo principal fue comparar la concordancia diagnóstica y terapéutica entre D y MF en la práctica clínica habitual, y definir ciertas situaciones clínicas asociadas con un mayor riesgo de error por parte de los MF.

La concordancia dependerá de la distribución de los diagnósticos en los grupos analizados. Se han descrito dificultades diagnósticas para los MF en ciertas áreas específicas^{9,10,17}. La estratificación en distintos grupos en cuanto a complejidad diagnóstica evita resultados equívocos: las mayores tasas de concordancia se describen habitualmente en estudios que examinan lesiones cutáneas con escasa dificultad diagnóstica². Nuestra impresión es que los MF diagnostican correctamente en ciertas patologías, y que las dificultades diagnósticas y terapéuticas aparecen en algunas situaciones clínicas concretas, como por ejemplo las lesiones pigmentadas aisladas y las lesiones de cabeza y cuello en pacientes ancianos.

Para examinar esto categorizamos a los pacientes en relación con estas situaciones clínicas concretas, comparando las concordancias halladas entre dichas situaciones y el resto del grupo. El hallazgo más sobresaliente fue el buen ren-

Tabla 2. Comparación de concordancias entre médico de familia, participantes, día de participación del médico de familia, origen del paciente y tipo de visita

MF: médico de familia; *área básica; **prueba de la Chi². Nivel de significación $p < 0,05$; ***primera frente a sucesivas.

dimiento de los MF en el diagnóstico y tratamiento de lesiones con presentación múltiple y monomorfa (por ejemplo, acrocordones, verrugas víricas, angiomas capilares y queratosis seborreicas múltiples). También se hizo notorio que los MF tienen un riesgo de menor concordancia diagnóstica al examinar lesiones pigmentadas aisladas. Merece una mención especial el hecho de diagnosticar mejor las queratosis seborreicas cuando son numerosas y parecidas entre ellas; la queratosis seborreica es una lesión habitualmente de fácil diagnóstico con esta presentación, pudiendo sin embargo volverse extremadamente dificultosa cuando se presenta de forma única como lesión clínicamente pigmentada.

La crioterapia es admitida como una técnica fácil, susceptible de ser practicada con eficacia por los MF¹⁹⁻²¹. Sin embargo, esta afirmación no viene refrendada por ningún estudio comparativo con D, que deben ser considerados como referencia. En este estudio encontramos una buena concordancia entre D y MF (kappa 0,73). Esta buena concordancia es más notoria por el hecho de que ninguno de los MF participantes en el estudio practica la técnica en su consulta. Sin embargo, el 5,88% de las indicaciones de crioterapia fueron incorrectas, y la concordancia resultó peor para el cáncer de piel, nevus melanocítico y queratosis seborreica. Así, al decidir practicar la técnica, los MF deberían ser especialmente cuidadosos al tratar con crioterapia lesiones pigmentadas solitarias y lesiones sobre la piel de pacientes con riesgo de cáncer de piel (por ejemplo, pacientes ancianos y áreas fotoexpuestas).

En el estudio no se incluyeron lesiones detectadas por ninguno de los participantes; ello podría introducir un sesgo, quizás el D elegiría lesiones dificultosas, o quizás los MF seleccionarían aquellas más conocidas y seguras. Parece claro, a nuestro entender y al de otros autores^{5,17}, que en las dermatosis inflamatorias la biopsia cutánea es sólo parte de proceso diagnóstico en casos seleccionados y problemáticos, y ésta debe ser practicada por el D.

Una fuente posible de sesgo es la selección no aleatoria de los MF participantes. Para su validez externa se debe asumir que los participantes son representativos de todo el colectivo de MF. El examen basado en un cuestionario aplicado a todos los MF del área evidenció perfiles similares en cuanto a edad, experiencia, conocimiento de Dermatología y práctica de CMAD entre los MF participantes y el resto de MF del área. Por otro lado, los diagnósticos más prevalentes encontrados en este trabajo son paralelos a los descritos en la práctica habitual^{22,23}.

Podrían existir otros sesgos potenciales: el entrenamiento de los MF participantes podría mejorar sus resultados en los últimos días de participación en el estudio; sin embargo, no hubo diferencias en rendimiento diagnóstico y terapéutico entre ellos. El origen del paciente no tuvo tampoco influencia, ya que no se encontraron diferencias en la concordancia diagnóstica entre primeras visitas y sucesivas. Tampoco hubo diferencias en concordancia diagnóstica ni terapéutica entre los MF participantes.

Nuestro trabajo ofrece la ventaja de que se practicó sobre una muestra no seleccionada de pacientes, en una consulta de Dermatología general. Además, ya que en los centros de Atención Primaria de nuestra área los MF practican CMAD sólo ocasionalmente, los pacientes no están teóricamente preseleccionados antes de llegar al D.

El análisis de la correlación clínico-patológica no era un objetivo principal en nuestro estudio, ya que las lesiones biopsiadas son a menudo aquellas que ofrecen ciertas dificultades diagnósticas. Fue sin embargo llamativo que el VPP para el cáncer de piel fue bueno no sólo para el D, sino también para los MF. Otros estudios describen VPP en los D en el rango del 50-60%²⁴. Whited et al⁹ encontraron una sensibilidad del 57% para los MF en el diagnóstico de cáncer de piel.

Las autoridades sanitarias deberían considerar no sólo el rendimiento demostrado por los MF, sino también la actitud de éstos acerca de la CMAD; al ser preguntados, los MF proporcionan un apoyo variable a la CMAD por diversas razones²⁵. Quizá sería aventurado obligar a todos los MF a practicar CMAD, y debería ser a discreción del MF en particular, de acuerdo con su entorno, experiencia y actitud^{5,11}.

A nuestro entender los valores de concordancias descritos, considerablemente elevados, son en cierto modo menos importantes que la identificación de ciertos subgrupos o categorías de lesiones cutáneas que deben ser tratadas con extremo cuidado por los MF, ya que están asociadas a un mayor riesgo de error diagnóstico y consiguiente tratamiento inadecuado, pudiendo conducir a una mala praxis. Su impacto es de importancia cuando se considera el elevado número de prácticas de CMAD que se realiza anualmente.

Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Wall DW. A review of minor surgery in general practice in the United Kingdom. *Fam Practice*. 1987;4:322-9.
2. Arribas Blanco JM, Gil Sanz ME, Sanz Rodrigo C, Morón Merchante I, Muñoz-Quirós Aliaga S, López Romero A, et al. Efectividad de la cirugía menor dermatológica en la consulta del médico de familia y satisfacción del paciente en relación con la cirugía ambulatoria. *Med Clin (Barc)*. 1996;107:772-5.
3. Tárrega López PJ, Marín Nieto E, García Olmo D, Celada Rodríguez A, Solera Albero J, Cerdán Oliver M, et al. Impacto económico de la implantación de un programa de cirugía menor en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001;27:335-8.
4. 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;9:787-96.
5. Weinstein BR, Bernhard JD, Winters TH. Is it appropriate for primary care physicians to perform skin biopsies? *Arch Intern Med*. 1986;146:1293-4.
6. Cassileth BR, Clark WH, Lusk EJ, Frederick BE, Thompson CJ, Walsh WP. How well do physicians recognize melanoma and other problem lesions? *J Am Acad Dermatol*. 1986;14:555-60.
7. Ramsay DL, Weary PE. Primary care in dermatology: Whose role should it be? *J Am Acad Dermatol*. 1996;35:1005-8.
8. Gerbert BG, Maurer T, Berger T, Pantilat S, McPhee SJ, Wolff M, et al. Primary care physicians as gatekeepers in managed care. *Arch Dermatol*. 1996;132:1030-8.
9. Whited JD, Hall RP, Simel DL, Horner RD. Primary Care Clinicians' performance for detecting actinic keratoses and skin cancer. *Arch Intern Med*. 1997;157:985-90.
10. Morrison A, O'Loughlin S, Powell FC. Suspected skin malignancy: a comparison of diagnoses of family practitioners and dermatologists in 493 patients. *Int J Dermatol*. 2001;40:104-7.
11. Camacho F. Pacientes y médicos satisfechos. *Med Clin (Barc)*. 1997;109:476-7.
12. Ramsay DL, Fox AB. The ability of primary care physicians to recognize the common dermatoses. *Arch Dermatol*. 1981;117:620-2.
13. Wagner RF, Wagner D, Tomich JM, Wagner KD, Grande DJ. Resident's corner: diagnoses of skin disease: dermatologists vs. nondermatologists. *J Dermatol Surg Oncol*. 1985;11:476-9.
14. Stern RS, Boudreaux C, Arndt KA. Diagnostic accuracy and appropriateness of care for seborrheic keratoses. A pilot study of an approach to quality assurance for cutaneous surgery. *JAMA*. 1991;265:74-7.
15. Federman D, Hogan D, Taylor JR, Caralis P, Kirsner RS. A comparison of diagnosis, evaluation, and treatment of patients with dermatologic disorders. *J Am Acad Dermatol*. 1995;32:726-9.
16. Kirsner RS, Federman DG. Lack of correlation between internist' ability in Dermatology and their patterns of treating patients with skin disease. *Arch Dermatol*. 1996;132:1043-6.
17. Guereña MJ, Perna C, Gajate J. Correlación clinicopatológica de 370 casos de cirugía menor dermatológica realizada por médicos de familia. *Aten Primaria*. 2001;28:320-5.

18. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33:159-74.
19. Hocutt JE. Skin cryosurgery for the family physician. *Am Fam Phys*. 1993;48:445-52.
20. Jester DM. Cryotherapy of dermal abnormalities. *Prim Care*. 1997;24:269-80.
21. Pérez Sánchez J, Villar Gil J. Crioterapia en Atención Primaria. *Medifam*. 1998;8:418-26.
22. Mendenhall RC, Ramsay DL, Girard RA, DeFlorio GP, Weary PE, Lloyd JS. A study of the practice of Dermatology in the United States. *Arch Dermatol*. 1978;114:1456-62.
23. Ortiz A, Herrera T, Pérez del Molino C, Piñeiro F, Perales ML, Muñoz P. Epidemiología de las enfermedades dermatológicas en Atención Primaria. *Rev San Hig Pub*. 1992;66:71-82.
24. Green A, Leslie D, Weedon D. Diagnosis of skin cancer in the general population: clinical accuracy in the Nambour survey. *Med J Aust*. 1988;148:447-50.
25. Barrow S, Fisher AD, Seex DM, Abdul MS. General practitioner attitudes to day surgery. *J Publ Health Med*. 1994;16:318-20.