

se toma frecuentemente como la enfermedad de interés, el conjunto de diagnósticos secundarios como comorbilidad, definiéndose la comorbilidad como la coexistencia de varias enfermedades<sup>5</sup>. Pero no olvidemos que en la CIE-10, hay 2 códigos para aquellos diagnósticos que contienen información sobre una enfermedad básica generalizada (código primario señalado por una daga) y sobre la manifestación de esa enfermedad en un órgano o en una localización en particular que por sí misma es un problema clínico (código adicional señalada por asterisco). El código de asterisco nunca debe utilizarse aisladamente en el proceso de codificación<sup>6</sup>.

Al analizar los registros de hospitalización del sistema de gestión hospitalaria (SGH) de un hospital de alta complejidad del Seguro Social del Perú, se encontró registros que pueden alterar la calidad de la información para elaborar el perfil de morbilidad, entre ellos se encontró la concordancia del código registrado en historia clínica con el SGH (45,5%), registro de los códigos Z00-Z99, que mencionan factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (23,4%), uso de cuarto dígito del CIE-10 (XXX.9) inespecífico en el 22,3%, uso de códigos R00-R99 «para síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio» (16,3%), códigos no concordantes con el perfil de atención del servicio (15,6%) y uso de códigos adicionales como diagnósticos principales (15,4%).

En un estudio previo realizado en el mismo hospital se encontró que el no registro de la información imprescindible se da solo entre el 1,3-8,8%<sup>7</sup>, pero la calidad de esa información es una problemática aún pendiente por resolver; sobre todo porque actualmente se realizan índices pronósticos de comorbilidad validados y derivados de datos administrativos; y estos índices se seleccionan no solo por el tipo de datos disponibles, la población del estudio y el resultado específico de interés<sup>8</sup>, sino por la calidad de la información.

Por lo tanto, la implementación de evaluación de indicadores de calidad a partir de datos de rutina permitiría una medición continua de la calidad<sup>9</sup>, además de realizar capacitación constante al personal de salud para el uso correcto del sistema de registro.

## Financiación

El autor declara no haber recibido financiación para la realización de este trabajo.

## Bibliografía

1. Conesa González A, Pastor Duran X, Lozano-Rubí R. Efectividad de la evaluación de historias clínicas informatizadas en un hospital universitario. *Rev Calid Asist.* 2017;32:328-34.
2. Almagro M, Martínez R, Fresno V, Montalvo S. Estudio preliminar de la anotación automática de códigos CIE-10 en informes de alta hospitalarios. *Proces Leng Nat.* 2018;60:45-52.
3. Hazelwood A. ICD-9 CM to ICD-10 CM: Implementation Issues and Challenges. *Am Health Inf Manag Assoc.* 2003 [consultado 6 Ene 2019] Disponible en: <http://bok.ahima.org/doc?oid=59978>.
4. Stausberg J. Quality of coding in acute inpatient care [Article in German]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* 2007;50:1039-46.
5. Stausberg J, Hagn S. New Morbidity and Comorbidity Scores based on the Structure of the ICD-10. *PLoS ONE.* 2015;10:e014336 [consultado 6 Ene 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4677989/>.
6. Uribe MPO. Clasificación Internacional de Enfermedades Organización Mundial de la Salud. Décima Versión CIE-10. 2018.
7. Sánchez PRP, Díaz-Nolazco MA, Díaz-Vélez C. Calidad técnica de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en un hospital EsSalud de Chiclayo, 2008-2010. *Rev Cuerpo Méd HNAAA.* 2012;5:5-10.
8. Yurkovich M, Avina-Zubieta JA, Thomas J, Gorenchtein M, Lacaille D. A systematic review identifies valid comorbidity indices derived from administrative health data. *J Clin Epidemiol.* 2015;68:3-14.
9. Lang SJ, Rilk R, Müller AF, Luebke J, Böhringer D, Reinhard T. Measurement of Quality with Routine Data [Article in German; Abstract available in German from the publisher]. *Klin Monatsbl Augenheilkd.* 2017;234:891-3.

C. Díaz-Vélez

*Oficina de Inteligencia Sanitaria, Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, EsSalud, Chiclayo, Perú*  
Correo electrónico: [cristiandiazv@hotmail.com](mailto:cristiandiazv@hotmail.com)

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2019.01.008>

2603-6479/

© 2019 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## La deprescripción de fármacos como índice de calidad asistencial



### Deprescription of drugs as an index of quality of care

Sra. Directora:

«Deprescribir» es suspender o reducir fármacos para mejorar la funcionalidad y la calidad de vida del paciente. A pesar

de los beneficios potenciales, los pacientes que han recibido medicamentos de médicos de su confianza pueden resistirse a la deprescripción, ya que temen el regreso de problemas médicos, usan medicamentos para enfrentarlos o los ven como instrumentos para mejorar la salud o prolongar la vida. Los médicos que deprescriben con frecuencia luchan contra la oposición y la angustia de los pacientes, mientras buscan mejorar el bienestar de estos<sup>1,2</sup>. Es una práctica conceptual que ha adquirido creciente interés, que se viene reflejando en nuevos y recientes estudios, publicaciones y trabajos en congresos de múltiples especialidades médicas.

Una gran cantidad de evidencia de calidad sugiere que el número de medicamentos (considerando aquellos fármacos de prescripción, sin receta, y suplementos) aumenta el riesgo de interacciones medicamentosas y eventos adversos producidos por los fármacos. Un ejercicio teórico frecuentemente citado sobre el uso de medicamentos en adultos mayores sugiere que el conflicto existe entre el deseo de tratar conforme a las indicaciones de las guías clínicas y un régimen de medicación razonablemente aceptable para el paciente, principalmente en términos de costo y conveniencia<sup>2</sup>. La mayoría de las pautas de consenso para afecciones médicas crónicas comunes incluyen modificaciones del estilo de vida como parte de una estrategia global para mejorar la calidad de vida y la salud. El ejercicio es generalmente uno de los enfoques recomendados<sup>3</sup>.

Un ejemplo lo tenemos en el uso de antipsicóticos para la agitación en los cuadros de demencia. Las guías clínicas y fichas técnicas hablan de plazos breves (semanas de duración), si bien en la práctica clínica cotidiana encontramos tratamientos «crónicos» con antipsicóticos en las demencias de forma extraordinariamente frecuente<sup>3</sup>. El temor a una reagudización de los cuadros de agitación hace que la prescripción se prolongue en el tiempo de forma indefinida, incluso cuando la evidencia proporcionada por los ensayos clínicos CATIE-AD y DARD-AD reveló que la mortalidad era superior en los pacientes a quienes se mantenía el tratamiento antipsicótico y la deprescripción era segura y no aparecían reagudizaciones significativas<sup>4</sup>.

A efectos de deprescribir fármacos de una forma sensata y con criterio adecuado se han desarrollado varias guías o algoritmos, entre los que destacan los criterios *Screening Tool of Older Persons potentially inappropriate Prescriptions* (STOPP)-START y los de Beers, entre otros. Desde el año 2009 está disponible la versión española de START-STOPP, una herramienta mejor validada en nuestro medio que los criterios de Beers. Aquí se recogen no solo los errores más comunes de tratamiento sino también la omisión en la prescripción. Son fácilmente relacionables con los diagnósticos activos y la lista de fármacos que aparecen en las historias clínicas informáticas<sup>5,6</sup>.

Ejemplos de algunas prescripciones que deberían evitarse y no están mencionadas en los criterios de Beers son<sup>7</sup>: anticolinérgicos para tratar los efectos secundarios extrapiramidales de los antipsicóticos; antidepresivos tricíclicos en el glaucoma; antiinflamatorios no esteroideos en presencia de hipertensión significativa, insuficiencia cardíaca o insuficiencia renal crónica; antipsicóticos usados como hipnóticos fuera de un delirium o en pacientes con caídas frecuentes; bloqueadores alfa en varones con incontinencia urinaria; bloqueadores beta en la diabetes mellitus con frecuentes episodios de hipoglucemia; diuréticos del asa para edemas maleolares sin que exista insuficiencia cardíaca; estrógenos con antecedentes de tromboembolismo venoso; inhibidores de la bomba de protones para la enfermedad péptica a dosis terapéuticas plenas durante más de 8 semanas; opiáceos en personas con estreñimiento sin uso simultáneo de laxantes;

teofilina como monoterapia en la EPOC; tiazidas en pacientes con gota, entre otros.

Incluir y enseñar el proceso de deprescripción asociado al concepto de prescripción racional sin duda mejoraría los resultados en los índices de calidad asistencial. La responsabilidad de la deprescripción no debe recaer solamente en el facultativo prescriptor, sino que debe ser compartida por los distintos niveles asistenciales, adquiriendo el médico de atención primaria un papel crucial en la racionalización del tratamiento<sup>6</sup>.

## Bibliografía

1. Portman D. De-prescription. *Fam Syst Health*. 2017;35:389–90.
2. Davidson HE. When enough is enough. *Consult Pharm*. 2017;32:425.
3. Boyd CM, Darer J, Boult C, Fried LP, Boult L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older adults with multiple comorbid diseases; implications for pay for performance. *JAMA*. 2005;294:716–24.
4. Hereu P, Vallano A. Uso de antipsicóticos en pacientes con demencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011;46:50–3.
5. Gallo C, Vilosio J, Saimovici J. Actualización de los criterios STOPP-START: una herramienta para la detección de medicación potencialmente inadecuada en ancianos. *Evid Act Pract Ambul*. 2015;18:124–9 [consultado 9 Ene 2018]. Disponible en: <https://www.fundacionmf.org.ar/files/c408e5ff7e3a0178169d58286709f3f9.pdf>
6. Muquebil Ali Al Shaban Rodríguez OW, Rodríguez Turiel C, Ocio León S, Hernández González MJ, Gómez Simón M, Fernández Menéndez MA. Deprescription of benzodiazepines and Z drugs: a shared responsibility. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2018;11:184–7.
7. Delgado Silveira E, Muñoz García M, Montero Errasquin B, Sánchez Castellano C, Gallagher PF, Cruz-Jentoft AJ. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44:273–9 [consultado 11 Ene 2019]. Disponible en: <https://rincondocentemfyc.files.wordpress.com/2011/12/stopp.start.espanol.pdf>

O.W. Muquebil Ali Al Shaban Rodríguez<sup>a,\*</sup>,  
A. Saavedra Vázquez<sup>b</sup>, M. García Anegón<sup>b</sup>  
y G. Martín Canal<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario San Agustín, Avilés, Asturias, España

<sup>b</sup> Centro de Atención Primaria de Pola de Lena, Pola de Lena, Asturias, España

<sup>c</sup> Servicio de Medicina Interna, Hospital Vital Álvarez-Buylla, Mieres, Asturias, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [muquebilrodriguez@gmail.com](mailto:muquebilrodriguez@gmail.com)  
(O.W. Muquebil Ali Al Shaban Rodríguez).

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2019.02.004>  
2603-6479/

© 2019 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.