

centros con TEC, la tasa de aplicación en España continúa situándose entre las más bajas de los países occidentales y su incremento en una década ha resultado mínimo: de 0,61 pacientes por 10.000 habitantes-año en 2000-2001 a 0,66 en 2012^{2,3}. Así, el País Vasco con una tasa de 1,39 por 10.000 habitantes-año y la región de Murcia con 1,31 por 10.000 habitantes-año se encontraban a la cabeza de uso de la técnica, mientras que Extremadura (0,04/10.000) y Andalucía (0,14/10.000) estaban en el polo opuesto de uso. Estos datos, llamativamente dispares, proceden de un reciente estudio, auspiciado entre otras por las más importantes sociedades de Psiquiatría en España, la Sociedad española de Psiquiatría (SEP) y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPB)². La reciente publicación del Consenso español sobre la terapia electroconvulsiva (2018) sin duda contribuirá a una mejor y más equitativa práctica de la técnica⁴, de la que se pueden beneficiar pacientes en indicaciones como la catatonía, la depresión, el trastorno bipolar y las psicosis⁵, cuadros en los que, debido a su rapidez de acción y eficacia, puede ser el tratamiento de elección. Los ancianos, pacientes debilitados y durante el embarazo, situación en la que los fármacos disponen de limitada evidencia debido a las limitaciones éticas para realizar ensayos durante la gestación, también son casos en los que la TEC ha mostrado eficacia y seguridad^{6,7}.

La equidad en el acceso a los tratamientos, dimensión de la calidad asistencial, es un aspecto en el que se debe profundizar sin demora. La medicina basada en la evidencia es una práctica que nos permite mejorar en calidad, y sin duda la TEC bien indicada cumple los requisitos para ser considerada psiquiatría basada en la evidencia, medicina de calidad⁸.

Bibliografía

1. Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C. Tratado de Psiquiatría, 40. Madrid: Ed. Marbán; 2012. p. 717-7217. Disponible en: https://psiquiatria.com/tratado/cap_40.pdf [consultado 19 Ene 2019].
2. Sanz-Fuentenebro J, Vera I, Verdura E, Urretavizcaya M, Martínez-Amorós E, Soria V, et al. Patrón de uso de la terapia electroconvulsiva en España: propuestas para una práctica óptima y un acceso equitativo. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2017;10:87-95. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-pdf-S1888989116000240> [consultado 17 Ene 2019].
3. Bertolín-Guillén JM, Peiró-Moreno SM, Hernández-de-Pablo ME. Patterns of electroconvulsive therapy use in Spain. *Eur J Psychiatry*. 2006;21:463-70.
4. Bernardo-Arroyo M, González-Pinto A, Urretavizcaya M, et al. Consenso español sobre la terapia electroconvulsiva. Madrid: Sociedad Española de Psiquiatría Biológica; 2018. Disponible en: <http://www.sepsi.org/file/Enlaces/SEPB%20-%20Consenso%20Espa%C3%B1ol%20sobre%20la%20Terapia%20Electroconvulsiva.pdf> [consultado 17 Ene 2019].
5. Tharyan P, Adams CE. Electroconvulsive therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;CD000076, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000076.pub2>.
6. Baquero-Mahecha GA, Pla-Vidal J. Terapia electroconvulsiva en ancianos. En: Pla-Vidal J, TéllezVargas J, Alarcón Velandia R, editores. *Psicogeriatría: Una visión integral del envejecimiento*. Bogotá, Colombia: Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica; 2012. p. 675-91.
7. Anderson EL, Reti IM. ECT in pregnancy: A review of the literature from 1941 to 2007. *Psychosom Med*. 2009;71:235-42.
8. Muquebil Ali Al Shaban Rodríguez OW, Álvarez de Morales Gómez-Moreno E, Fernández Menéndez MA, Menéndez Miranda I. Psiquiatría basada en la evidencia como paradigma de la calidad asistencial. *J Healthc Qual Res*. 2018;33:244-5.

O.W. Muquebil Ali Al Shaban Rodríguez^{a,*},
A. Saavedra Vázquez^b y G. Martín Canal^c

^a Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario San Agustín, Avilés, Asturias, España

^b Atención Primaria, Centro de Salud de Pola de Lena, Pola de Lena, Asturias, España

^c Servicio de Medicina Interna, Hospital Vital Álvarez-Buylla, Mieres, Asturias, España

* Autor para correspondencia.

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

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2019.01.010>
2603-6479/

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

Errores en el registro de información en un hospital de alta complejidad



Errors in the registration of information in a hospital of high complexity

Sra. Directora:

En el estudio titulado «Efectividad de la evaluación de historias clínicas informatizadas en un hospital universitario», se menciona que aproximadamente el 25% de los registros son inadecuados¹, y con el uso de historias clínicas informatizadas puede llegar a mejorar en un 8,5%², pero los errores

de registro no desaparecerían con la implementación de sistemas informatizados.

La información de los registros hospitalarios es importante para diseñar sistemas de pago, medir calidad de la atención médica, diseñar políticas de salud, evaluar el rendimiento financiero, clínico y administrativo, evaluar costos, identificar riesgos de salud pública, auditoría financiera e investigación sanitarias³. Por ello contar con un sistema que proporcione precisión y especificidad de codificación es muy necesario dado que actualmente no existe un análisis sistemático de la calidad de la codificación⁴.

El perfil de morbilidad se define como el conjunto de enfermedades de interés de un individuo. En los datos de rutina de la atención hospitalaria, el diagnóstico principal

se toma frecuentemente como la enfermedad de interés, el conjunto de diagnósticos secundarios como comorbilidad, definiéndose la comorbilidad como la coexistencia de varias enfermedades⁵. 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 codificación⁶.

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%⁷, 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 interés⁸, 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 calidad⁹, 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

<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^{1,2}. 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.