



El reumatólogo y el *case mix*: ¿nos codifican correctamente?

Sr. Director: El sistema *case mix* o casuística fue un instrumento creado y diseñado para encontrar un lenguaje que permitiera una comunicación efectiva entre médicos y gestores, es decir, basar la información de los hospitales en términos médicos. Actualmente, la implantación del *case mix* es una realidad en muchos hospitales, y por eso no se debe aceptar un análisis de actividad de un servicio médico si no lleva parejo una estimación de la tipología y la complejidad de los pacientes tratados. El más empleado en nuestro sistema sanitario es el de los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD), que es un sistema de clasificación de episodios de hospitalización, de tal forma que los pacientes de cada clase consumen una cantidad similar de recursos. Para realizar esta clasificación se obtienen los datos del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) que, como su nombre indica, son un grupo de datos clínicos y administrativos de cada episodio de ingreso hospitalario¹. Con estos datos, el programa informático de GRD emite una asignación única y excluyente, de forma que cada paciente se clasifica en un único GRD. Este GRD tiene un peso específico que pondera el consumo de recursos necesarios para esa prestación de servicios. Las variables de carácter médico se obtienen del informe de alta, que debe reunir unos mínimos criterios de calidad y en donde conste la complejidad de diagnósticos y de proce-

dimientos realizados². En este sistema es esencial la codificación, pues la recogida incompleta de algunos de estos aspectos puede modificar el GRD asignado.

Por todo lo expuesto nos propusimos revisar, junto con la Unidad de Documentación Clínica, los GRD asignados a los pacientes hospitalizados en el año 2001 en la Unidad de Reumatología del Hospital de El Bierzo (León). Para ello, revisamos los informes de alta, las historias clínicas (para comprobar que en el informe realizado al alta estaba reflejado de forma completa lo sucedido en cada proceso de hospitalización) y la codificación asignada.

Desde enero a diciembre de 2001 tuvieron lugar 32 episodios de hospitalización en la Unidad de Reumatología. Los GRD asignados (versión 14.1) quedan reflejados en la tabla 1. Cuando revisamos los informes, la codificación realizada y el GRD asignado, detectamos 3 errores de codificación (9,37%). En el primer caso se había realizado una artroscopia como procedimiento, reflejado en el informe, pero no codificado, aunque no modificaba el GRD (242: artritis séptica). En los otros dos casos se trataba de un error de codificación de 2 ingresos hospitalarios de un mismo paciente, por lo que en lugar del GRD 240 (trastornos del tejido conectivo con complicaciones) pasaba a corresponderle el 561 (osteomielitis, artritis sépticas y trastornos del tejido conectivo con complicaciones mayores), cuyo peso medio es casi tres veces mayor (1,61 frente a 4,53).

También detectamos que teníamos un GRD 470 (no agrupable), que correspondía a una historia no codificada por no disponer del informe de alta en un plazo inferior o igual a 15 días desde la fecha de alta del paciente, y por tanto un requisito de calidad de los sistemas de información que no se había cumplido.

Varios estudios realizados en España han mostrado un porcentaje de error en la asignación del GRD del 20-30%, similar al de otros países. La causa fundamental de error suele ser la elaboración inadecuada del informe de alta. Para mejorar la calidad

TABLA 1.

GRD	Total pacientes	Descripción (versión 14.1)
241	8	Trastornos del tejido conectivo sin CC
466	6	Cuidados posteriores sin historia neoplásica maligna como diagnóstico secundario
240	4	Trastornos del tejido conectivo con CC
248	4	Tendinitis, miositis y bursitis
245	2	Enfermedades óseas y artropatías específicas sin CC
559	2	Procedimientos musculoesqueléticos no mayores con CC mayor
166	1	Apendicectomía sin diagnóstico principal complicado con CC
182	1	Esofagitis, gastroenteritis y trastornos digestivos misceláneos, edad >17 con CC
242	1	Artritis séptica
246	1	Artropatías no específicas
470	1	No agrupable
561	1	Osteomielitis, artritis séptica y trastornos del tejido conectivo con CC mayor

CC: complicación o comorbilidad.

de los datos utilizados en la codificación se ha propuesto: utilizar la historia clínica completa, lo que requiere más tiempo de codificación y más costes, pero consigue una mejor codificación; establecer programas de entrenamiento, monitorización y retroalimentación de la información a los departamentos médicos; formación y profesionalización de los responsables de la codificación diagnóstica^{3,4}. La calidad de los datos empleados en la codificación y asignación posterior de los GRD es fundamental para poder medir la actividad o para su uso en la financiación hospitalaria. En nuestro caso, el error en el GRD asignado no tuvo repercusiones económicas en la Unidad de Reumatología, pues no existe la autogestión por servicios. Pero dado que en el futuro a medio plazo se contempla que ejerzamos la función de gestores clínicos que nos corresponde, junto a la función asistencial de reumatólogos, es aconsejable que realicemos la supervisión de la codificación de nuestra actividad, para asegurarnos el reconocimiento de la misma, tanto desde una perspectiva de calidad como económica.

L. Pantoja^a y M.C. Madroño^b

^aUnidad de Reumatología. ^bUnidad de Admisión y Documentación Clínica. Hospital El Bierzo. Ponferrada. España.

Bibliografía

1. Casas M. GRD: Una guía práctica para médicos. 1.ª ed. Barcelona: Iasist, 1995.
2. Orden 20.915/1984, del 6 de septiembre, del Ministerio de Sanidad y Consumo. BOE 221 del 14 de septiembre de 1984; 26.685-6.
3. Renau J, Pérez Salinas I. Evaluación de la calidad en la asignación de GRDs. Rev Calidad Asistencial 1996;11:171-6.
4. Mariñas J, Bouzas E, Castro M, Díaz J, Pipenbacher P, Vázquez I, et al. Análisis de calidad de la codificación no centralizada. Papeles Médicos 2000;9:14-5.



Leishmaniasis mucosa en un paciente con artropatía psoriásica y tratamiento con metotrexato

Sr. Director: Hemos leído con interés el artículo de Horcada et al¹, en el que se describe un paciente con artritis reumatoide, en tratamiento con metotrexato y ciclosporina, que presentó una leishmaniasis visceral. A propósito del mismo, quisiéramos comunicar nuestra experiencia en un paciente con artropatía psoriásica en tratamiento con metotrexato que presentó una leishmaniasis de mucosa nasal.

Varón de 75 años, con antecedentes de brucelosis, afecto de artropatía psoriásica de 8 años de evolución. En tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos, metotrexato 12,5 mg/semana, y en ocasiones glucocorticoides a dosis bajas para el control de la clínica articular. Consultó por rinorrea acuosa en la fosa nasal izquierda de 7 meses de evolución, sin otra sintomatología acompañante. La exploración de dicha fosa evidenció una hipertrofia del cornete inferior con una pequeña úlcera en su extremo, que se biopsió. El estudio anatomopatológico puso de manifiesto un tejido fibroso con un marcado infiltrado inflamatorio constituido por linfocitos, polimorfonucleares y macrófagos, con abundantes amastigotes de *Leishmania* en el citoplasma. Con el diagnóstico de leishmaniasis de mucosa nasal se inició tratamiento con antimoniales durante 4 semanas, con mejoría de la sintomatología. Reinterrogando al paciente refirió, en los meses previos, contacto con un perro afectado de leishmaniasis.

La leishmaniasis de la mucosa nasal, sin ser una circunstancia frecuente, no es excepcional², y debe considerarse en el diagnóstico diferencial de úlcera nasal en zonas endémicas y pacientes inmunodeprimidos. Clínicamente puede manifestarse en forma de epistaxis, obstrucción nasal o, como en nuestro caso, rinorrea.

A diferencia de la artritis reumatoide, donde la inmunodepresión propia de la enfermedad constituye un factor importante para el desarrollo de infecciones, en la artropatía psoriásica es la inmunodepresión farmacológica la que predispone principalmente al desarrollo de éstas. En nuestro caso, el tratamiento con metotrexato sería el factor predisponente fundamental para el desarrollo de la infección por *Leishmania*. Aun siendo habitual el uso de metotrexato en el tratamiento de la artropatía psoriásica, no hemos encontrado ninguna referencia de leishmaniasis en pacientes con artropatía psoriásica y tratamiento con metotrexato en la literatura médica revisada (PubMed 1966-2003).

D. Boquet^a, S. Ordóñez^a y E. Sarroca^b

^aSección de Reumatología. Servicio de Medicina Interna.

^bServicio de ORL. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida. España.

Bibliografía

1. Horcada ML, Armas C, Asín J, Urruticoechea A. Síndrome hematófagocítico y kala-azar en un paciente con artritis reumatoide en tratamiento con metotrexato y ciclosporina. Rev Esp Reumatol 2003;30:27-30.
2. Maggi P, Larocca AM, Mininni F, Fiorentino G, Saracino AL, Chironna M, et al. Autochthonous mucosal leishmaniasis in a hemodialyzed Italian patient. New Microbiol 2002;25:103-6.