



G-051 - VALIDACIÓN DE CASOS CODIFICADOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA COMO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL EN CMBD

T. Bruno Pérez, E. Ruiz Belmonte, P. Escribano Viñas, R. Rojano Torres, A. García Pérez, A. Moreno Hernández y C. Smilg Nicolás

Medicina Interna. Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena (Murcia).

Resumen

Objetivos: Comprobar la validez del diagnóstico de insuficiencia cardiaca codificados como diagnóstico principal en los años 2014 y 2015.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo sobre una muestra obtenida por aleatorización simple a partir de todos los casos con diagnóstico principal de insuficiencia cardiaca (IC) del CMBD de los años 2014 y 2015 en nuestro hospital. Se recogieron 8 variables cualitativas categóricas: DC1 (diagnóstico principal confirmado), DP1 (diagnóstico principal con proBNP), DS1 (diagnóstico principal sintomático 1º), DC2 (diagnóstico confirmado 2º), DP2 (diagnóstico con proBNP 2º), DS2 (diagnóstico sintomático 2º), antecedente no presente en el episodio actual, ECl (error clínico: diagnóstico descartado posteriormente por ecocardiografía), ECo (error de codificación) y CoD (el diagnóstico a codificar es abierto y admite dudas). Además se obtuvieron las variables agregadas D1 (suma de diagnósticos 1º), D2 y DF (contabiliza solo aquellos DC1 que no presenten dudas ni errores) y codificación (reúne dudas y errores de codificación). Para considerar un diagnóstico confirmado se precisó la presencia sintomatología acompañante y una ecocardiografía compatible en los últimos 5 años o en los siguientes 6 meses. Además, se adopta la definición de diagnóstico principal presente en el CIE 9 como aquel que causa el contacto con el centro sanitario inicialmente. Dentro de DP se recogen aquellos diagnósticos con sintomatología de IC presente y proBNP elevado pero sin ecocardiografía. Una vez obtenidas las proporciones de las variables se realizó una estimación inferencial de las proporciones a partir de los valores obtenidos con IC95% para la población original. Para todos los análisis estadísticos se utilizó el SPSS v.21.

Resultados: Del total de 1.565 altas con diagnóstico principal de IC se obtuvo una muestra de 142 casos. De ellos 112 (78,9%, IC95%: 72,1-85,7%) tenían un diagnóstico principal y confirmado. Frente a estos, 3 (2,1% insuficiente para realizar inferencia) pertenecían al grupo DP1; 14 (9,9%, IC95: 4,9-14,82) al DS1; 6 (4,2%, IC95: 0,9-7,6) a DC2; 3 (2,1%) a DS2 y 4 (2,8%, IC95: 0,1-5,6) tenían un antecedente de IC no descrito en el episodio. En cuanto a codificación, 22 casos (15,5%, IC95: 9,5-21,5) fueron objeto de dudas en la codificación frente a los 6 (4,2%, IC95: 0,9-7,6) que presentaron codificación errónea. En 2 casos el diagnóstico no se acompañó de anomalías estructurales en ecocardiografía posterior. Finalmente, en un 90,9% (IC95: 86-95,7) el diagnóstico de IC es correcto como diagnóstico principal, en un 6,3% (2,3-10,4) es en realidad un diagnóstico 2º. Sólo el 70,4% (62,8-78) tiene IC como diagnóstico principal confirmado que no presenta dudas en la

codificación.

Discusión: Según la mayoría de estudios la insuficiencia cardiaca ha sido la principal causa de hospitalización en los últimos años. Sin embargo estos estudios, basados en CMBD, han sido cuestionados por diferentes autores. A raíz de ello hemos querido estudiar la validez de los diagnósticos principales de IC en CMBD. Nuestros resultados muestran una sobreestimación de los diagnósticos de insuficiencia cardiaca entre los diagnósticos principales codificados. En muchos casos existen dudas acerca de cuál es realmente el diagnóstico principal. El principal error que presenta nuestro trabajo es no analizar la infraestimación de insuficiencia cardiaca cuando otra patología se codifica como diagnóstico principal. En general, los problemas de validez se deben más a los casos que ingresan con pluripatología que a errores cometidos en la codificación. ¿Es adecuado nuestro sistema de codificación a la realidad médica actual?

Conclusiones: Encontramos una sobreestimación en los diagnósticos principales de insuficiencia cardiaca en el CMBD. No podemos afirmar que dicha sobreestimación no sea compensada en un análisis global de la base de datos. Es necesario valorar la adecuación de nuestro sistema de codificación a nuestra realidad social y médica.