

El reumatólogo y el *case mix*

Sr. Director: Hemos leído con gran interés el artículo titulado “El reumatólogo y el *case mix*: ¿nos codifican correctamente?”, publicado recientemente en su revista¹. Estamos de acuerdo con los autores en la importancia que tiene la codificación correcta de nuestro trabajo. Por ello, queremos hacer algunas consideraciones que permitan al médico asistencial comprender mejor el paso del diagnóstico clínico a un código de grupo relacionado por el diagnóstico (GRD). Deseamos, asimismo, insistir en las tareas clínicas necesarias para una correcta codificación y en su importancia.

Para ello revisamos las historias clínicas y los GRD asignados a los pacientes ingresados en nuestra sección durante el año 2002. Utilizamos el programa Explogrd y la versión All patients 14,1 de la clasificación GRD. Consultamos, además, los datos disponibles sobre nuestros enfermos y sus GRD en las publicaciones correspondientes del Sistema vasco de salud^{2,3}.

Durante el período estudiado, ingresaron 271 pacientes. El grupo homogéneo más frecuente (según la clasificación GRD) lo formaron 100 pacientes con “trastorno del tejido conectivo”. Éste es un GRD que agrupa los pacientes no quirúrgicos ingresados por artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica, polimialgia reumática, arteritis de células gigantes, polimiositis, lupus eritematoso sistémico o poliarteritis nodosa³. El sistema GRD considera estos enfermos clínicamente similares y sólo los divide en 2 grupos de bajo o de alto consumo de recursos, según la ausencia o presencia de comorbilidad o complicaciones (GRD 241 o 240, respectivamente). El diagnóstico clínico más frecuente en este grupo fue la AR (61 casos). De ellos, 50 correspondieron a pacientes sin comorbilidad o complicaciones significativas (AR “sencillas”, GRD 241) y 11 a casos con mayor comorbilidad o complicaciones (AR “complicadas”, GRD 240). Esta diferenciación es de gran importancia, como veremos a continuación.

A partir del diagnóstico principal y los secundarios (comorbilidad o complicaciones) del informe de alta y el conjunto mínimo básico de datos (CMBD), los codificadores incluyen al paciente en un GRD. Éste asigna a nuestro paciente una carga de trabajo estándar para su asistencia (peso) y una financiación acorde con ésta (tabla 1). Todo ello con independencia del trabajo y el gasto reales que el paciente originó durante su ingreso.

TABLA 1. Carga de trabajo y financiación asignados a 2 pacientes diferentes con artritis reumatoide (AR)

Diagnóstico	GRD	Estancia	Peso	Financiación
AR (sencilla)	241	6,38 días	0,9138	1.898 euros
AR (complicada)	240	8,85 días	1,5427	3.204 euros

GRD: grupo relacionado por el diagnóstico.

Así, para un enfermo ingresado por AR, si en el informe aparece un diagnóstico único de AR, sin citar comorbilidad o complicaciones, se considera que el paciente no debe permanecer más de 6,3 días ingresado y el pago al hospital será de 1.898 euros, un 68% menos que si el paciente tiene comorbilidad o complicaciones, por ejemplo insuficiencia renal crónica o úlceras de decúbito³. Es muy importante que estas complicaciones o la comorbilidad queden reflejadas en el informe de alta, permitiendo que se aplique el GRD 240 (AR “complicada”). Además, es necesario tener en cuenta que la ausencia de informe de alta a los 15 días impedirá su codificación (se considera que el médico no realizó trabajo alguno y el hospital no recibirá ningún pago).

Todo ello nos puede parecer lejano, como médicos dedicados a la asistencia, pero los tiempos cambian rápidamente y puede que en algún hospital ya se esté decidiendo la plantilla de nuestros servicios y otros aspectos de nuestro trabajo a partir de estos datos⁴⁻⁶.

M. Calabozo Raluy^a, F. Pérez Ruiz^a, P. Busturia Gimeno^b y A. Alonso Ruiz^a

^aServicio de Reumatología. Hospital de Cruces. Barakaldo. Bizkaia.

^bServicio de Documentación clínica. Hospital de Cruces. Barakaldo. Bizkaia. España.

Bibliografía

- Pantoja L, Madroño MC. El reumatólogo y el *case mix*: ¿nos codifican correctamente? Rev Esp Reumatol 2003;30:421-2.
- Dirección de asistencia sanitaria del Servicio vasco de salud. Morbilidad atendida y resultados asistenciales en los hospitales de agudos de Osakidetza/Svs en el año 2002. Servicio vasco de salud, 2003.
- Yetano J, López G, López P. Manual de descripción de los grupos relacionados por el diagnóstico. Servicio vasco de salud, 2003.
- Molina P. Nuevos usos del *case-mix*: la experiencia del Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos del Ferrol. Gest Hosp 1995;6:85-7.
- Díaz JL. El pago prospectivo por proceso. La experiencia de la Fundación Jiménez Díaz. Gest Hosp 1995;6:88-91.
- Cañis A, La Marca I. Cálculo de los requerimientos de personal asistencial para un centro sociosanitario. Gest Hosp 1996;7:42-7.