

resultados de la atención al síndrome coronario agudo, sino también la posibilidad de enlazar la información contenida en él con la de otros registros clínicos específicos de esta enfermedad, como es el DIOCLES.

Los autores del trabajo señalan que su principal limitación fue el porcentaje de emparejamientos entre los 2 registros que no se pudo resolver. Las variables a las que atribuyen la falta de emparejamiento son la recogida de la edad en lugar de la fecha de nacimiento en el DIOCLES y los problemas de calidad de los datos contenidos en las variables fecha de ingreso y fecha de alta en este registro. En cuanto a este aspecto, creemos que es importante destacar también los problemas de la calidad de la codificación del diagnóstico principal de alta del CMBD. Así, en un estudio llevado a cabo en los 9 hospitales generales del Servicio Murciano de Salud, con el CMBD del primer semestre de 2012 y el segundo semestre de 2013, se encontró que, en el 29,1% de los 898 casos inicialmente codificados como síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) (código de la Clasificación Internacional de Enfermedades, novena revisión [CIE9] de diagnóstico principal al alta 410.X1, excepto el 410.71), el motivo de alta, tras la revisión de los eventos por cardiólogos expertos, había sido en realidad otra afección (síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST [SCASEST] en el 87,7% de los casos descartados y otros diagnósticos en el resto)².

Dadas las diferencias existentes entre el SCACEST y el SCASEST en cuanto a abordaje terapéutico, mortalidad, complicaciones y reingresos, este hecho podría plantear problemas para la utilización de las bases del CMBD para el análisis de los resultados de la atención al SCACEST.

Además, este aspecto ha podido verse agravado recientemente con el paso de la CIE9 a la CIE10 para la codificación de los datos clínicos. Así, un estudio realizado en un servicio regional de salud concluye que la información recogida en el CMBD con la CIE10, en 2017, puede ser útil para conocer ciertos aspectos generales relacionados con la asistencia, la calidad de los servicios y su comparación con años anteriores. No así para conocer la evolución de la frecuentación o la monitorización de la gestión clínica de procesos concretos ni la identificación de casos en proyectos de investigación³.

Los problemas en cuanto a la calidad del CMBD no son nuevos⁴, y se debe tenerlos en cuenta a la hora de utilizar este sistema de información en la investigación clínica.

José Eduardo Calle-Urra^{a,*}, Pedro Parra-Hidalgo^a,
Eduardo Pinar-Bermúdez^b y Concepción López-Rojo^a

^aSubdirección General de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación, Servicio Murciano de Salud, Murcia, España

^bServicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: josee.calle@carm.es (J.E. Calle-Urra).

On-line el 11 de abril de 2019

BIBLIOGRAFÍA

- Bernal JL, Barrabés JA, Íñiguez A, et al. Datos clínicos y administrativos en la investigación de resultados del síndrome coronario agudo en España. Validez del Conjunto Mínimo Básico de Datos. *Rev Esp Cardiol*. 2019;72:56–62.
- Evaluación de la calidad de la atención al síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST). Murcia: Servicio Murciano de Salud; 2015. Disponible en: <https://sms.carm.es/somosmas/documents/63024/1794004/Evaluaci%C3%B3n+calidad++atenci%C3%B3n+SCACEST+SMS+2015.pdf/6fc30f08-41d2-473d-9157-a51d1db75174>. Consultado 27 Feb 2019.
- Efecto del cambio de la CIE en la codificación del CMBD. Hospitales del Servicio Murciano de Salud, 2017. Informes sobre el Sistema Regional de Salud 1901. Murcia: Consejería de Salud, Región de Murcia; 2019. Disponible en: https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/432578-1901.Porcentaje_codificacion_2017_.pdf. Consultado 27 Feb 2019.
- Calle JE, Saturno PJ, Parra P, et al. Quality of the information contained in the minimum basic data set: results from an evaluation in eight hospitals. *Eur J Epidemiol*. 2000;16:1073–1080.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.01.007>

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2019.03.005>

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2019.03.003>

0300-8932/

© 2019 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Validez del Conjunto Mínimo Básico de Datos para la investigación de resultados en la atención al síndrome coronario agudo. Respuesta



Validity of the Minimum Basic Data Set for Research Into Outcomes of the Care of Acute Coronary Syndrome. Response

Sr. Editor:

Agradecemos el amable interés mostrado por Calle-Urra et al. en nuestro artículo sobre la validez del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) para la investigación de resultados en la atención al síndrome coronario agudo¹. Los autores consideran importante destacar los problemas de la calidad de la codificación del CMBD entre las limitaciones de nuestro estudio. Sin embargo, siendo nuestro objetivo evaluar la concordancia entre un registro clínico (DIOCLES) y el CMBD, la calidad de la codificación fue para nosotros una variable de estudio cuyo resultado en modo alguno cabe entender como limitación.

El trabajo publicado en la *web* del Servicio Murciano de Salud² en que apoyan sus dudas sobre la calidad del CMBD tiene un objeto diferente del nuestro, trata tangencialmente la calidad de la

codificación y lo hace diferenciando diagnósticos —infarto agudo de miocardio con y sin elevación del segmento ST— que nosotros no analizamos. Los autores del trabajo del Servicio Murciano de Salud valoraron como totalidad del universo 897 episodios registrados en 9 hospitales murcianos durante 2 semestres no consecutivos de 2012 y 2013 y, según declaran, consideraron por este motivo innecesario obtener intervalos de confianza, de modo que el alcance de su método es meramente descriptivo y, consecuentemente, no permite inferencia alguna a partir de sus resultados. No obstante, aunque no distinguieron entre infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST y angina inestable, parece que encontraron un alto grado de coincidencia en la codificación del infarto agudo de miocardio (variable, esta sí, incluida en nuestro estudio), pues únicamente reportan discrepancias en el 3,6% de las historias clínicas revisadas.

En todo caso, según reflejamos en las conclusiones de nuestro estudio, coincidimos en que parece existir un margen de mejora en la calidad de la codificación del CMBD, pero entendemos que este únicamente puede establecerse mediante métodos científicos sometidos a revisión por pares, que deben utilizarse también para evaluar el impacto del cambio de la edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades que utiliza el CMBD a partir de 2016.

José Luis Bernal^{a,b,*}, José A. Barrabés^c, Cristina Fernández-Pérez^{b,d} y Francisco Javier Elola^{b,e}

^aServicio de Control de Gestión, Hospital 12 de Octubre, Madrid, España

^bFundación Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria, Madrid, España

^cServicio de Cardiología, Hospital Universitario Vall d'Hebron (VHIR), CIBERCV, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

^dServicio de Medicina Preventiva, Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

^eElola Consultores, Madrid, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: jluis.bernal@movistar.es (J.L. Bernal).

On-line el 19 de abril de 2019

BIBLIOGRAFÍA

1. Bernal JL, Barrabés JA, Íñiguez A, et al. Datos clínicos y administrativos en la investigación de resultados del síndrome coronario agudo en España. Validez del Conjunto Mínimo Básico de Datos. *Rev Esp Cardiol*. 2019;72:56–62.
2. Servicio Murciano de Salud. Evaluación de la calidad de la atención al síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST). 2015. Disponible en: <https://sms.carm.es/somosmas/documents/63024/1794004/Evaluaci%C3%B3n+calidad++atenci%C3%B3n+SCACEST+SMS+2015.pdf/6fc30f08-41d2-473d-9157-a51d1db75174>. Consultado 14 Mar 2019.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2019.03.003>

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2019.03.005>

0300-8932/

© 2019 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.