

Grupos diagnósticos ambulatorios en dermatología. Estudio en un hospital comarcal

Jordi Graells y Daniel García

Servicio de Dermatología. Hospital Comarcal de Sant Boi de Llobregat. Barcelona. España.

Resumen.—*Introducción.* La medición de la actividad asistencial mediante recuento de visitas y procedimientos refleja de forma inexacta su laboriosidad, complejidad y coste. Existen en atención primaria sistemas para medir más racionalmente esta actividad. En este trabajo se diseña un sistema de clasificación de pacientes ambulatorios dermatológicos y se describe su distribución en una consulta ambulatoria dermatológica.

Métodos. Se crearon grupos diagnósticos ambulatorios (GDA) a partir de cuatro variables (diagnóstico principal, procedimiento, tipo visita, medicación asociada a complejidad), intentando generar un mínimo número de grupos con coherencia médica y homogeneidad económica. La información se recogió de forma prospectiva. Se incluyeron todas las visitas y procedimientos practicados durante el año 2003.

Resultados. Se establecen 25 GDA que permiten calcular la proporción de actividad en cirugía menor (32,83%) discriminando por grupos de distinta complejidad y describir y cuantificar GDA médicos importantes médica y sociosanitariamente, como precáncer y cáncer de piel (5,66%), enfermedades de transmisión sexual (0,5%), enfermedades con mayor morbilidad o cronicidad (15,43%), enfermedades sistémicas (0,94%) o empleo de medicación sistémica asociada a complejidad (2,84%).

Conclusiones. Es posible aplicar un sistema de clasificación de pacientes basado en GDA en la práctica diaria que permita evaluar de forma más racional la actividad realizada y su complejidad. Los GDA deben ser diseñados de forma dinámica y consensuada. Entre sus aplicaciones se encuentran el conocimiento de necesidades asistenciales, la planificación de objetivos, la orientación de la actividad hacia grupos de mayor importancia clínica, el control de calidad, el cálculo racional del tiempo de visita y la productividad.

Palabras clave: clasificación de pacientes, atención ambulatoria, clasificación de enfermedades, consulta externa, dermatología.

AMBULATORY DIAGNOSTIC GROUPS IN DERMATOLOGY. STUDY AT A REGIONAL HOSPITAL

Abstract.—*Introduction.* Measuring healthcare activity through a count of visits and procedures does not accurately reflect their laboriousness, complexity and cost. In primary care, there are systems to more rationally measure this activity. In this work, a classification system for dermatology outpatients is designed, and their distribution at an outpatient dermatology clinic is described.

Methods. Ambulatory Diagnostic Groups (ADGs) were created, based on four variables (primary diagnosis, procedure, type of visit and medication associated with complexity), to try to generate a minimum number of groups with medical coherence and economic homogeneity. The information was gathered prospectively. All visits and procedures performed during the year 2003 were included.

Results. 25 ADGs were established to make it possible to calculate the proportion of activity in minor surgery (32.83%), discriminating by groups of different complexity, and to describe and quantify medical ADGs that are significant from a medical and public health standpoint, such as skin precancer and cancer (5.66%), sexually transmitted diseases (0.5%), diseases with greater morbidity or chronicity (15.43%), systemic diseases (0.94%), or the use of systemic medication associated with complexity (2.84%).

Conclusions. It is possible to apply an ADG-based patient classification system in daily practice, making it possible to more rationally evaluate the activities carried out and their complexity. The ADGs must be designed in a dynamic and consensual manner. Their applications include finding out healthcare needs, planning objectives, gearing activities towards groups with greater clinical significance, quality control, the rational calculation of visit lengths and productivity.

Key words: patient classification, outpatient care, disease classification, outpatient visit, dermatology.

INTRODUCCIÓN

La medición de la actividad asistencial desarrollada por cualquier especialidad tiene dos vertientes, la médica y la de gestión. Desde el punto de vista médico, esta medición permite fundamentalmente conocer la fre-

cuantación (e indirectamente la incidencia y prevalencia) de los distintos procesos patológicos y la complejidad de éstos. Desde el punto de vista de la gestión permite, entre otras posibilidades, calcular la cuantía del gasto y la necesidad de asignación de recursos. Con el actual sistema de asistencia ambulatoria, las instituciones y los facultativos justifican el gasto y la actividad asistencial con unos simples recuentos de primeras y segundas visitas, y procedimientos. Sin embargo, el número de visitas refleja sólo de forma parcial la actividad real; así, no tiene igual complejidad y gasto tratar una psoriasis en placas limitada que otra en la que se indique ciclosporina o la práctica de crioterapia en

Correspondencia:

Jordi Graells.
Salvat Papasseit, 58-62, 2.º 1.º 08830 Sant Boi de Llobregat.
Barcelona. España.
26449jge@comb.es

Recibido el 12 de mayo de 2004.

Aceptado el 27 de septiembre de 2004.

una verruga vulgar puede considerarse, según criterios de gestión, más productiva que una segunda visita en tratamiento con un inmunosupresor.

Así pues, es deseable la existencia de un sistema más realista de medición de la actividad realizada por cada centro. Con este fin se han desarrollado, para los pacientes que ingresan en los centros sanitarios, los grupos diagnósticos relacionados (GDR). Los GDR son una herramienta de medición del producto hospitalario, desarrollada como alternativa a la clasificación de pacientes por diagnóstico particular. Este sistema pretende agrupar a los pacientes en grupos coherentes desde el punto de vista médico y homogéneos desde el punto de vista de recursos consumidos¹. Entre sus objetivos y aplicaciones potenciales se encuentran la planificación, monitorización de casuística, estudios de calidad y estudios de costes².

La informatización y la codificación permiten recopilar la información ambulatoria de manera fiable y objetiva. Sin embargo, la gran variabilidad de diagnósticos y procedimientos hace complejo evaluar la actividad real. Además, esta variabilidad impide cualquier comparación inter e incluso intrahospitalaria. Se han realizado esfuerzos en asistencia primaria para clasificar a los pacientes en un número menor de grupos, de forma similar a los GDR. La existencia de sistemas de clasificación de pacientes en atención ambulatoria especializada es prácticamente nula.

El objetivo de este trabajo es intentar diseñar un sistema de clasificación de los pacientes ambulatorios en forma de grupos diagnósticos ambulatorios (GDA) aplicables a la práctica habitual de la especialidad de dermatología. Además, se pretende describir de forma prospectiva la distribución de estos grupos diagnósticos en el contexto de una consulta ambulatoria dermatológica.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se realizó en el ámbito de las Consultas Externas del Hospital de Sant Boi de Llobregat, perteneciente al área metropolitana de Barcelona y con una población de referencia de 115.000 habitantes. Se incluyeron en el estudio todas las visitas y procedimientos practicados en dermatología durante el año 2003. Los pacientes acudieron en su casi totalidad a partir de las derivaciones de los médicos de familia del área de influencia y de urgencias del mismo hospital. Dos dermatólogos desarrollaron la actividad formando equipo con una diplomada o auxiliar de enfermería en un total de 52 h asistenciales semanales.

Construcción de los GDA

Se practicó un registro informático administrativo previo a la visita (datos de filiación, tipo de visita), y otro posterior a la misma en el que se consignó:

TABLA 1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN EN CIERTOS GRUPOS DIAGNÓSTICOS AMBULATORIOS (GDA)

<i>GDA 7: Tumor maligno complejidad alta</i>
Melanoma maligno
Dermatofibrosarcoma
Linfoma cutáneo
Otros
<i>GDA 14 y 15: Infecciosa importante</i>
Herpes zóster
Erisipela
Micosis profunda
Leishmaniosis
Micobacteriosis atípica
Eczema <i>herpeticum</i>
<i>GDA 18 y 19: Otras dermatosis importantes*</i>
Acné
Psoriasis
Dermatitis atópica
Dermatitis/eczema crónico
Alopecia <i>areata</i>
Urticaria crónica
Hidrosadenitis supurativa
Vitiligo
Glosodinia
Prurigo nodular
Paniculitis
Úlcera cutánea crónica
Dermatosis facticia
Sarcoidosis
<i>GDA 20 y 21: Enfermedad sistémica</i>
Lupus eritematoso
Esclerodermia
Dermatomiositis
Vasculitis

*En «Otras dermatosis importantes» se incluyen sólo los diagnósticos más frecuentes. Estos listados variarán de forma acorde a la casuística de cada centro.

diagnóstico codificado en la novena edición de la *Clasificación Internacional de Enfermedades-Modificación Clínica* (CIE-9-MC), procedimiento practicado si lo hubiere, tipo de procedimiento y prescripción de medicación asociada a complejidad. Se incluyó como medicación asociada a complejidad aquella que se corresponde con enfermedad grave o requiere un seguimiento clínico y analítico más exhaustivo: isotretinoína, acitretino, ciclosporina, metotrexato, antipalúdicos, azatioprina o corticoides sistémicos. Las variables examinadas fueron diagnóstico, procedimiento, tipo de visita, medicación asociada a complejidad.

Los GDA médicos se construyeron considerando primeras y segundas visitas. No se tuvieron en cuenta edad y sexo. Se establecieron los diferentes grupos buscando similitudes desde diversos puntos de vista:

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE LOS GRUPOS DIAGNÓSTICOS AMBULATORIOS (GDA)

GDA	Descripción	Número	Porcentaje respecto al total
1	Plastia-Injerto	7	0,05
2	Exéresis	996	6,43
3	Sacabocados-Afeitado-Curetaje	1.415	9,14
4	Crioterapia	2.665	17,21
5	Retirar puntos	1.148	7,41
6	Medicación sistémica asociada a complejidad	440	2,84
7	Tumor maligno complejidad alta	44	0,28
8	Primera visita: tumor benigno	1.589	10,26
9	Segunda visita: tumor benigno	530	3,42
10	Primera visita: CPNM y pre-CPNM	208	1,34
11	Segunda visita: CPNM y pre-CPNM	624	4,03
12	Primera visita: infecciosa leve	295	1,91
13	Segunda visita: infecciosa leve	473	3,05
14	Primera visita: infecciosa importante	24	0,15
15	Segunda visita: infecciosa importante	30	0,19
16	Primera visita: otra dermatosis leve	1.145	7,39
17	Segunda visita: otra dermatosis leve	1.275	8,23
18	Primera visita: otra dermatosis importante	707	4,57
19	Segunda visita: otra dermatosis importante	1.628	10,51
20	Primera visita: enfermedad sistémica	12	0,08
21	Segunda visita: enfermedad sistémica	133	0,86
22	Primera visita: ETS	30	0,19
23	Segunda visita: ETS	48	0,31
24	Primera visita: otras	12	0,08
25	Segunda visita: otras	6	0,04
	Total	15.484	100,00

CPNM: cáncer de piel no melanocítico; ETS: enfermedad de transmisión sexual.

médico, en cuanto a gasto sanitario (considerando que el principal elemento del gasto sanitario es el tiempo médico requerido³), probabilidad de persistencia o recurrencia del proceso y afectación en la calidad de vida. Los criterios de inclusión en ciertos grupos especiales se presentan en la tabla 1.

Distribución de los GDA

Cada visita (o procedimiento) contabilizó una única vez, y sólo se consiguió el diagnóstico principal (el perteneciente a un GDA jerárquicamente superior) en caso de motivo de consulta múltiple. Al practicar un procedimiento, el paciente quedaba de forma automática incluido en el GDA correspondiente al procedimiento (por orden jerárquico: plastia/injerto, exéresis, biopsia en sacabocados [*punch*], afeitado o curetaje, crioterapia, sacar puntos). Si a un paciente se le practicaba más de un procedimiento, sólo contabilizaba el jerárquicamente superior.

No se consideraron ciertos procedimientos o categorías por no practicarse en nuestro centro (pruebas epicutáneas, PUVA-terapia [terapia con psoraleno y luz intravioleta], tratamiento con interferón, paciente

en ensayo clínico, etc.). Las consultas intrahospitalarias tampoco se incluyeron.

La información se recogió de forma prospectiva.

RESULTADOS

Se han establecido en total 25 GDA. La distribución de los diferentes GDA se refleja en la tabla 2. Puede observarse que la práctica de cirugía menor (incluyendo crioterapia) representa el 32,83 % de toda la actividad asistencial. En nuestro centro, en el 4,76 % de visitas incluidas en los GDA médicos se emplea medicación asociada a complejidad. Por enfermedades específicas, el 27,83 % de visitas por acné son tratadas con isotretinoína oral, y el 12,06 % de visitas por psoriasis se manejan con algún tratamiento sistémico. Al calcular por pacientes distintos, el 22,1 % de los pacientes con acné reciben tratamiento con isotretinoína oral, y el 10,1 % de casos de psoriasis reciben tratamiento sistémico. Dentro de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), la más incidente ha sido el condiloma acuminado, con una proporción de 63 % de las primeras visitas de ETS (19 casos de 30).

La razón de probabilidad (*ratio*) primera/segunda visita para los diversos grupos de interés arroja los siguientes valores: tumor benigno, 3 casos; cáncer de piel no melanocítico (CPNM) y pre-CPNM, 0,33; enfermedad infecciosa leve, 0,62; enfermedad infecciosa importante, 0,80; otra dermatosis leve, 0,90; otra dermatosis importante, 0,43; enfermedad sistémica, 0,09; ETS, 0,63. De 9.253 visitas incluidas en los GDA médicos, 3.796 (41,02 %) consisten en enfermedades con un tratamiento más complejo o menor probabilidad de alta (GDA correspondientes a medicación sistémica asociada a complejidad, tumor maligno complejidad alta, CPNM y pre-CPNM, otra dermatosis importante y enfermedad sistémica).

DISCUSIÓN

Cuando un facultativo realiza un acto médico, prescinde teóricamente de toda la categorización apriorística de la complejidad del paciente, dedicándole toda su atención. Por este motivo, desde el punto de vista médico, no debe haber categorías entre pacientes; todos deben ser tratados por un igual, es decir con toda corrección. Sin embargo, a diferentes niveles se visitan pacientes con distinta complejidad, y la actividad asistencial es medida por los gestores con criterios cuantitativos muy inexactos. Para la implementación de un sistema de clasificación de pacientes el requisito inicial es la disponibilidad de un sistema informático adecuado y el hábito de codificar y de cumplimentar correctamente los datos. Además, es importante valorar su aplicabilidad en condiciones reales, y no sólo experimentales, evitando distorsionar la práctica clínica diaria¹⁴.

Se han intentado diferentes sistemas de clasificación de las visitas y procedimientos³⁻¹⁰, aunque casi todos en el ámbito de la asistencia primaria. La mayoría de sistemas agrupan los pacientes en grupos con consumo (económico) similar⁴ (*diagnostic clusters, ambulatory visit groups, ambulatory patient groups, products of ambulatory care, ambulatory care groups*), y algunos se han utilizado como base para el sistema de pago, como los *products of ambulatory care* en Nueva York¹⁰. Los sistemas donde la unidad de análisis es la visita o consulta son más útiles para calcular la tarifa por consulta y para la comparación entre médicos y proveedores, según la proporción de visitas atribuidas a cada categoría⁴.

Sin embargo, la aplicación de los sistemas ya existentes en asistencia primaria no siempre es satisfactoria para la atención especializada. Por ejemplo, en el sistema de los *ambulatory care groups*^{4,5} las dermatosis se codifican como «dermatitis, causa inespecificada», sin contemplar cronicidad, necesidad de tratamiento sistémico o afectación de la calidad de vida; o «enfermedad dermatológica», incluyendo «otros acnés, verrugas víricas, *nevus* no neoplásico», categorías demasiado genéricas para la atención especializada. Los *ambulatory visit groups*³ contienen la categoría: *disor-*

ders of skin and subcutaneous. Por ello parece necesaria la creación de sistemas alternativos para la atención especializada. El sistema de clasificación utilizado debe adaptarse a nuestro medio, y cumplir una serie de características^{1,4,6}: ser acorde con el sistema previo (primera/segunda/procedimiento ambulatorio); coherencia clínica (similares médicamente y en probabilidad de necesidad de seguimiento posterior); homogeneidad (en tratamiento, cronicidad, menor variación en el gasto sanitario, tiempo de visita equivalente); número manejable de grupos para permitir manipulaciones y un número suficiente de pacientes por grupo (el equilibrio entre mantener homogeneidad y número reducido de grupos es una tarea ardua); objetividad (el proceso de asignación a los grupos debería evitar juicios subjetivos de quien lo realiza); y disponibilidad de los datos.

El diseño de los 25 GDA de nuestro trabajo intenta corresponderse con las características comentadas. El problema más acuciente lo constituye el diseño y la inclusión de cada proceso patológico en los diferentes GDA médicos, ya que criterios sobre homogeneidad, afectación de la calidad de vida y probabilidad de generar segundas visitas pueden verse afectados por la subjetividad de los autores. En la implementación de cualquier sistema de clasificación de pacientes, la definición y ámbito de los grupos diagnósticos deberá depender de comités de expertos (dermatólogos, epidemiólogos, gestores, etc.) y estar sometida a la crítica y a la posibilidad de perfeccionamiento continuados, quizás en el contexto de conferencias de consenso. Una ventaja del sistema es que, aunque de manera ocasional, en la primera visita el diagnóstico de presunción se demuestra en el futuro como incorrecto, habitualmente el paciente caerá dentro del mismo GDA, por lo que será categorizado de forma correcta. Destaca la gran actividad realizada en cirugía menor, prácticamente un tercio de la global. En cuanto a los GDA médicos cabe destacar el hecho de que el 41 % consistió en patología «compleja» o con menor probabilidad de alta. Sería interesante comparar estos porcentajes con otros centros, así como la proporción de pacientes con acné y psoriasis tratados por vía sistémica. Respecto a las *ratios* primera/segunda visita, todas resultaron menores a uno, excepto para los tumores benignos. Por otro lado, las *ratios* inferiores correspondieron a patologías que requieren mayor control, como CPNM y pre-CPNM, otra dermatosis importante y enfermedad sistémica. La proporción de ciertos GDA médicos resultó inferior a la real por las características del sistema; por ejemplo, muchas visitas por CPNM y pre-CPNM no constaron en su GDA médico correspondiente por incluirse previamente en otro grupo (p. ej., crioterapia); esto fue así por priorizar los procedimientos quirúrgicos sobre los actos médicos. De igual modo, una proporción significativa de visitas por enfermedad sistémica se vieron incluidas en el GDA de medicación sistémica asociada a complejidad.

Se han enumerado las diversas aplicaciones potenciales de estos sistemas de clasificación de pacientes^{1,2,4}, como establecer un «lenguaje común» comprensible entre médicos y gestores, definir diferentes poblaciones con distintas necesidades asistenciales para una mejor asignación de los recursos sanitarios, determinar la evolución en el tiempo de los patrones de demanda asistencial, planificar de forma más racional los objetivos del servicio, orientar la actividad asistencial hacia los grupos de mayor significación sanitaria estimulando la disminución en la proporción de aquellos grupos compuestos por patología banal, controlar la calidad asistencial y calcular de manera racional el tiempo medio de visita según la proporción de GDA.

El pago capítativo puede provocar presión para el rechazo de aquellos pacientes complejos y costosos, los de fuera de cupo y aquellos con enfermedades limítrofes entre especialidades; esto quedaría en parte compensado con la aplicación de los GDA. Por otro lado, el esfuerzo y la mejor capacitación de aquellos dermatólogos que controlan pacientes complejos podría verse recompensado con los GDA, tanto desde el punto de vista de la satisfacción moral como laboral: «el dermatólogo que emplea tratamientos sistémicos requiere tiempo y compensaciones»¹¹. Aparte, el conocimiento de nuestra práctica habitual puede suponer una retroalimentación para autoevaluar el propio trabajo. También podrían utilizarse para evaluar la calidad de las derivaciones recibidas.

Se han planteado también los sistemas de clasificación de pacientes para evaluar y comparar la productividad entre facultativos^{3,4}. La comparación de la productividad médica es compleja y genera susceptibilidades. La productividad es más difícil de medir en el sector servicios que en el industrial. ¿Cómo cuantificar las horas de preparación para la docencia, la actividad de investigación, la satisfacción del usuario, la mejor o peor práctica médica? ¿Cómo cuantificar qué supone más trabajo, visitar a un paciente con lupus eritematoso o a cuatro con dermatitis seborreica? Además, existe el problema de cómo se cuantifica cada GDA. Muchos otros factores influyen también en la actividad asistencial, haciendo las comparaciones difíciles (nivel del hospital, apoyo logístico por enfermería, consultoría, etc.). De todas maneras, hoy en día la productividad se mide en términos de pacientes visitados por unidad de tiempo, método a todas luces más ineficaz^{3,12}. Tampoco puede hacerse directamente la comparación entre hospitales de distintos niveles asistenciales; así se considera por ejemplo más costosa y compleja la visita en un tercer que en un segundo nivel⁶.

Finalmente, es importante la implantación de un sistema de clasificación desde el punto de vista del presti-

gio y la supervivencia de nuestra especialidad en el sistema sanitario público, en un momento en que la presión económica puede priorizar ciertas enfermedades frente a otras. Así, ante la posibilidad de que las enfermedades cutáneas sean etiquetadas como «no médicamente necesarias»¹³, el reconocimiento de la morbilidad y la afectación en la calidad de vida de muchas dermatosis, y la presencia de gran número de pacientes en GDA correspondientes a dichas dermatosis, constituirían un argumento en favor de la importancia y supervivencia de la especialidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Olaskoaga Arrate A. Sistemas de información en base a GDR: Implantación en el Instituto Oncológico de Guipúzcoa y análisis de primeros resultados. *Gestión Hospitalaria* 1991;1:53-9.
2. Poves Martínez E. Enfermedades del aparato digestivo y sistema de clasificación de pacientes: Grupos relacionados con el diagnóstico (GDR). *Rev Esp Enf Digest* 1996;88: 677-86.
3. Fetter RB, Averill RF, Lichtenstein JL, Freeman JL. Ambulatory Visit Groups: a framework for measuring productivity in ambulatory care. *Health Serv Res* 1984;19: 415-37.
4. Juncosa S, Bolívar B. Un sistema de clasificación de pacientes para nuestra atención primaria: los ambulatory care groups (ACGs). *Gac Sanit* 1997;11:83-94.
5. Weiner JP, Starfield BH, Steinwachs DM, Mumford LM. Development and application of a population-oriented measure of ambulatory care case-mix. *Med Care* 1991;29: 452-72.
6. Schneider KC, Lichtenstein JL, Freeman JL, et al. Ambulatory visit groups: an outpatient classification system. *J Ambulatory Care Manage* 1988;11:1-12.
7. Goldfield N, Averill RF, Grant T, Gergg LW. The clinical development of an ambulatory classification system: version 2.0 ambulatory patient groups. *J Ambul Care Manage* 1997;20:49-56.
8. Schneeweiss R, Rosenblatt RA, Cherkin DC, Kirkwood R, Hart G. Diagnosis clusters: a new tool for analyzing the content of ambulatory medical care. *Med Care* 1983;21: 105-22.
9. Schneeweiss R. Diagnostic clusters in ambulatory medicine. *J Gen Intern Med* 1991;6:96.
10. Georgoulakis JM, Akins SE, Richards JD, et al. A comparison of ambulatory classification systems: A preliminary report. *J Ambul Care Manage* 1990;13:39-49.
11. Ribera M, Ferrándiz C. Consideraciones filosóficas sobre el tratamiento de la psoriasis. *Piel* 2003;18:1-3.
12. Smith DM, Martin DK, Langefeld CD, Miller ME, Freedman JA. Primary care physician productivity: The physician factor. *J Gen Intern Med* 1995;10:495-503.
13. Russell PS. Dermatology in the Oregon Plan with implications for health care plans in other states. *Arch Dermatol* 1994;130:709-12.