

La codificación de diagnósticos dermatológicos. Una cuestión aún por resolver



Coding of Dermatologic Diagnoses: An Unresolved Issue

La información es necesaria en todos los ámbitos, y por descontado también para las cuestiones sanitarias. Así, en investigación, epidemiología, prevención o gestión de los sistemas sanitarios trabajamos con datos que deben estar correctamente clasificados.

En concreto la información sanitaria relativa a los diagnósticos debe ser registrada y clasificada de una forma homogénea y veraz para que sea común para todos y a lo largo del tiempo. Esto, *a priori*, parece sencillo, pero no lo es tanto debido a la ingente cantidad de diagnósticos conocidos, así como al continuo incremento de los mismos, asociado al avance médico en tecnología e investigación.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), en sus distintas versiones, es el sistema de codificación de diagnósticos más utilizado. En la actualidad estamos en la versión 10, que ya ha empezado a cuestionarse al no incluir determinados diagnósticos. Es más, en dermatología hace ya años se desarrolló en español una adaptación de esta clasificación para tratar de solucionarlo¹. Por todo ello surge la necesidad de analizar las inexactitudes o dificultades para la codificación de diagnósticos dermatológicos de la CIE-10, y así poder llegar a una mejor clasificación, la CIE-11.

Véase contenido relacionado en DOI:
<https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.06.004>.

En este estudio, realizado en el ámbito de consulta ambulatoria de dermatología en España, los autores analizan de un modo ágil y correcto las causas de dichas dificultades, y cuales se deben a deficiencias de la CIE-10 susceptibles de mejora, que pueden hallarse incorporadas o no en el borrador de la CIE-11². Y llegan a la conclusión de que tanto la CIE-10 adaptada a dermatología como el borrador de la CIE-11 son válidas, sin estar exentas de deficiencias, especialmente a la hora de incluir diagnósticos descubiertos o desarrollados en los últimos años. No obstante, el borrador de la CIE-11 comprende algunas mejoras que podemos apreciar en este trabajo.

En resumen el estudio pone de manifiesto la necesidad de una vigilancia y mejora continuas en la clasificación de los diagnósticos, con especial atención a la dermatología.

Bibliografía

1. Fernandez-Peñas P, Jones-Caballero M. Codificación de las enfermedades dermatológicas; compatible con las revisiones 9 y 10 de la clasificación estadística internacional de enfermedades. Madrid: Drug Farma; 1999. Disponible en: <http://datos.bne.es/edicion/bimo0001304888.html>
2. Kueder-Pajares T, Descalzo MA, García-Doval I, Ríos-Buceta L, Moreno-Ramírez D. Evaluación de indicadores de estructura en la atención al paciente con cáncer de piel en los servicios de dermatología. *Actas Dermosifiliogr*. 2018;109:807–12.

I. Belinchón Romero

Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario de Alicante-ISABIAL, Alicante, España
 Correo electrónico: belinchon.isa@gva.es

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.07.004>
 0001-7310/

© 2018 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de AEDV.

Vismodegib, una experiencia local



Local Experience with Vismodegib

El vismodegib es el primer medicamento aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) y la European Medicines Agency (EMA) para el tratamiento de pacientes con un carcinoma basocelular (CBC) localmente avanzado y no candidatos para cirugía o radioterapia, así como para aquellos con un CBC metastásico sintomático. Por ello, este inhibidor de la vía del erizo ha generado una gran expectativa entre los oncólogos y dermatólogos al no existir ninguna alternativa para este grupo de pacientes aquejados de una condición de muy difícil manejo y para quienes no existía un enfoque estandarizado de tratamiento.

Véase contenido relacionado en DOI:
<https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.06.003>.

El entusiasmo inicial se ha visto moderado tras la aparición de casos de resistencia, de efectos secundarios en ocasiones poco tolerados, posible hepatotoxicidad e incluso un cuestionado aumento del riesgo a desarrollar carcinomas escamosos. En respuesta a lo anterior, hay una creciente experiencia con el uso de este medicamento como neoadyuvante antes de la cirugía, su posible dosificación en pulsos para disminuir sus efectos secundarios y el uso combinado con otros inhibidores de la vía del erizo para incrementar su efectividad. Como consecuencia, el conocimiento de la respuesta de este fármaco en nuestra población cobra un interés especial. De allí la importancia de la publicación de Bernia E et al.¹ en este número de *ACTAS DERMOSIFILIOGRÁFICAS*.

Bibliografía

1. Bernia E, Llombart B, Serra C, Bancalari B, Nagore E, Requena C, et al. Experiencia con Vismodegib en Carcinoma Basocelular avanzado en un centro oncológico. *Actas Dermosifiliogr*. 2018;109:813–20.

P. Pasquali

Departamento de Dermatología, Pius Hospital de Valls, Cambrils, Tarragona, España
 Correo electrónico: pasqualipaola@gmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.06.008>

0001-7310/

© 2018 AEDV.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Aproximación a un uso racional y reglado de omalizumab en la urticaria crónica



An Algorithm to Guide the Rational, Evidence-Based Use of Omalizumab in the Treatment of Chronic Urticaria

Omalizumab es un anticuerpo monoclonal anti-IgE que en la actualidad se emplea como fármaco de tercera línea en el tratamiento de la urticaria crónica espontánea (UCE) tras el uso de dosis licenciadas o hasta 4 veces la dosis licenciada. Su introducción en nuestro arsenal terapéutico ha supuesto una auténtica revolución en el manejo de esta enfermedad. No obstante, según la ficha técnica del medicamento, en virtud de los estudios pivotaes llevados a cabo para su aprobación, la dosis recomendada es de 300 mg/mes hasta un periodo máximo de 6 meses. El grupo en red catalano-balear presenta un algoritmo de tratamiento con omalizumab en la UCE donde se abordan diferentes cuestiones que permiten un uso racional basado en la evidencia de este medicamento: población susceptible, herramientas de monitorización (UAS7 y UCT), dosis de inicio, ajuste de dosis, definición de respondedor y tiempo de respuesta, entre otros ítems¹.

La novedad del algoritmo presentado por los autores radica en valorar el aumento de dosis a 450/600 mg cada 4 semanas si no se logra conseguir un buen control de la actividad de la enfermedad, definido como Urticaria Activity Score 7 (UAS7) igual o inferior a 6. La experiencia de este grupo catalán muestra como un 21% de los pacientes

necesita la sobredosificación para alcanzar $UAS7 \leq 6$ y el 7% no logró control de la enfermedad a pesar de aumentar la dosis. Los predictores de respuesta parcial a 300 mg y necesidad de sobredosificación incluyeron el tratamiento previo con ciclosporina, obesidad y edad > 57 años².

Por todo ello este algoritmo resulta especialmente interesante en la aplicación de la práctica clínica habitual del dermatólogo.

Bibliografía

1. Spertino J, Rozas Muñoz E, Curto Barredo L, Figueras Nart I, Gimenez Arnau A, Serra Baldrich E, et al. Algoritmo de tratamiento con omalizumab en urticaria crónica espontánea. Documento de consenso de la "Xarxa d'Urticària Catalana i Balear". *Actas Dermosifiliogr.* 2018;109:771–6.
2. Curto-Barredo L, Spertino J, Figueras-Nart I, Expósito-Serrano V, Guilabert A, Melé-Ninot G, et al. Omalizumab up dosing allows disease activity control in refractory patients with chronic spontaneous urticaria. *Br J Dermatol.* 2018;179:210–2, <http://dx.doi.org/10.1111/bjd.16379>.

R. Ruiz-Villaverde

Unidad de Dermatología, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España

Correo electrónico: ismenios@hotmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.08.002>

0001-7310/

© 2018 AEDV.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Véase contenido relacionado en DOI:

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.07.005>.