

CODIFICACIÓN CLÍNICA CON LA CIE-9-MC

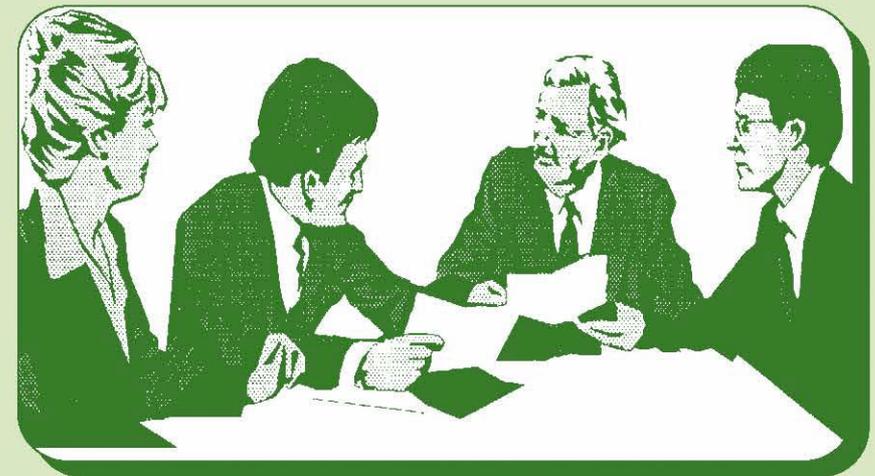
UNIDAD TÉCNICA DE LA CIE-9-MC PARA
EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



Boletín número 14

Año V

Octubre, 1999



Programas

CODIFICACION CLINICA CON LA CIE-9-MC

**UNIDAD TECNICA DE LA CIE-9-MC PARA EL SISTEMA NACIONAL
DE SALUD**

Boletín número 14

Año V

Octubre, 1999

COORDINACION EDITORIAL:

Agustín RIVERO CUADRADO
M^a Mar SENDINO GARCÍA

MIEMBROS PERMANENTES DEL COMITÉ EDITORIAL:

Irene ABAD PEREZ
Eloisa CASADO FERNANDEZ
Isabel DE LA RIVA JIMENEZ
José M^a JUANCO VAZQUEZ
Javier LIZARRAGA DALLO
Margarita LLORIA BERNACER
José Ramón MENDEZ MONTESINO
Fernando PEÑA RUIZ
Arturo ROMERO GUTIERREZ
Carmen SALIDO CAMPOS
Teresa SOLER ROS
Jesús TRANCOSO ESTRADA
Carmen VILCHEZ PERDIGON
Javier YETANO LAGUNA

MIEMBROS ASESORES DEL COMITÉ EDITORIAL:

Pedro MOLINA COLL
M^a Teresa DE PEDRO
Montserrat LOPEZ HEREDERO
Jovita PRINTZ
Soledad SAÑUDO GARCIA
M^a Luisa TAMAYO CANILLAS
Román GARCIA DE LA INFANTA
José DEL RIO MATA
Pilar RODRIGUEZ MANZANO

SECRETARIA:

Esther GRANDE LOPEZ
Fátima MARTIN PEREZ

INDICE

Unidad Técnica de la CIE-9-MC

Tema monográfico: TRAUMATOLOGIA

Preguntas a la Unidad

Formación Continuada en codificación

Formación Continuada correspondiente al boletín nº 13

Respuesta a la Formación Continuada del boletín nº 13

Formación Continuada para responder en el boletín nº 15

UNIDAD TECNICA DE LA CIE-9-MC

El boletín que se presenta dedicado al área de Traumatología, cuenta además de con los expertos en codificación pertenecientes a la Unidad Técnica de la CIE-9-MC, con la colaboración de la Sociedad Española de Traumatología y Cirugía Ortopédica.

A partir de este boletín, formarán parte de la Unidad Técnica de la CIE-9-MC, en calidad de asesores permanentes, un miembro de cada una de las Sociedades Científicas que intervengan en la realización del monográfico. De esta manera cualquier problema terminológico o clínico con respecto a su codificación, puede ser solucionado de forma más rápida y con el aval de la Sociedad correspondiente.

La inclusión en el boletín nº 16 de la cirugía ortopédica vendrá a cerrar totalmente el área de Traumatología y Ortopedia.

Desde aquí damos las gracias a la Sociedad Española de Traumatología y Cirugía Ortopédica por su entusiasta aceptación en formar parte de la Unidad Técnica de la CIE-9-MC.

Agustín Rivero Cuadrado
Responsable de la Unidad Técnica de la CIE-9-MC

TEMA MONOGRAFICO

TRAUMATOLOGIA

CONCEPTOS GENERALES DE FRACTURAS

DEFINICIÓN:

El término fractura puede definirse como la interrupción de la continuidad ósea y/o cartilaginosa, que conlleva a menudo la pérdida de alineación del hueso y la consiguiente pérdida funcional del mismo.

El hueso está constituido por tejido conjuntivo (óseo y cartilaginoso), estructurado, en los huesos largos, en epífisis, metáfisis y diáfisis. El periostio es la membrana fibrosa que recubre al hueso. En su interior, el canal medular y los espacios trabeculares albergan la médula ósea roja o grasa y los vasos nutricios.

CLASIFICACIÓN SEGÚN LAS LESIONES DE PARTES BLANDAS ASOCIADAS:

- **Fracturas cerradas**, son aquellas fracturas en las que la piel que las recubre está intacta.
- **Fracturas abiertas**, son aquellas en las que el foco de fractura comunica con el medio externo, bien porque un fragmento de la fractura perfora la piel desde dentro, o bien porque un objeto agudo daña la piel para fracturar el hueso desde fuera.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9-MC) contempla las fracturas en el **capítulo 17**: "Lesiones y envenenamientos" (**800-829**). Se debe emplear un código E adicional y específico para identificar la causa de la lesión, cuando ésta sea conocida o bien el código E887 si la causa es desconocida.

En ausencia de mayor información, según la CIE-9-MC, se considerará como cerrada cualquier fractura que incluya las siguientes descripciones: (*conminuta*), (*con elevación*), (*con fisura*), (*con hundimiento*), (*de la marcha*), (*de caña, madera o tallo verde*), (*epifisaria o epífisis desprendida*), (*espiral o espiroidea*), (*impactada*), (*lineal o longitudinal*), (*simple*) y (*no especificada*).

Se considerará por defecto fractura abierta cuando incluya las siguientes descripciones: (*compuesta*), (*con cuerpo extraño*), (*infectada*), (*por herida punzante*) y (*por proyectil*).

TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS

La finalidad del tratamiento de una fractura es conseguir una unión segura y restablecer la función normal del hueso tan rápido como sea posible.

Los huesos cicatrizan de una manera especial y compleja. A diferencia de los tejidos que curan primeramente con formación de cicatriz (piel, músculo, riñón e hígado) y de los que curan con una combinación de tejido normal organizado y tejido cicatrizado (nervios, vejiga e intestino), los huesos curan mediante la formación de nuevo hueso (**callo de fractura**).

El tipo de tratamiento elegido para una fractura depende:

- a) de las condiciones generales del paciente.
- b) de la presencia de lesiones asociadas.
- c) del tipo y la localización de la fractura.

La sección **79** del **capítulo 14** de Procedimientos de la CIE-9-MC permite clasificar la reducción de fracturas y luxaciones.

Para una correcta utilización de esta sección es necesario conocer primero si para conseguir la alineación de los fragmentos óseos se ha utilizado una reducción abierta o cerrada, segundo si para mantener la alineación se ha utilizado un dispositivo de fijación y por último los huesos implicados.

Los tipos de tratamiento de una fractura son:

- **Reducción** o manipulación de los fragmentos óseos con el fin de colocarlos lo más parecido a su posición anatómica normal. Puede ser abierta o cerrada.

- **Estabilización** (fijación o inmovilización) con la finalidad de impedir el desplazamiento hasta que se produzca la cicatrización. Puede ser externa o interna.

TIPOS DE REDUCCIÓN DE UNA FRACTURA

- a) **Reducción cerrada**: Es la colocación de los fragmentos óseos de una fractura en posición anatómica sin exposición del foco de fractura.
 - **79.0X**, *Reducción cerrada de fractura sin fijación interna*
(Si se realiza además fijación externa, deberá emplearse un código adicional)
 - **79.1X**, *Reducción cerrada de fractura con fijación interna*

La **tracción** es un tipo de reducción cerrada que consiste en la aplicación de una fuerza tirante continua. Cuando la tracción se aplica a un miembro con graves heridas, los músculos, ligamentos y tendones actúan como una tablilla interna facilitando la alineación de la fractura.

Los mecanismos de la tracción pueden ser usados para contener una fractura reducida o para facilitar al cirujano la reducción de una fractura.

Hay dos tipos diferentes, la tracción cutánea y la tracción esquelética:

- **La tracción cutánea** (blanda) consiste en la aplicación de una correa, espuma, o aparato de tracción de fieltro directamente sobre la piel, ejerciendo una fuerza longitudinal sobre la extremidad afectada.

-**La tracción esquelética** es una fuerza aplicada sobre los huesos largos a través de clavos Steinman, agujas o clavos de Kirschner que perforan transversalmente el hueso y salen de la piel.

-Los códigos **93.41 a 93.46**, *Tracción esquelética y otra tracción*, se asignarán cuando la tracción sea el único tipo de reducción empleado como tratamiento de la fractura.

-Los códigos **79.0X a 79.9X**, *Reducción de fractura y luxación*, incluyen la reducción de una fractura mediante la inserción de un aparato de tracción.

-Sólo cuando no se consiga reducir una fractura mediante tracción y sea necesario posteriormente realizar una nueva reducción con o sin fijación de la fractura, deberemos codificar ambos procedimientos.

93.41-93.46, *Tracción esquelética y otra tracción*

+

79.0X- 79.9, *Reducción de fractura y luxación*

b) **Reducción abierta**: Es la corrección de la fractura mediante incisión y exposición del foco de fractura.

- **79.2X**, *Reducción abierta de fractura sin fijación interna*

- **79.3X**, *Reducción abierta de fractura con fijación interna*

TIPOS DE ESTABILIZACIÓN DE FRACTURAS:

a) **Fijación externa de hueso**: Incluye la inserción de clavos percutáneos proximal y distalmente a la fractura y la colocación de un armazón que conecta los clavos externamente. Los clavos están colocados internamente salvo en la parte que conecta con el dispositivo externo. Estos aparatos pueden usarse para mantener una fractura reducida o para ayudar al cirujano en la reducción de una fractura.

La fijación ósea externa facilita mucho el manejo de lesiones múltiples. Este tipo de tratamiento se utiliza por ejemplo:

- cuando hay graves heridas abiertas con tejido blando dañado extensamente.
- en fracturas conminutas de muñeca.
- en fracturas pélvicas desplazadas.
- en fracturas cervicales.

El aparato de fijación externa debe mantenerse hasta que la curación de los tejidos blandos esté asegurada y la cicatrización de la fractura haya avanzado lo bastante para mantener la estabilidad de los fragmentos.

Una vez alcanzada la curación del tejido blando, puede realizarse la fijación rígida interna.

Los códigos **78.10 a 78.19** corresponden a la aplicación de un mecanismo de fijación externa.

b) Fijación interna de hueso:

1.- La fijación interna sin reducción de fractura es la estabilización de una fractura no desplazada o que ya ha sido reducida de forma abierta o cerrada en un acto anterior. Los dispositivos de fijación interna incluyen agujas, alambres, tornillos, placas y clavos intramedulares.

Las agujas pueden ser introducidas a través de la piel y perforar el hueso para proporcionar estabilidad de la fractura. Este tipo de fijación se llama fijación esquelética percutánea y no requiere exposición directa del sitio de fractura.

Los códigos 78.5X, corresponden a fijación interna sin reducción de fractura.

2.- La reducción cerrada de una fractura con fijación interna incluye la reducción sin exposición del foco de fractura seguido de una incisión para colocar el dispositivo de fijación interna.

No debe confundirse la incisión para inserción de un elemento de fijación interna después de una reducción de fractura cerrada con una reducción abierta con fijación interna.

La fijación interna con clavos intramedulares (por ejemplo: Rush Rod, Kuntscher, Grosse-Kempf, Marchetti, Gamma, I.M.H.S., Ender) se lleva a cabo accediendo al hueso a través de una incisión.

La fractura es colocada primero en posición anatómica mediante control radioscópico. Tras la alineación de la fractura, se hace una incisión distal o proximal a la fractura, el clavo intramedular se introduce por el canal medular, de nuevo bajo control radioscópico, y se enhebra a través del hueso, sin haber expuesto directamente el foco de fractura.

El enclavamiento intramedular se usa, generalmente, para fijar las fracturas de las diáfisis de huesos largos, aunque en ocasiones puede usarse una fijación interna con abordaje directo del foco según preferencia del cirujano.

Los códigos 79.1X, corresponden a reducción cerrada de fractura con fijación interna.

3.- La reducción abierta de una fractura con fijación interna incluye la reducción con exposición del foco de fractura seguido de una incisión para colocar el dispositivo de fijación interna.

Dispositivos de fijación realizados habitualmente mediante reducción abierta de fractura:

- Aplicación de placas fijadas con tornillos.
- Aplicación de cerclajes
- Aplicación de obenques
- Aplicación de tornillos de tracción o compresión
- Aplicación de agujas

La aplicación de un injerto de hueso tras la reducción de una fractura siempre implica que dicha reducción ha sido abierta.

No existe necesariamente correspondencia entre el tipo de fractura y el tipo de reducción aplicado a la misma, siendo posible realizar una reducción abierta como tratamiento de una fractura cerrada.

Los códigos 79.3X, corresponden a reducción abierta de fractura con fijación interna.

c) Inmovilización de fractura:

La inmovilización puede ser aplicada en varias situaciones: en el tratamiento de las fracturas no desplazadas o como primera medida de estabilización antes del tratamiento definitivo.

Tipos de dispositivos:

- Vendaje enyesado: **93.51**, *Aplicación de vendaje enyesado*
- Escayola: **93.53**, *Aplicación de otra escayola*
- Férula: **93.54**, *Aplicación de férula*
- Collarín cervical: **93.52**, *Aplicación de soporte cervical*
- Vendaje de Velpeau: **93.59**, *Otra inmovilización, presión y cuidado de herida*
- Corsé: **93.59**, *Otra inmovilización, presión y cuidado de herida*

Existen ciertos tipos de fracturas cuyo tratamiento no se clasifica en la sección 79, como por ejemplo:

- **03.53**, *Reparación de fractura vertebral*
- **02.02**, *Elevación de fragmentos de fractura de cráneo*
- **76.70-76.79**, *Reducción de fractura facial*
- **21.71-21.72**, *Reducción de fractura nasal*

y en la sección 93, como por ejemplo:

- **02.94**, *Colocación de compás o de halo craneal*

DESBRIDAMIENTO DE FRACTURAS

El desbridamiento es un procedimiento que se utiliza para limpiar el hueso de suciedad o de otro material que haya entrado en una fractura abierta.

Se utilizará el código **79.6X**, *Desbridamiento de sitio de fractura abierta*, para codificar los desbridamientos acompañando a reducciones abiertas de huesos de extremidades; será un código adicional al de la reducción y no deberá utilizarse el código **86.22**, *Desbridamiento excisional de herida abierta*.

TRATAMIENTO DE FRACTURA CON PRÓTESIS

Un caso especial en el tratamiento de las fracturas, es la sustitución total o parcial de una parte del hueso (generalmente la epífisis proximal de los huesos largos) por prótesis. El caso más frecuente es el tratamiento de la fractura subcapital de fémur mediante la colocación de una prótesis parcial de cabeza de fémur (**81.52**, *Sustitución parcial de cadera*). Otros ejemplos frecuentes son las fracturas de cabeza de húmero y radio (**81.8X**, *Artroplastia y reparación de hombro y codo*).

FRACTURA-LUXACIÓN

En aquellos casos en que se haya producido en el mismo hueso y al mismo nivel una fractura y una luxación existen las siguientes indicaciones de codificación en el índice alfabético de la CIE-9-MC: En caso contrario deberemos asignar dos códigos

Bajo el término luxación existe un modificador esencial "con fractura", que dice véase fractura por sitio:

Luxación

- con fractura-véase fractura por sitio

Bajo el término fractura la luxación está incluido entre paréntesis como modificador no esencial:

Fractura (abducción) (aducción) (aplastamiento) (avulsión) (cerrada) (compresión) (luxación) (oblicua) (separación)

Con relación al tratamiento, la reducción de fractura/luxación se codifica como reducción de fractura. No se debe asignar un código adicional para la reducción de la luxación, excepto cuando la luxación y la fractura se encuentren a distinto nivel del hueso.

TIPOS ESPECIALES DE FRACTURAS

FRACTURAS PATOLÓGICAS

Una fractura patológica se define como una rotura de un hueso enfermo debido a debilidad de la estructura ósea por un proceso patológico (como una osteoporosis, tumor óseo, metástasis ósea, osteomielitis, enfermedad de Paget, hiperparatiroidismo, etc.) sin ningún traumatismo identificable o tras un traumatismo mínimo.

Se asignará el código **733.1X**, *Fractura patológica*, identificándose la localización del hueso fracturado mediante el 5º dígito. Por tanto, no deberán utilizarse los códigos **800-829** de fractura traumática con esta categoría.

Si la fractura patológica fue causada por un trauma mínimo, deben usarse los códigos de causas externas de accidentes (códigos E) para identificar la naturaleza de dicho trauma.

Deberá codificarse en primer lugar la enfermedad de base y después la fractura patológica, excepto cuando el paciente ingrese exclusivamente para el tratamiento de la fractura y la enfermedad de base esté previamente diagnosticada, en cuyo caso se codificará en primer lugar la fractura patológica.

FRACTURA-EPIFISIOLISIS

La epifisiolisis, entendida en términos generales, consiste en la separación total o parcial de la epífisis con respecto a la diáfisis a nivel del cartílago de conjunción, como forma especial de la fractura ósea en jóvenes.

Para su correcta codificación es preciso conocer si se trata de un tipo de fractura o bien de un deslizamiento de la epífisis femoral superior. En el primer caso se elegirá un código de las categorías de fracturas (800-829), mientras que en el segundo caso lo clasificaremos en el código 732.2, ***Epifisiolisis femoral superior deslizada no traumática***, cuya entrada en el Índice Alfabético es mediante el término "deslizamiento".

El término "epifisiolisis" tiene, en el Índice Alfabético de la CIE-9-MC, la instrucción **véase además Osteocondrosis**. Sin embargo, la osteocondrosis es una enfermedad que afecta a los centros de osificación del hueso en niños, que se caracteriza inicialmente por degeneración y necrosis, seguidas de regeneración y recalcificación y que no debe confundirse con un tipo de fractura.

En el caso de una fractura con desprendimiento epifisario, el procedimiento a realizar será la reducción de la epífisis separada que se clasificará como **79.4X**, *Reducción cerrada de epífisis separada*, o como **79.5X**, *Reducción abierta de epífisis separada*, dependiendo del tipo de reducción.

FRACTURA OBSTÉTRICA

Son fracturas debidas a la extracción rápida del feto en situaciones de amenaza de anoxia fetal, especialmente en partos de nalgas o fetos voluminosos.

La más frecuente es la fractura de clavícula **767.2**.

El resto de fracturas obstétricas se clasifican en el código **767.3**, *Otras lesiones del esqueleto*, excepto la fractura de columna vertebral, poco frecuente, que se codifica como **767.4**, *Lesión de columna vertebral y médula espinal*

LESIONES MÚLTIPLES

Cuando se han de codificar fracturas múltiples se asignará un código para cada fractura a menos que exista un código combinado (ejemplo: **823.22**, *Fractura diafisaria de tibia y peroné*).

Los códigos de fracturas o lesiones múltiples que existen en la CIE-9-MC (ejemplo: **829.0**, *Fractura múltiple cerrada*) no deben ser utilizados si existe suficiente información para asignar códigos específicos de cada lesión.

Si se producen fracturas bilaterales en la misma localización y nivel, se asignará un único código para clasificar ambas. Con relación al tratamiento, deberán asignarse los códigos correspondientes a los procedimientos realizados para cada fractura.

En el caso de lesiones múltiples, la lesión considerada más severa por el médico será el diagnóstico principal. Las lesiones superficiales como abrasiones o contusiones no se codifican cuando se asocian con lesiones más severas en la misma localización.

Cuando de la lesión principal resulta un daño menor de los nervios periféricos o vasos sanguíneos, se deberá codificar en primer lugar la lesión principal y se asignará un código adicional de las categorías **950-957**, *Lesión de nervios y médula espinal*, y/o **900-904**, *Lesión de vasos sanguíneos*. Cuando la lesión principal se produce en los vasos sanguíneos o nervios, ésta debe ser codificada en primer lugar.

<p>CASOS ESPECIALES DE CAUSAS DE ADMISIÓN O CONTACTO RELACIONADAS CON FRACTURAS</p>
--

1.- INGRESO POR UNA FRACTURA NO TRATADA

Una fractura producida unos días antes y que no ha recibido tratamiento, se considera una fractura aguda y por lo tanto, no se debe asignar un código de efecto tardío.

2.- INGRESO POR UNA FRACTURA PARCIALMENTE TRATADA

Un paciente con una fractura que ha sido previamente tratada con inmovilización, reducción cerrada o tracción en otro centro y que ingresa para completar su tratamiento quirúrgico (por ejemplo osteosíntesis), deberá considerarse como fractura aguda asignándose el código correspondiente de las categorías **800-829**.

Sin embargo, si el contacto del paciente es sólo para ser sometido a tratamiento ortopédico (ajuste de escayola, revisión de férula, etc.), no podrá ser considerado como una fractura aguda, debiéndose asignar un código de la subcategoría **V54.8**, *Otros cuidados ortopédicos posteriores*.

3.- INGRESO DESPUÉS DE TRATAMIENTO DE FRACTURA

Si el paciente ha recibido tratamiento completo de su fractura en otro centro y sólo ingresa en el hospital para seguimiento de su proceso, se asignará el código **V58.49**, *Otros cuidados postquirúrgicos especificados*, que corresponde al seguimiento postoperatorio. No podemos emplear el código **V67.4**, *Reconocimiento de seguimiento después de tratamiento de fractura*, ya que el uso de este código implica curación completa de la fractura.

4.- INGRESO POR UNA PATOLOGÍA AGUDA Y FRACTURA EN FASE DE CURACIÓN

Si el paciente ingresa por una patología aguda y presenta una fractura en fase de curación sin realizar ningún tipo de cuidado sobre la misma, se asignará en primer lugar el código correspondiente a la enfermedad aguda, seguido del código **V66.4**, *Examen de seguimiento después de tratamiento de fractura*.

Si se ha realizado algún tratamiento de tipo ortopédico sobre la misma, se asignará como adicional un código de la categoría **V54**, *Otros cuidados ortopédicos posteriores*.

COMPLICACIONES DE FRACTURAS

COMPLICACIONES GENERALES:

Complicaciones generales con codificación específica debido al origen traumático:

✓ Shock traumático: se trata de una complicación precoz de los traumatismos y se clasifica en el código **958.4**, Shock traumático.

✓ Embolismo graso: se trata de una complicación precoz de los traumatismos, ya que se desarrolla habitualmente entre el segundo o tercer día tras un traumatismo importante, se clasifica con el código **958.1**, Embolia grasa

Otras complicaciones generales de las fracturas:

- ✓ Parada cardiorespiratoria
- ✓ Hemorragia
- ✓ Tromboembolismo pulmonar
- ✓ Coagulación intravascular diseminada
- ✓ Gangrena gaseosa
- ✓ Tétanos

La secuencia de codificación para las complicaciones precoces dependerá del motivo de ingreso, es decir, si la complicación se produce en el mismo episodio que la fractura, ésta será el diagnóstico principal y como diagnóstico adicional la complicación. Si la complicación es la causa de un ingreso posterior, ésta será el diagnóstico principal.

COMPLICACIONES LOCALES:

1.- Infección

Las fracturas abiertas son particularmente susceptibles a la infección que afecta a todo el trayecto de los tejidos blandos así como al hueso en el lugar de la fractura.

Cuando la fractura abierta presenta como complicación una osteomielitis aguda se deberá asignar el código **730.0X**, *Osteomielitis aguda*, y cuando dispongamos de información acerca del agente causante deberemos asignar el código correspondiente, siendo el germen más frecuente el Estafilococo aureus.

Si la osteomielitis que ha complicado una fractura abierta no ha sido completamente eliminada, persiste y se convierte en una osteomielitis crónica. En este caso, asignaremos el código **730.1X**, *Osteomielitis crónica*, seguido de un código de efecto tardío de fractura (categoría **905**) y el código E correspondiente de efecto tardío de causa externa.

Otra de las causas de infección es el propio tratamiento quirúrgico, que puede complicar cualquier tipo de fractura. En este caso asignaremos el código **998.59**, *Otras infecciones postoperatorias*, seguido del código de la infección y del agente responsable, si se conoce.

2.- Distrofia simpática refleja.

Es más frecuente en la fractura de Colles que en otros tipos de fractura y se caracteriza por dolor severo y quemante, tumefacción o edema localizado en la región dolorosa, trastornos vasomotores (fenómeno de Raynaud, vasoconstricción o vasodilatación, hiperhidrosis), distrofia de la piel y del tejido subcutáneo, y en estadios más avanzados, atrofia. Aunque generalmente se presenta en una extremidad, puede también presentarse en la cara o en el tórax.

Existen 4 códigos para éste trastorno en la CIE-9-MC:

337.20, *Distrofia simpática refleja inespecífica*.

337.21, *Distrofia simpática refleja de miembro superior*.

337.22, *Distrofia simpática refleja de miembro inferior*.

337.29, *Distrofia simpática refleja de otros sitios especificados*.

Se trata de una complicación tardía de las fracturas (o de otro tipo de traumatismos) y por lo tanto se seguirá la normativa relativa a efecto tardío.

3.- Síndrome compartimental: se define como aquella situación en que el aumento de presión tisular en el interior de un espacio limitado, compromete la circulación y función de los tejidos allí incluidos: vasos sanguíneos, músculos, y nervios. Se trata de una complicación precoz de las fracturas y se clasifica en el código **958.8**, *Otras complicaciones precoces de los traumatismos*.

4.- Contractura isquémica de Volkmann: la oclusión persistente de las arterias profundas durante 6 horas o más produce isquemia de los músculos y nervios con la consiguiente necrosis. El músculo necrótico queda posteriormente sustituido por tejido cicatricial fibroso que determina un acortamiento permanente del músculo afectado (contractura). Se trata de una complicación precoz de las fracturas, clasificándose en el código **958.6**, *Contractura isquémica de Volkmann*.

5.- Pseudoartrosis

La no unión de fractura o pseudoartrosis (código **733.82**), consiste en que no ha existido cicatrización entre las partes de la fractura.

El tratamiento de la falta de unión de una fractura, incluye la apertura del foco de fractura, extirpando el tejido blando cicatricial y haciendo un desbridamiento parcial del extremo del hueso y recolocando los fragmentos óseos.

Habitualmente se realiza algún tipo de fijación interna y de injerto de hueso.

Es más complicado y dificultoso tratar una falta de unión de una fractura que una unión defectuosa de la misma.

Se trata de una complicación tardía de una fractura y deberá seguir la norma correspondiente a los efectos tardíos.

6.- Unión defectuosa de fractura

El código **733.81**, *Unión defectuosa de fractura*, implica que la cicatrización ha tenido lugar pero los fragmentos de la fractura están en mala posición.

El tratamiento de la unión defectuosa de una fractura, en general, conlleva el corte del hueso (osteotomía), la realineación del hueso, y habitualmente se añade algún tipo de fijación interna con o sin injerto de hueso.

La unión defectuosa de una fractura con frecuencia se diagnostica durante el proceso de curación de la misma.

Muchas uniones defectuosas de fracturas no se intervienen, si el paciente no presenta problemas funcionales. Será el grado de incapacidad funcional que ocasione a la persona, lo que condicionará la necesidad de la intervención quirúrgica, y no la deficiente posición anatómica en sí misma.

Como se trata de una complicación tardía de una fractura deberá seguir la norma correspondiente a los efectos tardíos.

7.- Miositis osificante traumática: en algunas ocasiones tras una fractura, generalmente en la región del codo y muslo de los niños, se desarrolla una masa dolorosa que aumenta rápidamente en los tejidos lesionados, y que en parte es un hematoma. Posteriormente ésta masa se osifica. Se desarrolla entre las fibras musculares desgarradas y se acompaña de dolor y limitación de la movilidad articular, clasificándose mediante el código **728.12**, *Miositis osificante traumática*.

Se trata de una complicación tardía de una fractura y deberá seguir la norma correspondiente a los efectos tardíos.

8.- Complicaciones de dispositivos de fijación o prótesis

Los dispositivos de fijación, tracción esquelética o prótesis articulares pueden producir complicaciones de distinto tipo:

- **Mecánicas** (desplazamiento, protrusión etc.) que se clasifican con el código **996.4**, *Complicación mecánica de dispositivo, implantación e injerto ortopédico interno*.
- **Infeciosas o inflamatorias** que se clasifican con el código **996.67**, *Reacción infecciosa e inflamatoria por otro dispositivo, implante e injerto ortopédico interno*, o el **996.66**, *Reacción infecciosa o inflamatoria por prótesis de articulación interna*.
- **Otras**: dolor, fibrosis, hemorragia, etc. Se clasifican en el código **996.77**, *Otras complicaciones de prótesis de articulación interna* ó en el **996.78**, *Otras complicaciones por dispositivo, implante e injerto ortopédico interno de otro tipo*.

Es importante revisar la historia clínica, cuando el paciente ingrese para extracción de material de osteosíntesis, ya que si presenta alguna de las complicaciones descritas anteriormente, éstas deben ser consideradas como diagnóstico principal. Sólo emplearemos el código **V54.0**, *Cuidados posteriores que implican la eliminación de una placa para fracturas u otro dispositivo de fijación interna*, si no existe ninguna complicación.

LUXACIONES

DEFINICIÓN:

La luxación de una articulación representa una pérdida estructural de su estabilidad.

Se pueden diferenciar dos grados de inestabilidad articular:

- Subluxación, cuando las superficies articulares han perdido su relación normal pero todavía conservan un contacto mutuo considerable.
- Luxación, cuando las superficies articulares han perdido completamente el contacto. Cuando la luxación va acompañada de fractura tanto intraarticular como extraarticular, recibe el nombre de fractura-luxación.

TIPOS DE LUXACIONES:

Las luxaciones en función de la herida articular se clasifican en:

-Luxación cerrada que incluye las luxaciones simples, completas, parciales, no complicadas y no especificadas.

-Luxación abierta que incluye las luxaciones especificadas como infectadas o compuestas y las luxaciones con cuerpo extraño.

Independientemente de esta clasificación existen otros tipos de luxaciones:

-Luxación congénita (códigos **754.2-754.3, 754.41, 754.89, 755.64, 755.69, 756.19, 756.3**)

-Luxación patológica (códigos **718.2X, 724.6**)

-Luxación crónica o recurrente (códigos **718.3X, 724.6**)

Las luxaciones traumáticas se clasifican en las categorías **830-839**

TRATAMIENTO DE LAS LUXACIONES:

La Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-9-MC, permite clasificar la reducción de la luxación en:

- *Reducción cerrada de luxación, 79.7X*, que incluye la reducción cerrada con dispositivo de tracción externa.
- *Reducción abierta de luxación, 79.8X*, que incluye reducción abierta con dispositivos de fijación internos y externos.

Existen algunas excepciones en las que bien sea por la localización de la luxación (luxación de articulación temporo-mandibular), por el tipo de luxación (luxaciones recurrentes por ejemplo de la articulación del hombro o de la rótula), o por tratarse de una fractura-luxación, la codificación de su tratamiento se incluye en otros códigos.

- *Reducción cerrada de luxación de articulación temporo-mandibular, 76.93*
- *Reducción abierta de luxación de articulación temporo-mandibular, 76.94*
- *Artroplastia para luxaciones recurrentes de hombro, 81.82* (operación de Putti-Platt, operación de Bankhart, operación de Magnuson)
- *Estabilización de rótula para luxación recurrente, 81.44* (operación de Roux- Goldthwait)
- La reducción de fractura-luxación se codifica como reducción de fractura, no se debe asignar un código adicional para la reducción de la luxación.

CUADRO RESUMEN DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS FRACTURAS

CON REDUCCIÓN	ABIERTA	Con fijación	Externa 79.2X+78.1X	Con desbridamiento 79.2X+ 78.1X+79.6X
			Interna 79.3X	Con desbridamiento 79.3X+79.6X
		Sin fijación 79.2X	Con desbridamiento 79.2X+79.6X	
		De epífisis separada 79.5X		
	CERRADA O SIN ESPECIFICAR	Con fijación	Externa 79.0X+78.1X	
			Interna 79.1X	
Sin fijación 79.0X				
De epífisis separada 79.4X				
SIN REDUCCIÓN	Con fijación	Externa 78.1X	Con tracción 78.1X+93.4X	
		Interna 78.5X		
	Con inmovilización 93.5X			
SIN ESPECIFICAR 79.9X				
EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVOS		Tracción e Inmovilización 97.88		
		Fijadores (tornillos, minifijadores) 78.6X		

Han colaborado en el tema monográfico:

- Dña. ISABEL DE LA RIVA
Servicio de Archivo.- Hospital Severo Ochoa.- Leganés (Madrid)
- Dña. ANA VARA LORENZO
Unidad de Codificación.- Hospital Universitario de Getafe (Madrid)
- Dña. CARMEN VILCHEZ PERDIGÓN
Unidad de Codificación.- Hospital Universitario de Guadalajara
- D.RAMÓN VIANA LÓPEZ
Serv. de Traumatología y Ortopedia.- Hospital Universitario de Guadalajara
- D. ANTONIO PEREZ CABALLER
Sociedad Española de Traumatología y Ortopedia.- Clínica Moncloa.- Madrid

PREGUNTAS A LA UNIDAD

PREGUNTAS RECIBIDAS

1.- ¿Qué es y cómo se codifica un hamartoma renal?

RESPUESTA

Un hamartoma se define como un sobrecrecimiento excesivo, pero focal, de células y tejidos nativos del órgano en el que sucede. Si bien, los elementos celulares son idénticos a aquellos encontrados en el resto del órgano, no reproducen la arquitectura normal del tejido circundante.

Los hamartomas pueden ser considerados un eslabón entre las malformaciones y las neoplasias.

En principio sería preciso conocer la naturaleza histológica. Si se tratase de un hamartoma epitelial se codificaría en 213.1 Maxilar inferior. Si se documenta como vascular lo codificaremos como 757.32 Hamartomas vasculares. Pero si no se especifica, el código a utilizar será el 759.6 Otras hamartosis no clasificadas bajo otros conceptos.

2.- Paciente con insuficiencia renal crónica (IRC) en fase avanzada. Ingresa por una descompensación de su cuadro secundaria a una infección respiratoria, con un foco basal izquierdo. ¿Qué debo seleccionar como DxP: la causa que descompensa su patología crónica o la patología crónica reagudizada?

RESPUESTA

Estamos ante un caso de dos procesos agudos y uno crónico, con lo que la elección del diagnóstico principal irá en función del que mejor cumpla el criterio (ver manual del usuario, pág. 23, aptdo. 1.5.4). Si como se expresa en la pregunta el paciente ingresa por una descompensación de su insuficiencia renal crónica, dicha insuficiencia será el diagnóstico principal 584.9 Fallo renal agudo no especificado, debiéndose codificar la infección respiratoria como secundario 519.8 Otras enfermedades del aparato respiratorio, no clasificadas bajo otros conceptos, además del 585 de insuficiencia renal crónica.

3.- Al intentar codificar una excisión de lesión de estómago por laparotomía, siempre llegamos a los códigos 43.42 ó 43.49, que se refieren a procedimientos endoscópicos. Creemos que es mejor incluirla en la subcategoría 43.89 ¿Es correcto, o debemos codificar el 43.42 y el código de laparotomía?

RESPUESTA

Se trata de un error en la Lista Tabular del texto de la categoría 43.4, ya que debería decir extirpación local o eliminación (destrucción) de lesión o de tejido de estómago, en lugar de extirpación local o eliminación (destrucción) endoscópica de lesión o de tejido de estómago.

En el Índice Alfabético queda claro que la excisión de lesión de estómago endoscópica se clasifica sólo en 43.41 Extirpación o eliminación (destrucción) endoscópica de lesión o de tejido del estómago, no en 43.42 Extirpación local de otra lesión o de tejido del estómago, ni en 43.49 Otra eliminación (destrucción) de lesión o tejido de estómago, por lo que el código correcto sería el 43.42.

4.- Paciente a la que se inserta un tallo de laminaria para efectuar una histeroscopia que no se puede realizar por estenosis cervical. Se intenta retirar la laminaria pero no se consigue, fragmentándose el tallo por dilatación del útero en reloj de arena. Se indica extracción en quirófano sin conseguirlo. En la ecografía de control se visualiza en útero el fragmento de laminaria. Posteriormente se extrae. ¿Es correcta la codificación 622.4 + 621.8 + 998.4 + 931.1 + E871.8?

RESPUESTA

El motivo por el que se le iba a realizar la histeroscopia no queda reflejado en la pregunta por lo que no podemos codificar el diagnóstico principal.

Los diagnósticos secundarios serían:

622.4 Estrechez y estenosis de cérvix

996.39 Otra Complicación mecánica de dispositivo, implantación e injerto genitourinario

939.1 Cuerpo extraño en útero, cualquier parte

E874.9 Fallo mecánico de instrumento o aparato durante la práctica de técnica no especificada

5.- Paciente de 74 años que ingresa por un prolapso total del cuello residual de histerectomía subtotal previa. Se le realiza una exéresis del cuello residual más plástia vaginal anterior con colpoperineoplastia. Curso postoperatorio sin complicaciones. ¿Es correcta la codificación con 618.1 + 67.4 + 70.79? Al codificar con el DRGFINDER da el mensaje de que tanto el 67.4 como el 70.79 son poco probables con el diagnóstico.

RESPUESTA

Es correcto el código 618.1 Prolapso uterino sin mención de prolapso de la pared vaginal para clasificar el prolapso de cuello residual como diagnóstico principal, así como la utilización del código de procedimiento 67.4 Amputación del cuello uterino.

Ha de remarcarse que en el Índice Alfabético hay un error en relación al código de la colpoperineoplastia (70.77) pues el verdadero es el 70.79 Otra reparación de vagina.

6.- Carcinoma broncogénico de LSI y LSD de pulmón con adenopatías mediastínicas (N2)-M0 ¿Cómo se codifica el carcinoma cuando están afectados dos lóbulos contralaterales? ¿se trata de una metástasis? 162.3 + 196.1 ¿son dos tumores diferentes?

RESPUESTA

La CIE-9-MC no aporta ninguna regla para aplicar por defecto en el caso de neoplasia maligna de afectación contralateral. Por ello para poder clasificar correctamente este caso se debería preguntar al facultativo si se trata de dos localizaciones primarias que será lo más probable a juzgar por las siglas MO que significan ausencia de metástasis.

7.- Un paciente que tiene una hemiparesia causada por metástasis cerebrales. ¿Se codifican la hemiparesia sólo si persiste al alta?

RESPUESTA

La norma de codificación que especifica los déficits neurológicos que no están presentes al alta no se deben codificar, afecta únicamente a los trastornos debidos a enfermedad cerebrovascular, pero no los debidos a otras causas.

En este caso en el que la hemiparesia es debida a una metástasis cerebral, se debe codificar cuando se dé en el episodio de cuidados, tanto si persiste al alta como si no.

8.- Paciente diagnosticado de DMID con nefropatía diabética establecida e insuficiencia renal crónica ¿Cómo debería codificarse 250.41 + 583.81 + 585 ó 250.41 + 585?

RESPUESTA

Consultada la bibliografía americana dice que si la nefropatía ha llegado al grado de insuficiencia renal crónica, el código 583.81 es opcional. Desde la Unidad Técnica se recomienda ser lo más exhaustivo posible en la codificación, por lo que lo más apropiado sería codificar de la siguiente manera:

250.40 Diabetes con manifestaciones renales.

No deberá presuponerse tipo I por ser insulino dependiente.

583.81 Nefritis y nefropatía, no especificadas como agudas ni como crónicas, en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos

585 Fallo renal crónico (Insuficiencia renal crónica)

9.- El IE remite el término hipoxia al código 799.0 Asfixia (además plantea la referencia cruzada “véase además Anoxia”) ¿Es un término que está bien traducido?. Da la impresión que los médicos la utilizan como insuficiencia respiratoria, y se está codificando como una asfixia.

RESPUESTA

No es un error de traducción, lo que ocurre es que la subcategoría 799.0 incluye estos tres términos similares, signos (que no síntomas que se clasificarían en la categoría 786) de alteración de la función respiratoria:

Anoxia: deficiencia extrema de oxígeno en los tejidos (hipoxia severa)

Hipoxia: deficiencia de oxígeno en los tejidos

Asfixia: falta de oxígeno y acúmulo de CO₂ por deficiente intercambio gaseoso en los pulmones.

De todos modos si el facultativo habla de hipoxia cuando quiere decir insuficiencia respiratoria, ese es un problema que debe tratar la Unidad de codificación del hospital con sus facultativos.

Para poder codificar una insuficiencia respiratoria se debe de tener documentada la expresión diagnóstica además de una gasometría que la confirme.

10.- Paciente que presenta una insuficiencia renal 2ª a una reacción adversa medicamentosa y con antecedentes de HTA ¿Se codifica como enfermedad hipertensiva 403.91?. Existe en esta categoría un excluye con la expresión “Enfermedad renal establecida como no debida a HTA” y por otra parte en el incluye indica que cualquier enfermedad clasificables en los códigos 585, 586 ó 587.

RESPUESTA

En este caso la hipertensión existía previamente a la enfermedad renal y ésta tiene claramente definida su causa en una reacción adversa por lo que deberán codificarse de manera independiente. La CIE-9-MC indica con esas instrucciones que en el caso de aparecer hipertensión arterial sin más especificación junto a 585, 586 ó 587 por defecto deben relacionarse ambas utilizando la categoría 403. Por lo tanto la codificación correcta será 586 Fallo renal no especificado (Insuficiencia renal no especificada) y E930-E939 Fármacos y circunstancias medicamentosas y biológicas que causan efectos adversos en su empleo terapéutico.

FORMACIÓN CONTINUADA EN CODIFICACIÓN

La formación continuada es uno de los elementos clave en la unificación de criterios de codificación.

Las respuestas serán remitidas a la Unidad Técnica de la CIE-9-MC para el Sistema Nacional de Salud, directamente o a través de las Unidades existentes en cada Comunidad Autónoma.

En el siguiente boletín se publicarán las respuestas correctas y se comentarán los errores encontrados con mayor frecuencia. Con ello cada codificador podrá valorar sus resultados e ir actualizando sus conocimientos.

Dirección de la Unidad Técnica de la CIE-9-MC.

Unidad Técnica de la CIE-9-MC para el S.N.S. Formación Continuada.
Subdirección General de Programas.
Ministerio de Sanidad y Consumo.
C/ Ruiz de Alarcón, 7. 28014 MADRID.
Telf: (91) 360 45 42, Fax: (91) 360 45 45.
E-Mail: mSENDINO@MSC.ES

FORMACION CONTINUADA

Fecha ingreso: 18-01-99

Fecha alta: 22-01-99

Paciente de 25 años de edad con antecedentes de déficit psicomotor grave, epilepsia en tratamiento e ingesta accidental de cáusticos en 1991, por lo que se le practicó esofagectomía total, siendo portador de esofagostomia cervical y yeyunostomia de alimentación.

Ingresa para valoración de la posibilidad de realizar reconstrucción del tránsito alimentario.

Exploraciones:

1. Orofaringe bajo sedación anestésica: no se ve más allá de la glotis
2. Hipofaringoscopia: banda estenótica a nivel del espacio retrocordal

Vista la exploración, se comprueba que para hacer una reconstrucción es necesaria una laringuectomía total con traqueostomía. Planteada la situación y posibilidades técnicas, se habla con la familia y se decide no llevar adelante la reconstrucción por el alto riesgo y la poca mejora en la calidad de vida del paciente.

Se da de alta al paciente para seguir controles en consulta externas de cirugía.

Diagnósticos: Esofagectomía total por cáusticos

Tratamiento: Valoración y estudio

RESPUESTA A LA FORMACION CONTINUADA

DIAGNOSTICO	CODIGO	OBSERVACIONES
<u>Estenosis faringea</u> Enfermedad - faringe	478.29	Deberemos utilizar este código puesto que se trata de la secuela dejada por la ingestión de cáusticos y la CIE-9-MC no contempla ninguno más específico y sin embargo sí está especificada
<u>Secuela de ingesta de cáusticos</u> Tardío - efecto - - efecto tóxico de - - - sustancia no medicamentosa	909.1	
Efecto tardío de - envenenamiento accidental	E929.2	
<u>Yeyunostomía</u> Estado de - yeyunostomía	V44.4	
<u>Esofagostomía</u> Estado - abertura artificial - - sitio especificado	V44.8	
<u>Epilepsia</u> Epilepsia	345.90	
<u>Ausencia adquirida de esófago</u> Enfermedad - esófago	530.89	

PROCEDIMIENTO	CÓDIGO	OBSERVACIONES
<u>Faringoscopia</u> Faringoscopia	29.11	

FORMACION CONTINUADA

MOTIVO DE INGRESO.- Paciente que ingresa procedente de consultas, con carácter programado, por reconstrucción mamaria izqda.

ANTECEDENTES Y ANAMNESIS.- Hepatitis en la infancia. Herpes zóster. Alérgica a ácido pipemídico. Mastectomía simple (10-6-98) izqda. con reconstrucción mamaria según técnica TRAM.

Ingresa de forma programada para realización de plastia de cicatriz mamaria izqda. y reconstrucción del complejo areola-pezón del mismo lado.

EXPLORACION FISICA.- Lo descrito.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.- Estudios preoperatorios dentro de la normalidad. Anatomía patológica: Piel con cicatriz y reacción a cuerpo extraño. No se evidencian nidos tumorales (en 18 secciones examinadas). Piel con infiltrados linfocitarios perivascuales dérmicos. No se observan nidos tumorales.

EVOLUCION CLINICA.- Sin incidencias.

INTERVENCION QUIRURGICA.- Fecha Intervención: 22-01-1999

PROCEDIMIENTO REALIZADO: Plastia izqda. reconstrucción pezón.

Comentarios: Dibujo y diseño del tallado. Reconstrucción de cicatriz abdominal. Revisión de cicatriz del hueco axilar. Plastia y sutura. Reconstrucción del complejo areola-pezón con injerto libre de espesor total obtenido de la cara interna del muslo izqdo. Sutura con nylon 5-0.

JUICIO DIAGNOSTICO.- Tram. Mama izqda. reconstrucción.

RECOMENDACIONES AL ALTA

Tratamiento Farmacológico: No precisa por nuestra parte.

Dieta: Normal

Hábitos: Vida normal