

CODIFICACIÓN CLÍNICA CON LA CIE-9-MC

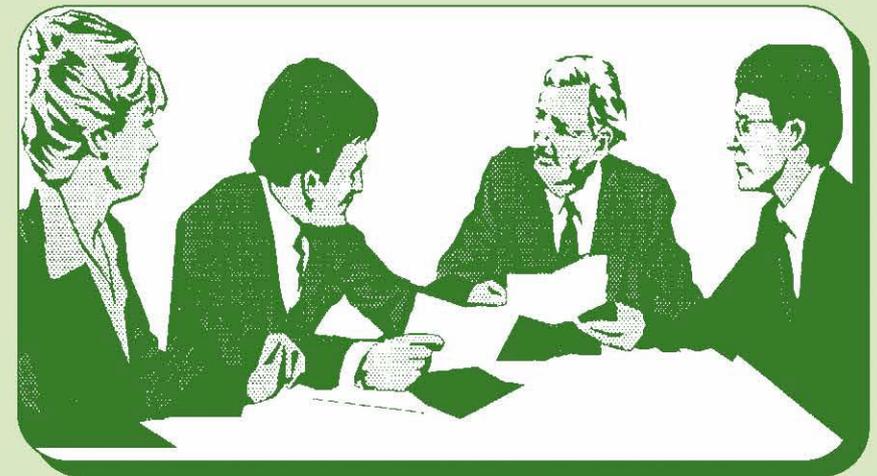
UNIDAD TÉCNICA DE LA CIE-9-MC PARA
EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



Boletín número 10

Año IV

Junio, 1998



Programas

CODIFICACIÓN CLÍNICA CON LA CIE-9-MC

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



Boletín número 10

Año IV

Junio, 1998

ÍNDICE

Unidad Técnica de la CIE-9-MC	5
Tema monográfico. Oftalmología (2ª parte): Glaucoma y Estrabismo	7
Preguntas a la Unidad	22
Formación continuada en codificación	26
Formación continuada	27
Respuesta a la formación continuada	28
Formación Continuada	30

Unidad Técnica de la CIE-9-MC

En la página Web del Ministerio de Sanidad y Consumo cuya dirección es <http://www.msc.es> y dentro del área de publicaciones, se encuentra el apartado "Boletín codificación CIE-9-MC". En este apartado se encuentra incluidos todos los números publicados hasta el momento de la Codificación Clínica con la CIE-9-MC (Clasificación Internacional de Enfermedades. 9ª Revisión. Modificación Clínica).

De esta manera se puede encontrar en dicho apartado los números del 0 al 9, así como la normativa de Codificación que se encuentra bajo el epígrafe "Instrucciones".

En próximas fechas aparecerá en la primera carátula de la página del Ministerio el área CMBD-GDR-SNS, cuya estructura estará organizada de la siguiente manera.

Tendrá dos grandes apartados: Publicaciones y explotaciones. En publicaciones estará todo el área dedicado a la codificación con la CIE-9-MC y se podrán encontrar los apartados: Boletines, normativas, apéndices 96,97 y 98 y fichas de codificación.

Esperamos que de esta manera el acceso a toda la información publicada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, en relación con este tema se tenga con rapidez y facilidad, con independencia del momento en que llegue a cada uno de los profesionales dicha información.

AgustínRiveroCuadrado
Responsable de la Unidad Técnica de la CIE-9-MC

Tema Monográfico

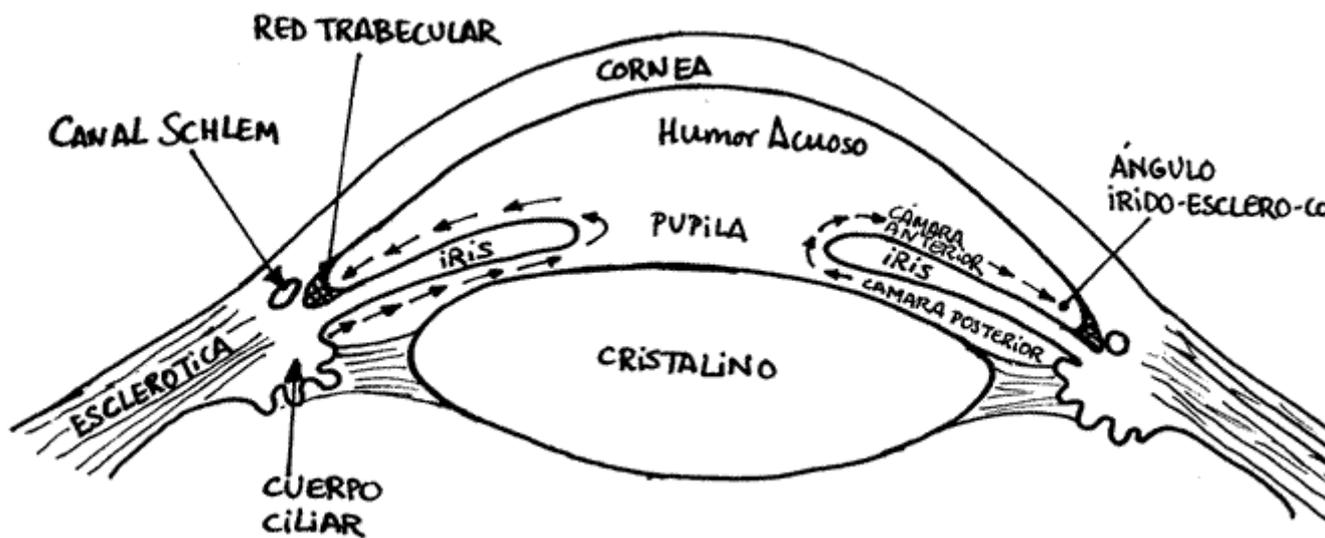
OFTALMOLOGIA: GLAUCOMA Y ESTRABISMO

A.- GLAUCOMA

El glaucoma es un grupo de enfermedades que se caracterizan por el aumento de la presión intraocular (PIO), con disminución del campo visual y/o agudeza visual (sin tales manifestaciones clínicas se habla únicamente de hipertensión ocular).

El humor acuoso ejerce la función circulatoria de los tejidos avasculares del ojo (córnea, cristalino, red trabecular), transportando los nutrientes esenciales, eliminando metabolitos y proporcionando el medio químico adecuado para el ojo. También mantiene la PIO, que es importante para la integridad óptica y estructural.

El humor acuoso se produce en los procesos o cuerpos ciliares y es vertido a la cámara posterior. Desde aquí, a través del agujero pupilar pasa a la cámara anterior y se elimina por el ángulo irido-esclero-corneal, dirigiéndose a través de un filtro o malla denominado trama o red trabecular hacia el canal de Schlemm, desde el cual, por las venas del acuosos, pasa a la circulación venosa orbitaria.



La PIO normal (10 a 21 mm Hg con valores medios de $15,5 \pm 2,5$ mm Hg) depende en gran medida de un equilibrio entre la cantidad de humor acuoso que se produzca y de la facilidad con que se elimine. En el glaucoma, la presión elevada del humor acuoso, además de ejercer una tensión mecánica directa sobre las estructuras, compromete el flujo sanguíneo hacia el nervio óptico y la retina, de modo que estos tejidos nerviosos sensibles terminan muriendo por isquemia.

Las clasificaciones del glaucoma se relacionan con la configuración del ángulo de la cámara anterior (ángulo abierto, estrecho o cerrado), el origen del mismo (primario o secundario) y la edad de inicio (congénito, infantil, juvenil y del adulto).

A.1.- GLAUCOMA DEL ADULTO

Los glaucomas del adulto se clasifican en primarios (cuando no ocurren otras enfermedades oculares que constituyan causa evidente del aumento de la PIO) y secundarios, o asociados a otros procesos.

A.1.1.- Glaucoma primario:

Es la forma más frecuente y no se asocia con ninguna alteración ocular o sistémica. En él, las estructuras involucradas en la circulación y/o en la resorción del humor acuoso sufren cambios histopatológicos. Dentro de este tipo se incluyen el glaucoma primario de ángulo abierto y el de ángulo cerrado, que se diferencian según la posición del iris respecto al ángulo iridocorneal.

A.1.1.1.- Glaucoma primario de ángulo abierto (crónico simple):

El ángulo de la cámara anterior está abierto y hay resistencia a la salida del humor acuoso por una alteración de la red trabecular o del canal de Schlemm de causa desconocida, se clasifica en 365.11 Glaucoma de ángulo abierto primario. En caso de requerir tratamiento quirúrgico, se practica trabeculectomía, trabeculoplastia con láser o trabeculopunción con láser, según el caso.

A.1.1.2.- Glaucoma primario de ángulo cerrado:

Es una afección en la que la obstrucción al drenaje está producida únicamente por el cierre del ángulo por el iris periférico (en el intervalo entre ataques permanece estrecho). Se produce en ojos anatómicamente predispuestos y frecuentemente es bilateral. Puede dividirse en cinco fases (latente, intermitente o subagudo, agudo, residual, crónico y absoluto) que se superponen sin que necesariamente la evolución deba pasar de una a la siguiente. Se clasifica, según la fase en la que se encuentre, en uno de los códigos de la subcategoría 365.2x Glaucoma de ángulo cerrado primario, salvo el glaucoma absoluto, que se clasifica en el código 360.42 Ojo ciego hipertenso.

A.1.1.3.- Glaucoma primario de ángulo estrecho (glaucoma crónico de ángulo estrecho):

El ángulo camerular es estrecho y está cerrado en parte por sinequias. Hay resistencia al drenaje del humor acuoso, con obstrucción parcial permanente del ángulo por sinequias periféricas e impermeabilidad de la trabécula. Cursa con episodios de cierre angular y, al persistir las sinequias, la PIO nunca alcanza valores de normalidad en el período intermedio. Se clasifica, según la fase en que se encuentre, en los mismos códigos que el glaucoma de cierre de ángulo.

A.1.2.- Glaucoma secundario:

Son aumentos de la PIO consecutivos a otras afecciones oculares, tratamientos quirúrgicos, tratamientos médicos (corticoides tópicos o sistémicos), traumatismos, tumores, etc. También pueden ser de ángulo abierto o cerrado. En general se clasifica primero la enfermedad subyacente, seguido del código del glaucoma correspondiente, de todos modos el Índice de Enfermedades nos dará la secuencia adecuada en su entrada "Glaucoma, en o con".

A.1.2.1.- glaucomas inflamatorios (iridociclitis, etc.): la inflamación provoca obstrucción trabecular por células inflamatorias, trabeculitis y aumento de viscosidad del humor acuoso. Si es debido a iridociclitis se clasifica 364.3 + 365.62; Si no se especifica el tipo de inflamación ocular se codifica en el 365.62.

A.1.2.2.- glaucoma por alteraciones del iris:

- la rubeosis iridis puede complicarse con una neoformación vascular que obstruya la red trabecular. Se clasifica en 364.42 + 365.63.
- la atrofia esencial del iris también puede originar un glaucoma, para el que se utilizarían los códigos 364.51 + 365.42

A.1.2.3.- Los traumatismos oculares pueden causar un glaucoma precoz por la hemorragia en la cámara anterior (se codifica como hemorrágico) o un glaucoma tardío por recesión del ángulo, que se codifica como 364.77 + 365.65. El glaucoma traumático sin más especificación se codifica como 365.65 Glaucoma asociado con trauma ocular.

A.1.2.4.- glaucoma por alteraciones del cristalino:

- el síndrome de pseudoexfoliación se debe a la secreción de un material blancogrisáceo en forma de copos y parecido a la sustancia amiloide. Se codifica como 366.11 + 365.52,
- el glaucoma facolítico es típico en cataratas maduras o hiper maduras, en las que la pérdida de proteínas desnaturalizadas provoca su ingestión por macrófagos que obstruyen la red trabecular. El glaucoma facolítico sin más especificación se codifica como 365.51. En el caso de que se deba a una catarata hiper madura, se clasifica con los códigos 366.18 + 365.51,
- en el glaucoma por bloqueo de pupila, el humor vítreo bloquea la pupila en el contexto de una dislocación posterior del cristalino. Se codifica como 364.74 + 365.61.
- el glaucoma por luxación del cristalino se clasifica con el código de la luxación (379.33 si es anterior, o 379.34 si es posterior) seguido del código 365.59 Glaucoma asociado con otros trastornos del cristalino.
- el glaucoma por crecimiento del velo epitelial consiste en un crecimiento del epitelio conjuntival que aparece raramente tras la extracción de cataratas. Se codifica como 364.61 + 365.64

A.1.2.5.- Glaucoma por hemorragia (hipema): la presencia de sangre en la cámara anterior puede ocasionar un aumento de la PIO debido al bloqueo de la trama trabecular por hematíes. Se clasifica como 364.41 + 365.63.

A.1.2.6.- Glaucoma por tumores intraoculares: generalmente debido a oclusión de la trama trabecular por células tumorales, macrófagos que las fagocitan o por la neovascularización que les puede acompañar. Se codificará primero el tumor.

A.1.2.7.- Glaucoma cortisónico: el empleo de terapéutica con cortisona local o sistémica durante semanas o meses puede conducir al desencadenamiento de un glaucoma crónico, que cursa en forma de uno simple. Se clasifica, en función de que las dosis sean correctas o no, como RAM o como una intoxicación:

- si se trata de una RAM: código de la subcategoría 365.3x + E932.0
- si es una intoxicación: 962.0 + 365.3x + código E.

A.1.2.8.- Glaucoma por aumento de la presión venosa episclerótica: si la presión de la vena episcleral es mayor que la PIO, se dificulta el drenaje del humor acuoso, provocándose el glaucoma. Suele ocurrir en la fístula carotidocavernosa y en la obstrucción de la vena cava superior. Se clasifica como 365.82 Glaucoma con aumento de presión de la vena episcleral.

A.2.- GLAUCOMA CONGÉNITO

Se denomina glaucoma congénito a aquel que se presenta antes de los 3 meses de edad. No se conoce con certeza su origen aunque se postula que pueda deberse bien a la persistencia de una membrana celular mesodérmica continua (membrana de Barkan) que obstruye el drenaje acuoso o bien a una escisión anómala del ángulo de la cámara.

En este tipo de glaucoma pueden desarrollarse alteraciones anatómicas del globo ocular por distensión escleral como el buftalmos (ojo de buey).

Se clasifica en un código de la subcategoría 743.2x Buftalmía, en función de que sea simple, asociado a otras patologías oculares o no especificado.

A.3.- GLAUCOMA INFANTIL

Es aquel en el que el proceso se inicia entre los 3 meses y los 3 años de vida.

Se clasifica en el 365.14 Glaucoma de infancia, salvo que se etiquete de congénito, en cuyo caso se codifica igual que aquellos en la subcategoría 743.2x Buftalmía.

A.4.- GLAUCOMA JUVENIL

Es aquel en el que no se produce el aumento de la PIO hasta la adolescencia (antes de los 35 años). En estos casos las manifestaciones clínicas simulan un glaucoma primario de ángulo abierto del adulto, y el diagnóstico correcto sólo se puede realizar mediante una gonioscopia cuidadosa. Se clasifica en el 365.14 Glaucoma de infancia.

A.5.- GLAUCOMA ABSOLUTO

Se entiende por tal el ojo que ha quedado sin visión debido a un glaucoma, siendo indiferente que la causa haya sido un glaucoma primario o secundario.

Se codifica como 360.42 Ojo ciego hipertenso.

A.6.- GLAUCOMA DE BAJA PRESIÓN

El glaucoma de baja presión es parecido al glaucoma primario de ángulo abierto, exceptuando que la PIO es igual o inferior a 21 mm Hg. Se cree ocasionado por una disminución de presión de perfusión vascular, lo que hace que el nervio óptico sea susceptible de lesión, incluso con una PIO normal. Se codifica en el 365.12 Glaucoma de baja tensión.

A.7.- TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL GLAUCOMA

Habitualmente, el glaucoma primario de ángulo cerrado se trata mediante iridectomía periférica o iridotomía por láser, ya que son técnicas más seguras que la intervención de filtración. Sin embargo, la iridectomía simple solamente será útil para prevenir un aumento de PIO si no se encuentra cerrado más del 50% del ángulo por una sinequia anterior permanente, en cuyo caso sería precisa cirugía de filtración. La iridectomía periférica sin intervención de filtración se clasifica en el 12.14 Otra iridectomía, mientras que la iridotomía láser se codifica como 12.12 Otra iridotomía.

La trabeculoplastia por láser consiste en provocar quemaduras de láser de argón en la parte posterior de las trabéculas, justo por delante de la prolongación escleral. Teóricamente esto provoca que la superficie de la trama trabecular se contraiga, por lo que la subida o movimiento de los espacios intertrabeculares adyacentes ocasiona un aumento del drenaje acuoso. Habitualmente se realizan unas 100 quemaduras en todo el conjunto del ángulo, bien sea de una sola vez o en dos sesiones distintas (lo que presenta menor riesgo de elevación temporal de la PIO postratamiento. Se codifica como 12.59 Otra facilitación de la circulación intraocular.

Las intervenciones fistulizantes de glaucoma consisten en la formación de una fístula mediante la incarceración de una lengüeta de iris (iridencleisis) o la práctica de un canal de trepanación (operación de Elliot), drenando el humor acuoso hacia la conjuntiva (dotada de capacidad de absorción) y produciéndose su resorción por debajo de ésta, con lo que se origina un equilibrio permanente de la tensión intraocular. La fistulización se utiliza preferentemente en todas las formas de glaucoma primario.

Todas estas intervenciones fistulizantes se clasifican en códigos de la categoría 12.6x Fistulización escleral, codificándose la Iridencleisis (operación de Holth-Pillat) en el 12.63 Iridencleisis e iridotaxis y la Trepanación de Elliot en el 12.61 Trepanación de esclerótica con iridectomía

La ciclodíalisis consiste en el despegamiento del cuerpo ciliar en un cuadrante. Se produce una abertura en forma de hendidura en el espacio supracoroideo que actúa como superficie de resorción adicional del humor acuoso. La sección simultánea de fibras tróficas nerviosas provoca una atrofia del cuerpo ciliar que disminuye la secreción del humor acuoso. Esta técnica se limita fundamentalmente al glaucoma de ojo operado de catarata (glaucoma del afaco) y se codifica como 12.55 Ciclodíalisis.

La trabeculodíalisis o goniotomía modificada es una operación en la que se rascan las trabéculas en el surco escleral utilizando el lado romo de una hoja de goniotomía. Es un procedimiento útil en los niños. Se clasifica en el 12.59 Otra facilitación de la circulación intraocular.

La trabeculotomía se utiliza en el glaucoma crónico simple en los casos complicados bien porque no sea factible la goniotomía o bien porque ésta halla fallado. Consiste en el sondaje del canal de Schlemm *ab externo* (trabeculotomía desde el exterior) y en su apertura hacia la cámara anterior, con lo que se expone el canal de Schlemm directamente al humor acuoso. Se codifica como 12.54 Trabeculotomía desde el exterior.

La trabeculectomía consiste en diseñar un colgajo escleral de un grosor medio, con base en el limbo esclerocorneal; posteriormente se realiza la excisión de un bloque de tejido esclerótico profundo y trabecular y se vuelve a situar el colgajo escleral laminar asegurándolo con varias suturas. Hasta cierto punto, se puede controlar la cantidad del drenaje variando el grosor del colgajo escleral y también el tipo de sutura. Si se desea un gran flujo de acuoso, el colgajo debe ser mayor que un tercio del grosor escleral total, el bloque profundo escindido debe ser grande y la sutura suelta. (código 12.64 Trabeculectomía desde el exterior)

La coreoplastia es una perforación con aguja de la membrana pupilar (código 12.35 Coreoplastia).

La goniotomía (operación de Barkan) es la técnica de elección en el glaucoma congénito. En esta operación se realiza una incisión arcuada, utilizando un bisturí especial, a través de la trama trabecular, a un nivel intermedio entre la raíz del iris y la línea de Schwalbe, de modo que se secciona la membrana de Barkan (tejido mesodérmico persistente en el ángulo camerular que impide el drenaje hacia el canal de Schlemm). Se codifica en función de si va acompañada de goniopunción o no en los códigos 12.52 Goniotomía sin goniopuntura o 12.53 Goniotomía con goniopuntura

Otro de los procedimientos que se pueden realizar para aliviar el aumento de la tensión intraocular es la destrucción de parte del tejido del cuerpo ciliar, lo que provoca una menor producción de humor acuoso y, por tanto la disminución de uno de los factores causantes del incremento de la tensión intraocular. Esta destrucción se puede realizar mediante diatermia (se aplica una corriente eléctrica de alta frecuencia) (código 12.71 Ciclodiatría), crioterapia (congelamiento selectivo que ablaciona el epitelio ciliar secretor) (código 12.72 Ciclocrioterapia) o fotocoagulación (quemadura láser) (código 12.73 Ciclofotocoagulación). Sin embargo son unos métodos que no hacen nada para abrir el ángulo o proponer una ruta alternativa para el drenaje del humor acuoso. En realidad intensifican la isquemia ocular y conducen, a la larga, a la necrosis del segmento anterior, por lo que suele ser preferible la trabeculectomía modificada.

B.- ESTRABISMO

Se entiende por estrabismo (heterotropía) la pérdida del paralelismo de los ojos, de tal modo que los ejes visuales no pueden dirigirse simultáneamente a un mismo punto.

* Clasificación:

El estrabismo se puede clasificar de diferentes modos:

según su etiología:

- paralíticos: incapacidad de los músculos oculares para mover el ojo debido a un déficit neurológico o a una disfunción muscular,
- concomitantes: es un defecto de la posición de los ojos entre sí, con un ángulo de desviación constante en todas las direcciones de la mirada, en el que primariamente no existe lesión muscular.

según el sentido de la desviación:

- Estrabismos horizontales:
 - Esotropía, Endotropía o estrabismo convergente (ojos dirigidos hacia dentro)
 - Exotropía o estrabismo divergente (ojos dirigidos hacia fuera)
- Estrabismos verticales:
 - Hipertropía (desviación de un ojo hacia arriba)
 - Hipotropía (desviación de un ojo hacia abajo)
- Estrabismos torsionales: son desviaciones en las que existe una rotación con respecto al eje visual, pudiendo darse hacia dentro (inciclotropías) o hacia fuera (exciclotropías)

Para poder codificar correctamente los estrabismos, es necesario disponer de información acerca de una serie de características de los mismos, como son el patrón, la dominancia o alternancia, o bien su condición de acomodativo(variable) o no acomodativo (constante).

* Patrón

Al explorar los movimientos binoculares en los estrabismos horizontales, se pueden evidenciar variaciones en la cuantía de la desviación horizontal según el paciente mire hacia arriba o hacia abajo, rasgo que caracteriza los patrones o síndromes alfabéticos. En las endotropías, cuando el ángulo de desviación aumenta en la mirada hacia abajo (los ojos se juntan en infraversión) estamos ante un patrón V. Si, por el contrario, se juntan los ojos o el ángulo aumenta en la mirada hacia arriba, estamos ante una endotropía con patrón A. En las exotropías, si los ojos se separan en la mirada hacia arriba, aumentando el ángulo de desviación, estamos ante un patrón V. Cuando el ángulo aumenta en la mirada hacia abajo (los ojos se separan en infraversión) se trata de un patrón A.

También se pueden dar los patrones X e Y. En el patrón X, los ojos están más separados en infra y superversión que en la posición primaria. En el síndrome Y, el ángulo es similar en la mirada hacia abajo y en la posición primaria, mientras que los ojos se separan en la mirada hacia arriba.

* Alternancia o dominancia

Característica que se refiere a si el ojo fijador es siempre el mismo (dominancia o estrabismo monocular) o bien pueden serlo cualquiera de los dos de modo alternante. En la dominancia, al desviarse de manera constante un ojo, la supresión de la imagen retiniana macular se realiza mediante procesos de inhibición centrales internos, por lo que el ojo estrábico se vuelve permanentemente débil (ambliope). En la alternancia, ambos ojos bizquean de forma alternativa, de modo que ambas máculas conservan, por consiguiente, una capacidad visual completa (la inhibición central no es unilateral, sino alternante).

* Acomodativo o no acomodativo (constancia o variabilidad)

Estrabismo acomodativo: El paciente desvía los ojos solamente cuando utiliza su acomodación. Su tratamiento es la corrección óptica.

No tiene código específico en la CIE-9-MC.

B.1.- ESOTROPÍA o ENDOTROPÍA (estrabismo convergente)

B.1.1.- Esotropía concomitante o no paralítica

El ángulo de desviación es constante en todas las direcciones de la mirada.

Se clasifican en los códigos de la subcategoría 378.0x Esotropía, variando el quinto dígito en función del patrón y de su dominancia (monocular) o alternancia.

B.1.2.- Esotropía paralítica o no concomitante:

El ángulo de desviación varía según la dirección de la mirada. Suele asociarse a parálisis o paresia de diversos músculos extraoculares, generalmente los rectos externos. La aparición de una endotropía paralítica en el adulto debe relacionarse con accidentes vasculares, tumores o enfermedades inflamatorias del SNC. En los niños es consecutiva a traumatismos durante el parto o a alteraciones genéticas del músculo recto externo, de sus uniones neuromusculares o de su inervación.

A la hora de codificar, la CIE-9-MC no establece diferencias entre las heterotropías paralíticas, de modo que clasifica los estrabismos paralíticos, en función del nervio craneal afectado, dentro de los códigos de la subcategoría 378.5x Estrabismo paralítico.

B.2.- EXOTROPÍA (estrabismo divergente)

Mucho menos frecuente que la endotropía, plantea una clasificación diferente a la misma, dividiéndose en intermitentes y constantes.

B.2.1.- Exotropía intermitente

Se clasifica en códigos diferentes según sea unilateral (378.23 Exotropía intermitente monocular), alternante (378.24 Exotropía intermitente alternante) o no especificada (378.20 Heterotropía intermitente no especificada).

B.2.2.- Exotropía constante

Es menos frecuente que la anterior, apareciendo ya desde el nacimiento o bien como progresión de una exotropía intermitente. La exotropía congénita puede originarse en una alteración de la inserción, de la inervación o del propio músculo. Se clasifica según sea unilateral o alternante y el patrón que presente en los códigos de la subcategoría 378.1x Exotropía

B.3.- ESTRABISMOS VERTICALES: HIPERTROPÍA - HIPOTROPÍA

Consisten en una desviación del ojo no fijado en el eje vertical, pudiendo darse hacia arriba (hipertropía) o hacia abajo (hipotropía). Son mucho menos frecuente y de aparición más tardía que los trastornos horizontales. Las causas son muy variables, desde traumatismos, alteraciones de la inserción y otras anomalías congénitas a complicaciones de procesos sistémicos como esclerosis múltiple, miastenia gravis, tirotoxicosis, tumores orbitarios, etc. Se codifican en el 378.31 Hipertropía o en el 378.32 Hipotropía.

B.4.- ESTRABISMOS TORSIONALES

Se clasifican en el código 378.33 Ciclotropía.

B.5.- PSEUDOESTRABISMO

Estrabismo aparente estéticamente, sin que existan alteraciones motoras ni de la visión binocular. La pseudoendotropía se produce en niños pequeños con notable epicanto (pliegue dérmico palpebral que oculta la parte interna del globo ocular). La pseudo exotropía se observa en el hipertelorismo (gran separación entre ambos ojos). No se codifica.

B.6.- HETEROFORIA (estrabismo latente)

Se entiende por heteroforia (en contraposición con ortoforia) la desviación de los ejes oculares, mantenida latente gracias a la visión binocular y que solo se pone de manifiesto cuando se explora con métodos disociantes o tras la oclusión. Si la visión binocular es perfecta, la foria está bien compensada y no da molestias, mientras que cuando la cooperación binocular es deficiente, puede descompensarse y ocasionar alteraciones subjetivas. Al igual que los estrabismos, clasificaremos las forias en esoforias (hacia dentro), exoforias (hacia fuera), hiperforias (hacia arriba), hipoforias (hacia abajo) y cicloforias (de torsión). Las causas desencadenantes pueden ser la insuficiencia y fatiga de los músculos oculares, enfermedades febriles, estados de ansiedad, etc.

El estrabismo latente se clasifica, según su tipo, en los códigos de la subcategoría 378.4x Heteroforia

B.7.- SINDROMES Y ALTERACIONES ESPECIALES DE LA MOTILIDAD OCULAR

Síndrome Duane: Síndrome de retracción congénita. Limitación o ausencia de abducción, retracción del globo ocular, estrechamiento de hendidura palpebral en aducción y aumento de la misma en abducción.

Tratamiento más habitual: Retroinserción recto medio.

Código CIE-9-MC 378.71 Síndrome de Duane

Síndrome Brown: Severa limitación de la elevación en aducción con elevación normal en abducción.

Tratamiento más habitual: Retroinserción recto medio.

Código CIE-9-MC 378.61 Síndrome de vaina (tendón) de Brown

15.7 Reparación de lesión del músculo extraocular

Síndrome de Möbius: Síndrome caracterizado por alteración de la motilidad ocular. Se incluye en el código 352.6 Parálisis múltiple de nervios craneales

B.8.- TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL ESTRABISMO

Si no se logra suprimir el ángulo de estrabismo mediante las medidas conservadoras, está indicada la intervención quirúrgica. Las operaciones de estrabismo se dividen en dos grupos principales:

- operaciones que debilitan la acción muscular
- operaciones que refuerzan la acción muscular que se pueden realizar sobre los diferentes músculos extraoculares y de forma separada o conjunta según el tipo y el grado de estrabismo.

B.8.1.- Operaciones debilitadoras de la acción muscular

- retroinserción o recesión: consiste en la desinserción del músculo del globo ocular y su reinserción en una zona posterior (necesariamente requiere un desprendimiento temporal del globo). Se clasifica en el 15.11 Recesión de un músculo extraocular.
- alargamiento: consiste en una miotomía parcial en "Z" del músculo extraocular (que no se secciona completamente), de modo que se consigue un aumento de longitud del mismo sin que sea preciso un desprendimiento temporal del globo. Se codifica como 15.21 Procedimiento de alargamiento sobre un músculo extraocular.
- fenestración: consiste en cortar una porción central del músculo, dejando el músculo insertado por los dos extremos. Se codifica en el 15.29 Otras operaciones sobre un músculo extraocular.

B.8.2.- Operaciones que refuerzan la acción muscular

- resección: consiste en la excisión de la porción distal de un músculo extraocular y posterior reinserción en el mismo lugar donde estaba insertado previamente (requiere desprendimiento temporal). Se clasifica en el 15.13 Resección de un músculo extraocular.
- acortamiento: reduce la longitud del músculo mediante un plegamiento sin necesidad de desinserción del mismo del globo o de seccionarlo. Se codifica en el 15.22 Procedimiento de acortamiento sobre un músculo extraocular.
- avance: se emplea preferentemente en la esotropía paralítica y consiste en aproximar el lugar de inserción de otro músculo extraocular al del músculo paralítico, de modo que pueda suplir en parte su función. Se codifica en el 15.12 Avance de músculo extraocular.
- técnicas de suplencia o transposición: pretenden conseguir cierta motilidad en el campo de acción de un músculo paralizado mediante la transposición de parte de las fibras de músculos vecinos (no todas como en el avance) a la inserción del parético. Se clasifica en el 15.5 Transposición de músculos extraoculares.

La CIE-9-MC establece unos códigos específicos para clasificar aquellas intervenciones que requieran dos o más procedimientos sobre músculos extraoculares, sin importar si se realizan sobre uno u ambos ojos. La única característica que se contempla para una asignación de código diferente es que alguno de los procedimientos

requiera desprendimiento temporal de globo o no. Si se realizan procedimientos sobre dos o más músculos y alguno de ellos ha requerido desprendimiento, se empleará el código 15.3 Operaciones sobre dos o más músculos extraoculares con desprendimiento temporal del globo, uno u ambos ojos; si ninguno de los procedimientos requiere desprendimiento temporal del globo, se clasifica como 15.4 Otras operaciones sobre dos o más músculos extraoculares, uno u ambos ojos.

OTROS TRATAMIENTOS

TOXINA BOTULINICA

En oftalmología se utiliza únicamente la toxina Botulínica tipo "A", es una de las ocho toxinas serológicamente aislables que produce el Clostridium Botulinum.

Se inyecta directamente en el músculo a tratar. Actúa al bloquear la conducción neuromuscular adhiriéndose en el lugar de los receptores de las terminaciones nerviosas motoras, inhibiendo la liberación de acetilcolina. La toxina botulínica como terapia de estrabismo posee un código en la CIE-9-MC que es el 16.91 Inyección retrobulbar de agente terapéutico.

Bibliografía:

- Oftalmología. Fritz Hollwich. Salvat Editores S.A., 1978 Barcelona
- Esquemas clínicos visuales en Oftalmología. Bonafonte S, Muiños A, Martínez OM. 2º de. Ediciones Doyma, 1992 Barcelona
- Oftalmología Clínica Kanski JJ. Ediciones Doyma, 1985 Barcelona
- Iniciación a la Estrabología. Diagnóstico, exploración y orientación terapéutica. Zamora M. Mercedes Zamora Pérez 1988.
 - Gómez de Liaño, R., Rodríguez Sánchez, J.M.
 - Toxina botulínica en el tratamiento del estrabismo
 - Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología, 1993; 64:61-66
 - Prieto Díaz, J., Souza Dias, C.
 - Estrabismo
 - Editorial Jims. 2ª edición 1986. Buenos Aires, Argentina

Edición

Han colaborado en el tema monográfico:

- Coordinación: Javier Lizarraga Dallo.- Servicio de Análisis y C. Asistencial.

SERVICIO NAVARRO DE SALUD

Yolanda Montes García.- Servicio de Análisis y C. Asistencial.

SERVICIO NAVARRO DE SALUD

- Consultores clínicos

Antonia Ardanaz Aldave.- Servicio de Oftalmología.

HOSPITAL VIRGEN DEL CAMINO (Pamplona)

Dra. Clara Jiménez Serrano.- S. Estrabología

HOSPITAL NIÑO JESUS (Madrid)

Preguntas a la unidad

1.- Taquicardia ventricular sostenida en paciente con fibrilación auricular mientras se le realiza una ergometría: ¿Se considera la taquicardia ventricular una complicación del procedimiento? En este caso la codificación sería:
997.1
427.1

La taquicardia ventricular en este paciente no es más que la manifestación esperada de una alteración del ritmo cardiaco tras la realización de la prueba de esfuerzo por lo que no puede considerarse una complicación de un procedimiento. Se deberían utilizar por lo tanto los códigos 427.31 Fibrilación auricular y 427.1 Taquicardia ventricular paroxística y la patología de base si ésta fue descubierta durante el ingreso (que se convertiría en el diagnóstico principal). Para que se considerase una complicación debería estar documentada como tal.

2.- ¿Cómo se codifica la anemia refractaria por exceso de blastos?

La anemia refractaria (AR) con exceso de blastos constituye uno e los 5 tipos de síndrome mielodisplásico que establece el grupo Franco-Americano-Británico (FAB):

- AR simple: anemia inexplicada persistente con dishemopoyesis
- AR sideroblástica: AR simple con más del 15% de sideroblastos en anillo
- AR con exceso de blastos (AREB): AR simple o AR sideroblástica con un 20 a 30% de blastos en médula ósea o más del 5% de blastos en sangre periférica
- Leucemia mielomonocítica crónica: médula ósea igual que en la AREBT con monocitosis periférica mayor a $1 \times 10^9/L$

Si bien el síndrome mielodisplásico sin más especificación se codifica en el 238.7, por normativa de codificación debemos emplear un código más específico si conocemos su tipo. Por otro lado, la anemia refractaria no tiene un código específico. El código a asignar será 284.9 Anemia aplástica, no especificada.

3.- ¿Cuál es el código de la biopsia cerebral estereotáxica y cómo se llega a él en el Índice Alfabético?

La biopsia cerebral estereotáxica se codifica con el código 01.13 Biopsia (percutánea) (aguja) de cerebro cerrada; la entrada en el Índice Alfabético de Procedimientos es la siguiente:

Biopsia

- cerebro NCOC

- - percutánea (aguja) 01.13

La colocación del marco estereotáxico que permite guiar la toma de biopsia se codificará con 93.59 Colocación de marco estereotáxico en la cabeza; la entrada en Índice Alfabético es la siguiente:

Aplicación

- armazón en la cabeza para estereotaxia 93.59

4.- ¿Cómo se codifica al paciente que ingresa en el hospital por gran ingesta alcohólica?

1. Embriaguez NEOM 305.0x
2. Intoxicación: 980.0

Tanto el grado de afectación provocado por el alcohol como las circunstancias en las que se produjo la ingestión deben quedar reflejadas correctamente en la documentación del paciente. Por ello cualquiera de los dos códigos podría ser correcto dependiendo del caso del que se tratase. No obstante, publicamos esta pregunta para volver a hacer hincapié en que aquéllas no documentadas con claridad no podrán ser contestadas.

5.- Plaquetopenia por injerto pobre post-TASPE

¿Se trata de una complicación del procedimiento?

El hecho de que con un tratamiento no se consiga el resultado esperado no significa que se trate de una complicación, por lo tanto codificaremos la enfermedad del paciente y los procedimientos que le han sido realizados.

6.- En un paciente con Linfoma no Hodgkin ¿cómo se codifica el procedimiento terapéutico: G-csF?

Los factores estimulantes de colonias (G-csF) o granulocíticas y monocíticas (GM-csF) son productos biotecnológicos utilizados en el tratamiento de linfomas y otras afecciones hemáticas para disminuir la duración de las neutropenias y el riesgo de infecciones. Su empleo terapéutico se debe clasificar como procedimiento en el código 99.28 Inyección o infusión de modificadores de respuesta biológica [BRM] tales como agentes antineoplásicos, al que nos remite la entrada Inyección, modificador, de la respuesta biológica [BRM] tales como agentes antineoplásicos.

7.- ¿Por qué en la catarata debida a glaucoma, en el Índice Alfabético, este último se encuentra encerrado dentro de un corchete itálico 366.31 [365.9]? Cuando nos remitimos en la lista tabular a la catarata, existe la instrucción "codifique primero" ¿se trata de un error del Índice o tiene alguna explicación?

Efectivamente se trata de un error del Índice Alfabético. Deberá codificarse primero la enfermedad subyacente que en este caso es el glaucoma. En la página 122 del Índice Alfabético, la catarata debida a glaucoma debería de estar clasificada como:

Catarata debida a

- glaucoma (véase Glaucoma) 365.9 [366.31]

8.- ¿Existe algún código para clasificar el estado de ventilación mecánica domiciliaria? ¿En qué casos debemos utilizar el código V46.1 Dependencia de respirador?

Es correcta la utilización del código V46.1 Dependencia de respirador como código secundario siempre y cuando no exista ningún problema en el equipo

9.- Cuando se produce una fístula postoperatoria (ejemplo: intestinal) y se ha de cerrar quirúrgicamente, nosotros asignamos el código 998.6 Fístula postoperatoria persistente. Si se cierra espontáneamente, ¿deberíamos utilizar este código?

El código 998.6 Fístula postoperatoria persistente no distingue si la fístula se cierra quirúrgicamente o no, lo que importa es que la fístula exista después de la operación, por lo que debemos utilizar dicho código aunque la fístula se cierre espontáneamente.

Formación Continuada

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

En base a la experiencia, esta Unidad Técnica ha decidido plantear casos clínicos concretos en sustitución de las 10 preguntas habituales por considerar que el apartado de formación es lo suficientemente importante como para que los problemas tanto de indización como de codificación se encuentren dentro de un contexto mínimamente documentado.

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 para el S.N.S. de la Formación Continuada.
Subdirección General de Programas.
Ministerio de Sanidad y Consumo.
C/Ruiz de Alarcón, 7. 28014 MADRID.
Telf: (91) 3604542, Fax: (91) 3604545.
E-Mail: msendino@msc.es

Solución al ejercicio planteado en el número 9 - Febrero 1998

Planteamiento

Mujer de 68 años que con los diagnósticos previos de hipertensión arterial de larga evolución, cardiopatía hipertensiva, hipertensión arterial pulmonar, fibrilación auricular crónica diabetes mellitus tipo II, nefropatía hipertensiva y diabética, actualmente con insuficiencia renal crónica y retinopatía esclerohipertensiva grado II, acude de nuevo al hospital, esta vez por presentar aumento de su disnea habitual acompañada de importantes edemas, ortopnea y disnea paroxística nocturna. Es ingresada en Medicina Interna con el diagnóstico de edema agudo de pulmón, cuadro que mejora tras la instauración del tratamiento. Posteriormente la paciente es trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos por sufrir parada respiratoria. La gasometría muestra pO₂ de 48, pCO₂ 53.7 y un pH de 7.25 (con aire ambiente). Hemograma: anemia (Hb 11,5 g/c) y leucocitosis (16.300) con fórmula normal. Glucemia: 366. Creat: 2,3. Urea: 93. AP: 34% (INR: 2,19).

Se decide intubar y conectar a ventilación mecánica con lo que dicha paciente se recupera.

IMPRESION DIAGNOSTICA

- 1 Edema agudo de pulmón
- 2 Fibrilación auricular descompensada
- 3 Insuficiencia respiratoria aguda y parada respiratoria
- 4 Insuficiencia renal aguda con oligoanuria
- 5 Descompensación diabética
- 6 Los previos

Solución de los diagnósticos		
CODIGO	DIAGNOSTICO	OBSERVACIONES
404.93	Enfermedad cardíaca y renal hipertensiva, con insuficiencia cardíaca congestiva e insuficiencia renal Hipertensión hipertensiva cardiorenal (enfermedad) con insuficiencia	Este código incluye mediante el 5º dígito 3 la insuficiencia cardíaca (expresado con edema agudo de pulmón de origen cardiogénico) y la insuficiencia renal crónica con lo que no se asignará ningún otro código para estas condiciones (428,

	cardíaca (congestiva) e insuficiencia renal	585, 586, 587)
584.9	Insuficiencia renal aguda Fallo, fallido renal agudo	El código 404.93 no incluye la insuficiencia renal aguda (la norma dice que un proceso descrito como agudo y crónico que no posea código de combinación deberá ser clasificado con dos códigos)
250.40 + 583.81	Nefropatía diabética Nefropatía diabética	
799.1	Parada respiratoria Paro respiratorio	
518.81	Insuficiencia respiratoria Fallo, fallido respiración, respiratorio agudo (agudo sobre crónico)	
362.11	Retinopatía hipertensiva Retinopatía hipertensiva	
427.31	Fibrilación auricular Fibrilación auricular (atrial)(establecida)	
416.8	Hipertensión arterial pulmonar Hipertensión pulmonar (arteria) (idiopática) (primaria) (solitaria) secundario	En general se considera que hay Hipertensión Pulmonar cuando la presión arterial pulmonar (PAP) supera en 5 mmHg la cifra media normal, o sea por encima de los 25 mmHg. La Hipertensión Pulmonar Primaria (HPP) o Idiopática ,condición muy poco frecuente, cuyas primeras manifestaciones suelen a parecer antes de los 25 años, es de causa desconocida y por tanto es una enfermedad por sí misma, independiente de cualquier otra entidad. Su código CIE debe ser 416.0 y sólo se debe elegir este código cuando en el informe se especifique que es primaria, primitiva, idiopatica ó esencial. Nunca por defecto. La Hipertensión Pulmonar secundaria es una consecuencia fisiopatológica de otras entidades ya sean de tipo vascular (TEP, enfermedad venoclusiva, angeitis, .), respiratorio (EPOC, fibrosis instersticial, vasoconstricción por hipoxia.....), cardiaco (valvulopatía mitral,.....), tumoral (compresión de vasos mediastínicos,), iatrogénico (cirugía, medicamentos, ..). Por defecto, siempre se debe elegir el 416.8, puesto que la HPP es una condición muy poco frecuente y el clínico, cuando diagnostica un caso se apresura a

especificarlo en el informe.

Solución de los procedimientos		
CODIGO	PROCEDIMIENTO	OBSERVACIONES
96.04	Intubación tubo *véase además Cateterización y Entubación endotraqueal-	
96.70	Ventilación mecánica mecánica asistencia respiratoria endotraqueal *véase categoría 96.7-	No se nos especifica el tipo de ventilación, por lo que deberemos utilizar el código inespecífico

Ejercicio planteado en éste número

Paciente de 32 años, gestante de 20 semanas, diagnosticada por amniocentesis de cromosomopatía que cursa con retraso mental grave y malformaciones múltiples (delección de brazos cortos del cromosoma 9), que ingresa para realizar interrupción legal del embarazo.

Se practica inducción con inserción de prostaglandinas endocervicales y laminarias por vía vaginal, consiguiendo la expulsión espontánea del feto y placenta. Se procede a raspado uterino por retención de restos placentarios.