

CODIFICACIÓN CLÍNICA CON LA CIE-9-MC

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



Boletín número 16

Año VI

Junio, 2000



Análisis Económico y Estadística

CODIFICACION CLINICA CON LA CIE-9-MC

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

Boletín número 16

Año VI

Junio, 2000

COORDINACION EDITORIAL:

Agustín RIVERO CUADRADO
M^a Mar SENDINO GARCÍA

MIEMBROS PERMANENTES DEL COMITÉ EDITORIAL:

Vicent ALBEROLA CUÑAT
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
M^a Coromoto RODRÍGUEZ DEL ROSARIO
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
José Alfonso DELGADO
Esther VILA RIBAS
Elena ESTEBAN BAEZ
Irene ABAD PEREZ

SECRETARIA:

Esther GRANDE LOPEZ

INDICE

Unidad Técnica de la CIE-9-MC

Tema monográfico: ORTOPIEDIA

Preguntas a la Unidad

Formación Continuada en codificación

Formación Continuada correspondiente al boletín nº 15

Respuesta a la Formación Continuada del boletín nº 15

Formación Continuada para responder en el boletín nº 17

UNIDAD TECNICA DE LA CIE-9-MC

Durante este último año y debido a los cambios habidos en la estructura del Ministerio de Sanidad y Consumo, no se han podido editar como es costumbre en los últimos años, tres boletines de codificación.

Esta situación va a ser compensada con la publicación en el año 2001 de cuatro boletines, centrados en algunas de las áreas que plantean mayor problemas de codificación entre los profesionales dedicados a esta parcela de la Salud.

Por este motivo durante el año 2001 se publicarán los boletines relacionados con: aparato circulatorio (en el que se pondrán al día las normas que ya se incluyeron en el anterior boletín dedicado a esta área clínica), aparato respiratorio (donde se intentará normalizar desde el punto de vista de codificación, algunos diagnósticos complejos como la Insuficiencia respiratoria). Un nuevo boletín dedicado al embarazo, parto y puerperio y para final de año un monográfico dedicado a los tumores.

De esta manera, pensamos que se abarca un área importante de normalizaciones de diagnósticos y procedimientos donde se incluyen un alto porcentaje de las preguntas dirigidas a la Unidad Técnica de la CIE-9-MC para el Sistema Nacional de Salud.

Agustín Rivero Cuadrado

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

ORTOPEDIA

Definición

PRINCIPALES GRUPOS DE ENFERMEDADES

Parálisis cerebral infantil

Trastornos del desarrollo

Anormalidades generales del desarrollo esquelético

Displasias cartilagosas

1. Displasia epifisaria múltiple
2. Condrodisplasia (Enfermedad de Ollier o econdromatosis múltiple)
3. Osteocondromatosis (múltiples exóstosis)
4. Acondroplasia
5. Mucopolisacaridosis

Displasias óseas

1. Osteogénesis imperfecta (fragilidad ósea)
2. Displasia fibrosa
3. Neurofibromatosis (enfermedad de Von Recklinghausen)
4. Hiperparatiroidismo

Anormalidades localizadas del desarrollo esquelético

1. Coxa vara infantil (o congénita)
2. Deslizamiento de la epífisis femoral superior
3. Luxación recurrente de la rótula
4. Genu valgo
5. Tibia vara (enfermedad de Blount)
6. Seudoartrosis de la tibia
7. Pie plano
8. Exostosis calcánea y escafoidea

Trastornos del desarrollo: la columna

1. Escoliosis
2. Cifosis del adolescente (enfermedad de Scheuermann)
3. Espondilolistesis

Cuadros epifisarios. Osteocondritis

1. Enfermedad de Perthes
2. Otras formas de osteocondritis
 - Enfermedad de Osgood-Schlatter
 - Osteocondritis del escafoides (enfermedad de Köhler)
 - Epifisitis del calcáneo (enfermedad de Sever)
 - Osteocondritis disecante
 - Otras

Infecciones agudas

Infecciones agudas de huesos y articulaciones

1. Osteomielitis aguda
2. Osteomielitis de la columna
3. Artritis supurada aguda

Infecciones generales agudas con manifestaciones osteoarticulares

1. Septicemia y piemia

2. Poliomielitis
3. Rubeola y sarampión

Infecciones crónicas con manifestaciones osteoarticulares

1. Osteomielitis piógena crónica
2. Tuberculosis de hueso y articulaciones
 - Tuberculosis de la cadera
 - Tuberculosis de la columna: mal de Pott
 - Paraplejia tuberculosa: paraplejia de Pott

Enfermedad ósea de Paget

Trastornos degenerativos

Trastornos degenerativos de la columna

1. Degeneración de discos intervertebrales
2. Prolapso o desplazamiento del disco intervertebral
3. Espondilosis

Trastornos degenerativos: otras localizaciones

1. Capsulitis del hombro
2. Síndrome del manguito de los rotadores
3. Rotura total del manguito de los rotadores
4. Epicondilitis (Codo de tenista)
5. Tenosinovitis
6. Tenosinovitis de De Quervain
7. Dedo en gatillo
8. Bursitis de origen ocupacional o profesional (repetitivas)
9. Contractura de Dupuytren
10. Fascitis plantar (síndrome de dolor en el talón)
11. Ganglión
12. Rotura espontánea de tendones

Trastornos degenerativos del cartílago articular

1. Osteoartritis
2. Condromalacia

Enfermedades metabólicas del hueso y trastornos hemorrágicos

Pérdida de tejido óseo

1. Osteopenia
2. Osteomalacia
3. Osteolisis

Defectos de coagulación (Hemofilia y cuadros afines)

Cuadros reumáticos inflamatorios

1. Artritis reumatoide
2. Enfermedad de Still
3. Polimialgia reumática (PMR)
4. Espondilitis anquilosante
5. Sinovitis aguda

Otros cuadros reumáticos inflamatorios

1. Síndrome de Reiter
2. Artritis psoriásica

3. Artropatía gotosa
4. Seudogota o Pseudogota

ORTOPEDIA POR REGIONES

Trastornos raquídeos

1. Estenosis espinal cervical y resto de localizaciones
2. Dorsalgia crónica

Trastornos del codo

Bursitis olecraniana

- Aguda
- Crónica

Trastornos de la rodilla

Desgarros de los meniscos

Trastornos del pie

Hallux valgus adquirido

MÉTODOS QUIRÚRGICOS EN ORTOPEDIA

1. Aspiración articular
2. Biopsia de estructura articular
3. Artroscopia
4. Liberación de tejidos blandos
5. Tenotomía
6. Trasplante de tendones
7. Osteotomía
8. Artrotomía
9. Artrodesis
10. Artroplastia
11. Discectomía, laminectomía y laminotomía
12. Amputación

ANOMALÍAS CONGÉNITAS

Anomalías congénitas de diversas localizaciones

1. Deformidades por reducción y hemimelias
2. Fusión de dedos
3. Pulgar en gatillo
4. Luxación congénita de la rodilla
5. Artrogriposis múltiple congénita
6. Menisco discoide
7. Hombro de Sprengel
8. Deformidad de Madelung
9. Tortícolis congénita

Anomalías congénitas de la cadera

1. Luxación congénita de la cadera
2. Subluxación de cadera

C) Anomalías congénitas del pie

Pie equinovaro

D) Anomalías raquídeas congénitas

1. Espina bífida
2. Escoliosis congénita

E) Anomalías congénitas de la columna vertebral

CONCEPTOS GENERALES DE ORTOPEDIA

Definición:

“La Ortopedia se ocupa del tratamiento mecánico, cinético, postural o quirúrgico de las deformaciones o desviaciones de los huesos y de las articulaciones”.

En la CIE-9-MC se trata en los capítulos:

- nº 1. Enfermedades infecciosas y parasitarias (038-054)
- nº 2. Neoplasias
- nº 3. Enfermedades endocrinas de la nutrición y metabólicas y trastornos de la inmunidad
- nº 6. Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos
- nº 13. Enfermedades del sistema Osteo-Mioarticular y Tejido Conectivo
- nº 14. Anomalías Congénitas
- nº 18. Lesiones y Envenenamientos

Parálisis cerebral infantil (343.x)

La parálisis cerebral se define como los trastornos del movimiento y la postura por un defecto o lesión del cerebro inmaduro. Aparece desde el nacimiento y puede ser causada por defecto del desarrollo intrauterino, por traumatismo y por asfixia neonatales, pero también por enfermedades o lesiones en los comienzos de la vida.

El cuadro es esencialmente motor, pero el niño a menudo tiene otras discapacidades, como deficiencias psíquicas, ceguera, anormalidades sensitivas, defectos del habla y otros.

Hay que recordar que el trastorno constituye una parálisis verdadera. Los defectos motores pueden asumir varias formas y combinaciones.

En el diagnóstico de P.C.I. están implícitos los signos (parálisis, espasticidad, incoordinación, rigidez e hipotonía), por lo que no habrá que codificarlos.

El código será el mismo durante toda la vida del paciente, ya que en esta enfermedad no existe el concepto de efecto tardío.

Trastornos del desarrollo: anomalías generales del desarrollo esquelético

Displasias cartilaginosas

1.- Displasia epifisaria múltiple (756.56)

2.- Condrodisplasia (Enfermedad de Ollier o encondromatosis múltiple) (756.4)

3- Osteocondromatosis (múltiples exóstosis) (238.0) M9210/1

4.- Acondroplasia (756.4)

5.- Mucopolisacaridosis (277.5)

Displasias óseas

1.- Osteogénesis imperfecta (Fragilidad ósea) (756.51)

2.- Displasia fibrosa (733.29)

3.- Neurofibromatosis (Enfermedad de Von Recklinghausen) (237.71) (M9540/1)

4.- Hiperparatiroidismo (252.0)

Trastornos del desarrollo: anomalías localizadas del desarrollo esquelético

1.- Coxa vara infantil o congénita (755.62)

Es un cuadro diferente al ocasionado por otras causas del cuello femoral en varo. Coexiste con defectos del desarrollo o ausencia del extremo superior del fémur. Al ser muy horizontal el cuello del fémur, los síntomas suelen aparecer al iniciar el niño la marcha. Requiere corrección quirúrgica y a veces hay que repetir la osteotomía varias veces durante el crecimiento.

En el I.A. se llega por

Coxa

- vara (adquirida) 736.32

- - congénita 755.62

- - efecto tardío de raquitismo 268.1

2.- Deslizamiento de la epífisis femoral superior (732.2)

En algunos individuos la epífisis femoral superior se desplaza fácilmente. El problema puede ser causado por trastornos como raquitismo, acondroplasia, sepsis u otros más, pero en adolescentes a veces surge de manera espontánea.

Cursa con dolor y es más frecuente el desplazamiento crónico que el agudo. La complicación más frecuente es la necrosis avascular de la cabeza femoral, aunque también puede haber condrolisis.

3.- Luxación recurrente de la rótula (718.36)

Es relativamente frecuente y de manera típica afecta a las jóvenes adolescentes. La rótula se luxa hacia afuera como consecuencia de un accidente y más adelante la luxación reaparece con relativa facilidad.

4.- Genu valgum (**736.41**)

Muchos niños tienen rodillas en valgo cuando comienzan a caminar; esta deformación por lo común se corrige de manera espontánea hacia los seis años de vida, a condición de que no exista ninguna causa oculta, como raquitismo, displasia epifisaria u otros problemas.

En raras ocasiones, el trastorno se inicia de manera tardía o persiste. Es antiestético y puede predisponer a osteoartritis en la vida adulta.

Se corrige colocando grapas en la cara interna del fémur o en las epífisis femoral y tibial, para lentificar el crecimiento en ese lado, con lo que poco a poco la rodilla se rectificará.

En el I.A. se llega por

Genu (rodilla)

- valgum (adquirido) (zambo) 736.41

- - congénito 755.64

- - efectos tardíos de raquitismo 268.1

5.- Tibia vara (Enfermedad de Blount) (**732.4**)

Es un trastorno raro, en el que existe un defecto del desarrollo en la parte interna de la epífisis tibial superior que ocasiona una deformidad progresiva en varo. Puede ser uni o bilateral.

Se trata con osteotomía en cuña.

6.- Seudoartrosis de la tibia (733.82)

Cuadro que aparece desde el nacimiento o que surge en la niñez temprana, en el que hay arqueamiento de la tibia, que a menudo coexiste con un defecto quístico en el tercio inferior de dicho hueso, y que al final causa una fractura que muestra persistentemente falta de unión. (**733.82**)

El problema es muy rebelde a su corrección quirúrgica, que consiste en fijación interna e injerto.

Cuando la pseudoartrosis es secundaria (o se acompaña) a otra lesión congénita o adquirida, siempre que no sea una fractura ya tratada, hay que recoger también el código que identifique esa enfermedad.

7.- Pie plano adquirido (**734**)

Se advierte una enorme variación en la forma del pie entre los niños y los adultos.

Habitualmente el pie plano idiopático tiene poca importancia. Suelen bastar la tranquilización verbal y la orientación sobre el tipo de calzado a emplear. La cirugía se necesita en raras ocasiones.

8.- Exostosis calcánea (**726.73**) y escafoidea (**726.91**)

La porción posterosuperior del calcáneo puede sobresalir en sentido interno o externo y causar presión en el calzado. El desbastamiento quirúrgico, en que se deja indemne el tendón de Aquiles, es eficaz.

El escafoide puede sobresalir en sentido externo, y a veces se necesita la corrección quirúrgica.

En el I.A. no tiene entrada directa por Exóstosis, y se llega por

Espolón – véase además Exóstosis
- calcáneo 726.73

Trastornos del desarrollo: la columna

1.- Escoliosis

Es la desviación tridimensional de una parte de la columna. El hecho de que esta última tenga algunas curvas propias integradas significa que cualquier desviación lateral producirá también moderada rotación. Si la curva se localiza en la columna torácica, las costillas quedan distorsionadas por la rotación y se produce una giba en un lado.

Escoliosis no estructural. Escoliosis postural o actitud escoliética

La desviación puede corregirse al estar en decúbito el sujeto o cuando se elimina la causa subyacente, es decir, que puede deberse a una extremidad corta, a una deformidad de la cadera o a un espasmo de los músculos de la masa espinal, que surge en casos de prolapso de un disco, tumor o infección de la columna.

Escoliosis estructural

En este tipo de curva el signo importante es el elemento de la rotación, que se identifica mejor cuando la columna está en flexión. Con el tiempo surgen deformidades de vértebras, discos, ligamentos y costillas.

Actitud escoliética

Muy frecuente en niños y adolescentes. No necesita medidas terapéuticas, pero sí vigilancia.

En el I.A. se llega por

Anormal,.....

- postura NCOC 781.9

CLASIFICACIÓN

a) Escoliosis congénita (754.2)

Se acompaña de anomalías de las vértebras, como serían hemivértebras o vértebras fusionadas. Los casos más graves pueden originar escoliosis de evolución implacable e incapacitantes.

b) Escoliosis idiopática

Es la escoliosis más frecuente y se subdivide en tres tipos:

1.- Escoliosis infantil (737.3x)

En este grupo la curva surge en los primeros tres años de vida, sin anomalías vertebrales.

2.- Escoliosis juvenil entre los 3 y los 10 años de vida (737.30)

3.- Escoliosis idiopática del adolescente (737.30)

La curva se advierte por primera vez hacia los diez años de vida y el pronóstico depende de la edad de inicio del problema (peor cuanto más joven) y del nivel de la curva (peor las torácicas).

En el I.A. se llega por

- Escoliosis** (adquirida) (postural) 737.30
- idiopática 737.30
- - infantil
- - - progresiva 737.32
- - - resolutive 737.31

Tratamiento

La mayor parte de las escoliosis estructurales muestra progresión, con excepción de casi todos los casos infantiles. Las bases actuales del tratamiento incluyen intentos de que no evolucione la curva, y para ello se utiliza inmovilización externa durante todo el tiempo posible, para después practicar fusión quirúrgica de la columna cuando el niño tiene la edad suficiente para que haya logrado un crecimiento razonable.

Medidas conservadoras

La inmovilización externa se consigue con enyesados, ortesis y dispositivos de tracción. La ortesis de Milwaukee (**93.23**) es la que ha producido mejores resultados, pues ejerce presión debajo del occipucio y el mentón, con contrapresión en las crestas ilíacas.

Método quirúrgico

La fusión quirúrgica se puede realizar por vía dorsal o por doble vía, según el grado de desviación, por medio de un dispositivo de fijación interna. El más conocido es el método de Cotrel Bubousset (**81.0x**), que permite una corrección tridimensional de la columna. También puede usarse la tracción preoperatoria con un dispositivo de tracción en halo pélvico (**93.4x**) y, después de la corrección, puede emprenderse la fusión quirúrgica desde el dorso, por medio de un dispositivo de fijación interna. El más conocido ha sido el creado por Harrington (**81.0x**), que utiliza varillas internas para conservar la corrección mientras se produce la fusión.

En el I.A. se llega por

- Fusión**
- espinal (con injerto) (con fijación interna) (con instrumentación) 81.00

c) Escoliosis neurológica

d) Escoliosis muscular (Duchenne..., etc.)

2.- Cifosis del adolescente (Enfermedad de Scheuermann) (**732.0**)

La cifosis es una curva vertebral cóncava hacia adelante. En la *Enfermedad de Scheuermann* las epífisis anulares de los cuerpos vertebrales se desarrollan de forma anormal, por lo que estos últimos no crecen de modo apropiado y terminan por tener una forma cuneiforme. Esto

ocasiona una cifosis torácica larga y el sujeto, al estar sobre sus dos pies, muestra redondeamiento de los hombros.

3.- Espondilolistesis

En este trastorno, una vértebra se desliza hacia adelante en relación con la inferior (por lo común L5 sobre S1 o L4 sobre L5). Se advierten diversos tipos y grados, y a veces quedan atrapadas las raíces de nervios lumbares, lo que ocasiona ciática, que puede ser bilateral. Puede ser congénita (**756.12**) o adquirida (**738.4**), por fracturas por fatiga, un traumatismo definido o una degeneración discal.

El tratamiento es conservador y solo en casos persistente, o si se advierte una anormalidad neurológica, se necesita a veces laminectomía, seguida de fusión vertebral.

Trastornos del desarrollo: cuadros epifisarios

Osteocondritis

1.- Enfermedad de Perthes (**732.1**)

El cuadro en cuestión, que afecta la epífisis femoral superior, incluye isquemia e infarto de la epífisis en crecimiento. Suele aparecer entre los ocho y los doce años, con dolor y claudicación.

Para su tratamiento se coloca la cadera en rotación interna y abducción, por tracción u ortesis.

2.- Otras formas de osteocondritis

* Enfermedad de Osgood-Schlatter (**732.4**)

Es muy frecuente en adolescentes y cursa con inflamación de la epífisis del tubérculo tibial (epifisitis). En casi todos los casos hay remisión espontánea.

* Osteocondritis del escafoides (Enfermedad de Köhler) (**732.5**)

Cuadro raro, con dolor en los pies en un adolescente y que remite espontáneamente.

* Epifisitis del calcáneo (Enfermedad de Sever) (**732.5**)

El cuadro típico es el de un niño con dolor, espontáneo y a la palpación, en la cara posterior del talón.

* Osteocondritis disecante (**732.7**)

Una zona del hueso con su cartílago articular supradyacente muestra necrosis, se desprende poco a poco y puede pasar a la articulación en la forma de un ratón o cuerpo suelto intraarticular.

La articulación más afectada es la rodilla, aunque también aparece en tobillos, caderas y codos.

Tiene buen pronóstico salvo en las lesiones extensas, en que tienden a la osteoartritis.

* Otros huesos son susceptibles de mostrar osteocondritis o epifisitis, como el semilunar (Enfermedad de Kienbock) (**732.3**), las vértebras (**732.0**) y el quinto metatarsiano (**732.5**).

Infecciones agudas de huesos y articulaciones

1.- Osteomielitis aguda (*vista en el monográfico de Fracturas*)

2.- Osteomielitis de la columna **(730.28)**

Suele ser menos agudo que la que surge en otros sitios. Afecta los cuerpos vertebrales.

El I.A. distingue entre Osteomielitis

Aguda o subaguda 730.08

Crónica o antigua 730.18

No especificada 730.28

3.- Artritis supurada aguda **(711.00-711.09)**

Es un cuadro grave y lesivo que surge por progresión de osteomielitis, por diseminación hematogena en lactantes, en articulaciones reumatoideas de pacientes que reciben esteroides y en lesiones penetrantes de articulación.

La infección suele ser causada por estafilococos. Aparece inflamación y engrosamiento de la membrana sinovial, aumenta el líquido intraarticular y se vuelve purulento.

El espasmo muscular y el reblandecimiento del ligamento y la cápsula permiten a veces que surja luxación (en particular en la cadera del lactante o artritis de Smith). Cuando se exterioriza el pus, el cartílago articular ha sufrido daño intenso, y en la cadera puede aparecer necrosis isquémica de la cabeza femoral.

Se trata con drenaje y lavado articular con antibióticos.

En la reparación hay intensa fibrosis, a menudo con anquilosis articular y ósea.

Si la articulación está fuertemente dañada y dolorosa, a veces obliga a fusión quirúrgica ulterior.

Infecciones generales agudas con manifestaciones osteoarticulares

1.- Septicemia y piemia **(038)**

El Índice Alfabético nos remite a la categoría 711 cuando queremos codificar una artropatía debida a una infección.

En el I.A. se llega por

Poliartritis, poliartropatía NCOC 716.59

- debida o asociada con otras enfermedades especificadas – *véase* Artritis, debida o asociada con

Artritis

- debida o asociada con

- - infección (*véase además* Artritis infecciosa) 711.9

Cuando una septicemia cursa con afectación articular y se necesita codificación múltiple, será código secundario el de la artritis.

2.- Poliomiелitis **(045)**

Es una de las pocas infecciones virales de importancia en ortopedia. En la actualidad es rara en muchos países, pero surge de manera esporádica. Se inicia en forma de una infección intestinal aguda y los virus por lo regular se diseminan a las neuronas del asta anterior de la médula espinal y producen necrosis rápidamente y, como consecuencia, parálisis. Afecta más bien a niños y adultos jóvenes.

Actualmente sí podemos encontrar pacientes afectados por secuelas de una poliomielitis antigua.

La C.I.E.-9-MC emplea la categoría **138 Efectos tardíos de poliomielitis aguda** para indicar enfermedades clasificables bajo 045 como causa de los efectos tardíos o secuelas, los cuales se encuentran clasificados bajo otros conceptos. El diagnóstico principal será la secuela (los efectos tardíos incluyen enfermedades especificadas como tales o como secuelas, o aquellas debidas a poliomielitis antigua o inactiva) y el código 138 será secundario.

3.- Rubeola (**056.71**) y sarampión (**055.79**)

Pueden causar poliartritis o sinovitis aguda.

No necesitan codificación múltiple para la artropatía.

Infecciones crónicas con manifestaciones osteoarticulares

1.- Osteomielitis piógena crónica (**730.1x**)

Es una infección ósea rara y localizada, que se caracteriza por exacerbaciones de la infección, dolor e hinchazón y a menudo con formación de pus, que alternan con períodos de reposo que duran a veces varios años. Es frecuente que aparezcan fístulas, sobre todo después de lesiones penetrantes, fracturas compuestas y artroplastia de reemplazo.

La antibioterapia y los intentos de erradicación local con colocación de injertos pueden fracasar, y entonces hay que amputar.

2.- Tuberculosis de hueso y articulaciones (**015**)

La tuberculosis de huesos y articulaciones es causada por dos tipos del bacilo de esta enfermedad, que son el humano y el bovino.

La tuberculosis de huesos y articulaciones por lo común surge en etapas finales de la enfermedad generalizada. La infección inicial está localizada en vías respiratorias o gastrointestinales y los bacilos llegan a la columna o a las extremidades por diseminación hematógena.

En el I.A. se llega por

Artritis

- debida a, o asociada con

- - tuberculosis (véase además Tuberculosis, artritis) 015.9 [711.4]

a) Tuberculosis de la cadera (**015.1x**)

b) Tuberculosis de la columna: mal de Pott (**015.0x**)

c) Paraplejia tuberculosa: paraplejia de Pott (015.0x) [730.88]

La C.I.E. emplea la subcategoría **137.3 Efectos tardíos de tuberculosis ósea y articular** para indicar enfermedades clasificables bajo 010-018 como causa de los efectos tardíos o secuelas, los cuales se encuentran clasificados bajo otros conceptos. El diagnóstico principal será la secuela (los efectos tardíos incluyen enfermedades especificadas como tales o como secuelas, o aquellas debidas a tuberculosis antigua o inactiva) y el código 137.3 será secundario.

Enfermedad ósea de Paget (731.0)

Se conoce también como osteítis deformante y se desconoce su causa (aunque se sospecha que es viral).

El sujeto por lo común es un individuo cifótico con el cráneo agrandado, postura simiesca con pelvis amplia, encorvamiento lateral de fémur y tibia, y el cuello femoral en varo. Muchos pacientes tienen como manifestación inicial alguna fractura patológica.

Trastornos degenerativos de la columna

1.- Degeneración de discos intervertebrales (722.4-722.6)

A lo largo de la vida el disco intervertebral va cambiando su composición y en consecuencia se van alterando sus propiedades. Así, el disco de un joven es fibroso y elástico, mientras que el del anciano está compuesto casi del todo por una trama de colágena, por lo que pierde elasticidad y su función absorbente de choques.

2.- Prolapso o desplazamiento del disco intervertebral

El trastorno tiende a surgir cuando ha aparecido algún grado de degeneración, pero antes de que el disco se transforme del todo en colágena (suele observarse entre los 30 y 45 años). La degeneración afecta las porciones más móviles de la columna, como son la cervical y la lumbar, y es más frecuente en ellas.

La CIE-9-MC distingue para cada localización con códigos diferentes la presencia o no de mielopatía. Los desplazamientos sin mielopatías se codifican con 722.0 – 722.2 y con mielopatía en el 722.7x.

En el I.A. se llega por

Desplazamiento

- disco intervertebral (con neuritis, radiculitis, ciática ...) 722.2
- - con mielopatía 722.70
- - cervical, cervicodorsal o cervicotorácico 722.0
- - - con mielopatía 722.71

Tratamiento Quirúrgico

Laminectomía con discectomía (80.51)

La operación incluye seccionar un segmento cuadrangular en el ligamento amarillo y las láminas y a través de él extraer el material discal prolapsado. Los resultados en los casos apropiados suelen ser satisfactorios.

Microdissectomía (80.59)

Es una técnica con mínima penetración corporal en que se llega al disco con instrumentos que se introducen de manera percutánea y la visualización se hace a través de un endoscopio, por lo que añadiremos el código (80.29)

como procedimiento secundario.

Se fragmenta el material discal y se extrae por aspiración.

Quimionucleosis (80.52)

Se inyecta quimiopapaína (enzima proteolítica) directamente en el disco afectado, bajo control radiográfico.

3.- Espondilosis (721.XX)

Se conoce como espondilosis al conjunto de la degeneración discal y osteoartritis secundaria de las articulaciones intervertebrales y/o posterolaterales afectadas por una osteoartritis secundaria; habitualmente se afectan las regiones cervical y lumbar.

Se codifica con la categoría **721 Espondilosis y trastornos conexos**. Tiene entrada directa por el I.A. con numerosos modificadores esenciales. Distingue la presencia o no de mielopatía en cada localización.

Trastornos degenerativos: otras localizaciones

Algunos de los trastornos que describimos a continuación pueden presentarse simultáneamente o en diversos intervalos en el mismo paciente; al parecer forman parte de un síndrome de cuadros degenerativos de tejidos colágenos.

1.- Capsulitis adhesiva del hombro (726.0)

2.- Síndrome del manguito de los rotadores (726.10)

3.- Rotura total del manguito de los rotadores (727.61)

4.- Epicondilitis (Codo de tenista) (726.32)

Es una epicondilitis frecuente en quienes juegan tenis y en personas cuyas actividades comprendan presión manual y movimientos de giro lateral del antebrazo, como mecánicos de automóviles y albañiles.

El dolor es crónico, localizado en la mitad externa del codo y se irradia al borde externo del antebrazo y sobre todo aumenta con la presión manual.

5.- Tenosinovitis (727.0x)

Es un cuadro en el cual la vaina tendinosa se inflama y a menudo se distiende por líquido. Frecuentemente es causada por traumatismos, en particular los que surgen con movimientos repetidos.

El dolor, que es crónico y se irradia, lo causa el movimiento del tendón. Es típico de los tendones flexores o extensores del pulgar, o de los dedos de la mano.

6.- Tenosinovitis de De Quervain (**727.04**)

El engrosamiento de las vainas tendinosas del abductor largo y del extensor corto del pulgar, causado por movimientos repetitivos (presión repetida con la mano), origina dolor en la muñeca.

7.- Dedo en gatillo adquirido (**727.03**)

Se afecta la vaina del tendón flexor y éste produce un chasquido al cruzar la apófisis estiloides del radio.

8.- Bursitis de origen ocupacional o profesional (**727.2**) (Lesión por distensiones repetitivas)

Describe diversos cuadros, poco precisos, que al parecer son causados por movimientos y distensiones repetitivas. Muchas ocupaciones los incluyen al tratarse de producciones en serie.

9.- Contractura de Dupuytren (**728.6**)

Es un cuadro que afecta el tejido colágeno de la aponeurosis palmar y es más frecuente en varones.

El signo característico es una contractura de evolución lenta, en flexión, de los dedos de la mano y el pulgar. Se palpan engrosamientos y nódulos en la aponeurosis palmar. Suele necesitarse cirugía de liberación o fasciectomía (**82.35**) en caso de contractura establecida.

10.- Fascitis plantar (síndrome de dolor en el talón) (**728.71**)

Surge al final de la etapa intermedia de la vida y se caracteriza por dolor crónico debajo del talón. A veces se advierte un espolón en el punto de inserción de la aponeurosis plantar.

11.- Ganglión (**727.4x**)

Masa quística muy cerca de una articulación o una vaina tendinosa. Los gangliones aparecen sobre todo en el dorso de la mano, la muñeca y el tobillo.

Están llenos de un gel de origen sinovial, son de tamaño variable y pueden desaparecer espontáneamente.

En ocasiones son muy molestos y requieren extirpación quirúrgica.

Algunas intervenciones quirúrgicas que tienen relación con estos diagnósticos son:

- sinovectomía 80.7x
- ganglionectomía de vaina de tendón de mano 82.21
- ganglionectomía de vaina de tendón (no de mano) 83.31
- excisión de quiste sinovial no especificado 83.39

12.- Rotura espontánea de tendones (727.6x)

En el I.A. hay que entrar por el término **Ruptura**, no por rotura, y buscamos el modificador “no traumática”.

Merece destacar la rotura espontánea de los siguientes tendones:

- bíceps braquial (727.62)
- cuadriceps crural (727.65)
- tendón de Aquiles (727.67)
- tendones de la mano (727.64)

Trastornos degenerativos del cartílago articular

En el cartílago hialino articular se dan cambios degenerativos que culminan en la osteoartritis, llamada a menudo osteoartrosis, porque esencialmente es un trastorno no inflamatorio.

1.- Osteoartritis (715)

Es la enfermedad de las articulaciones sinoviales en que el cartílago articular muestra grietas, fisuras y reblandecimiento, y poco a poco se desgasta hasta dejar al descubierto el hueso subyacente. El hueso subcondral se engruesa, hay cambios de intensidad, y hay proliferación de hueso nuevo en los bordes de la superficie articular, con lo que se forman osteofitos. En la cápsula y los ligamentos se producen cambios secundarios, de modo que la articulación queda rígida y dolorosa.

Tratamiento quirúrgico

En los casos graves se necesita cirugía, en particular cuando hay perturbación del sueño o imposibilidad de trabajar.

- Lavado artroscópico (80.2x)** que puede acompañarse de sinovectomía parcial (80.7x)
- Osteotomía** para aliviar el dolor (se sospecha que el mecanismo de acción es vascular) (77.2x)
- Artrodesis (81.2x)**
- Artroplastia (81.4x – 81.8x)**

2.- Condromalacia (733.92)

Cuadro degenerativo del cartílago articular, que por lo general surge en adultos jóvenes y afecta típicamente a la rótula (717.7). Se desconoce su etiología. La superficie articular de la rótula se reblandece, se arruga, se deshilacha y se desprende. Ocasiona dolor y derrames recurrentes y a menudo hay incapacidad funcional repentina de la rodilla (cede). Al cabo del tiempo suele aparecer osteoartritis.

A veces hay que extirpar la rótula total (77.96) o parcialmente (77.86) aunque es más frecuente legar la superficie cartilaginosa áspera (80.8x) y realinear el tendón rotuliano.

Enfermedades metabólicas del hueso y trastornos hemorrágicos

Los huesos, además de su función de soporte, actúan como órganos importantes para controlar el metabolismo del calcio y del fosfato del organismo. El esqueleto contiene el 98% del calcio corporal.

Pérdida de tejido óseo

La pérdida de hueso (acompañada de menor densidad radiográfica y por lo común de adelgazamiento de las corticales) puede deberse a:

- 1 disminución en la formación de osteoide (**osteopenia**)
- 2 menor mineralización del osteoide (**osteomalacia**)
- 3 incremento en la eliminación de hueso por osteoclastos (**osteolisis**)

1.- Osteopenia (**733.90**)

Causas alimentarias

Causas endocrinas

Atrofia por desuso (733.7)

Osteogénesis imperfecta (ver displasias óseas) (756.51)

2.- Osteomalacia

Raquitismo (268.0)

Es la forma infantil de la osteomalacia.

Raquitismo renal (588.0), y Raquitismo refractario a vitamina D (275.3)

Los problemas ortopédicos son iguales a los del raquitismo corriente, con deformaciones óseas similares y también la tendencia a la fragmentación y deslizamiento de la cabeza femoral, lo cual ocasionaría coxa vara.

Osteomalacia del adulto (268.2)

3.- Osteolisis (**733.90**)

En este caso, la pérdida de hueso mineralizado se debe a la resorción osteoclástica del exceso de depósito.

Hiperparatiroidismo primario (Enf. de Von Recklinghausen) (252.0)

Se caracteriza por porosis esquelética generalizada y la aparición de lesiones quísticas llenas de tejido conectivo, que han dado a esta enfermedad el nombre de *osteítis fibrosa quística*.

Osteoporosis (733.00)

La osteoporosis consiste en la reducción en la cantidad de masa ósea. Esta circunstancia lleva a una debilidad del hueso que hace que puedan presentarse fracturas ante traumatismos mínimos o incluso sin ellos (fracturas patológicas).

Los principales tipos de osteoporosis y sus códigos correspondientes son:

osteoporosis senil o postmenopáusica 733.01

osteoporosis por desuso 733.03
osteoporosis idiopática 733.02
osteoporosis farmacológica (por ej. por corticoides) 733.09
osteoporosis no especificada o generalizada 733.00

Se codifican también con códigos de osteoporosis las expresiones:

vértebra adelgazada 733.00
degeneración cuneiforme de vértebra 733.00
vértebra cuneiforme 733.00

Defectos de coagulación (Hemofilia y cuadros afines)

Son frecuentes las hemorragias en la misma articulación, que acaba destruyendo el cartílago articular, con fibrosis y contracturas.

En el I.A. se llega por

Artritis

- debida a, o asociada con
- - trastorno hematológico NCOC 289.9 [713.2]

Cuadros reumáticos inflamatorios

Grupo heterogéneo de trastornos que tiene como factor común la afectación inflamatoria de las membranas sinoviales de articulaciones, y las vainas tendinosas, bolsas e inserciones ligamentosas (entesis).

Se ha demostrado que hay una alteración inmunológica y se han identificado muchos anticuerpos humorales.

1.- Artritis reumatoide (714.0)

Es una enfermedad frecuente que afecta a personas en la etapa intermedia de la vida, y con mayor frecuencia a mujeres que a hombres.

Su cuadro inicial es de rigidez y molestias cada vez más intensas en articulaciones pequeñas periféricas y en particular en las manos, y puede evolucionar hasta causar incapacidad y deformidades profundas.

La enfermedad es crónica y de evolución lenta, de modo que el tratamiento incluye una combinación de medidas médicas, sociales y psicológicas.

Tratamiento

Medidas médicas: en etapas agudas conviene el reposo.

La base del tratamiento son los **antiinflamatorios**.

Cirugía: cada vez es más útil para estos enfermos.

Sinovectomía, que puede acompañarse de sinovectomía parcial.

Reparación de tendones rotos y técnicas capsulares, para recuperar el movimiento activo de los dedos de la mano.

Artrodesis, o fusión articular.

Artroplastia

2.- Enfermedad de Still (714.30)

El término **artritis juvenil crónica** incluye la enfermedad de Still y otros cuadros, habitualmente monoarticulares, en los que destacan los efectos sistémicos sobre los articulares.

Hay una notable tendencia a la anquilosis.

3.- Polimialgia reumática (PMR) (725)

Es una forma de enfermedad reumática que afecta más a mujeres, y rara antes de los 50 años. Hay dolor sordo y rigidez en los músculos del cuello, la cintura escapular, y a veces, el dorso y la cintura pélvica.

4.- Espondilitis anquilosante (720.0)

Es una enfermedad reumática.

La enfermedad es más frecuente en varones jóvenes adultos.

El signo característico es la osificación de los ligamentos de la columna y de los discos intervertebrales, de tal manera que la columna se transforma en un cilindro sólido con una cifosis cada vez más intensa (*columna de bambú*) por la fusión intervertebral. Siempre ataca las articulaciones sacroilíacas.

Puede afectar otras articulaciones, en particular las de mayor tamaño.

Los individuos con deformidad muy grave pueden necesitar osteotomía correctora en la columna (77.29, 77.39)

5.-Sinovitis aguda (727.0X)

No es raro que un paciente acuda al médico con una articulación hinchada y dolorosa, con derrame y a menudo engrosamiento sinovial. La rodilla es la articulación que se afecta con más frecuencia.

Cuadros reumáticos inflamatorios fuera del capítulo 13

1.- Síndrome de Reiter (099.3) [711.1]

La sinovitis o la artritis, en estos casos, se acompañan de uretritis y conjuntivitis inespecífica. No tiene un único patrón de presentación y suele remitir espontáneamente.

Dos de los elementos de este cuadro son la fascitis plantar y la tendinitis de Aquiles. En un caso crónico, un signo frecuente es la periostitis, y la sacroileitis surge igual que en la espondilitis anquilosante.

2.- Artritis psoriásica (696.0)

Entre el 5 y el 10% de los pacientes con psoriasis presentan poliartritis de tipo reumatoide, que por lo común afecta las articulaciones pequeñas de las manos y de los pies.

3.- Artropatía gotosa (274.0)

Es una enfermedad metabólica caracterizada por el depósito de uratos en los tejidos. Afecta con mayor frecuencia a varones y la artritis se presenta por lo común en las rodillas y las articulaciones distales de manos y pies. De manera característica afecta la articulación metatarsofalángica del primer dedo del pie.

Es una enfermedad crónica, pero se caracteriza por ataques agudos. Los ataques repetidos van lesionando la articulación, que puede llegar a destruirse.
El tratamiento es farmacológico.

4.- Seudogota o Pseudogota (275.49) [712.3]

En el I.A. se llega por

Seudogota - véase Condrocalcinosis

Cuadro que en algunos aspectos es semejante a la gota, pero menos aguda, y en el cual se depositan cristales de pirofosfato cálcico y no de ácido úrico en las articulaciones afectadas. Un signo frecuente es la calcificación de los meniscos de las rodillas, y suele haber osteoartritis.

ORTOPEDIA POR REGIONES

Trastornos raquídeos

1.- Estenosis espinal cervical (723.0) y resto de localizaciones de estenosis espinal (724.0)

Trastornos como espondilolistesis, osteofitos y prolapso discal, producen angostamiento local. En algunas personas con el conducto estrechado a nivel lumbar, puede haber compresión de la cola de caballo y producir un síndrome característico de dolor y claudicación. Se trata quirúrgicamente con la descompresión del sector afectado.

En el I.A. se llega por

Descompresión

- cauda equina 03.09

El código de estenosis no se codifica cuando la estenosis está provocada por la espondilolistesis o el prolapso discal.

2.- Dorsalgia crónica (724.5)

El dolor en el cuello y el dorso son muy frecuentes. El interés reciente en cuadros de la columna ha permitido diagnosticar una variedad cada vez mayor de trastornos. Algunos de ellos afectan a las articulaciones facetarias posteriores y con frecuencia causan compresión radicular. Sin embargo, en muchos pacientes es imposible un diagnóstico preciso y se les califica como víctimas de *distensiones ligamentosas*, *fibrositis*, *lumbago*, *distensiones sacroilíacas* o *esguinces* poco definidos.

El término *dorsalgia simple* se ha sugerido como una clasificación diagnóstica, cómoda pero inespecífica.

Trastornos del codo

Bursitis olecraniana (726.33)

Aguda

El cuadro agudo por lo común aparece en personas con actividades que les obligan a apoyarse en los codos. La bolsa olecraniana se llena de sangre y muestra hinchazón e inflamación agudas. Raramente se infecta.

Se aspira (**81.91**) si hubiera mucha tensión y se drena (**83.94**)

Crónica

La bolsa se distiende de manera crónica con líquido; es dolorosa al tacto, pero no espontáneamente.

Se trata con aspiración y a veces se necesita extirpar la bolsa (**83.5**) si continúa causando síntomas.

Trastornos de la rodilla

Desgarros de los meniscos

La CIE-9-MC distingue entre lesiones de meniscos actuales (**836.0 - 836.2**) y antiguas (**717.0 - 717.5**).

En el I.A. se llega por

Desgarro, desgarrado (traumático)

- menisco (rodilla) (traumatismo actual) 836.2

- - antiguo 717.0

Tratamiento

Si hay afectación de ligamentos (**81.42 - 81.47**)

Si no hay afectación de ligamentos (**80.6**)

La **cirugía artroscópica** se usa en casi toda la cirugía de meniscos, en cuyo caso añadiremos el código (**80.26**).

Trastornos del pie

Hallux valgus adquirido (**735.0**)

Se tiende a formar una **bolsa adventicia** debajo de la piel que cubre la cabeza sobresaliente del metatarsiano. La bolsa puede **inflamarse** de manera aguda y doler, situación conocida como **juanete** (**727.1**).

Cura con antibióticos el episodio agudo, pero el trastorno reaparece.

Tratamiento quirúrgico

1 Osteotomía del primer metatarsiano (77.51)

En el cuello del metatarsiano se hace un corte en escalón y se desplaza la cabeza hacia dentro, uniéndose.

2 Método de Keller (77.59)

Se legra la prominencia de la cabeza y se extirpa la base de la falange; el dedo vuelve a una posición neutra. Hay anquilosis fibrosa y el dedo se acorta y pierde su función.

3 Artrodesis de la articulación metatarsofalángica (77.52)

4 Artroplastia (77.58)

Métodos quirúrgicos en ortopedia

1.- Aspiración articular (**81.91**)

La aspiración de una articulación suele hacerse con fines **diagnósticos** o **terapéuticos**.

2.- Biopsia de estructura articular (**80.30 - 80.39**)

Obtención de fragmentos de tejido para estudio histológico o cultivo.

1 Biopsia con obtención de material **con aguja**: para pequeñas muestras de tejido.

2 Biopsia por **sacabocado**: sobre todo para muestras óseas.

3 Biopsia **quirúrgica**: para tumores de tejidos blandos y huesos.

3.- Artroscopia (**80.20 - 80.29**)

Es una técnica que se ha perfeccionado en los últimos años.

Salvo que haya un código de combinación, siempre hay que añadir su código al del procedimiento, que irá en primera posición.

4.- Liberación de tejidos blandos (**83.01 - 83.19**)

Es una técnica operatoria para **corregir** las **deformidades** causadas por **contracturas de tejidos blandos**, como ocurre en cuadros paralíticos.

5.- Tenotomía (**83.13**)

Excluye: diafragma, mano y ojo

Es la **sección de un tendón** para corregir contracturas de tejido blando. Puede hacerse de forma cerrada o abierta. Si se desea elongar y volver a suturar el tendón, por lo común se realiza con una técnica en Z.

6.- Trasplante de tendones (**83.75**)

El desequilibrio muscular paralítico puede ocasionar contracturas articulares en el niño en crecimiento. Cabe recurrir a los trasplantes de tendones para restaurar el equilibrio, o a veces alguna función específica, como sería el caso de la mano.

Excluye: el asociado con artroplastia

7.- Osteotomía (**77.2X - 77.3X**)

Excluye: huesos de la cara, la nariz, cráneo, etc.

El término denota el corte de un hueso, por lo común de manera abierta y operatoria (la osteoclasia señala la fractura intencional de un hueso).

Se usa para corregir deformidades óseas y a veces contracturas musculares persistentes; en este último caso debe practicarse lo más cerca de la articulación. Es posible corregir todos los tipos de deformidad, incluida la rotación.

Se deja que los cabos de osteotomía, se unan por fijación con un enyesado externo o por fijación interna (78.5x)

También se ha utilizado para aliviar el dolor en la osteoartritis de la cadera y de la rodilla.

8.- Artrotomía (**80.1X**)

Abertura quirúrgica de una articulación para drenaje, exploración o una técnica quirúrgica.

9.- Artrodesis (**81.00 - 81.29**)

Fusión quirúrgica de una articulación (el término anquilosis indica la fusión espontánea, como ocurre tras una infección articular).

Suele tener dos indicaciones:

- 1 Alivio del dolor en una articulación muy dañada por una enfermedad.
- 2 Para estabilizar una articulación que ha perdido su estabilidad por daño ligamentoso o parálisis.

Puede ser:

- 1 Fijación externa, habitualmente un enyesado (**93.51**).
- 2 Combinando fijación externa con compresión (**81.2X**), como la *fusión de Charnley de la rodilla* (**81.22**), en la que se seccionan de manera recta los cóndilos y se sostienen con firmeza los extremos esponjosos por medio de clavos de Steinmann, que se acercan por medio de pinzas y se comprimen.
- 3 Fijación interna por tornillos, varillas y otros dispositivos, como la fijación de una escoliosis (**81.00 - 81.09**).
- 4 La fusión puede ser auxiliada por medio de injertos de hueso, que no codificaremos al estar recogido en las notas de inclusión de las categorías (**81.0 - 81.2**).

10.- Artroplastia (**81.5X , 81.7X , 81.8X y 81.96**)

Es el reemplazo artificial de una articulación, y son la rodilla y la cadera las dos que más se intervienen.

Se conocen básicamente dos tipos de artroplastias:

1 Artroplastia **parcial**

Se reemplaza solo una de las superficies articulares.

2 Artroplastia **total**

Se reemplazan ambas superficies articulares, con metal o una combinación de metal y cerámica- contra plástico.

11.- Discectomía (**80.51**) laminectomía y laminotomía

Método por el cual se extraen las láminas de una o más vértebras con sus ligamentos, y se llega al conducto raquídeo. La técnica puede practicarse desde un lado solamente o en ambos; en este caso se extraen apófisis espinosas y ligamentos.

Es posible extraer un disco intervertebral prolapsado al hacer un orificio por el ligamento amarillo y extraer fragmentos de la lámina por arriba y debajo del disco; también se ha llamado laminectomía a dicha técnica, pero en sentido estricto debería denominarse *laminotomía o fenestración* (**03.09**).

Cuando la laminectomía y la laminotomía se practican como vía para extraer un disco intervertebral (discectomía), en este caso sólo se codificará la discectomía (**80.51**).

12.- Amputación (**84.00 - 84.19**)

En ocasiones es indispensable amputar parte de una extremidad por alguna de las causas siguientes:

- 1** Su conservación amenaza la vida, como en caso de neoplasias o infecciones graves.
- 2** La extremidad ha perdido su viabilidad, como en caso de después de traumatismos o insuficiencia vascular.
- 3** La función o el aspecto pueden mejorar al reponer la zona por una prótesis, como en caso de parálisis.
- 4** Excepcionalmente si hay dolor rebelde a otras formas de tratamiento.

La CIE-9-MC tiene códigos para distinguir la revisión del muñón de amputación (un cierre secundario o un recorte) de una revisión mediante una nueva amputación de una lesión actual.

En el I.A. se llega por

Revisión

- muñón de amputación 84.3
- - traumática actual – véase Amputación

Anomalías congénitas de diversas localizaciones

1.- Deformidades por reducción y hemimelias (755.2x, 755.3x, 755.4)

Caracterizados por la ausencia de uno u otro componente de las extremidades, como serían ausencia o hipoplasia del radio o ausencia de un hueso individual, parte de él o músculos. Pueden faltar parte de un miembro o todo él.

2.- Fusión de dedos

En la mano pueden ser desfigurantes, como la mano en tenaza de langosta (**755.58**).

3.- Pulgar en gatillo (756.89)

Se trata por corte longitudinal de la vaina tendinosa.

4.- Luxación congénita de la rodilla (754.41)

Se corrige con cirugía.

5.- Artrogriposis múltiple congénita (754.89)

6.- Menisco discoide (717.5)

En este trastorno el menisco externo o lateral no se desarrolla de manera adecuada.

7.- Hombro de Sprengel (755.52)

El omóplato está más alto y de menor tamaño que lo normal, con rotación en aducción.

8.- Deformidad de Madelung (755.54)

En este trastorno, la porción interna de la epífisis radial inferior no crece de manera normal, de modo que el radio se curva y el cúbito, que sigue creciendo normalmente, muestra una subluxación retrógrada.

9.- Tortícolis congénita (754.1)

El niño presenta una masa en el músculo esternocleidomastoideo, fusiforme y fija, habitualmente en las primeras semanas de vida.

Anomalías congénitas de la cadera

1.- Luxación congénita de la cadera (754.30-1)

La luxación verdadera de la cadera, es decir, aquella en que dicho órgano muestra luxación desde el nacimiento, es rara, pero se ha dado un significado más amplio a dicha entidad y se incluye en ella el cuadro Displasia de la Cadera (755.63)

2.- Subluxación de cadera (754.32-3)

Tratamiento

El principio del tratamiento es reducir la cadera y conservar dicha reducción hasta que el acetábulo y los tejidos blandos se desarrollan en grado suficiente para contener la cabeza femoral. A menudo la cabeza se reduce por tracción o manipulación.

En algunos casos puede ser necesaria la reducción abierta.

Se trata con tracción (93.43 - 93.46) e inmovilización (93.5x)

Anomalías congénitas del pie (754.50 – 754.89)

La expresión latina “talipes” denota pie deforme, contrahecho.

Pie Zambo es el nombre común para el pie torcido.

Pie equinovaro (754.51)

Se trata del típico pie zambo, y puede ser bilateral. El calcáneo es pequeño y por ello hay acortamiento de todo el pie y la pierna. La planta se orienta hacia adentro, o incluso hacia arriba.

Tratamiento

Los niños que nacen con estas malformaciones deben contar con un pie plantígrado corregido para cuando comiencen a caminar.

- Operación de Evans (83.84), se extirpa la articulación calcaneocuboidea para producir fusión lateral.

- Operación de Dwyer (77.28), obtención de una cuña de la cara externa del calcáneo, para corregir la inversión del talón.

Anomalías raquídeas congénitas (756.10 – 756.19)

Las malformaciones congénitas de la columna vertebral son más frecuentes en las regiones torácica inferior, lumbar y sacra. Son muy comunes las de menor magnitud en la unión lumbosacra y habitualmente tienen escasa importancia. En el caso de deformidades más graves, la más común y trascendente es la espina bífida.

1.- Espina bífida

:

- 1.- La **espina bífida oculta (756.17)** es frecuente y permanece asintomática.
- 2.- El **meningocele (741.9)** no se acompaña siempre de anomalías de la médula espinal, pero el saco se continúa con la piel y a veces se necesita extirpar y cerrar el defecto.
- 3.- La espina bífida con **mielomeningocele (741.9)** es una de las malformaciones congénitas más frecuentes y tiene consecuencias clínicas importantes:

-

- a menudo también hay una malformación del tallo encefálico, con lo que aparecen hidrocefalia y a menudo defectos psíquicos (malformación de Arnold-Chiari (**741.0**)).

En el I.A. se llega por

Espina bífida (abierto) 741.9

- con hidrocefalo 741.0
- oculta 756.17

Tratamiento (03.5x)

Los niños con mielomeningocele pueden conservar la vida si se cierra por medios quirúrgicos el defecto raquídeo y si se controla la hidrocefalia.

2.- Escoliosis congénita (**754.2**)

.

Anomalías congénitas de la columna vertebral (756.1x)

Son poco frecuentes e incluyen el Síndrome de Klippel-Feil, (**756.16**) en el que hay deformidades en las vértebras cervicales que a menudo se fusionan, por lo que el cuello es corto y con membrana alar. Suele acompañarse de elevación de una o ambas escápulas, el llamado Hombro de Sprengel(**755.52**).

Han colaborado en el tema monográfico:

- D. JOSE M^a JUANCO VAZQUEZ
Servicio de Archivo y Biblioteca.- Hospital Insular.- Las Palmas
- Dña. COROMOTO RODRIGUEZ DEL ROSARIO
Servicio de Admisión.- Hospital Universitario de Canarias.- La Laguna
- D. ANTONIO PEREZ CABALLER
Sociedad Española de Traumatología y Ortopedia.- Clínica Moncloa.- Madrid

PREGUNTAS A LA UNIDAD

PREGUNTAS RECIBIDAS

1.- Un paciente que tenga diagnosticada una insuficiencia renal crónica secundaria a nefroangioesclerosis, y a su vez, una HTA secundaria a hiperaldosteronismo primario por un adenoma suprarrenal derecho ¿se podría codificar con los códigos 403.91 y 405.99?

RESPUESTA

Deberán codificarse ambas circunstancias, sin olvidar el adenoma seguido del código que identifica su actividad. Según el episodio, uno u otro sería el diagnóstico principal.

2.- ¿Cómo se codifica una neumonía diagnosticada como nosocomial?

RESPUESTA

La CIE-9-MC no dispone de códigos para clasificar de un modo específico las neumonías nosocomiales ya que este término no aparece en el Índice de Enfermedades ni como modificador esencial, ni no esencial. Por lo tanto, la única manera de clasificarlas es mediante el código que le corresponda según el tipo de neumonía y el germen que la causa no pudiéndose diferenciar de aquellas no nosocomiales.

3.- Síndrome catarral postvacunación en paciente con fibrilación auricular crónica, HTA, hiperuricemia e insuficiencia renal crónica. ¿Es correcto el código 519.8 como diagnóstico principal?

RESPUESTA

Si el facultativo ha documentado el diagnóstico de “Síndrome catarral” no se puede codificar como una “infección respiratoria” (519.8), sino con el 460 Nasofaringitis aguda (resfriado común).

4.- Paciente con fractura de suelo orbitario a quien se le realiza, mediante abordaje conjuntival, liberación de la periórbita y reconstrucción del suelo orbitario mediante prótesis de Medpor. ¿Son correctos los códigos de procedimiento 76.79 + 76.92?

RESPUESTA

Están correctamente asignados los códigos de procedimientos, ya que la reconstrucción de la órbita se clasificará en 76.79 entrando por el término “reducción de fractura” y a la reconstrucción del suelo orbitario se le asignará el 79.62 al que se llega entrando por el término “implante”.

5.- En el excluye de los nuevos códigos 99.10 y 99.20 dice entre otros:

Excluye: heparina (99.29)

- Siendo la heparina un anticoagulante ¿por qué no se codifica en el 99.19?

En todo caso ¿para qué tipo de anticoagulantes queda el 99.19?

RESPUESTA

La diferencia se encuentra en que la heparina es un anticoagulante de actuación inmediata y los dicumarínicos se emplean en el tratamiento crónico.

Existen cuatro tipos de anticoagulantes:

- Enzimas o antifibrinolíticos (Estreptoquinasa, uroquinasa) 99.10
- Heparina 99.29
- Inhibidores de la agregación plaquetaria excepto la heparina 99.20
- Antagonistas de la vitamina K (Sintrom-Acenocumarol) 99.19

6.- Paciente con asma intrínseca desde los 5 años (tiene 42 años).

Ingresa por broncospasmo secundario a bronquitis aguda que produce una insuficiencia respiratoria parcial. Viene trasladada de otro centro (urgencias) donde la diagnostican de crisis asmática.

En nuestro centro:

GAB: PCO2 21 PO2 72

Rx tórax: Enfisema pulmonar

J.D.: Broncospasmo secundario a bronquitis aguda que produce una insuficiencia respiratoria parcial.

¿Hay que codificar el enfisema?

¿Se debe poner el asma como obstructiva crónica o sólo como intrínseca?

RESPUESTA

En principio parece que el “enfisema” es un hallazgo radiológico que en el juicio diagnóstico no se menciona por lo que es precipitado correlacionarlo con el asma intrínseca ya diagnosticada. Por otra parte debería codificarse la bronquitis aguda pero no la insuficiencia respiratoria parcial que se encontraría implícita.

7.- ¿Cómo se codifica la colocación de arpón con control radiológico para marcaje previa tumorectomía en un acto distinto del quirúrgico?

RESPUESTA

No existe un código específico por lo que en el caso de tratarse de un acto distinto al quirúrgico se usaría un código residual existente en cada localización anatómica. En el caso más frecuente, en el de mama, se codificaría en 85.99, otras operaciones sobre mama.

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 Análisis Económico y Estadística.
Ministerio de Sanidad y Consumo.
Pº del Prado, 18-20.- despacho 1019.- 28014 MADRID.
Telf: (91) 596 16 90 - (91) 596 40 89.
E-Mail: mSENDINO@MSC.ES

FORMACION CONTINUADA

Paciente intervenida quirúrgicamente de un tumor temporoparietooccipital derecho que resultó ser un Oligodendroglioma anaplásico por lo que fue complementado su tratamiento quirúrgico con cobaltoterapia.

Desde entonces ha sido controlada periódicamente y aunque no había presentado nueva sintomatología, al detectarse por los estudios TC y RM cerebrales el crecimiento de una imagen de posible recidiva tumoral, se decidió su reintervención quirúrgica que fue llevada a cabo sin incidencias el 24-11-99. En esta intervención se extirpó el tejido supuestamente neoplásico, así como la totalidad de la duramadre expuesta por la craneotomía.

La evolución de la paciente fue excelente y dada la negatividad de los estudios anatomopatológicos tanto de la duramadre como del parénquima cerebral resecado, en los que no se encontró ningún resto tumoral el tratamiento complementario de cistostáticos se ha suspendido sin fecha.

DIAGNOSTICO FINAL: Desarrollo de lesiones postgammaterapia, extirpadas quirúrgicamente. No recidiva tumoral hasta el momento presente.

RESPUESTA A LA FORMACION CONTINUADA

DIAGNOSTICO	CODIGO	OBSERVACIONES
<p><u>Tejido supuestamente neoplásico</u> Lesión - cerebro</p>	348.8	No existen restos tumorales
<p><u>Consecuencia de la radioterapia</u> Reacción anormal o continuación de - procedimiento o terapia radiológica</p>	E879.2	
<p><u>No recidiva tumoral</u> Historia - neoplasia maligna - - cerebro</p>	V10.85	

PROCEDIMIENTO	CÓDIGO	OBSERVACIONES
<p><u>Extirpación del tejido</u> Excisión - lesión (local) - - cerebro</p>	01.59	
<p><u>Extirpación de la duramadre</u> Excisión - lesión (local) - - meninges (cerebrales)</p>	01.51	

FORMACION CONTINUADA

Paciente varón de 7 años de edad.

MOTIVO DE INGRESO:

Cirugía programada de microfístula

ANTECEDENTES PERSONALES:

- Portador de hipospadias complejo intervenido en varias ocasiones

HISTORIA ACTUAL:

- Microfístula

EXPLORACION FISICA UROLOGICA

- Microfístula en 1/3 medio del pene

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:

- Practicado preoperatorio no se halla contraindicación a la cirugía

JUICIO DIAGNOSTICO:

- Hipospadias complejo multiintervenido. Buen resultado quirúrgico
- Microfístula

TRATAMIENTO:

QUIRURGICO: El día 14-04-00 se procede a fistulorrafia en 2 planos

SEGUIMIENTO: En la Consulta de Urología a los 9 meses de la cirugía

NOTICIAS Y SUGERENCIAS

La Unidad Técnica de la CIE-9-MC para el S.N.S. Formación Continuada se ha trasladado al edificio del Ministerio de Sanidad y Consumo en Pº del Prado, 18-20

NUEVA UBICACIÓN:

Subdirección General de Análisis Económico y Estadística.

Ministerio de Sanidad y Consumo.

Pº del Prado, 18-20.- despacho 1019.- 28014 MADRID.

Telf: (91) 596 16 90 - (91) 596 40 89.

E-Mail: mSENDINO@MSC.ES