

Rev. Soc. Esp. Dolor
2: 95-103; 2007

Codificación del dolor crónico con la clasificación internacional de enfermedades - 9ª revisión - modificación clínica (CIE-9-MC)

L. Vicente-Fatela¹, M^a S. Acedo-Gutiérrez², S. Rodríguez-Sánchez³, E. González-García⁴, A. Martínez-Salio², M^a P. Sanz.-Ayan²

Vicente-Fatela L., Acedo-Gutiérrez M^a S.,
Rodríguez-Sánchez S., González-García E.,
Martínez-Salio A., Sanz-Ayan M^a P.

Codification of chronic pain with the international classification of diseases - 9 th revision - clinical modification (ICD 9-CM)

SUMMARY

Introduction

In 1988, the National Health Institute (INSALUD) in Spain started up the project CODIGO, in order to establish on a voluntary basis the necessary collection of data to cover a Minimum Basic Data Set (CMBD) as well as the codification with the International Classification of Diseases -9th revision - Clinical Modification (ICD-9-MC). This collection of basic data is the first necessary step for the homologation of all the hospital activity data in Spain as well as in the European environment. The aim was to obtain comprehensible and reliable information on the results of the health user-system interaction in order to ensure quality. The adoption of methods to measure hospital final products based on clinical variables is

¹ Jefe de Sección y Profesora asociada de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid,

² MMédico Adjunto

³ MD.U.E.

⁴ MD.U.E.*

Unidad Multidisciplinaria para el estudio y tratamiento del dolor.

* Unidad de Codificación

Hospital Universitario 12 de Octubre

Dirección: Avenida de Córdoba, s/n 28041 Madrid

Teléfono: 91 390 83 00

Recibido: 19/10/2006

Aceptado: 08/01/2007

considered essential for current management and planning. Although it is not the only available one, the cluster system of Diagnosis Related Groups (DRGs) is the most universally accepted. The first requirement to be able to assign DRGs is obtaining reports codified according to the ICD-9-MC.

Objective

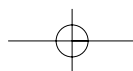
The objective of this work is to present the results obtained after adapting the ICD-9-MC international norms of codification for chronic pain carried out in our Chronic Pain Unit.

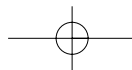
Material and methods

In 2000 our hospital adopted the HP-HIS (Hewlett-Packard- Hospital Integral System), a computer system of hospital activity collection. In May 2002 our Unit was incorporated to this procedure, and we started to codify the diagnoses and procedures from the patients undergoing therapeutic techniques or surgery. The only code system accepted in Spain is the ICD-9-MC. Specific codes of chronic pain do not exist in the ICD-9-MC, so that each diagnosis code has been obtained looking for the one that better describes the pain diagnosis that needs to be codified. In the four year period between May 2002 and April 2006, both inclusive, the clinical records of patients attended have been reviewed to obtain the necessary data to carry out the codification. For each diagnosis, a main code and if necessary a second code are assigned, as well as a procedure code.

Results

In the four year period between May 2002 and April 2006, both inclusive, 5393 patients records have been codified. It has been possible to codify 100% of the diagnoses, and to create a database that gathers more than 150 diagnoses with their corresponding codes according to the ICD-9-MC. The implementation of the codification system has permitted the classification of pathologies by means of DRGs. The most frequent DRG has been number 243, described as "Medical pathology of spine" that included 40-50% of cases depending of the year.





Conclusions

The normalization of the criteria for use of the ICD-9-MC, requires the necessary education of professionals implementing this codification system. In these moments the codification of our patients has allowed us the incorporation to the code system HP-HIS (Hewlett-Packard- Hospital Integral System) and it represents an improvement for the administration of the Unit facilitating clinical studies, epidemiological surveys, morbidity, mortality and investigation and financing for processes (DRG) studies. Nevertheless, our experience and that of other peer groups will be necessary to achieve excellence in the process of codification for Chronic Pain.

Key words: Codification. ICD-9-MC. Chronic pain. DRG.

RESUMEN

Introducción

En el año 1988 el INSALUD inició el proyecto CÓDIGO, con el objeto de implantar de forma voluntaria la necesaria recogida de datos para cubrir un Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), así como la codificación con la Clasificación Internacional de Enfermedades -9ª revisión- Modificación Clínica (CIE-9-MC). Esta recogida de datos básicos es el primer paso necesario para la homologación de todos los datos de actividad hospitalaria en España así como en el ámbito europeo. Se trata de obtener información comprensible y fiable sobre los resultados de la interacción usuario/sistema de salud con objeto de poder garantizar su calidad. La adopción de sistemas de medición del producto final hospitalario basados en variables clínicas, es considerada básica en los sistemas de gestión y planificación actuales. Sin ser el único tipo de clasificación, el sistema de agrupamiento de Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRDs), es el más universalmente aceptado. El primer requisito para poder asignar GRDs es el de disponer de informes codificados según la CIE-9-MC.

Objetivo

El objetivo de este trabajo es presentar los resultados obtenidos tras la aplicación de las normas internacionales de codificación de la CIE-9-MC adaptadas para codificar los diagnósticos de dolor crónico que se realizan en nuestra Unidad Multidisciplinaria de Dolor Crónico.

Material y métodos

En el año 2000 se inició en nuestro hospital la implantación del sistema informático de recogida de actividad hospitalaria HP-HIS (Sistema Integral Hospitalario-Hewlett-Packard). En Mayo del 2002 nuestra Unidad se incorporó a dicho procedimiento, lo que nos obligó a tener que codificar los diagnósticos y procedimientos de los pacientes a los que se sometía a alguna técnica terapéutica o cirugía. El único sistema de codificación aceptado en España es la CIE-9-MC. No existen códigos propios de dolor crónico en la CIE-9-MC, por lo que cada código diagnóstico se ha obtenido buscando el que

mejor describa el diagnóstico de dolor que se quiere codificar. En el período de cuatro años comprendido entre Mayo del 2002 y Abril del 2006, ambos inclusive, se han revisado las historias clínicas de los pacientes para obtener los datos necesarios para realizar la codificación. A cada diagnóstico se le asigna un código principal, y si se precisa un código secundario, así como un código de procedimiento.

Resultados

En el período de cuatro años comprendido entre Mayo del 2002 y Abril del 2006, ambos inclusive, se han codificado un total de 5393 pacientes. Ha sido posible codificar el 100% de los diagnósticos, habiéndose realizado una base de datos que reúne más de 150 diagnósticos con sus códigos correspondientes según la CIE-9-MC. Realizar la codificación nos ha permitido agrupar las patologías mediante GRDs. El GRD más frecuente ha sido el 243, cuya descripción es "Patología médica de columna vertebral", que ha supuesto el 40-50% de los casos según los años.

Conclusiones

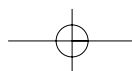
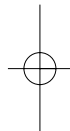
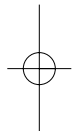
La normalización de los criterios de uso de la CIE-9-MC, requiere la necesaria formación de los profesionales que apliquen este sistema de codificación. En estos momentos la codificación de nuestros pacientes nos ha permitido la incorporación al sistema de codificación HP-HIS (Sistema Integral Hospitalario-Hewlett-Packard) y representa una mejora en la gestión de la Unidad favoreciendo los estudios clínicos, epidemiológicos, de morbilidad, mortalidad, de investigación y financiación por procesos (GRD). No obstante, pensamos que más experiencia tanto nuestra como de otros grupos de trabajo de la especialidad serían necesarias para llegar a la excelencia en el proceso de codificación del Dolor Crónico.

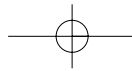
Palabras clave: Codificación. CIE-9-MC. Dolor crónico. GRD.

INTRODUCCIÓN

La información sobre la salud se basa en la terminología médica que, como lenguaje natural, responde a una diversidad de criterios, expresión de los distintos ramos del quehacer médico. Surgen así diferentes clasificaciones basadas en conceptos específicos, expresados de forma variada, en distintos campos de información. Los esfuerzos estructurales por unificar y homogeneizar el lenguaje utilizado para definir las diferentes categorías nosológicas, no son de hoy.

La primera clasificación internacional se publica a finales del siglo XIX, como "Lista Internacional de





Causas de Defunción” por el Instituto Internacional de Estadística, en Viena, desarrollada por William Farr en 1855. En 1977, la OMS, publica su 9ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, que tiene su origen en la citada clasificación. Posteriormente, en 1978, se amplía al realizarse una modificación clínica, cuyo objetivo es adaptar para el uso clínico una clasificación que se desarrolló para causas de muerte (1,2). Se añade entonces un eje clínico de morbilidad, así como un volumen de procedimientos, tanto diagnósticos como terapéuticos, con el fin de ampliar su uso a todas las actividades hospitalarias. Es traducida al castellano y publicada por el INSALUD en 1988 (3,4). Desde entonces, esta Modificación clínica de la 9ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-9-MC) ha servido, asimismo, como clasificación de referencia para toda la investigación llevada a cabo sobre la posibilidad de agrupar los enfermos, no sólo por diagnóstico, sino de acuerdo con el proceso realizado durante su paso por el sistema sanitario, al objeto de evaluar los resultados obtenidos, tanto cara al usuario como al gestor del sistema. Por ello la versión en castellano de la CIE-9-MC representa un hito, que el Instituto Nacional de la Salud ha sabido alcanzar con una clara visión de futuro, al plantear la necesidad de generar un mínimo de datos fiables, homologados y transportables como núcleo básico del sistema de información necesario para el adecuado funcionamiento de los servicios de salud ofrecidos a la población.

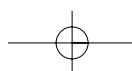
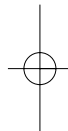
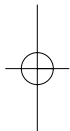
En 1987 se aprobó el Conjunto Mínimo Básico de Datos, CMBD, para su utilización en los informes de alta hospitalaria (5). Se define como el número mínimo de variables que permita obtener un máximo de aplicaciones clínicas y administrativas. El CMBD utiliza para la codificación de diagnósticos y procedimientos la CIE-9-MC.

En el año 1988 el INSALUD inició el proyecto CÓDIGO, con el objeto de implantar de forma voluntaria la necesaria recogida de datos para cubrir el CMBD, así como la codificación con la CIE-9-MC. Esta recogida de datos básicos es el primer paso necesario para la homologación de todos los datos de actividad hospitalaria en España así como en el ámbito europeo (3, 6). Se trata de obtener información comprensible y fiable sobre los resultados de la interacción usuario/sistema de salud con objeto de poder garantizar su calidad. La utilidad básica del CMBD es permitir la construcción de sistemas de clasificación de pacientes que permitan comparar la eficacia y la calidad de hospitales y servicios hospitalarios, apor-

tando información útil para la toma de decisiones de gestión y sobre el manejo de los pacientes (7). Debido a la puesta en funcionamiento del CMBD en las diferentes Comunidades Autónomas de nuestro país, se ha venido efectuando la creación de unas bases de datos médicos en las áreas de Documentación e Información Clínica de nuestros hospitales. En ellas se identifican en un lenguaje normalizado -principalmente la CIE-9-MC- los diagnósticos que motivaron la hospitalización del paciente, las comorbilidades presentes en el momento del ingreso, las complicaciones que pudieran presentarse y los procedimientos médicos/quirúrgicos que fueron realizados.

La adopción de sistemas de medición del producto final hospitalario basados en variables clínicas, es considerada básica en los sistemas de gestión y planificación actuales. Sin ser el único tipo de clasificación, el sistema de agrupamiento de Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRDs) (8), es el más universalmente aceptado. Es un sistema de clasificación de pacientes basado en la agrupación de diagnósticos mas o menos afines y en la combinación de diferentes atributos predictivos del nivel de recursos hospitalarios que estos consumen. Se trata pues de un sistema de clasificación de episodios de hospitalización en base a isoconsumo de recursos (9,10,11). Una de las mayores ventajas del sistema de GRDs es la de, por primera vez, proporcionar un lenguaje y una terminología común y manejable a todos los estamentos directivos del hospital. Esto permite que tanto médicos como administradores y gerentes puedan referir sus respectivos argumentos asistenciales, económicos o de gestión, a unos productos definidos y aceptados por el colectivo. El primer requisito para poder asignar GRDs es el de disponer de informes codificados según la CIE-9-MC. Si además de simplemente clasificar los informes por GRDs, se quiere utilizar dicha clasificación como instrumento de gestión será necesario poder calcular el coste de cada GRD, es decir, tener una contabilidad analítica (12,13). El problema cuya solución mejoran los GRDs es el de la medida de la eficiencia, definida como la provisión al menor coste de los bienes y servicios que más valora la sociedad. Si se habla de eficiencia “de gestión”, la definiríamos como la maximización de los productos intermedios (consultas, radiografías,...) de una unidad sanitaria -servicio, hospital, centro de salud- con unos recursos dados (14).

Los GRDs fueron inicialmente desarrollados en la Universidad de Yale por R. Fetter, J. Thompson et al a partir de la octava revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (8). El proceso de agru-



pamiento se efectuó a partir de las 83 categorías diagnósticas principales de la mencionada octava revisión de la CIE-OMS. Se eligieron como variables explicativas: diagnóstico principal, diagnóstico secundario, procedimiento quirúrgico principal, procedimiento quirúrgico secundario y edad. Se define el diagnóstico principal como el proceso que, tras el estudio pertinente y el alta hospitalaria, se considera responsable del ingreso, y es codificado siguiendo la CIE-9-MC. El proceso de clasificación resultó en 383 GRD, con las siguientes propiedades: **1)** Las variables utilizadas para definir un caso son de las que habitualmente recogen los sistemas de información hospitalarios; **2)** El número de GRD es manejable, los grupos son exhaustivos y se excluyen mutuamente; **3)** Cada GRD tiene significado clínico; y **4)** Los pacientes dentro de cada GRD tienen pautas similares de utilización de productos intermedios, medidas estas por la estancia total (9, 14). A partir de la novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades se ha construido una nueva clasificación, cuya última versión incluye 669 GRDs (15). Existe una validación continuada de esta clasificación y una constante revisión de su escala de pesos relativos (10, 16). El peso relativo de un GRD expresa una estimación del coste relativo respecto al paciente promedio de hospitalización de agudos, siendo el patrón de referencia igual a 1.

La gestión clínica está sustentada en tres pilares básicos: garantizar una práctica clínica apropiada, favorecer una organización centrada en las necesidades de los pacientes y en la producción de procesos clínicos y desarrollar sistemas de información centrados en el proceso asistencial que constituyan herramientas para evaluar la calidad de la gestión clínica (17). Desde 1986 con el Plan de Garantía Total de Calidad en Asistencia Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo, se han venido desarrollando distintas actuaciones dirigidas a crear un núcleo de información sanitaria compuesto entre otros factores por los ya mencionados CMBD y GRD. No obstante, será una década después cuando se impulse la determinación del coste por proceso, mediante el desarrollo de una serie de instrumentos de gestión entre los que se encuentran la codificación mediante el CMBD de las altas hospitalarias y la implantación de la Contabilidad Analítica. Aunque ambas herramientas ya existían, su utilización con fines presupuestarios no podía llevarse a efecto, hasta tanto no se dispusiera de un porcentaje de CMBD superior al 85% y de un porcentaje suficiente de hospitales homologados en Contabilidad Analítica (18, 19).

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es presentar los resultados obtenidos tras la aplicación de las normas internacionales de codificación de la CIE-9-MC (20) adaptadas para codificar los diagnósticos de dolor crónico que se realizan en nuestra Unidad Multidisciplinaria de Dolor Crónico, debido a que no existe un apartado específico para dolor en dicha clasificación, sí presente para la mayoría de las patologías. Así mismo también se han codificado los procedimientos realizados. Se intenta normalizar la información sanitaria, permitiendo el establecimiento de una base de datos homologable cumpliéndose así uno de los objetivos prioritarios en la garantía de calidad tanto de nuestro hospital como del Ministerio de Sanidad y Consumo en el área de garantía de calidad total.

MATERIAL Y MÉTODOS

En el año 2000 se inició en nuestro hospital la implantación del sistema informático de recogida de actividad hospitalaria HP-HIS (Sistema Integral Hospitalario-Hewlett-Packard). En Mayo del 2002 nuestra Unidad se incorporó a dicho procedimiento, lo que nos obligó a tener que codificar los diagnósticos y procedimientos de los pacientes a los que se sometía a alguna técnica terapéutica o cirugía. El único sistema de codificación aceptado en España y en el ámbito europeo es la CIE-9-MC (19). Inicialmente los primeros diagnósticos codificados fueron realizados por el Servicio de Codificación, pero debido a que la CIE-9-MC no dispone de ningún apartado específico para dolor, como sí ocurre con otras patologías, los códigos seleccionados no describían la complejidad del problema. Se decidió por ello participar activamente en el proceso de codificación de los diagnósticos de dolor que se realizan habitualmente en una Unidad de Dolor Crónico. Han participado en este proceso de codificación todos los miembros de la Unidad en interrelación con un profesional cualificado del Servicio de Codificación del hospital. Como se ha comentado, no existen códigos propios de dolor crónico en la CIE-9-MC, por lo que cada código diagnóstico se ha obtenido buscando el que mejor describía el diagnóstico de dolor crónico que se quería codificar.

En el período de 4 años comprendido entre Mayo del 2002 y Abril del 2006, ambos inclusive, se han revisado las historias clínicas de los pacientes a los que se sometió a alguna técnica terapéutica o cirugía, pa-

ra obtener los datos clínicos necesarios para realizar la codificación. A cada diagnóstico se le asigna un código principal, y si se precisa para mayor especificación un código secundario (que haría referencia a efectos tardíos, lesiones, causas externas de la lesión,...), así como un código de procedimiento.

A continuación se describen las reglas básicas establecidas para la codificación diagnóstica y se muestran algunos ejemplos de cómo se ha llegado finalmente a dar un código determinado a un diagnóstico concreto. Para codificar de manera eficiente es necesario aplicar una serie de reglas básicas (21):

- 1) Identificar el diagnóstico principal y los diagnósticos secundarios, leyendo detenidamente la información contenida en la Historia Clínica.
- 2) Identificar en cada diagnóstico el elemento clave que permita su codificación (patología, nombre de la enfermedad, epónimo, adjetivo).
- 3) Localizar el elemento clave o término principal del diagnóstico en el índice alfabético de la CIE-9-MC. Se debe buscar patología o causa, no el lugar anatómico.
- 4) Buscar en la lista tabular la categoría, que tiene un código de tres dígitos en el extremo izquierdo de la página.
- 5) Seleccionar el(los) código(s) que mejor representa(n) o describe(n) la expresión diagnóstica que se está clasificando. A mayor número de dígitos, mayor especificidad dentro de una misma categoría. Si es necesario se pueden (se deben) usar dos o más códigos, para describir correctamente la condición.

A continuación se muestran algunos ejemplos del proceso de **codificación diagnóstica**. Ciertas patologías que producen dolor crónico tienen un código principal que aparece como tal en la CIE-9-MC. Valgan como ejemplo:

- Neuralgia postherpética, con distinto código si se afecta el nervio trigémino 053.12 o si tiene lugar en otras localizaciones 053.13.

Los dígitos vienen descritos:

- 053 Herpes zoster
- 053.1 Con otras complicaciones del sistema nervioso
- 053.12 Neuralgia del trigémino postherpética
- 053.13 Polineuropatía postherpética

- Neuralgia del trigémino no herpética, cuyo código

es 350.1. El código 350 hace referencia a trastornos del nervio trigémino, y añadiendo el cuarto dígito nos codifica la neuralgia de dicho nervio.

-Glosodinia (Síndrome de la boca quemante), cuyo código es 529.6. El código 529 se refiere a "enfermedades y otros estados de la lengua", y con el cuarto dígito se obtiene el código de la glosodinia.

Existen otros diagnósticos, en los que como código principal se ha considerado la enfermedad de base causante del dolor. Un ejemplo de ello es el dolor crónico neuropático secundario a una polineuropatía diabética, que se ha codificado con un código principal: 250.60 si se trata de una diabetes mellitus tipo II y 250.61 si es tipo I, y un código secundario: 357.2. Se ha llegado a estos códigos según la siguiente secuencia:

- 250 Diabetes mellitus
- 250.6 Diabetes con manifestaciones neurológicas
- 250.60 Diabetes tipo II no establecida como incontrolada
- 250.61 Diabetes tipo I no establecida como incontrolada

Y para el código secundario:

- 357 Neuropatía inflamatoria y tóxica
- 357.2 Polineuropatía en diabetes

En otros casos, como en el dolor nociceptivo somático secundario a metástasis de un adenocarcinoma de próstata, el código principal es 198.5 que hace referencia a las metástasis óseas (198 "Neoplasia maligna secundaria de otros sitios especificados"; 198.5 "Huesos y médula ósea") y el código secundario es 185, que es el código de "Neoplasia maligna de próstata".

Por otra parte se asigna un **código para el procedimiento** realizado. La clasificación de procedimientos tiene dos divisiones principales: la lista tabular y el índice alfabético de procedimientos. Los códigos básicos de procedimientos tienen dos dígitos y una posición decimal. Puede ser ampliado a una segunda posición decimal para ofrecer más información sobre el lugar anatómico, procedimiento o técnica específica (21). Algunos ejemplos de codificación de procedimientos son:

- Iontoforesis, con código propio 99.27.
- Inserción de catéter epidural o intradural 03.90. ("Inserción de catéter en conducto espinal para infusión de sustancias terapéuticas o paliativas").

- Bloqueo epidural lumbar, con código 03.91 si "Inyección de anestésico en el conducto espinal para analgesia" ó 03.92 si "Inyección de otro agente en canal espinal, como la inyección de esteroides".

- Implante de bomba de infusión continua, con código 86.06 "Inserción de bomba infosota totalmente implantable" Codifica también cualquier cateterización asociada.

Se han podido seleccionar códigos para todos los procedimientos realizados.

Tabla I. Pacientes codificados por año y peso medio de GRD.

Año	Nº pacientes	Peso medio
Mayo-Dic/02	971	0,8087
2003	1415	0,8324
2004	1345	0,8638
2005	1165	0,8160
Enero-Abril/06	497	0,8219

RESULTADOS

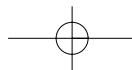
En el período de 4 años comprendido entre Mayo del 2002 y Abril del 2006, ambos inclusive, se han codificado un total de 5393 pacientes (Tabla I). Ha sido posible codificar el 100% de los diagnósticos, habiéndose realizado una base de datos que reúne más de 150 diagnósticos con sus códigos correspondientes según la CIE-9-MC. En las tablas II y III figuran algunos de estos diagnósticos con sus códigos respectivos. Así mismo también se han podido codificar el 100% de los procedimientos.

Realizar la codificación nos ha permitido agrupar las patologías mediante GRDs. En las tablas IV y V figuran los diferentes GRDs hallados en los años 2003 y 2004 respectivamente, que coinciden con los encontrados en el resto de años. El GRD más frecuente ha sido el 243, cuya descripción es "Patología médica de columna vertebral", que ha supuesto el 40-50% de los casos según los años. Otros GRDs frecuentes han sido: 247, "Signos/síntomas del sistema músculo-esquelético-conectivo"; 019, "Trastornos de nervios craneales y periféricos"; 245, "Enfermedad ósea/artropatía específica". En dichas tablas también

Tabla II. Ejemplos de diagnósticos codificados de Dolor Crónico Neuropático.

MMSS: miembros superiores; MMII: miembros inferiores; DM: Diabetes mellitus.

DIAGNÓSTICO: DOLOR CRÓNICO NEUROPÁTICO	CODIGO PRINCIPAL	CODIGO 210
Dolor crónico NEUROPÁTICO: SÍNDROME DE DOLOR REGIONAL COMPLEJO tipo I (enfermedad de Südeck), secundario a cualquier diagnóstico, y en cualquier localización	733.7	-
Dolor crónico NEUROPÁTICO: SÍNDROME DE DOLOR REGIONAL COMPLEJO tipo II (causalgia), secundario a cualquier diagnóstico	MMSS 354.4 MMII 355.71 Sin especificar 355.9	-
Dolor crónico NEUROPÁTICO secundario a POLINEUROPATÍA DIABÉTICA	Si DM II 250.60 Si DM I 250.61	357.2
Dolor crónico NEUROPÁTICO secundario a POLINEUROPATÍA UREMICA	585	357.4
Dolor crónico NEUROPÁTICO secundario a POLINEUROPATÍA/ PLEXOPATÍA tras tratamiento RADIOTERAPIA	357.7	E 879.2
Dolor crónico NEUROPÁTICO secundario a POLINEUROPATÍA debido a tratamiento FARMACOLÓGICO	Quimioterapia 357.6 Sin especificar 357.6	E 933.1 E 947.9
Dolor crónico NEUROPÁTICO secundario a POLINEUROPATÍA ALCOHÓLICA	357.5	-
Dolor crónico NEUROPÁTICO secundario a NEUROPATÍA ISQUÉMICA	354.5	-
Dolor crónico NEUROPÁTICO secundario a NEURALGIA POSTHERPÉTICA	Trigémino 053.12 Resto 053.13	- -
Dolor crónico NEUROPÁTICO secundario a NEURALGIA DEL TRIGÉMINO (no herpética)	350.1	-
Dolor crónico NEUROPÁTICO: ALGIA FACIAL ATÍPICA	350.2	-



CODIFICACIÓN DEL DOLOR CRÓNICO CON LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES - 9ª REVISIÓN - MODIFICACIÓN CLÍNICA (CIE-9-MC)

101

Tabla III. Ejemplos de diagnósticos codificados de Dolor Crónico Nociceptivo. Ca: cáncer

DIAGNÓSTICO: DOLOR CRÓNICO NOCICEPTIVO	CODIGO PRINCIPAL	CODIGO 210
Dolor crónico NOCICEPTIVO somático (óseo), secundario a OSTEoARTROSIS en columna	Cervical 721.0	-
	Dorsal 721.2	-
	Lumbar 721.3	-
Dolor crónico NOCICEPTIVO somático, localizado en CADERA, secundario a COXARTROSIS	715.35	-
Dolor crónico NOCICEPTIVO somático, localizado en CADERA, secundario a PRÓTESIS DE CADERA	719.45	V43.64
Dolor crónico NOCICEPTIVO somático : COCCIGODINIA	724.79	-
Dolor crónico NOCICEPTIVO somático, localizado en RODILLA, secundario a GONARTROSIS	715.36	-
Dolor crónico NOCICEPTIVO somático, localizado en RODILLA, secundario a PRÓTESIS DE RODILLA/ARTROPLASTIA	719.46	V43.65
Dolor crónico NOCICEPTIVO somático secundario a ARTRITIS REUMATOIDE	714.0	-
Dolor crónico NOCICEPTIVO somático óseo, secundario a METÁSTASIS ÓSEAS de ADENOCA. DE PRÓSTATA	198.5	Ca próstata 185 Si cirugía V45.77
Dolor crónico NOCICEPTIVO somático MIOFASCIAL	729.1	-
Dolor crónico NOCICEPTIVO visceral secundario a PANCREATITIS CRÓNICA	577.1	-
Dolor crónico NOCICEPTIVO visceral por CARDIOPATÍA ISQUÉMICA (ANGINA)	413.9	-

Tabla IV. Descripción de GRDs del año 2003.

Tr: trastornos; CC: complicaciones y/o morbilidades; S: sistema; ENF: enfermedad; AP. REPR: aparato reproductor; PQ: procedimiento quirúrgico.

GRD 03	Descripción GRD	Número	Peso GRD	Peso Medio
243	PATOLOGÍA MÉDICA DE COLUMNA VERTEBRAL	562	0,7697	432,5714
019	TR. NERVIOS CRANEALES Y PERIFÉRICOS SIN CC	208	0,9200	191,36
247	SIGNOS/SINTOMAS S.MUSC-ESQUEL-CONECTIVO	176	0,5850	102,96
256	OTROS DIAGNÓSTICOS S.MUSCULO-ESQUELETICO-CONECTIVO	165	0,7991	131,8515
245	ENF. OSEA / ARTROPATIA ESPECIFICA SIN CC	84	0,6873	57,7332
239	FRACTURA PATOLOGICA/NO MALIGNA S. MÚSCULO-ESQUELÉTICO-CONECTIVO	40	1,9824	79,296
012	TRASTORNOS DEGENERATIVOS DEL S.NERVIOSO	31	1,5050	46,655
244	ENF. ÓSEA / ARTROPATÍA ESPECÍFICA CON CC	22	1,1634	25,5948
140	ANGOR PECTORIS	20	0,8910	17,82
248	TENDINITIS, MIOSITIS Y BURSITIS	20	0,6885	13,77
284	ENFERMEDADES MENORES DE LA PIEL, SIN CC.	20	0,5614	11,228
035	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO, SIN CC	14	0,9519	13,3266
241	ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO, SIN CC.	12	0,9138	10,9656
254	FRACTURA/DISTENSIÓN/DISLOCACIÓN BRAZO/PIERNA excepto PIE SIN CC	12	0,6836	8,2032
352	OTROS DIAGNOSTICOS AP. REPR. MASCULINO	9	0,4314	3,8826
414	OTROS TR. MIELOPROLIFERATIVOS /NEOPLASIAS MALDIFERENCIADAS SIN CC	8	1,5845	12,676
316	INSUFICIENCIA RENAL	4	1,4181	5,6724
347	NEOPLASIA MALIGNA AP.REPR. MASCULINO SIN CC	2	0,9365	1,873
204	ALTERACIONES PANCREÁTICAS NO NEOPLÁSICAS	2	1,0057	2,0114
468	PQ EXTENSO NO RELACIONADO CON DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	1	4,2116	4,2116
203	NEOPLASIA MALIGNA HEPATOBILIAR/PANCREAS	1	1,7509	1,7509
143	DOLOR TORÁCICO	1	0,5830	0,583
064	NEOPLASIAS MALIGNAS OIDO/NARIZ/BOCA/GARGANTA	1	1,7849	1,7849
			1415	0,83235

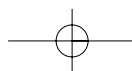


Tabla V. Descripción de GRDs del año 2004.

Tr: trastornos; CC: complicaciones y/o morbilidades; S: sistema; ENF: enfermedad; AP. REPR: aparato reproductor.

GRD 04	Descripción GRD	Número	Peso GRD	Peso Medio
243	PATOLOGÍA MÉDICA DE COLUMNA VERTEBRAL	629	0,7697	484,1413
019	TR. NERVIOS CRANEALES Y PERIFÉRICOS SIN CC	151	0,9200	138,92
247	SIGNOS/SINTOMAS S. MÚSCULO-ESQUELÉTICO-CONECTIVO	101	0,5850	59,085
245	ENF OSEA / ARTROPATIA ESPECIFICA SIN CC	89	0,6873	61,1697
256	OTROS DIAGNÓSTICOS S. MÚSCULO-ESQUELÉTICO-CONECTIVO	78	0,7991	62,3298
239	FRACTURA PATOLOGICA/NO MALIGNA S. MÚSCULO-ESQUELÉTICO-CONECTIVO	73	1,9824	144,7152
284	ENFERMEDADES MENORES DE LA PIEL, SIN CC.	61	0,5614	34,2454
244	ENF OSEA / ARTROPATIA ESPECIFICA CON CC	47	1,1634	54,6798
012	TRASTORNOS DEGENERATIVOS DEL S. NERVIOSO	33	1,5050	49,665
035	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO, SIN CC	26	0,9519	24,7494
248	TENDINITIS, MIOSITIS Y BURSITIS	15	0,6885	10,3275
227	INTERVENCIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS, SIN CC.	11	0,9163	10,0793
241	ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO, SIN CC.	11	0,9138	10,0518
352	OTROS DIAGNOSTICOS AP. REPR. MASCULINO	8	0,4314	3,4512
254	FRACTURA/DISTENSIÓN/DISLOCACIÓN BRAZO/PIERNA excepto PIE SIN CC	5	0,6836	3,418
238	OSTEOMIELITIS	4	1,9455	7,782
204	ALTERACIONES PANCREÁTICAS NO NEOPLÁSICAS	2	1,0057	2,0114
188	OTROS DIAGNÓSTICOS AP. DIGESTIVO CON CC	1	1,0243	1,0243
			1345	0,86383

figura el peso correspondiente a cada GRD, teniendo en cuenta que el peso relativo de un GRD expresa una estimación del coste relativo respecto al paciente promedio de hospitalización de agudos, siendo el patrón de referencia igual a 1. No existe aun una clasificación de GRD para actividad ambulatoria, por lo que se utilizan los de actividad hospitalaria.

DISCUSION

La aplicación de estos procedimientos ha requerido unos conocimientos elementales del proceso de codificación para lo cual los diferentes profesionales que trabajan en nuestra Unidad han realizado un curso básico de procesos de codificación. La normalización de los criterios de uso de la CIE-9-MC, requiere la necesaria formación de los profesionales que apliquen este sistema de codificación (3). La codificación ha de realizarse correctamente y consistentemente para producir estadísticas que ayuden a la planificación de las necesidades de salud.

La IASP (International Association for the Study of Pain) tiene su propio subcomité de taxonomía (22, 23, 24) habiéndose diseñado un sistema de clasificación, y por tanto de codificación, capaz de descubrir

con exactitud los síndromes en términos útiles para el diagnóstico y relevantes para el tratamiento, además de contemplar el dolor con sus implicaciones psicosociales. Este sistema no ha podido ser adaptado a la realidad de nuestro hospital, pero que con sus definiciones y esquemas nos ha ayudado a encontrar la codificación más fidedigna en la CIE-9-MC.

En estos momentos la codificación de nuestros pacientes nos ha permitido la incorporación al sistema de codificación HP-HIS (Sistema Integral Hospitalario-Hewlett-Packard) y representa una mejora en la gestión de la Unidad favoreciendo los estudios clínicos, epidemiológicos, de morbilidad, mortalidad, de investigación y financiación por procesos (GRD).

No obstante, el Ministerio de Sanidad y Consumo está desarrollando un nuevo sistema de clasificación de pacientes: IR-GRDs (International Refined GRDs) en el que el procedimiento es la variable inicial de clasificación de la CIE-9-MC (actualmente es el diagnóstico) y dichos procedimientos son clasificados en siete categorías jerárquicas basadas en el consumo de recursos, desde la letra A (mayor consumo) a la G (menor consumo).

Para finalizar, creemos que este tipo de datos permiten al profesional conocer el abanico y resultado de sus actividades, así como implementar las medidas que estime más oportunas para garantizar su calidad.

Existen diversos estudios que demuestran que la mera existencia de información con respecto a lo que se hace y lo que cuesta tratar una determinada patología, tiene un importante efecto reductor del coste por proceso, siempre y cuando la información llegue a los que realmente generan el gasto: los responsables de las unidades (12). Así los servicios o unidades podrían disponer de un contrato-programa que recoja el presupuesto clínico asignado en relación a los medios diagnósticos y terapéuticos con los que cuenta y la actividad que se realiza.

No obstante, pensamos que más experiencia tanto nuestra como de otros grupos de trabajo de la especialidad serían necesarias para llegar a la excelencia en el proceso de codificación del Dolor Crónico.

CORRESPONDENCIA

M^a Soledad Acedo Gutiérrez
C/ Illescas nº109, 4º D
28024 Madrid
e-mail: marisolacedo@hotmail.com
Financiación: Ninguna
Conflictos de interes: No declarados

BIBLIOGRAFIA

1. International Classification of Diseases. 9th Revision. Clinical Modification (ICD-9-MC). Ann Arbor: Commission on Professional and Hospital Activities, 1980.
2. Israel RA. The history of the International Classification of Disease. Health Bulletin 1991; 49: 62-6.
3. Unidad de Garantía de Calidad Total, Ministerio de Sanidad y Consumo. Manual de uso de la Clasificación Internacional de Enfermedades-9ª Revisión- Modificación Clínica. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 1990.p.9-10.
4. Clasificación Internacional de Enfermedades. 9ª revisión. Modificación Clínica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaria Técnica.; 1988.
5. Contenido del CMBD. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) 14.12.1987.
6. Recogida del CMBD. Norma interna de la Dirección General INSALUD. 24.1.1992.
7. Libro J, Ordiñana R, Peiró S. Análisis de la calidad del conjunto mínimo de datos básicos. Implicaciones para los sistemas de ajuste de riesgos. Gac Sanit 1998; 12: 9-21.
8. Fetter RB, Shin Y, Freeman JL, Averil RF, Thompson JD. "Case mix" definition by Diagnosis Related Groups. Med Care. 1980; 18 Supl. 2: 1-53.
9. Casas M, Guasch e. GRD e información para la gestión. En: Casas M, Ed. Los grupos relacionados con el diagnóstico, experiencias y perspectivas de su utilización. Barcelona: Masson y SG, 1991; 179-219.
10. Casas M. GRD. Una guía práctica para médicos. Cuadernos de Gestión Clínica. Iasist, Barcelona 1995.
11. Casas M, Prados S, Carrillo E, García-Altes A. La medida del producto sanitario. En: López Domínguez O. La gestión de pacientes en el hospital. Madrid: Olalla Ediciones, 1997.
12. Kelety Alcaide A. Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico: Como y para qué en España. Gestión sanitaria, Nº 6. Barcelona, 1988.
13. Kelety Alcaide A. El Case Mix Hospitalario. Gestión Sanitaria, Nº 9. Barcelona, 1988.
14. Ortún Rubio V. Los grupos relacionados con el diagnóstico: ¿un futuro cercano para los hospitales?. Jano Medicina y Humanidades; 1984 Nº extra, 81-86.
15. All Patient Diagnosis Related Groups (AP-DRGs). Definitions Manual. Versión 21.0. Wallingford: eM Health Information Systems; 2003.
16. Freeman JL, Fetter RB, Park H, Schneider KC, Lichtenstein JL, Hughes JS et al. Diagnosis-Related Groups refinement with diagnosis- and procedure-specific comorbidities and complications. Med Car 1995; 33: 806-827.
17. Perez Mateos C., Prieto I y Keller I. La acreditación hospitalaria: un reto para la sanidad española. Med Clin (Barc.) 1997; 109: 467-474.
18. Alonso Cuesta P, Ayala Luna S. et al. Proyecto coste por proceso. Hospitales INSALUD. Madrid: Secretaría General del INSALUD; 1995.
19. Ruiz Ferrándiz U. Gestión analítica. Hacía la contabilidad analítica en los hospitales. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1991.
20. Clasificación Internacional de Enfermedades. 9ª revisión. Modificación Clínica. 5ª ed. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaria Técnica; 2006.
21. Unidad de Garantía de Calidad Total, Ministerio de Sanidad y Consumo. Manual de uso de la Clasificación Internacional de Enfermedades-9ª Revisión- Modificación Clínica. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 1990.p.17-90.
22. Merskey H, Bogauk N. Classification of chronic Pain. 2ª ed. Seattle: IASP Press; 1994.
23. Turk DC., Ruay TE. The robustness of an empirically derived taxonomy of chronic pain patients. Pain 1990; 43: 27-35.
24. Sidall PJ, Taylor DA, Consins MJ. Classification of pain following spinal cord injury. Spinal cord 1997; 35: 69-75.