

LA CLASIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS EN MEDICINA

Introducción

La generación de estadísticas de morbilidad y mortalidad hospitalaria requiere de clasificaciones que permitan asignar códigos a las entidades nosológicas y a los procedimientos practicados al paciente durante el episodio de atención a la salud. Tales estadísticas son de gran importancia para conocer el perfil epidemiológico de la población, los resultados de la atención, el desempeño de los servicios de salud y para planear la atención. La información que brindan es útil tanto para los directivos y administradores de los servicios como para los investigadores médicos.

No sólo es importante saber cuántos pacientes fueron atendidos y de qué tipo de enfermedades; interesa conocer qué estudios les fueron practicados, qué tratamientos médicos y quirúrgicos se llevaron a cabo, cuáles fueron los resultados de la atención y cuáles los costos, a fin de establecer medidas para la prevención, la detección y tratamiento oportunos y elevar la calidad y cobertura de la atención sin que esto implique un desperdicio de recursos. Para el caso de las enfermedades y las causas de muerte, se dispone de un estándar internacional desde hace más de 100 años que se conoce como Clasificación Internacional de Enfermedades (mejor conocida por sus siglas CIE), y que actualmente se encuentra en su 10ª Revisión (CIE-10) y se denomina Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud.

Sin embargo, para los procedimientos en medicina, la experiencia es más reciente y su desarrollo ha sido más lento sin adquirir todavía un carácter universal. Gran parte de ello se debe a la complejidad y rápida evolución de las técnicas de diagnóstico y tratamiento dentro de la medicina, lo cual hace difícil unificar criterios y mantener actualizada una clasificación. Los procedimientos en medicina comprenden una gran cantidad de técnicas diagnósticas y terapéuticas tanto de cirugía, medicina, laboratorio clínico e imagenología que se utilizan en la atención de los pacientes hospitalizados.

Existen varias clasificaciones de procedimientos en medicina en el mundo, pero una de las más conocidas es la que constituye el **Volumen 3** de una modificación de la CIE, denominada CIE-9 Modificación Clínica o CIE-9 MC.

Descripción

La Clasificación de Procedimientos en Medicina pertenece a la familia de clasificaciones de la CIE, porque sus bases son muy similares, pero no forma parte de ella, puesto que la CIE clasifica enfermedades y motivos de atención solamente. Es un sistema ordenado de categorías y subcategorías que se refieren a cirugías, técnicas diagnósticas y tratamientos no quirúrgicos, a las que corresponde un código numérico. Este código es el que será capturado junto con otros datos del paciente y de las enfermedades que motivaron la atención para su procesamiento. Contiene además lineamientos y una metodología para su manejo que resulta más simple en comparación con la clasificación de enfermedades.

Esta clasificación constituye el 3er volumen de la CIE-9 MC, la cual es responsabilidad de un Comité de Coordinación y Mantenimiento del Departamento de Salud y Servicios Sociales de EUA. Este comité actualiza periódicamente la CIE-9MC mediante revisión e incorporación de nuevos procedimientos y enfermedades. Adoptada además por varios países de Europa y traducida por el Ministerio de Salud de España, fue introducida en nuestro país para sustituir la versión editada por la OMS en 1978 que dejó de ser actualizada por esta organización.

Antecedentes y evolución

Desde el inicio de la CIE en 1893, se recomendó que la ésta debería ser utilizada no solamente para la codificación de las causas de muerte, sino también para la morbilidad, sobre todo en los hospitales. Sin embargo dada la prioridad de las estadísticas de mortalidad esto no fue posible sino hasta la 6ª Revisión de la CIE en 1946. Esa revisión incorporó más padecimientos y con ello se inició su aplicación en los hospitales en 1950. En los EUA se efectuaron adecuaciones a CIE, conocidas como adaptaciones o modificaciones (ICDA, H-ICDA) Estas consistieron, por una parte, en la adición de un mayor detalle a las enfermedades y sus códigos, sin perder comparabilidad con la CIE original, y por la otra, en la anexión de otras clasificaciones como las de cirugías y tratamientos médicos. Con ello se respondía a la necesidad de obtener mayor información de las historias clínicas hospitalarias. Luego de varias adaptaciones locales, en 1956 se publica en EUA la primera adaptación de la CIE a la que siguieron las respectivas modificaciones después de cada revisión de la CIE original. En 1979 luego de ser publicada la 9ª Revisión de la CIE, entra en vigor en los EUA la Modificación Clínica de la misma (CIE-9 MC)

Por otra parte, la OMS, con la participación de asesores de varios países, entre ellos los EUA, desarrolla y publica en 1978 una Clasificación de Procedimientos en Medicina que se difunde sin carácter obligatorio como un suplemento. Esta Clasificación consta de 9 capítulos, de los cuales el más usado en nuestro país fue el 5 dedicado a los Procedimientos quirúrgicos.

En 1985 el Departamento de Salud y Servicios Sociales de EUA creó el Comité de Mantenimiento y Coordinación de la CIE-9 MC, cuya función sería la de revisión de propuestas para incorporar nuevos procedimientos, tecnologías y nuevas enfermedades. Sus responsabilidades serían compartidas con la Administración Financiadora de la Atención a la Salud y el Centro Nacional de Estadísticas en Salud de EUA. Hasta 1988 se emitieron 4 apéndices oficiales, que están contenidos en la 3ª edición, vigente en la actualidad.

En 1996 la Secretaría de Salud incorporó a sus estadísticas hospitalarias la de procedimientos quirúrgicos (Libro 5 de OMS, 1978, el cual fue utilizado hasta 1999) A partir de enero del año 2000 la SSA implantó el uso de la Clasificación Procedimientos en Medicina (tercer volumen de la CIE 9MC) A través del Ministerio de Salud de España se obtuvo la última versión de esta Clasificación traducida al español. En México no se usan las Modificaciones Clínicas de la CIE, sino la CIE original, y a partir de enero de 1998, se utiliza la CIE-10.

En gran medida esto ha sido posible debido a varios factores entre los que destacan la descentralización de la función estadística, la creciente disponibilidad de equipos de cómputo, el desarrollo de aplicaciones para la captura y procesamiento de la información, la capacitación y formación de codificadores en morbilidad, mortalidad y procedimientos en medicina y la difusión y uso cada vez más amplio de la información.

Estructura y uso de la Clasificación

La Clasificación de Procedimientos en Medicina se publica por separado. En su mayoría constituye una modificación y actualización de los Procedimientos en Medicina editado por la OMS en 1978. Gran parte de su contenido corresponde a los procedimientos quirúrgicos y se encuentran separados en lo posible de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Consta de un Índice para la localización de los términos en orden alfabético y de una Lista Tabular que contiene ordenados en capítulos anatómicos todos los procedimientos.

En el índice los términos principales se encuentran destacados en negritas, mientras que los términos complementarios están indentados, es decir precedidos de uno o más guiones, en orden alfabético. Al final de cada término se encuentra el código que le corresponde. Cuando el término no tiene desglose aparece a tres caracteres y en esos casos el capturista agrega una X para completar el campo. El índice también contiene orientaciones para que el codificador encuentre todas las palabras expresadas por el médico para un procedimiento.

En la Lista Tabular los capítulos están organizados de acuerdo a un eje anatómico, con menos énfasis en la especialidad. A cada categoría le corresponde un código numérico y el nombre de un procedimiento. Consta de 16 capítulos (para los aparatos o sistemas) que contienen grupos de categorías de dos caracteres. Cada grupo se desagrega en categorías y subcategorías de 3 y 4 caracteres respectivamente, siendo la última la que mayor detalle o especificidad da al procedimiento y a partir de la cual se asigna el código (cuatro caracteres):

Ejemplo:

Cap. 7. Operaciones del aparato cardiovascular (**grupos 35-39**)

Grupo: **36** Operaciones sobre los vasos cardíacos

Categoría: **36.1** Anastomosis para revascularización miocárdica

Subcategoría: **36.15** Anastomosis simple de arteria mamaria interna- arteria coronaria

Ejemplo:

Cap. 16. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos misceláneos (**grupos 87-99**)

Grupo: **88** Otras radiografías diagnósticas y técnicas conexas

Categoría: **88.7** Ultrasonografía diagnóstica

Subcategoría: **88.78** Ultrasonografía diagnóstica del útero grávido

Los capítulos de la Clasificación de procedimientos son los siguientes:

Cap.	Gpos.
1. Operaciones sobre el sistema nervioso	01-05
2. Operaciones sobre el sistema endocrino	06-07
3. Operaciones sobre el ojo	08-16

4. Operaciones sobre el oído	18-20
5. Operaciones sobre la nariz, boca y faringe	21-29
6. Operaciones sobre el aparato respiratorio	30-34
7. Operaciones sobre el aparato cardiovascular	35-39
8. Operaciones sobre el sistema hemático y linfático	40-41
9. Operaciones sobre el aparato digestivo	42-54
10. Operaciones sobre el aparato urinario	55-59
11. Operaciones sobre los órganos genitales masculinos	60-64
12. Operaciones sobre los órganos genitales femeninos	65-71
13. Procedimientos obstétricos	72-75
14. Operaciones sobre el aparato musculoesquelético	76-84
15. Operaciones sobre el aparato tegumentario	85-86
16. Diversos procedimientos diagnósticos y terapéuticos	87-99

Codificación de los procedimientos

La metodología para la asignación de los códigos es muy parecida a los que usa la CIE para codificar las enfermedades y las causas de defunción. Por ello un codificador entrenado en la CIE puede aprender fácilmente la codificación de procedimientos, siempre que las expresiones anotadas por los médicos sean claras y suficientemente descriptivas.

Es importante destacar este hecho tanto para las enfermedades o diagnósticos finales que son anotados en el formato de egreso hospitalario como para los procedimientos. Más aún para estos últimos porque la experiencia de los codificadores en esta terminología es más reciente e incompleta.

Deben ser completos, claros, descriptivos de preferencia en lugar de utilizar epónimos (nombres de médicos que desarrollaron la técnica o procedimiento), sin abreviaturas, y con la especificidad requerida para obtener el mejor código. Por ejemplo, en lugar de anotar Operación de Latzko o de Le Fort, se debe anotar el término colpocleisis u obliteración de la cúpula vaginal. No hay que olvidar que un epónimo puede corresponder a más de un procedimiento.

A veces el médico anota el procedimiento de manera general como "Reducción de fractura" y no se indica si esta fue con técnica cerrada o abierta o si se acompañó de fijación interna, lo cual permitiría seleccionar un código más descriptivo.

El codificador requiere de una capacitación breve de la terminología y descripción de los procedimientos más frecuentes, pero al principio depende mucho del auxilio del médico ante procedimientos que no están contemplados en el índice. Con ello puede encontrar sinónimos que le ayuden a localizar el código. Todas las palabras contenidas en el término anotado por el médico son buscadas por el codificador en el índice, en donde se encuentra un código que puede ser provisional o definitivo. Este código es buscado, ratificado o complementado en la lista tabular. En esta lista se deben revisar las notas y orientaciones a fin de obtener el código correcto y definitivo. Este código se anota en el formato de captura al lado del procedimiento que registró el médico.

Procesamiento y uso de la información

Los códigos capturados junto con otros datos del paciente y de la atención integran bases de datos, que al ser procesadas permiten obtener tabulados de salida para el análisis. Los procedimientos pueden cruzarse con la edad, sexo del paciente, la afección principal, los días de estancia, el lugar de residencia, el lugar de la atención, la fecha de atención, el motivo de egreso, el tipo de anestesia, la presencia de complicaciones, etc. y también pueden ser insumos para la estimación de costos hospitalarios.

Previamente a su difusión la información debe ser sometida a la verificación técnica, no sólo desde el punto de vista de la codificación y de la captura de las cifras, sino de la congruencia con el trabajo y la experiencia clínica hospitalaria. En esta etapa también es de gran ayuda la revisión de los resultados por personal médico que apoye al área de estadística, para ratificar o rectificar la presencia de algunos procedimientos cuestionados.

Bibliografía: Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Revisión, Modificación Clínica CIE-9-MC, Volumen 3 Procedimientos. 3ª Edición. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, España.