

Codificación de fracturas de cadera

Codification of hip fractures

Sr. Director:

La fractura de la extremidad proximal del fémur, conocida también como fractura de cadera, constituye la complicación clínica más grave de la osteoporosis¹, condicionando un aumento tanto de la morbilidad como de la mortalidad de los pacientes que la sufren²⁻⁴. Prácticamente todas las fracturas de cadera ingresan en los hospitales, y allí son mayoritariamente intervenidas quirúrgicamente⁵. Desde hace muchos años, en todos los hospitales de nuestro país se aplica un sistema de codificación de las enfermedades, basado en la clasificación internacional de enfermedades, o CIE • 9 • 6. Tanto en la Historia Clínica como en las bases de datos de los archivos hospitalarios se aplican estos códigos.

Podría pensarse que la recogida de datos epidemiológicos sobre las fracturas de cadera es sencilla, ya que al ingresar prácticamente todas en los hospitales, serían fácilmente identificables⁷. Sin embargo, creemos que en la realidad esto no ocurre, y que es posible que se esté perdiendo información sobre la prevalencia real tanto de las fracturas de cadera como de la osteoporosis y las fracturas vertebrales, porque la actual codificación permite muchas opciones.

Así por ejemplo, una fractura de cuello de fémur en una anciana de 80 años que cae al suelo al resbalar, si se recoge el resbalón como causa de la caída se codificará como E885.9, y si no se especifica cómo se produjo la fractura se usa el código E887, "fractura con causa no especificada". Sin embargo, si el facultativo considera que la fractura es consecuencia de la osteoporosis, la misma fractura podría ser codificada como 733.14, "fractura patológica de cuello de fémur", debiendo estar precedida por el código 733.00 que corresponde a "osteoporosis no especificada". Vemos, por lo tanto, que la misma fractura puede ser codificada de 3 maneras diferentes y todas ellas correctas.

La misma confusión puede observarse en el caso de la fractura vertebral, que puede ser codificada de nuevo como 733.00 ("osteoporosis") y después 733.13, "fractura patológica de vértebras". Sin embargo, si el clínico indica sólo fractura vertebral y no especifica la existencia de una osteoporosis, el código que le correspondería es el 805.8 ("fractura vertebral no especificada, cerrada"). Para completar la confusión, también se codifica como 733.00, y, por lo tanto, se considera "osteoporosis" cuando en el informe clínico se recogen los términos vértebra adelgazada, degeneración cuneiforme de la vértebra, o vértebra cuneiforme, los cuales, posiblemente,

estarían mejor recogidos como fracturas vertebrales. Finalmente, si se recoge como diagnóstico "osteoporosis", ésta puede codificarse como 733.00 ("osteoporosis no especificada"), 733.01 ("osteoporosis senil"), 733.02 ("osteoporosis idiopática"), 733.03 ("osteoporosis por desuso") y 733.09 ("otras").

En esta carta al Director hemos querido llamar la atención sobre el hecho de que, probablemente, existan muy diversas formas para codificar tanto la osteoporosis como las fracturas por fragilidad. Y ello nos lleva a la reflexión de que, en el momento de realizar un estudio epidemiológico sobre cualquiera de estos procesos en un ámbito hospitalario, debe tenerse en cuenta todas y cada una de las posibilidades existentes para codificar los procesos, porque de otra manera, con toda seguridad, se estarían perdiendo casos.

Por último, planteamos desde estas palabras la propuesta de intentar unificar entre los clínicos que la expresión diagnóstica utilizada alcance el mayor nivel de especificidad posible, de manera que, al codificar en las historias clínicas tanto las fracturas de cadera como las vertebrales, se obtenga el código único más preciso y específico entre los existentes.

Manuel Sosa Henríquez, Emilio de Miguel Ruiz, Alberto Cantabrana Alutis, Abdón Arbelo Rodríguez, Antonia Rodríguez Hernández, Agustín García Bravo

Grupo Canario de Trabajo en Osteoporosis

Bibliografía

1. Duque G, Demontiero O, Troen BR. Prevention and treatment of senile osteoporosis and hip fractures. *Minerva Med* 2009;100:79-94.
2. Bliuc D, Nguyen ND, Milch VE, Nguyen TV, Eisman JA, Center JR. Mortality risk associated with low-trauma osteoporotic fracture and subsequent fracture in men and women. *JAMA* 2009;301:513-21.
3. Ioannidis G, Papaioannou A, Hopman WM, Akhtar-Danesh N, Anastassiades T, Pickard L, et al. Relation between fractures and mortality: results from the Canadian Multicentre Osteoporosis Study. *CMAJ* 2009;181:265-71.
4. Vestergaard P, Rejnmark L, Mosekilde L. Loss of life years after a hip fracture. *Acta Orthop* 2009;80:525-30.
5. Sosa M, Segarra MC, Hernández D, González A, Limiñana JM, Betancor P. Epidemiology of proximal femoral fracture in Gran Canaria (Canary Islands). *Age Ageing* 1993;22:285-8.
6. CIE 9. Clasificación Internacional de las enfermedades. 9ª revisión Modificación Clínica. 6ª Edición. Información y Estadísticas Sanitarias 2008. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 2008.
7. Icks A, Haastert B, Wildner M, Becker C, Meyer G. Trend of hip fracture incidence in Germany 1995-2004: a population-based study. *Osteoporos Int* 2008;19:1139-45.