

Lista especial para la codificación de la morbilidad en Oftalmología

Special list for the morbidity coding in ophthalmology

Lic. Jackeline Jarvis Rodríguez, MSc. Carmen María Padilla Rodríguez,
Lic. Sandra Navarro Noya

Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Objetivo: complementar y perfeccionar la clasificación estadística internacional de enfermedades para la especialidad de Oftalmología en el Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer" durante el año 2013.

Métodos: se realizó una investigación de servicios de salud clasificada, descriptiva y retrospectiva en la que se identificaron por grupos de expertos los diagnósticos que están incluidos en códigos inespecíficos o que no están representados en ningún código.

Resultados: se elaboró la propuesta de nuevos códigos, a los cuales se les incluyó un quinto o sexto carácter y se aplicó a la codificación de los diversos diagnósticos en pacientes egresados durante el año 2013. Se recodificaron 432 historias clínicas y se propusieron nuevos códigos para la uveítis crónica y recurrente, la necrosis retinal aguda, la clasificación de la endoftalmitis, los traumas, el glaucoma, la úlcera corneal y las cataratas congénitas, no representadas en la lista tabular vigente.

Conclusión: la mayor utilidad de los códigos propuestos depende de la claridad en el diagnóstico al egreso, reflejado por los especialistas en las historias clínicas de los pacientes. Con la utilización de estos códigos se garantiza una mayor calidad en el resumen de la información referente al diagnóstico, lo que permitirá una mejor evaluación de los protocolos asistenciales y de la utilización de los recursos con que se cuenta actualmente para la especialidad.

Palabras clave: clasificación de enfermedades, codificación de morbilidad en Oftalmología, lista especial.

ABSTRACT

Objective: to supplement and upgrade the International Statistical Classification of Diseases for ophthalmology at "Ramon Pando Ferrer" Cuban Institute of Ophthalmology during 2013.

Methods: retrospective, descriptive and classified research on health services in which the expert groups identified the diagnoses that are included in unspecified codes or are not represented in any code.

Results: new codes were suggested to which a fifth or sixth character was added and the coding of several diagnoses was used in patients discharged in 2013. Four hundred twenty two medical histories were re-coded whereas new codes were suggested for chronic and recurrent uveitis, acute retinal necrosis, endophthalmitis classification, traumas, glaucoma, corneal ulcer and congenital cataracts since they were not represented in the current listing.

Conclusions: Greater usefulness of the suggested codes will depend on the classification of diagnoses on discharge from hospital, which will be written down by specialists in the medical histories of the patients. These codes will assure higher quality of summarized information related to diagnosis and this will allow better assessment of the assistance protocols and the utilization of the resources available for this specialty at present.

Key words: disease classification, morbidity coding in ophthalmology, special listing.

INTRODUCCIÓN

La clasificación de enfermedades puede definirse como un sistema de categorías, a las cuales se asignan entidades morbosas de acuerdo con criterios establecidos. El propósito de la clasificación internacional de enfermedades (CIE) es permitir el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas y en diferentes épocas.¹

A comienzos del siglo XIX la clasificación más corriente de enfermedades era la de *William Cullen* (1710–1790), de Edimburgo, publicada en 1785 con el título de *Synopsis Nosologiae Methodicae*. Pero el estudio estadístico de las enfermedades se había iniciado un siglo antes, con el tratado de *John Graunt* sobre las tablas de mortalidad de Londres, en un intento por calcular la proporción de niños nacidos vivos que fallecieron antes de llegar a la edad de seis años; entonces no se registraba la edad de los fallecidos.²

La clasificación propuesta por *W. Farr* fue objeto de varias revisiones, en 1874, 1880 y 1886, y aunque estas nunca recibieron aprobación universal, los principios y procedimientos de clasificar las enfermedades según localización anatómica han perdurado hasta nuestros días como la base de la lista internacional de causas de defunción. En una reunión celebrada en Viena en 1891, el Instituto Internacional de Estadística, sucesor del Congreso Internacional de Estadística, encargó a un comité dirigido por *Jacques Bertillon* (1851-1922), Jefe de los Servicios de Estadística de la Ciudad de París, la preparación de una clasificación de causas de defunción.³

La clasificación preparada por *Bertillon* se basaba en la clasificación de causas de defunción utilizada por la ciudad de París, la cual se regía por el principio adoptado por *Farr* de hacer una distinción entre las enfermedades generales y las que se localizaban en un órgano o sitio anatómico específico.⁴ La clasificación de causas de defunción de *Bertillon*, como fue denominada al principio, recibió aprobación general y fue acogida por varios países y por numerosas ciudades, y encontró su primera aplicación en América del Norte.⁵

Desde el pasado siglo se han realizado diez revisiones de la clasificación internacional de enfermedades, una serie que se formalizó en 1893 con la clasificación de *Bertillon* o lista internacional de causas de defunción. Dichas revisiones tienen el propósito de facilitar el proceso de comparabilidad global. Desde la sexta revisión, aprobada en 1948, cada diez años aproximadamente la Organización Mundial de la Salud (OMS) convoca a los países miembros a aprobar una nueva revisión.⁶

En 1987 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) acreditó el Centro Cubano para la Clasificación de Enfermedades que radica en la Dirección Nacional de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública. Un largo trayecto en experiencia de trabajo e investigaciones en el desarrollo y aplicación de la CIE, justificaron este acontecimiento.⁷ El Instituto Cubano de Oftalmología, Centro de Referencia Nacional, cuenta con equipamientos modernos y profesionales en el ramo para poner en práctica las nuevas tendencias surgidas a nivel internacional. La necesidad de revisar y modificar los códigos utilizados para diagnósticos en la especialidad de Oftalmología surgió porque —aun utilizando las publicaciones más recientes de la CIE— no es posible codificar toda la amplia gama de nuevas tendencias surgidas para diagnósticos y tratamientos de afecciones oftalmológicas y, por tanto, surge la siguiente interrogante: ¿es de suma necesidad disponer de herramientas operativas para la gestión de la información que se deriva de los informes estadísticos correspondientes a la actividad de codificación?, pues muchas afecciones no quedan incluidas en códigos precisos que posteriormente permitan contabilizar y procesar el análisis correspondiente de dicha información, como parte de los procesos de gestión en la calidad y la planificación de recursos de los centros oftalmológicos y de los servicios especializados del país. Todo esto sirvió de motivación para la realización de la presente investigación, que se propone mejorar la calidad de la información estadística relacionada con la atención a los pacientes y ofrecerá el sustrato y el conocimiento necesario para la elaboración de indicadores sobre el estado de salud de la población, la utilización de los servicios y otros aspectos relacionados con las estadísticas sanitarias que permiten orientar la toma de decisiones en la política de salud y la evaluación de los programas vigentes para la especialidad de Oftalmología.

MÉTODOS

Se realizó una investigación de servicios de salud (ISS) clasificada como investigación de desarrollo según el alcance de los resultados, de tipo descriptiva, retrospectiva dirigida a complementar y perfeccionar la lista tabular de clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-10) para la especialidad de Oftalmología en el Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer", durante el año 2013. El universo de estudio estuvo constituido por un total de 1 143 pacientes egresados en la Institución, con diagnósticos al egreso clasificados y codificados por la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10). La muestra la confirmaron los 432 egresados de las diferentes subespecialidades

durante el año 2013 a los cuales se les propuso una nueva codificación en su diagnóstico al egreso. Para dar salida a los objetivos propuestos se utilizaron las siguientes variables:

- ☐ *Subespecialidad*: se considerará la subespecialidad de Oftalmología que realiza la propuesta de inclusión de nuevos diagnósticos.
- ☐ *Diagnóstico estandarizado*: diagnóstico existente en la lista tabular de la clasificación internacional de enfermedades.
- ☐ *Indicador*: porcentaje de diagnósticos propuestos por subespecialidad.
- ☐ *Diagnóstico específico*: diagnóstico a los que se les realizaron la propuesta de nuevas subcategorías en la lista tabular.
- ☐ *Indicador*: porcentaje de diagnósticos específicos propuestos por subespecialidad.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Para poder dar paso a la elaboración de la nueva lista de códigos a incluir, los procedimientos realizados fueron:

- ☐ Se conformaron diez grupos por especialidades que abarcaron las subespecialidades protocolizadas. Formaron parte en cada uno de ellos, al menos cinco especialistas con más de cinco años de experiencia, encargados de identificar, según los protocolos de actuación de cada servicio, los diagnósticos específicos que se realizan actualmente.
- ☐ Se identificaron los diagnósticos que están incluidos en códigos inespecíficos o que no están representados en ningún código.
- ☐ Se ubicaron los códigos de la lista tabular correspondientes a los diagnósticos ya identificados por los grupos de especialistas.
- ☐ Después de realizada la identificación de los diagnósticos se pudo elaborar la propuesta de nuevos códigos, a los cuales se le incluyó un quinto o sexto carácter, precedido por un punto dentro de la subcategoría.
- ☐ Sucesivamente a la presentación de la propuesta de nuevos códigos por las subespecialidades, se discutió la propuesta general de códigos modificados con un grupo de especialistas propuestos por el Consejo Científico de la Institución, y recibieron su aprobación.
- ☐ La propuesta general de códigos se aplicó a la codificación de los diversos diagnósticos de pacientes egresados en la Institución durante el año 2013 y se calcularon las frecuencias de pacientes en cada una de las nuevas subcategorías para determinar la conveniencia de su uso.
- ☐ Para la obtención de los datos se utilizó el procesador de texto Microsoft Word y la hoja de cálculo Microsoft Excel del paquete informático Microsoft Office 2003. Los resultados se expusieron en tablas, en frecuencias absolutas y relativas (%).

RESULTADOS

En la especialidad de uveítis se modificaron 3 diagnósticos y se añadieron 8 quintos dígitos ([tabla 1](#)). La iridociclitis crónica se dividió en crónica y recurrente. Se añadieron tres códigos a los trastornos retinianos clasificados en otra parte para la histoplasmosis ocular, la candidiasis coriorretiniana y la borreliosis ocular, de los cuales solo se presentaron dos casos de histoplasmosis ocular durante el 2013. En la iridociclitis inducida por el cristalino se incluyó la uveítis facoanafiláctica, que no aparece como posible diagnóstico en la lista tabular, pero que no presentó ningún egreso en el período. Se muestra además la inclusión de códigos para la necrosis retinal aguda y externa progresiva. En la recodificación de los 24 pacientes ingresados por el Servicio de Uveítis, 6 egresos se corresponden con necrosis retinal aguda codificados con el H35.8.1.

Tabla 1. Modificaciones a la lista tabular para las afecciones que causan uveítis

Diagnósticos por lista tabular	Código por la CIE-10	Codificación anterior	Codificación actual	
		No. (%)	No.	%
Iridociclitis crónica	H20.8	7 (26,7)	-	-
• Iridociclitis crónica	H20.8.1	-	2	28,6
• Iridociclitis recurrente	H20.8.2	-	3	71,4
Trastornos coriorretinianos en enfermedades clasificadas en otra parte	H32.0*	2 (13,3)	-	-
• Histoplasmosis ocular	H32.0.1	-	2	100
• Candidiasis coriorretiniana	H32.0.2	-	0	0
• Borreliosis ocular	H32.0.3	-	0	0
Otros trastornos especificados de la retina	H35.8	6 (40)	-	-
• Necrosis retinal aguda	H35.8.1	-	6	100
• Necrosis retinal externa progresiva	H35.8.2	-	0	0
Total			15	100

Fuente: historias clínicas.

En el caso de los diagnósticos de retina se recodificaron un total de 67 pacientes. Los códigos propuestos estuvieron relacionados con la clasificación de la endoftalmitis ([tabla 2](#)). Para la CIE vigente solo se especifican 2 códigos en la lista tabular, uno referido a la endoftalmitis purulenta y otro a otras endoftalmitis. En el segundo caso no se propusieron modificaciones, pero para la endoftalmitis purulenta se subdividió en 3 categorías según su causa, y particularmente a la posquirúrgica se le añadió un sexto dígito para diferenciarlas, según su evolución clínica, en agudas y crónicas. En el caso del trauma ocular ([tabla 3](#)) se modificaron 5 diagnósticos de la lista tabular y se añadió una clasificación por zona anatómica diferenciada para el trauma contuso y las heridas penetrantes.

Tabla 2. Nueva codificación para la endoftalmitis

Clasificación por la CIE-10	Código	Total de casos		
		Codificación anterior	Codificación actual	
		No.	No.	%
Endoftalmitis purulenta	H44.1	67	-	-
Endoftalmitis posquirúrgica	H41.1.1	-	-	71,4
• Aguda	H44.1.1a	-	45	9,0
• Crónica	H44.1.1b	-	6	-
Endoftalmitis endógena	H44.1.2	-	4	6,0
Endoftalmitis postraumática	H44.1.3	-	12	18,0
Total			67	100

Fuente: historias clínicas.

Se recodificaron un total de 137 egresados por trauma ocular. El mayor número de pacientes presentó una herida penetrante (44 para un 40,1 %) en los que al egreso no quedó registrada la presencia o ausencia de un cuerpo extraño intraocular (CEIO). Solo en 58 casos de heridas quedó reflejada la existencia de CEIO y en 20 casos su ausencia. El segundo diagnóstico en orden de frecuencia fue el hifema traumático, con 43 pacientes. Al diagnóstico anterior, en todos los egresos se especificó la zona afectada acorde con la clasificación antes referida.

Para los pacientes egresados del Servicio de Glaucoma se recodificaron 70 historias clínicas según la modificaciones propuestas ([tabla 4](#)). De los egresados con diagnóstico inicial de otros glaucomas, dos casos no pudieron ser recodificados por no tener el diagnóstico al egreso otra especificación. No se presentó ningún egreso con glaucoma secundario a trastornos iridocorneales, por lo que no se utilizaron los códigos propuestos para esta subcategoría.

Para el Servicio de Córnea se revisaron 124 egresos y se recodificaron 124 diagnósticos principales y 4 diagnósticos asociados. Se recodificaron los diagnósticos de úlcera corneal, leucoma, falla y rechazo a trasplante y dispositivos oftálmicos asociados con incidentes adversos. Los códigos propuestos para otros dispositivos, como anillos intraestromales, no presentaron ingresos en el período de estudio ([tabla 5](#)).

En la [tabla 6](#) se muestran los resultados de la recodificación de los egresos por catarata congénita del Servicio de Oftalmología Pediátrica. De los 15 egresos, 5 fueron cataratas centrales y 10 cataratas posteriores. En el caso de los códigos propuestos para estrabismo vertical, heterotropía intermitente y otras heterotropías, no pudieron ser evaluados por no tener egresos por esta causa durante el periodo.

Tabla 3. Nuevos códigos para clasificar los traumas oculares

Diagnósticos por lista tabular	Código Por la CIE-10	Codificación anterior	Codificación Actual	
		No. (%)	No.	%
Contusión del globo ocular y del tejido orbitario (hifema traumático)	S05.1	43 (31,4)	-	-
- Contusión que afecta: - Zona I (externa: córnea, conjuntiva y esclera)	S05.1I		34	79,1
Zona II (cámara anterior hasta cápsula posterior)	S05.1II		9	20,9
Zona III (por detrás de la cápsula posterior)	S05.1III		0	0
Herida penetrante del globo ocular con o sin cuerpo extraño intraocular	S05.4	44 (40,1)	-	
Herida penetrante del globo ocular con o sin cuerpo extraño intraocular	S05.4a		34	77,3
Herida perforante del globo ocular con o sin cuerpo extraño intraocular	S05.4b		10	22,7
Herida penetrante del globo ocular con cuerpo extraño intraocular	S05.5	58 (23,4)	-	
Herida penetrante del globo ocular con cuerpo extraño intraocular	S05.5a		49	84,2
Herida perforante del globo ocular con cuerpo extraño intraocular	S05.5b		9	16,0
Herida penetrante del globo ocular sin cuerpo extraño intraocular	S05.6	22 (5,1)	-	
Herida penetrante del globo ocular sin cuerpo extraño intraocular	S05.6a		21	95,5
Herida perforante del globo ocular sin cuerpo extraño intraocular	S05.6b		1	4,5
Total			137	100

Fuente: historias clínicas del Hospital.

Tabla 4. Nuevos códigos para la clasificación del glaucoma

Clasificación por la CIE-10	Código	Total de casos		
		Codificación anterior No. (%)	Codificación actual No. (%)	
Sospecha de glaucoma	H40.0	17 (24,3)	-	-
- Hipertensión ocular sin daño de nervio óptico - Normotensión ocular con daño del nervio óptico - Pseudohipertensión ocular por espesor corneal central elevado	H40.0.1 H40.0.2 H40.0.3	- - -	1 1 -	64,7 0 0
Glaucoma primario de ángulo abierto	H40.1	36 (51,5)	-	-
Glaucoma primario de ángulo abierto o crónico simple	H40.1.1	-	36	100
Glaucoma baja tensión o normotensional	H40.1.2	-	0	0
Glaucoma secundario a otros trastornos del ojo	H40.5	12 (17,1)	-	-
Glaucoma secundario a trastornos del cristalino - Facolídrico - Facolítico - Facouveítico - Pseudofacolítico	H40.5.1 H40.5.1a H40.5.1b H40.5.1c H40.5.1d	- - - - -	- 5 1 3 2	- 45,5 0,9 27,3 18,3
Glaucoma secundario a alteraciones de la retina	H40.5.3	-	1	0,9
Otros glaucomas	H40.8	5 (7,1)	2	40
- Glaucoma maligno - Refractivo	H40.8.1 H40.8.2	- -	1 2	20 40
Total			70	100

Fuente: Historia clínica del Hospital.

Tabla 5. Nuevos códigos para la clasificación de las afecciones corneales

Clasificación Por la CIE-10	Código	Codificación anterior	Codificación actual	
		No.	No.	%
Úlcera de la córnea	H16.0	103	-	-
Úlcera de la córnea perforada	H16.0.1	-	6	5,8
Úlcera de la córnea no perforada	H16.0.2	-	97	94,2
Leucoma adherente (opacidades de la córnea)	H17.0	5	-	-
Leucoma corneal	H17.0.1	-	1	20
Leucoma corneal adherente (incluye mácula, neblina y leucoma corneal adherente)	H17.0.2	-	4	80
Falla y rechazo a trasplante de órgano y tejido no especificado	T86.9	9	-	-
Falla y rechazo a trasplante de córnea	T86.9.1	-	6	66,7
Falla y rechazo a recubrimiento de membrana amniótica	T86.9.2	-	3	33,3
Dispositivos oftálmicos asociados con incidentes adversos	Y77.X	11	-	-
Lentes de contacto	Y77.X.1	-	-	-
• Terapéuticos	Y77.X.1a	-	1	9,0
• Cosméticos	Y77.X.1b	-	10	91,0
Total			128	100

Tabla 6. Nuevos códigos para la clasificación de las cataratas congénitas

Clasificación por la CIE-10	Código	Total de casos		
		Codificación anterior	Codificación actual	
		No.	No.	%
Catarata congénita	Q12.0	15	-	-
Cataratas congénitas anteriores	Q12.0.1	-	0	0
Cataratas congénitas centrales	Q12.0.2	-	5	33,3
Cataratas posteriores	Q12.0.3	-	10	66,7
Cataratas difusas	Q12.0.4	-	0	0
Total		-	15	100

Fuente: historias clínicas del Hospital.

DISCUSIÓN

El importante progreso de la óptica, la electrónica, los software, los biomateriales, los láseres, la ingeniería de tejidos, la imagenología, la nanotecnología, la neurología, entre muchos otros, ha revolucionado en pocos años la especialidad de Oftalmología.⁸ Las subespecialidades existentes dentro de esta especialidad -dígase uveítis, córnea, glaucoma, catarata, retina y otras, agrupan las patologías para las cuales se ha incorporado un número importante de diagnósticos asistidos por estas nuevas tecnologías.

En los diagnósticos de uveítis, la inclusión de un código específico para la iridociclitis recurrente, antes no diferenciada de la iridociclitis crónica, está sostenida por la diferencia marcada entre la posible etiología de esta y la diferenciación en la conducta terapéutica a seguir. En el caso de los trastornos coriorretinianos en enfermedades clasificadas en otra parte se incluyeron los códigos para los diagnósticos que con mayor frecuencia aparecen asociados a enfermedades infecciosas en las que no aparece un código para la localización oftalmológica. Especial interés tiene la codificación de la necrosis retinal, que generalmente está asociada a enfermedades como el síndrome de inmunodeficiencia humana, el virus de Epstein Barr, el citomegalovirus, y que dada la gravedad de esta, implica una necesidad de identificación particular para los estudios epidemiológicos y para las investigaciones científicas que se realizan en el centro.⁹

Otro diagnóstico infeccioso al cual se le proponen nuevas codificaciones en la clasificación es la endoftalmitis. Los gérmenes causales de endoftalmitis suelen variar según su causa. Para las posquirúrgicas, las principales fuentes de contaminación son provenientes de la flora de la superficie ocular y periocular del paciente. Secundariamente pudiera estar relacionado con el instrumental mal esterilizado. El personal médico y paramédico constituye un vehículo para trasladar los gérmenes al acto quirúrgico, la contaminación del campo quirúrgico y del sistema de ventilación del salón de operaciones. Los gérmenes *Gram positivos* son los más frecuentes reportados entre el 90-94 % de los causantes de infecciones intraoculares. El *Staphylococcus coagulasa negativa* es el responsable del 33-77 % de los casos, seguido por el *Staphylococcus aureus* en un 10-21 %. Los gérmenes *Gram negativos* son reportados en un 6,5 % de los estudios y entre ellos la *Pseudomona aeruginosa*, el *Haemophilus Influenzae*, el *Proteus* y el *Neisseria meningitidis*; la Endoftalmitis de origen micótico causa el 3 % de todas las infecciones intraoculares;¹⁰⁻¹⁴ por eso los protocolos de tratamiento suelen ser muy diferentes a los de las endoftalmitis postraumáticas o endógenas y hasta de la endoftalmitis crónica, donde predominan gérmenes de menor virulencia.

Para la evaluación de los códigos referentes a los traumas oculares se utilizó la clasificación de Betts¹⁵ para el trauma ocular, en la cual tiene su basamento el traumaocular *Score* (OTS). Esta herramienta le brinda al oftalmólogo, en principio, la posibilidad de predecir el resultado funcional final dentro de una categoría visual después del daño ocular. Tras una correcta evaluación inicial, y teniendo acceso a una información temprana, nos permite brindar consejo al paciente de modo práctico, claro y comprensible, así como ayudar a disminuir la ansiedad del paciente y brindarle una información segura acerca de su calidad de vida futura que le permita tomar decisiones económicas y sociales útiles para su persona y entorno cercano.¹⁶ Además, esto permite la estandarización de los elementos evaluativos para el diagnóstico, manejo, rehabilitación y diseño de protocolos y proyectos de investigación relacionados con el tema, y facilita a las autoridades de salud pública la planificación de estrategias de intervención y la evaluación de estas acciones.¹⁷

La especificidad del diagnóstico al egreso en estos casos es de alta importancia, ya que no solo modifica la conducta, sino que varía el pronóstico visual del paciente. En los casos donde se reporta la presencia de CEIO se requiere de la valoración

inmediata del momento quirúrgico ideal y de un aumento de las medidas profilácticas para la prevención de la endoftalmitis secundaria al trauma.¹⁷ Por otro lado, la clasificación referente a la penetración o perforación ocular modifica incluso la subespecialidad que evaluará y tratará el paciente. En el segundo caso, en muchos pacientes se requiere la valoración de neurooftalmología y/o maxilofacial, y la realización de exámenes diagnósticos de mayor complejidad como la tomografía axial computarizada o la resonancia magnética en busca de lesiones óseas o presencia de cuerpo extraño retro-ocular.¹⁸

Los códigos propuestos de los pacientes egresados del Servicio de Glaucoma estuvieron basados en la clasificación más reciente de las enfermedades causantes de glaucoma.¹⁹ Por la diferencia en la conducta terapéutica se propuso un quinto código para la diferenciación de las úlceras en perforadas y no perforadas. En el primer caso la conducta es eminentemente quirúrgica y en el otro es fundamentalmente medicamentosa.¹⁷ Los expertos consultados propusieron añadir un código según la etiología de la úlcera (bacteriana, viral o micótica); pero posterior a una revisión se decidió que la etiología debe considerarse como diagnóstico asociado, con los códigos: A48.8, B33.8, B48.8 respectivamente, dado que usualmente resulta difícil identificar el agente causal específico.

Se sugiere la modificación de los códigos de las afecciones del leucoma corneal, ya que el sistema de códigos actuales no posee suficientes detalles útiles para la clasificación de las posibles complicaciones de las úlceras corneales, en las que con la calificación actual esto solo puede ser codificado como leucoma adherente, pero pueden aparecer opacidades de diferentes intensidades (leucoma, mácula, nebécula) e incluir o no otras estructuras del segmento anterior del ojo (adherencias iridianas), afecciones causantes de ceguera corneal reversible y, por tanto, susceptibles de tratamiento.

Otro importante número de egresos del Servicio de Córnea está asociado a complicaciones de la actividad quirúrgica y al uso de algunos dispositivos oculares. Para la falla o rechazo al trasplante corneal se proponen el uso de códigos que diferencien los trasplantes terapéuticos (recubrimientos con membrana amniótica) y los de fines ópticos. En el primer caso siempre estamos en presencia de un trasplante temporal en pacientes con perforaciones oculares o ulceraciones graves y la falla o rechazo tendría menor repercusión que en los trasplantes ópticos que implican la pérdida de la córnea donada y la espera de un nuevo donante.

En otro de los aspectos relacionados con las complicaciones del uso de dispositivos oftálmicos en el último período se ha observado un incremento notable en la presencia de úlceras corneales asociadas a los lentes de contacto. Inicialmente el lente de contacto era considerado un aditamento médico para la corrección óptica en pacientes de altos defectos refractivos. Aunque su fabricación podía ser de varias sustancias, se confeccionaban con una curva personalizada y con recomendaciones médicas para su uso.^{17,20} Varias pueden ser las complicaciones asociadas al mal uso de cualquier tipo de lentes de contacto, entre ellas la vascularización corneal, la aparición de sobreinfecciones bacterianas y micóticas, la queratitis superficial, la inyección conjuntival y la conjuntivitis. Estos efectos secundarios son fundamentalmente a causa de la existencia de trastornos en el aporte de oxígeno (O₂) a la zona lesionada, que se ve impedido parcialmente por la lente.²⁰ Cuando el uso de

lentes de contacto no está asociado a una indicación médica ni se han realizado acciones educativas referentes a la individualidad de su uso y las condiciones higiénicas para su manejo, se incrementan las complicaciones antes referidas que en

oportunidades suelen ser de gravedad y ocasionar ingreso hospitalario, como se demuestra en el trabajo donde el 91 % de los ingresos asociados al uso de lentes de contacto está originado por lentillas cosméticas.

Finalmente, para el caso particular de cataratas congénitas existen diferentes formas clínicas de catarata congénita de las cuales depende la agudeza visual de los pacientes y, por tanto, el momento de la decisión quirúrgica ideal, por lo cual se hace necesaria mayor especificidad en su diagnóstico. La clasificación vigente para la diversidad de diagnósticos oftalmológicos resulta sumamente general y no cuenta con la suficiente especificidad para la aplicación de guías asistenciales y el desarrollo de las investigaciones en un hospital especializado.

Se concluye que la mayor utilidad de los códigos propuestos depende de la claridad en el diagnóstico al egreso, reflejado por los especialistas en las historias clínicas de los pacientes. Con la utilización de estos códigos se garantiza una mayor calidad en el resumen de la información referente al diagnóstico, lo que permitirá una mejor evaluación de los protocolos asistenciales y de la utilización de los recursos con que se cuenta actualmente para la especialidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Washington: OPS; 1995. p. 1.
2. Dupaquier M, William Farr. Statisticians of the Centuries. New York: Springer; 2001. p. 163-6.
3. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Washington: OPS; 1995; p. 1.
4. Bertillón J. Nomenclatures des maladies. Statistique de morbidité-statistique des causes de Décès. 1901 [citado 11 de mayo de 2010]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/hist/nomenclatures/1901.pdf>
5. Rodríguez Jústiz F, Fernández Núñez A, Baly Gil A. Apreciaciones sobre la clasificación internacional de enfermedades. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2000 [citado 15 de abril de 2010];38(3):215-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032000000300010&lng=es
6. Martínez Morales MA, Zacca Peña E, Mesa AC. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE). Estudio comparativo entre revisiones sucesivas CIE-9 & CIE-10. Experiencia Cubana. La Habana: Rev Tem Estad Sal. 2005 [citado 11 de mayo de 2010];1(2). Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/dne/nro2_estudio-puente.pdf
7. Dirección Nacional de Estadísticas. Estadísticas de Salud. Boletín No.1. La Habana: Ministerio de Salud Pública. 2000 [citado 10 de abril de 2010]. URL disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/dne/temas.php?idu=25989>

8. Río Torres M, Capote Cabrera A, Hernández Silva JR, Eguía Martines F, Gonzáles CM. Oftalmología: criterios y tendencias actuales. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009.
9. American Academy of Ophthalmology. Intraocular Inflammation and Uveitis. Section 9. EE.UU.: Basic and Clinical Science Course. American Academy of Ophthalmology. 2008: 209-15.
10. Rodríguez Suárez B, Ramos Pereira Y, Tejera Ferriol N, Ramos López M, Eguía Martínez M, Castro González Y. Endoftalmitis poscirugía de catarata. En: Oftalmología. Criterios y Tendencias Actuales. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009.
11. Endophthalmitis Vitrectomy Study. Microbiologic factors and drugs susceptibilities in the Endophthalmitis Vitrectomy Study. Am J Ophthalmol. 1996;122:1-17.
12. Taban M, Behrens A, Newcomb RL, Nobe MY, Saeedi G, Sweet PM, et al. Acute endophthalmitis following cataract surgery: a systematic review of the literature. Arch Ophthalmol. 2005;123:613-20.
13. Ramos López M, Tejera Ferriol M, Eguía Martínez M, Hernández Silva JR, Ríos Casos R, Sibila González M, et al. Incidencia de endoftalmitis aguda poscirugía de catarata y conducta terapéutica. Rev Cubana Oftalmol. 2009 [citado 11 de mayo de 2010];22(Supl.). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/oft/vol22_sup02_09/oft13309.htm
14. Ramos López M. Endoftalmitis aguda posterior a cirugía de catarata: resultados de un protocolo de diagnóstico y tratamiento. La Habana: Tesis Doctoral. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2011.
15. Schmidt GW, Broman AT, Hindman HB, Grant MP. Vision survival after open globe injury predicted by classification and regression tree analysis. Ophthalmology. 2008;115:202-9.
16. Kuhn F, Pieramici DJ. Ocular trauma: principles and practice. Eye injury epidemiology and prevention of ophthalmic injuries. New York: Thieme Publishers; 2002. p. 14-20.
17. Martínez FE, Río M, Capote A. Manual de diagnóstico y tratamiento en Oftalmología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. p. 486-9.
18. Kansky JJ. Clinical ophthalmology. A systematic approach. British Elsevier; 2007. p. 380-421.
19. Delgado E, Durán P, Neira O, Veloza C. Queratitis por Pseudomonas aeruginosa asociada al uso de lentes de contacto de hidrogel de silicona de última generación: Reporte de un caso. Rev Chil Infect. 2008 [citado 15 de mayo de 2012];25(4):295-300. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rci/v25n4/art11.pdf>

20. Vega B, Casas X, López S, Vigoa L. Indicaciones clínicas de las lentillas terapéuticas. Estudio preliminar. Rev Cubana Oftalmol. 2000;13(2):70-8.

Recibido: 23 de diciembre de 2014.

Aprobado: 15 de enero de 2015.

Lic. *Jackeline Jarvis Rodríguez*. Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer". Ave. 76 No. 3104 entre 31 y 41 Marianao, La Habana, Cuba. Correo electrónico: cpadilla@horpf.sld.cu