

Aunque en el momento actual, las áreas de urgencias pediátricas atienden relativamente pocas "emergencias". Es obvio señalar que el paro cardiorrespiratorio es la emergencia por excelencia y como tal debe tenerse en cuenta también para codificar diagnósticos o motivos de consulta. Además, si la codificación tiene como objetivos, entre otros, la confección de bases de datos y la evaluación de la asistencia, el registro de los paros cardiorrespiratorios es esencial, teniendo en cuenta por un lado la cantidad y calidad de recursos que puede precisar y, por otro, el pronóstico desfavorable que conlleva. De hecho, la dotación de un área de urgencias pediátricas no se concibe sin un espacio para realizar reanimación cardiopulmonar y, además, el paro cardiorrespiratorio constituye prácticamente la única causa de muerte en urgencias pediátricas.

Es curioso observar como, en cambio, aparece el código 798.9 "Ingresa cadáver", con la descripción "Ha sido encontrado muerto sin asistencia y sin que pueda describirse causa aparente", siendo ésta una situación que parece indicar la abstención de medidas de reanimación cardiopulmonar.

El listado presentado ofrece pocos epígrafes en los que pueda incluirse el paro cardiorrespiratorio. Algún caso puede codificarse como aspiración de cuerpo extraño, cardiopatía, convulsión, sepsis, traumatismo, etc., según la situación clínica concreta, pero ello no facilita la tarea en el momento de realizar, por ejemplo, una evaluación de los pacientes que precisaron reanimación cardiopulmonar².

Considero, por lo tanto, que el código de diagnóstico "paro cardiorrespiratorio" debe incluirse en el listado de codificación diagnóstica adaptado para el ámbito de las urgencias pediátricas.

A. Rodríguez Núñez
 Servicios de Críticos y Urgencias Pediátricas.
 Hospital Clínico Universitario de Santiago.
 Santiago de Compostela

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de Trabajo de Codificación Diagnóstica de la Sociedad de Urgencias de Pediatría de la Asociación Española de Pediatría: "Codificación diagnóstica en urgencias de pediatría". *An Esp Pediatr* 2000; 53: 261-272.
2. López-Herce J, Domínguez Sampedro P. Estudio epidemiológico sobre la parada cardiorrespiratoria en la infancia. *An Esp Pediatr* 1998; 48: 332-333.

Codificación diagnóstica del síncope en urgencias de pediatría

(*An Esp Pediatr* 2000; 54: 415-416)

Sr. Director:

Hemos leído el interesante trabajo del Grupo de Trabajo de Codificación Diagnóstica de la Sociedad de Urgencias de Pediatría de la Asociación Española de Pediatría: "Codificación diagnóstica en urgencias de pediatría"¹ y, aunque nos reconocemos legos en la materia, nos gustaría realizar algunos comentarios al respecto.

Nos sorprende observar que entre los 181 procesos seleccionados como más frecuentes en las unidades de urgencias pediátricas, no se incluyen los desmayos, pérdidas bruscas de conocimiento, presíncope, síncope u otros términos que pudieran englobar a los anteriores y que expresan una situación clínica con pérdida brusca del nivel de conciencia y el tono postural, con recuperación rápida²⁻⁴. El síncope se ha definido como una pérdida temporal de la conciencia y el tono postural secundarios a un descenso crítico de la perfusión cerebral³. En la mayor parte de los casos tiene características benignas, aunque existen causas de síncope que pueden conllevar un pronóstico desfavorable.

La frecuencia real del síncope es difícil de estimar y las cifras comunicadas son variables según la población estudiada²⁻⁴. Si bien se ha indicado que hasta el 50 % de los adolescentes entrevistados pueden reconocer haber tenido alguna manifestación de tipo sincope, es más práctico referirse a los pacientes que acuden al médico con esta queja. Así, se considera que entre el 1 y el 3 % de las consultas en los servicios de urgencias de pediatría se deben a síncope, a los que hay que sumar aquellos que solicitan asistencia neurológica, cardiológica o pediátrica general. Por otro lado, se ha estimado que este proceso afecta al 0,1 % de los pacientes pediátricos que requieren atención médica²⁻⁴.

En cualquier caso, parece evidente que los mareos-desmayos y pérdidas de conciencia deben ser diagnósticos mucho más frecuentes en urgencias de pediatría que angioedema, malos tratos, cetoacidosis diabética, etc., por poner ejemplos de diagnósticos que aparecen en la primera página de la tabla 2¹.

Si aparece en el listado el código 780.4: mareo/vértigo. Sin embargo, la descripción incluida está orientada a los procesos de tipo vertiginoso y tiene poco que ver con el síncope neurocardiogénico¹. La misma ausencia se nota en la tabla 3, en que vuelve a aparecer mareo-vértigo y no pérdida de conciencia, ni desmayo, ni síncope, ni lipotimia, ni otros términos parecidos que englobarían un motivo de consulta que, al menos a nuestro entender, es mucho más frecuente que otros reseñados en dicha tabla como, por ejemplo, rectorragia, ingestión de cuerpo extraño o hematuria, etc.

Es posible que el diagnóstico de síncope no sea evidente en el momento de la atención urgente, pero en ese caso debe utilizarse un descriptor genérico o que englobe varias posibilidades, como así lo indican los autores para otros procesos¹. Por ello, nuestra sugerencia es incorporar los siguientes términos, con el código que les corresponda: desmayo/síncope, refiriéndose a una pérdida brusca y transitoria del nivel de conciencia y el tono postural, en general asociado a la postura en bipedestación, que puede ser precedida y/o acompañada por otras manifestaciones clínicas como palidez, sudoración, náuseas, visión borrosa, cefalea, dolor abdominal, crisis tónicas, etc.

Nos atrevemos también a sugerir a los autores que, tras la aplicación en sus respectivos centros y durante un período de tiempo suficiente de la codificación diagnóstica diseñada, realicen una revisión de ésta para subsanar omisiones e incluir nuevos procesos.

A. Rodríguez Núñez^a, J. Eirís Puñal^b,
 F. Martínón Torres^a y J.M. Martínón Sánchez^a
 Servicios de ^aCríticos y Urgencias Pediátricas
 y ^bNeuropediatría.
 Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de Trabajo de Codificación Diagnóstica de la Sociedad de Urgencias de Pediatría de la Asociación Española de Pediatría. Codificación diagnóstica en urgencias de pediatría. *An Esp Pediatr* 2000; 53: 261-272.
2. Kaufmann H. Neurally mediated syncope: pathogenesis, diagnosis, and treatment. *Neurology* 1995; 45: 12-18.
3. Grubb BP, Olshansky B. Syncope: Mechanisms and management. Nueva York: Futura Publishing, 1998.
4. Hannon DW, Knilans TK. Syncope in children and adolescents. *Curr Probl Pediatr* 1993; 23: 358-384.

Aclaraciones sobre la codificación diagnóstica en urgencias de pediatría

(*An Esp Pediatr* 2000; 54: 416)

Sr. Director:

En primer lugar, quisiera mostrar mi agradecimiento a los miembros del equipo del Servicio de Críticos y Urgencias Pediátricas y de Neuropediatría del Hospital Clínico Universitario de Santiago, por la lectura atenta e interesantes comentarios que realizan sobre el documento "Codificación diagnóstica en urgencias de pediatría", recientemente publicado en la revista que usted dirige¹.

Es indudable que en nuestra relación inicial de diagnósticos faltan muchos y algunos muy señalados, como paro cardiorrespiratorio, al que se hace referencia en una de las cartas, o apnea. Pero faltan muchos más, todos los diagnósticos de la CIE-9-MC, salvo los 181 que hemos abordado. Se escogieron aquellos diagnósticos que por su definición o descripción en la CIE-9-CM, resultaba difícil aplicar en urgencias. Por ejemplo, paro cardiorrespiratorio tiene un código, 427.5 y su descripción y definición en su momento, no nos planteó controversia. Lógicamente, puede pensarse que no se han escogido todos los diagnósticos que

necesitaban aclaración (código, descriptor o definición) y que en algunos diagnósticos no era necesaria aclaración alguna. Por este motivo, cualquier aportación, como la que realizan los autores de la carta, y la puesta en marcha de este sistema de codificación, irán añadiendo o modificando diagnósticos al listado actual.

En cuanto al diagnóstico de síncope, está incluido en el listado actual junto al espasmo de sollozo (780.2). Este es uno de los casos que no resuelve bien la CIE-9-CM, ya que no existe un código para espasmos de sollozo. Nos pareció que lo que más se parecía a un espasmo de sollozo, al menos fisiopatológicamente, sobre todo los de tipo pálido, era el síncope vaso-vagal, salvando la edad. Por este motivo y sobre todo con fines de registro, pareció una buena opción englobar las dos entidades en un solo código.

La idea de la Sociedad de Urgencias de la AEP es dar a conocer a todos los centros hospitalarios del país este sistema de codificación. Se elaborará un manual con éste, se enviará a todos los centros y se invitará a los mismos a adherirse al sistema, cumpliendo unos requisitos mínimos. Con una periodicidad al menos anual, aunque se intentará que sea semestral, se analiza la información registrada y las sugerencias de los usuarios, para ir mejorando el sistema de codificación.

Como coordinador del grupo de trabajo de codificación de la Sociedad de Urgencias de la AEP, invito a que continúe la crítica constructiva, iniciada en esta revista por los compañeros del Hospital Clínico Universitario de Santiago, en este foro o dirigiéndose directamente a mi persona, utilizando las direcciones de correo y electrónica que aparecen en el artículo publicado.

J. Benito Fernández

Coordinador del Grupo de Trabajo sobre Codificación Diagnóstica de la Sociedad de Urgencias de la AEP.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de Trabajo de Codificación Diagnóstica de la Sociedad de Urgencias de la Asociación Española de Pediatría. Codificación diagnóstica en urgencias de pediatría. *An Esp Pediatr* 2000; 53: 261-272.