

# Aclaraciones a la traducción del sistema de clasificación y codificación OSICS-10

**LLUÍS TIL PÉREZ**

Médico especialista en Medicina del Deporte. FC Barcelona. Centro de Alto Rendimiento de Sant Cugat. Consorci Sanitari de Terrassa. Barcelona. España.

Algunos compañeros han decidido trabajar con el sistema de codificación OSICS en la consulta habitual de Medicina del Deporte de nuestro país. Con el fin de facilitar el uso, se plantea su traducción al castellano. Se obtuvo una traducción adaptada a la terminología médica aceptada que después ha sido sometida a una revisión para médicos especialistas en Medicina del Deporte, a quienes es preciso agradecer sus aportaciones\*.

Antes de empezar a trabajar vale la pena insistir en algunas recomendaciones que facilitan su uso:

1. Los códigos que corresponden a diagnósticos más completos tienen preferencia sobre los más incompletos cuando el paciente presente todos los síntomas. Por ejemplo, el código "Conmoción aguda con síntomas visuales" HNCO se prefiere al código más simple "Conmoción aguda" HNCA, siempre que el diagnóstico sea así más exhaustivo.

2. Los códigos de patologías más graves se tienen que preferir a los menos graves cuando estén relacionados. Hay que codificar el diagnóstico con más relevancia, el más grave o el más completo. Por ejemplo, en el caso de lesión medular cervical provocada por una hernia discal cervical, hay que preferir el diagnóstico "Lesión de médula espinal cervical" NNSX al de "Prolapso / protrusión / hernia discal cervical" NCLP. En el caso de fractura de apófisis transversa de vértebra cervical hay que preferir el diagnóstico "Fractura por avulsión de columna cervical" NFCA al de "Fractura cervical estable" NFCS, excepto en el caso infrecuente de que la fractura se asocie a lesión medular, pues entonces hay que preferir "Lesión de médula espinal cervical" NNSX.

3. Los códigos de patologías no relacionadas entre sí hay que considerarlos todos y cada uno de ellos como procesos independientes.

Se han incluido nuevos conceptos a los diagnósticos traducidos por el TERMCAT porque se consideran sinónimos, mu-

chos de ellos de uso frecuente. Si se añaden diferentes posibilidades será más fácil llegar al código correcto:

1. Asociado a los conceptos "Laceración / abrasión" se incluye "herida", que es más amplio y utilizado.
2. Asociados al concepto "Prolapso de disco" se incluye "Protrusión discal" y "Hernia discal", a nivel tanto cervical, dorsal y lumbar.
3. Asociado al concepto espasmo y puntos gatillo muscular se incluye contractura.
4. Asociado al "dedo pulgar" se incluye "primer dedo de la mano".
5. Asociado al "dedo índice" se incluye "segundo dedo de la mano".
6. Asociado al "dedo medio" se incluye "tercer dedo de la mano".
7. Asociado al "dedo anular" se incluye "cuarto dedo de la mano".
8. Asociado al "dedo auricular" se incluye "quinto dedo de la mano", "dedo meñique de la mano".
9. Asociado a "Osteítis de pubis" GYOX se incluye "Osteopatía dinámica del pubis".
10. Asociado a fracturas agudas y de fatiga de istmo y pedículo de vértebra lumbar (LFDX, LFPX, LSDX i LFPX) se incluye "...espondilólisis", que es palabra clave en estos diagnósticos.
11. Asociado al concepto "...isquiotibial..." hay que añadir o cambiar por el concepto "...isquiosural...", más genérico, pues el bíceps sural no es un isquiotibial.
12. Asociado al grupo de los músculos isquiotibiales (semitendinoso y semimembranoso) hay que añadir "el recto interno / gracillis". No se contempla en la clasificación OSICS-10 original y su incidencia lesional es equiparable a los otros dos.
13. Asociado a "músculos gastrocnemios" los de "músculos gemelos".

Correspondencia: Lluís Til Pérez. Termcat, Centre de Terminologia. Diputació, 119. 08015 Barcelona. España.

Correo electrónico: ltil@car.edu

\*Hay que agradecer la revisión del documento y las aportaciones de la Dra. Teresa Pomés, la Dra. Carme Porcar Rivero, el Dr. Antonio Turmo Garuz, el Dr. Josep Antoni Gutiérrez Rincón, el Dr. Roberto Martínez Navas y la Dra. Montserrat Bellver Vives.

14. Asociado a “hueso navicular” el nombre “escafoide tarsiano”.

15. Asociado a “Juanete de articulación metatarsal del halux” se añade “...halux valgus” código FAHB.

16. Asociado a “Neuritis braquial” se añade “Neuropatía...”.

17. Asociado a “Hipermotilidad articular generalizada” se añade “Hiperlaxitud...” código IMHE.

18. Asociado a “Bulto carpiano” se añade “exostosis de hueso carpiano” código IWCB.

19. Asociado a “Desprendimiento epifisial de cabeza del fémur” se añade “Epifisiólisis de la cabeza del fémur” código JCGS.

20. En el código MECS se incluyen los dos sinónimos “Carcinoma escamoso y escatos”.

21. Asociado a “derivación” se incluye el término “Interconsulta” código ZPRX.

22. En los códigos ZSXX correspondientes a cribado se incluye el término “Revisión médica”.

23. En los códigos ZOXX correspondientes a “Preparación para viajar al extranjero – consejos de inmunización” se incluyen los términos “vacunación”, “dieta”, “medicación”, “jet-lag” y “adaptación” para facilitar su codificación.

24. En el código KHBI de “Bursitis de cojinete adiposo infrarotular” se añade “Hoffitis”.

25. En los códigos DJPX i LGXX se asocia el diagnóstico “Síndrome facetario dorsal y lumbar”.

26. Asociado a “Síndrome de fricción del tracto iliotibial” se añade “Síndrome de la bandeleta iliotibial” código KGIX.

27. En el código MCAX “Corazón de atleta” se añade “Hipertrofia miocárdica fisiológica por ejercicio”.

28. En el código MCMX “Murmur / enfermedad valvular” se asocia “soplo cardíaco”.

29. MISN “...encarnada” añadir “...incarnata / onicocriptosis”.

30. MISN “...atleta” añadir “...onicomicosis”.

Se han incluido aclaraciones, especialmente respecto de clasificaciones:

1. En relación con la “distensión muscular” se ha incluido la “rotura muscular” por tratar las lesiones grado 3 y lesión muscular por designar cualquier lesión o específicamente las de grado 1 y grado 2.

2. Dentro del grupo diagnóstico de hematomas musculares de los músculos del muslo (THMX) se propone excluir a los secundarios a lesión muscular que se habrían de codificar

como TMXX. Esta exclusión no la especifica la versión inglesa pero es coherente.

3. Se propone añadir dentro del diagnóstico QYBA y QYBP correspondiente a “periostitis” los conceptos “...pretibial” y “...tibial de cara posterointerna”, respectivamente.

Se han añadido conceptos diagnósticos, o referencias anatómicas que en determinados diagnósticos han estado obviados en el original inglés:

1. El código STSC de “Tendinitis calcificante” se ha completado con “...del supraespinoso”.

2. Las lesiones de la articulación acromioclavicular (SJAS, SJAT, SJAD, SJAR) están catalogadas según la clasificación de Rockwood y Young (1990), que es la más utilizada. Se añade el origen de la clasificación, pues en patología lesional deportiva muchas clasificaciones se refieren a 3 grados (1, 2 y 3).

3. En el código SGCX “Capsulitis adhesiva” se añade “hombro congelado”.

4. En los códigos ETES i ETFS, “Desinserciones tendinosas proximales de flexores y extensores de muñeca”, se añade “epicóndilo” y “epitróclea del codo”.

5. En el código RTEI “Síndrome de intersección tendinosa” se añade “...de extensores de antebrazo”.

6. En el código WJDT “Lesión completa / ruptura de ligamento triangular” se añade “...del carpo”.

7. En el código GTHS “Hernia de Gilmore / hernia del deportista” se aclara “...lesión del trayecto engonal sin hernia real”.

8. En el concepto “Pantorrilla” se añade “...de la pierna”.

9. En el código QMAX “Lesión de compartimento muscular” se añade “...tibial anterior”.

10. En el código QMLX “Lesión de compartimento muscular externo” se añade “...peroneal”.

11. En el código QMYD “Dolor muscular de aparición retardada” se añade “...gemelos”.

Otros cambios se han propuesto para posibles errores tipográficos en el original:

1. Códigos EFRX: “Fractured distal radius” y “Avulsion fracture distal radius” se consideran errores y se traducen “Fractura proximal de radio” y “Fractura por avulsión de radio proximal”.

2. Código EFRA: “Avulsion fracture distal ulna” se considera un error y se traduce por “Fractura por avulsión de cúbito proximal”.

La localización anatómica genérica se ha cambiado por una más específica en:

1. En los códigos SUPX y SUAX, de las luxaciones recidivantes, se ha referenciado la estructura anatómica "...escapulo-humeral".

Se han propuesto algunos cambios a fin de que los diagnósticos sean más claros:

1. En el código SGIX se propone "pinzamiento escapulo-humeral" en vez de "pinzamiento interno de hombro", para enfrentarlo al de pinzamiento subacromial.

2. Se propone cambiar la palabra "entesopatía" por "lesión de origen", que es traducción normalizada en epicondilitis y epitrocleeítis del codo.

3. En los códigos WJPU i WJPR se ha cambiado "...ligamento lateral interno..." y "...ligamento lateral externo..." por "...colateral interno..." y "...colateral externo...".

4. En el código MUGA se propone "Amenorrea no asociada con dieta o ejercicio" en vez de "otras amenorreas".

5. En MVBX Barotraumatismo, ponerlo al mismo nivel que enfermedad por descompresión MVBD y agruparlos en Enfermedad por efecto de la presión.

6. Dentro de anemia: codificar ferropenia sin anemia y anemia ferropénica y otras anemias.

Se necesitan otros nuevos códigos, no contemplados hasta ahora:

1. La clasificación de las lesiones de SLAP se utiliza con valor pronóstico y de decisión terapéutica. Ahora se clasifican con un código único SUBX para todas las lesiones de SLAP.

2. El diagnóstico Dolor muscular de aparición tardía está presente en brazo UMYD, en muslo TMYX, TMYA, TMYH i TMYQ y en pierna QMYD, lo echamos de menos en otras localizaciones: hombro (se propone SMYD), antebrazo (se propone RMYD), tórax (se propone CMYD), abdomen (se propone OMYD), raquis cervical (se propone NMYD), raquis dorsal (se propone DMYD), raquis lumbar (se propone LMYD), ingle (se propone BMYD), nalga y glúteo (se propone BMYD).

3. Para el diagnóstico "distensión de ligamento medial del codo / esguince de grado 1 y 2", proponemos EJMP, pero mientras no esté aceptado hay que codificar EJMX.

4. La fractura de cabeza de radio asociada a luxación radio cubital distal (Fractura de Essex-Lopresti) no se contempla. Se propone añadirla al grupo de fracturas de los huesos del ante-

brazo, con las de Galeazzi y Monteggia; no afecta a las diáfisis de los huesos del antebrazo, pero sí que implica todo el antebrazo. La otra posibilidad es incluirla, en el grupo de fracturas de cabeza de radio.

5. Para el diagnóstico "Distensión de ligamento triangular del carpio / esguince de grado 1 y 2" proponemos WJDP, pero mientras no esté aceptado hay que codificar WJDX.

6. Se propone añadir al concepto "...isquiotibial..." el concepto "...isquiosural...", más genérico, pues el bíceps no es estrictamente isquiotibial.

7. Se propone añadir dentro del grupo de los músculos isquiotibiales el recto interno o gracilis a los ya nombrados semitendinosos y semimembranosos, pues aquél no se contempla en la clasificación OSICS-10 y su incidencia lesional es equiparable a los otros dos.

8. Codificación de los diferentes tipos de arritmias.

9. Se propone añadir dentro del código MSFX "Fatiga de deportista no diagnosticada" el diagnóstico "Síndrome de sobreentrenamiento", pues no es asimilable en ningún otro código actual.

10. Parotiditis en infecciones sistémicas MIVX.

11. Narcosis por nitrógeno dentro de las Enfermedades por efecto de la presión MVBX.

12. Mioglobinuria dentro de Enfermedades renales MUUX.

13. Dentro anemia MHAX: codificar ferropenia sin anemia y anemia ferropénica y otras anemias.

14. Dentro endocrinopatías MYXX codificar diabetes 1 y diabetes 2.

15. Dentro dermatosis MDXX codificar dermatografismo.

16. Dentro ORL MTXX codificar: rinitis, obstrucción nasal, pólipos, caries, flemón dentario.

17. Dentro tareas administrativas ZPXX codificar AUTE y TUES.

Por superposición de diagnósticos se considera que se podrían simplificar los siguientes:

1. Los diagnósticos UFHM, UFHX y UFXX correspondientes a fracturas diafisarias de húmero son equivalentes, pues la diáfisis humeral es el único hueso de este segmento.

2. Lo mismo ocurre con las fracturas de fatiga de húmero y los códigos USFH, USFX y USXX.

3. Referido al pinzamiento subacromial en un contexto de inestabilidad glenohumeral, hay dos códigos. Los mantenemos, aconsejamos codificar SGSI si predomina la clínica de pinzamiento (y cambiamos el orden del anunciado del diagnóstico) y SUAI si predomina la inestabilidad.

4. Los diagnósticos TFFX y TFXX correspondientes a fracturas diafisarias de fémur son equivalentes, pues la diáfisis femoral es el único hueso de este segmento.

5. Lo mismo ocurre con las fracturas de fatiga de fémur y los códigos TSXX y TSFX.

Algunos diagnósticos pueden ser obviados:

1. La lesión de Hill Sachs SFHH se asocia a luxación anterior de hombro SDAX o inestabilidad anterior de hombro SUAX, siempre más importantes. Proponemos retirar SFHH. Mientras se mantenga se codificarán las lesiones por compresión en el extremo proximal del húmero aisladas, en que no se identifica o no se valora inestabilidad, aunque sea la causa.

2. El diagnóstico dispnea (OMWX) se considera un síntoma, por lo que es mejor codificar la entidad que causa la dispnea.

En algunos casos se ha planteado alguna duda, pero se ha decidido aceptar la propuesta del OSICS original y de la traducción Termcat:

1. En las fracturas de clavícula las localizaciones interior y exterior se prefieren a interna y externa.

2. En las fracturas de fatiga de todas las localizaciones no se incluye el concepto fractura de estrés, fractura de fatiga es suficientemente explícito y concreto.

3. En el código SNTS se prefiere el diagnóstico traducido "Síndrome de la obertura torácica superior" por el anglosajón Thoracic Outlet Syndrome.

4. Se mantiene el término "estern" a pesar de ser normativo "esternum".

5. Se mantiene el término "piriforme" a pesar de ser normativo "piramidal".

6. En l'OSICS se contempla las lesiones que afectan el calcáneo dentro del grupo del tobillo y no del pie.

Se han corregido errores de traducción del Termcat:

1. JTGX corresponde a Lesión de tracción de apófisis de ingle y cadera.

2. JTFX corresponde a Lesión de tracción del pie.

Se han tomado algunas decisiones para adaptar la traducción:

1. Los términos ingleses "non union fractured bone" se traducen siempre por "seudoartrosis" y no por "seudoarticulación de hueso fracturado" que sugiere Termcat.

2. Los términos ingleses "chest" y "tórax" se traducen siempre por "tórax" y no por "pecho".

3. Los términos ingleses "trunk" y "abdominal" se traducen siempre por "abdominal" y no por "tronco". Esta parte de la clasificación sólo se refiere a la parte abdominal del tronco y la parte torácica se ha tratado previamente.

4. Se prefiere el término "rotuliano" al "rotular" para referirse al tendón patelar.

5. Se prefiere el término "femoro-patelar" al "patelo-femoral".

6. Se prefiere el término "pretibial" a "espinilla".

7. El código QMYG correspondiente a "...de músculos gastrocnemios / gemelos" se reserva para la contractura global de los dos (interno y externo).

8. En los diagnósticos QYBX correspondientes a "tenoperiostitis" se evita el término de síndrome de fatiga, por confuso.

9. Los diagnósticos QFFX correspondientes a fracturas de peroné contemplan las fracturas aisladas de peroné. Las asociadas a tibia se codifican como "...tibia y peroné" QFTF.

10. Código ATAM: lesiones intratendinosas parciales de aquiles. Código ATAR: rupturas completas

11. Se prefiere "os trigonum" en lugar de "triángulo", propuesto por Termcat, para traducir al inglés "os trigonum" en AGPO y AFTO. Se trata del hueso supernumerario o de un defecto de fusión del apófisis posterior del astrágalo.

12. El código AFPT corresponde a "Fractura del proceso de Stieda" y se añade el de "...de cola de astrágalo".

13. Los términos "arthritis" y "osteoarthritis" (AAXX) se traducen por "artropatía degenerativa" o "artrosis" para evitar confundir estos casos con un origen inflamatorio.

14. Los códigos referidos a postoperatorios YXXX se decide nombrarlos "postoperatorio de cirugía de..." en lugar de la "postoperatorio de operación de...", que es demasiado redundante.

15. El código MVHX se nombra "Enfermedad por efecto de la temperatura" en lugar de "Enfermedad por calor", que puede confundir por no incluir las debidas por falta de calor.

16. Los códigos MSFX y MSMX, referidos a los trastornos psicológicos de conducta relacionados directamente con el deporte, deben incluir los trastornos alimentarios y los trastornos por exceso de ejercicio, estén presentes los dos o sólo uno de ellos.