

CODIFICACIÓN CLÍNICA CON LA CIE-9-MC

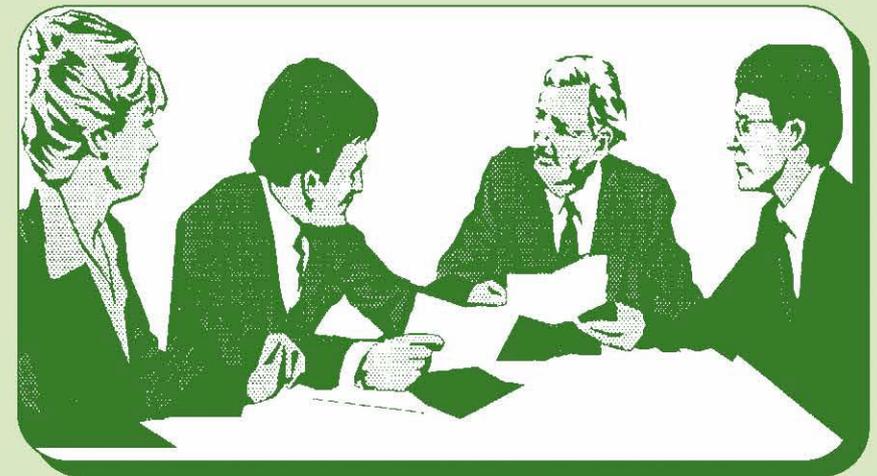
UNIDAD TÉCNICA DE LA CIE-9-MC PARA
EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



Boletín número 5

Año II

Octubre, 1996



Subdirección de Programas

CODIFICACION CLINICA CON LA CIE-9-MC

UNIDAD TECNICA DE LA CIE-9-MC PARA
EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



Boletín número 5

Octubre, 1996

INDICE

Unidad Técnica de la CIE-9-MC	5
Tema monográfico. Cardiopatía Isquémica	7
Preguntas a la Unidad	22
Formación continuada en codificación	28

Unidad Técnica de la CIE-9-MC

Ante las preguntas formuladas por algunos de los más de 400 profesionales sanitarios que reciben el boletín de la CIE-9-MC, en nuestro país y fuera de él, acerca del apartado "TEMA MONOGRÁFICO", se indica que cualquier profesional sanitario puede solicitar la inclusión de un monográfico para su publicación en el boletín.

Hasta este momento se han publicado los siguientes temas monográficos:

Boletín 0 Aparato Respiratorio
Boletín 1 Aparato Digestivo. - Hígado
Boletín 2 Embarazo, parto y puerperio
Boletín 3 Aparato Digestivo. - Cavidad oral, esófago, estómago.
Boletín 4 Patología Neonatal

En el boletín nº5, se incluye el monográfico "Cardiopatía isquémica" y el nº6, la segunda parte del Aparato Digestivo. Tanto la solicitud de publicación de un monográfico como el de participar en uno de ellos, se hará mediante fax a la Unidad Técnica (91/338 01 90).

Para lo primero será suficiente con indicar el nombre y dirección del solicitante y el tema, indicando las causas por las que se quiere que se realice la publicación.

En el segundo caso, será necesario:

1. Nombrar un coordinador del tema monográfico
2. Indicar los especialistas que intervendrán en él y a ser posible la confirmación o aval por parte de la Sociedad correspondiente de que la información que se publicará es consecuente con lo utilizado por el resto de los especialistas.
3. Enviar el borrador del monográfico, en soporte informático y en papel, a la Unidad para su aprobación y publicación.

El monográfico podrá ser muy específico (pulmón, hígado, páncreas) o más amplio (aparato respiratorio, aparato digestivo), como ya está sucediendo.

Agustín Rivero Cuadrado
Responsable de la Unidad Técnica de la CIE-9-MC

Tema Monográfico

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Se define como un trastorno de la función cardíaca debido a un desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno.

En la mayoría de las ocasiones está causado por placas ateromatosas en los vasos coronarios, aunque en otros casos puede ser debida a trombos, émbolos, arteritis, déficit de oxígeno (mal de altura)...

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA AGUDA

FORMAS DE PRESENTACIÓN

1. ANGINA/ ANGOR/ ANGOR PÉCTORIS

Se define como dolor, opresión, malestar, quemazón o pesadez torácica, atribuible a la isquemia transitoria del miocardio. Es un concepto clínico y está basado en las características del dolor.

CLASIFICACIÓN SEGÚN LAS CIRCUNSTANCIA DE APARICIÓN

1. Angina de esfuerzo. Está provocada por el aumento de la demanda miocárdica de oxígeno debido al esfuerzo, estrés...

Evolución:

1. Inicial. Antigüedad menor de un mes
2. Progresiva. Empeoramiento en el último mes.
3. Estable. Sin modificaciones en el último mes.
2. Angina de reposo. Se produce espontáneamente, sin relación aparente con el incremento de la demanda miocárdica de oxígeno. Una variedad es la "angina variante, vasoespástica o de Prinzmetal", que está provocada por espasmo coronario de la arteria epicárdica proximal. Es habitual en esta variedad la elevación del ST durante la crisis.
3. Angina mixta. Es aquella en la que coexisten la angina de reposo y de esfuerzo, sin predominio claro de ninguna de ellas.

CLASIFICACIÓN SEGÚN SU FORMA EVOLUTIVA

4. Angina estable. Es aquella cuyas características no han variado en el último mes. Generalmente es de esfuerzo, estando en relación con el ejercicio. Se subclasifica en varios grados (I-IV), según la intensidad del ejercicio necesaria para que aparezca el dolor.
5. Angina inestable. Es la angina que ha aparecido o empeorado en el último mes. Existen distintos tipos:
 - Inicial
 - Progresiva
 - Prolongada
 - Variante
 - Postinfarto
6. Angina no especificada. Como casos particulares se puede citar:
 - Angina hemodinámica: Es aquella que se produce en el seno de una taquiarritmia (fibrilación auricular) existiendo afectación de las arterias coronarias.
 - Síndrome X. Es una cardiopatía isquémica en la que no existe afectación de las arterias coronarias.

CODIFICACIÓN: El angor se codificará como principal si el tratamiento se dirige al angor, siendo la aterosclerosis secundario.

Clasificación del angor		
EVOLUCIÓN	PRESENTACIÓN	CÓDIGO CIE
ESTABLE	CUALQUIERA	413.9
INESTABLE	DE ESFUERZO DE REPOSO	411.1 411.1
	PRINZMETAL DE CÚBITO	413.1 413.0
NO ESPECIFICADA *	CUALQUIERA (ANGINA HEMODINÁMICA, SÍNDROME X)	413.9

* Antes de utilizar el código 413.9, el codificador debe intentar recabar información del clínico a fin de poder asignar un código más específico.

2. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Se define como la necrosis aguda de una zona concreta del músculo cardíaco, de origen isquémico, secundaria generalmente a la oclusión de una arteria coronaria. Se debe a una desproporción aguda, severa y prolongada entre el flujo coronario y las necesidades metabólicas de una zona determinada del miocardio en ese momento. En el 95% de los casos aparecen lesiones ateromatosas de las arterias coronarias, pero también puede deberse a fenómenos de espasmos sobre la placa de ateroma, arteritis, traumatismos, enfermedades metabólicas, disección aórtica o de las arterias coronarias, embolismos, anomalías congénitas del árbol coronario, trombosis por alteraciones hematológicas, etc.

CLASIFICACIÓN CLÍNICO RADIOLÓGICA

1. Sin signos de insuficiencia cardíaca
2. Con signos de insuficiencia cardíaca (disnea, estertores, galope protosistólico, edema intersticial en Rx de tórax...)
3. Con insuficiencia cardíaca severa, edema agudo de pulmón.
4. Shock cardiogénico.

CLASIFICACIÓN SEGÚN EL EPISODIO DE ATENCIÓN

5. Episodio de atención inicial. Designa la primera fase de cuidados (fase aguda).
6. Episodio de atención subsiguiente. Designa el episodio de observación, tratamiento o evaluación del infarto, después de la fase aguda y antes de 8 semanas.

COMPLICACIONES DEL INFARTO

- Arritmias ventriculares.
- Arritmias supraventriculares.
- Bloqueos.
- Pericarditis/Síndrome postinfarto.
- Insuficiencia cardíaca.
- Shock cardiogénico.
- Disfunciones o rotura de los músculos papilares.
- Rotura tabique interventricular.
- Rotura del corazón.
- Aneurismas cardíacos.
- Trombos murales.

CODIFICACIÓN

El IAM se codifica en la categoría 410. Las subcategorías, que resultan determinadas por el 4º dígito, especifican el lugar anatómico del corazón en el que se produce el infarto. El 5º dígito nos indica el episodio de atención. Así:

18. Episodio de atención no especificado. Nunca deberá utilizarse. El codificador debe obtener del clínico más información para la correcta clasificación del episodio de infarto.
 19. Se adjudicará durante todo el episodio inicial y siempre que hayan transcurrido menos de 8 semanas. Se considerará episodio inicial: el del hospital de origen (si procede el alta), el del hospital destino y el del hospital origen si se genera un nuevo ingreso en este episodio inicial.
 20. Cualquier cuidado, observación, tratamiento y evaluación posterior a los correspondiente al dígito 1 y que se produzcan antes de las 8 semanas tras el IAM.
- El infarto antiguo de miocardio, se considerará tal cuando han pasado más de 8 semanas y se codifica en la categoría 412.
 - Las complicaciones del infarto serán codificadas como tales siguiendo los criterios generales de codificación.

Codificación de las complicaciones del infarto					
EPISODIO INICIAL / USO DEL 5 ° DÍGITO					
PRIMER INGRESO			SEGUNDO INGRESO		
INGRESO POR IAM	CIRCUNSTANCIAS ALTA	CÓDIGO (A)	REINGRESO HOSPITAL	DESDE 1º IAM	CÓDIGO (A)
CUIDADOS INICIALES	A DOMICILIO	410.X1	SIN REINFARTO	-8 SEMANAS +8 SEMANAS	410.X2 412 (B)
			CON REINFARTO	-8 SEMANAS +8 SEMANAS	410.X1- 410.X2 410.X1- 412
	TRASLADO A OTRO HOSPITAL	410.X1	SIN REINFARTO (En el mismo episodio clínicos)	410.X1	
			CON REINFARTO (En el mismo episodio clínico)	410.X1 + 410.X1	

(A) Con independencia de cual sea el diagnóstico principal (B) Sin manifestaciones * Aunque la etiología del infarto sea ateromatosa, se codificará siempre el infarto como diagnóstico principal.

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA

Es un término con el cual definimos a aquellos pacientes que han sufrido procesos agudos de cardiopatía isquémica, o bien han sido diagnosticados de aterosclerosis coronaria y que, habitualmente, siguen tratamiento farmacológico, dietético o rehabilitador, para evitar que la progresión de la enfermedad dé lugar a manifestaciones agudas.

ATEROESCLEROSIS CORONARIA

Se codifica como 414.0. Consiste en la formación de placas de ateroma en la pared de las arterias. Para poder ser codificado como sinónimo de cardiopatía isquémica crónica en el informe de alta debe constar de forma explícita o bien haberse realizado pruebas diagnósticas concluyentes que demuestren la aterosclerosis. La enfermedad de 1, 2 o 3 vasos, se codificará como 414.0 ya que es un diagnóstico radiológico, siendo la enfermedad de base la aterosclerosis coronaria.

Cuando la causa de la cardiopatía isquémica es conocida pero diferente de la aterosclerosis, se codificará como 414.8. También se usará este código en enfermedades clasificables bajo 410. especificadas como crónicas o que se presenten con síntomas después de 8 semanas a partir de la fecha del infarto.

Solo se usará el 414.9 cuando la cardiopatía es totalmente inespecífica y el codificador no puede obtener más información, pero siempre que sea posible deberá evitarse.

ANEURISMA CARDÍACO

Es el adelgazamiento y dilatación de un segmento de la pared cardíaca, generalmente consecutivo a una oclusión coronaria.

Se incluye en la subcategoría 414.1X. Es una complicación de los infartos agudos de miocardio extensos. Aumenta el riesgo de trombos murales y de embolias arteriales. Dentro de ellos se distinguen:

- Fístulas arteriovenosas adquiridas. Si afectan al corazón también se clasifican en esta subcategoría.
- Aneurismas de vasos coronarios. Las coronarias como cualquier arteria pueden sufrir una dilatación provocada por aterosclerosis e hipertensión.

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA

- Con aterosclerosis coronaria especificada **414.0**
- Con otras causas **414.8**
 - Antecedentes de IAM con síntomas de+8 semanas
 - Otras causas especificadas distintas a aterosclerosis
- Cardiopatía Crónica Néon **414.9**

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS DE LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Es preciso tener en cuenta que el paciente, en las primeras horas de evolución, no ha tenido un IAM sino que está haciendo un IAM, en un contexto dinámico de juego de aporte y demandas del miocardio que se puede alterar, mediante el tratamiento adecuado y oportuno. Lograr la menor área necrosada posible ha de ser el principal objetivo.

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

1. PRUEBAS DE ESFUERZO

Codificación: En la 2ª edición de la CIE-9-MC (1992) la entrada por el índice alfabético de procedimientos es por "Prueba cardíaca, tensión (mala traducción que corresponde a esfuerzo)". Así las pruebas de esfuerzo cardíacas se codificarán como 89.4X (X-1,2,3 ó 4). La "prueba del escalón" se corresponde con la "prueba de esfuerzo en dos fases de Masters" (89.42)

2. ESTUDIOS ISOTÓPICOS (Gammagrafía isotópica de perfusión: Talio-201).

Codificación: En la 2ª edición CIE-9-MC (1992), en el índice alfabético de procedimientos no aparece el término principal "gammagrafía". Creemos que se trata de un error, puesto que si aparece en la 2ª edición en catalán con una instrucción del tipo "véase" que nos remite a scanner, radiosótomo. Pero

esta entrada tampoco existe en la edición castellana, apareciendo sin embargo el término "scanning" que nos envía a "Tomografía axial computerizada", bajo la cual existe un modificador esencial "radioisótopo", sin asignación de código, por lo que debemos buscar el más apropiado entre los modificadores esenciales existentes debajo, En el caso que nos ocupa serían:

- Cardiovascular 92.05
- infarto de miocardio 92.05
- salida cardíaca 92.05

Por tanto, el código a asignar en todos los casos es el 92.05.

En caso de realizar dos pruebas diagnósticas a la vez, por ejemplo prueba de esfuerzo y ecocardiografía, debe aplicarse el principio de codificación múltiple, codificando todos y cada uno de los procedimientos realizados (89.4X / 88.72).

3. CORONARIOGRAFÍA

El fin de las coronografías es definir la anatomía de las arterias, la extensión, localización y severidad de las estenosis coronarias, el tamaño y calibre de las mismas, la presencia de circulación colateral, los datos morfológicos de la lesión (longitud, presencia de trombos o ulceración, excentricidad, calcificación) y presencia de espasmo coronario. Las estenosis coronarias se cuantifican en tanto por ciento, considerando significativas las superiores al 50% en el tronco común de la coronaria izquierda y al 70% en el resto de los vasos, Un apartado esencial dentro de la coronariografía es la ventriculografía izquierda.

Codificación: El código CIE utilizado para identificar las coronariografías es el 88.5X. La entrada por el índice alfabético es por "arteriografía, -coronaria" ó "angiocardiografía" o "angiografía, -coronaria". Siguiendo la regla general de codificación de procedimientos, la categoría 88.5 incluye la vía de acceso, es decir el cateterismo arterial, Pero en el caso que se llegue con el catéter a cavidades cardíacas (cateterismo cardíaco) debe aplicarse el principio de codificación múltiple tal y como indica la instrucción "codificar además" que aparece en esta categoría. En estos casos (la entrada por el alfabético es por "Cateterización, -cardíaca o -corazón"), se utilizarían los códigos 37.21, 37.22 o 37.23 dependiendo del lado del corazón explorado, Así, la coronariografía con ventriculografía izquierda se codificaría como 88.53 + 37.22.

La descripción del código de la subcategoría 88.55 "Arteriografía coronaria con empleo de un solo catéter", se contradice con las notas explicativas incluidas bajo ese código "arteriografía coronaria selectiva directa con empleo de dos catéteres". Creemos que es un error y que el código 88.55 debe emplearse para las arteriografías con empleo de un solo catéter.

ARTERIOGRAFÍA CORONARIA

- Empleo de un solo catéter **88.55**
- Empleo de dos catéres **88.56**

PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS (En UCI)

1. Reposo, analgésicos, ansiolíticos
2. Oxigenoterapia
3. TROMBOLISIS

También denominada fibrinólisis. La eficacia en mayor cuanto más precozmente se establezca. En los IAM trombolizados son más frecuentes el reinfarcto y el angor postinfarcto como expresión de las lesiones residuales severas de la arteria responsable.

El objetivo de los agentes trombolíticos es activar el sistema fibrinolítico fisiológico, actuando sobre la fibrina, si bien tiene, en mayor o menor grado, efecto sobre el fibrinógeno, con la consiguiente alteración sistémica que inhibe los mecanismos de coagulación generales y puede producir complicaciones.

Formas de administración

1. La administración intracoronaria requiere la existencia de un laboratorio de hemodinámica capaz de actuar rápidamente. Cuando la administración es intracoronaria se realiza cateterismo para localizar la extensión y se administra selectiva y progresivamente el fármaco.
2. No obstante está mucho más extendida la administración endovenosa, que incluso puede ser utilizada en fases prehospitalarias.

Codificación: El código empleado para la trombolisis es el 99.29. La entrada por el índice alfabético es "Inyección", -agente terapéutico" cuando la administración es endovenosa. Si la administración es intracoronaria (utilizando cateterismo) debe codificarse como 36.04 entrando por "Inyección, -agente trombolítico (estreptoquinasa), -arteria intracoronaria directa" o por "Infusión, intraarterial, -agente, -trombolítico, -directamente en arteria intracoronaria".

Si la infusión de agente trombolítico se hace por angioplastia transluminal percutánea (ACTP) se codificaría como 36.02 o 36.05, dependiendo si es a un solo vaso o a vasos múltiples.

- TROMBOLISIS (FIBRINOLISIS)
 - VIA ENDOVENOSA **99.29**
 - VIA CATETERISMO ART CORONARIA
 - SIN ACTP **36.04**
 - CON ACTP
 - UN VASO **36.02**
 - MULT. VASOS **36.05**

4. ANGIOPLASTIA CORONARIA

La angioplastia coronaria transluminal (ACT) es un procedimiento para aumentar el aporte de oxígeno por la persistencia de síntomas inaceptables o por lesiones potencialmente peligrosas para la vida. La técnica consiste en la introducción de un catéter de dilatación que está provisto en su extremo distal de un balón de polietileno o polivinilo, que al ser pinchado alcanza un diámetro prefijado. El abordaje suele ser por vía femoral percutánea (ACTP) o vía braquial por disección de la arteria humoral.

Codificación: El código de la angioplastia coronaria sin más especificación es el 36.09. La entrada es por "Angioplastia, -coronaria". Bajo esto aparecen otros modificadores especiales como "--transluminal percutánea (balón) (un solo vaso)" con el código 36.01.

- AGIOPLASTIAS CORONARIAS (sin trombolisis)
 - NEOM **36.09**
 - DE UN SOLO VASO **36.01**
 - DE VASO MÚLTIPLE **36.05**

COMPLICACIONES DE LA TÉCNICA:

1. Ruptura accidental de vasos 998.2
 2. Formación de trombos 997.2
 3. Espasmos 997.21 413.9
 4. Infección postoperatoria 998.5
 5. Embolización de la placa ateromatosa a otros órganos por desprendimiento de fragmentos de la misma. Las complicaciones se codificarían según el órgano de fragmentos de la misma. Las complicaciones se codificarán según el órgano afectado:
 - Embolia pulmonar postoperatoria 997.2+415.1
 - Embolización de arterias cere/liales 997.0+434.1
 - Embolización de arterias renales 997.5+584.586
 - Embolización de arterias coronarias 997.1+410.XX
 - Tromboembolismo venoso profundo 997.2+453.9
 6. La complicación en derivación vascular proexistente (by-pass).996.03
5. OTRAS TÉCNICAS NO QUIRÚRGICAS

- Laser intracoronario.- Se codifica, cuando es con angioplastia coronaria, igual que esta, pues así está indicado en las notas de la subcategoría.
- Endoprótesis metálica. Es una técnica nueva que se codificará como angioplastia coronaria, aunque no consta en las notas.
- Rotores y cuchillas

6. TÉCNICA QUIRÚRGICAS.

Se realizan generalmente con circulación extracorpórea, que debe de codificarse. Existen dos técnicas (la entrada es por Desviación aortocoronaria):

- Con vena safena interna invertida. Se codifica como 36.10 - 36.14, dependiendo del número de vasos.
- Con arteria mamaria interna. Se codifica como 36.15 - 36.16, dependiendo del número de vasos.

Pero además debe codificarse la circulación extracorpórea como 39.61 (entrada por Extracorpòrea, circulación) si se ha realizado.

ANGOR INESTABLE CON INFARTO MIOCARDIO ANTIGUO	DP	411.1	
	DS	412	
INGRESO POR ANGOR QUE EVOLUCIONA A INFARTO DE MIOCARDIO POSTERIOR	DP	410.31 (no se debe codificar el angor)	
INGRESO PARA CATETERISMO POR ANGOR INESTABLE, SE REALIZA CORONARIOGRAFÍA, CATETERISMO IZDO Y TRIPLE BYPASS AORTOCORONARIO CON CIRCULACIÓN EXTRACORPOREA SE DETECTA ATEROESCLEROSIS CORONARIA	DP	414.0	
	DS	411.1	
	P	36.13	
	P	39.61	
		37.22	
INGRESO PARA CORONARIOGRAFÍA Y CATETERISMO IZDO POR ANGOR, PRESENTANDO ATEROESCLEROSIS, REINGRESA AL CABO DE 2 MESES PARA TRIPLE BYPASS AORTOCORONARIO.	1ºINGRESO	DP	414.0
		DS	413.9
		PP	37.22
		P	88.55
	2ºINGRESO	D	414.0
		P	36.13
		P	39.61
INGRESO DESDE CONSULTA EXTERNA POR SER POSITIVO EL TEST DE ESFUERZO, SE DETECTA ATEROESCLEROSIS MEDIANTE CORONARIOGRAFÍA Y CATETERISMO CARDÍACO	DP	414.0	
	PP	37.21	
	PS	88.55	
INGRESO DESDE CONSULTA EXTERNA POR SER POSITIVO EL TEST DE ESFUERZO, NO SE DETECTA ATEROESCLEROSIS MEDIANTE CORONARIOGRAFÍA Y CATETERISMO CARDÍACO	DP	V71.7	
	PP	37.21	
	PS	88.55	
PACIENTE CON INFARTO DE MIOCARDIO ANTEROLATERAL, HACE 6 SEMANAS QUE INGRESA POR ANGOR INESTABLE SE CONTROLA EL ANGOR CON MEDICACIÓN Y NO	DP	411.1	
	DS	410.02	

REINFARTA			
INGRESO PARA CORONARIOGRAFÍA Y CATETERISMO CARDÍACO, HACE 2 SEMANAS TUVO IAM INFERIOR, SE DEMUESTRA ATEROESCLEROSIS CORONARIA	DP	414.0	
	DS	410.42	
	PP	37.21	
	PS	88.55	
INGRESO POR ANGOR PREINFARTO, ES ESTABILIZADO Y SE TRASLADA A OTRO HOSPITAL, EN EL QUE VUELVE A PRESENTAR ANGOR INESTABLE SE REALIZA CORONARIOGRAFÍA Y CATETERISMO IZDO CARDÍACO QUE DEMUESTRA ATEROESCLEROSIS CORONARIA Y SE REALIZA BYPASS DE DOS VASOS CON CIRUG. EXTRACORPOREA	1º HOSPITAL	DP	411.1
	2º HOSPITAL	DP	414.0
		DS	411.1
		P	39.61
		P	36.12
		P	37.22
	P	88.55	
INGRESO POR ANGOR QUE CEDE CON TRATAMIENTO MÉDICO	DP	413.9	
PACIENTE DIAGNOSTICADO EN EPISODIO ANTERIOR DE ATEROESCLEROSIS CORONARIA. TRES SUPUESTOS: 1. INGRESO POR ANGOR NO SE REALIZAN PRUEBAS 2. INGRESA POR ANGOR Y SE REALIZA OTRA CORONARIOGRAFÍA Y CATETERISMO DIAGNOSTICO QUE VUELVE A DEMOSTRAR LA ATEROESCLEROSIS 3. INGRESA POR ANGOR Y SE REALIZA TRIPLE BYPASS CON CIRCULACIÓN EXTRACORPOREA	1º SUPUESTO	DP	413.9
		DS	414.0
	2º SUPUESTO	DP	414.0
		DS	413.9
		P	37.21
		P	88.55
	3º SUPUESTO	DP	414.0
		DS	413.9
		P	36.13
		P	39.61

HAN COLABORADO EN EL TEMA MONOGRÁFICO

- Dña. Carmen Sixto da Silva.- Médico. Subdirección General de Información Sanitaria. Servicio Gallego de Salud
- D. Jorge Aboal Viñas.- Médico. Hospital Meixoeiro
- D. Román García de la Infanta.- Médico. Complejo Hospitalario Cristal-Piñor.
- D. Pedro Molina Col. Médico. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide.
- D. Josè Otero Varela.- Médico. Complejo Hospitalario Xeral-Calde.
- D. Guillermo Rodríguez Martínez.- Médico. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide.

Preguntas a la unidad

Las respuestas dadas a estas preguntas deberán considerarse como respuestas correctas ante una misma situación planteada, en ningún caso contradicen los principios específicos de codificación existentes en el Manual del Usuario, pero resuelven problemas puntuales no definidos claramente en la normativa vigente.

PREGUNTAS RECIBIDAS

1.- Paciente que ingresa por Diastasis de los Rectos, siendo intervenido quirúrgicamente con reparación de la fascia de los rectos e inserción de malla de Prolene en pared abdominal.

¿La inserción de malla de Prolene se codifica de forma específica?.

La secuencia de códigos sería: 728.84, 83.65 + 83.82.

2.- Paciente que ingresa el día 17-1-96 hasta el 21-2-96 (éxito), en Cirugía Cardiovascular por IAM Anterior y Lateral y Aneurisma Cardíaco e intervenido quirúrgicamente de Doble Bypass Aortocoronario por Cirugía Extracorpórea y Aneurismectomía Cardíaca, siendo trasladado a la UCI para seguimiento posterior. Dado la evolución tiene varios ingresos en UCI hasta su fallecimiento.

¿Los IAM de localización extensa que abarca a más de un código de subcategoría se rigen por el principio de codificación múltiple?.

Si

¿Cual sería la indización y codificación de este episodio?.

Infartomiocardioanterolateral
410.01

Aneurisma en zona de IAM anterolateral antiguo
414.10

Aneurisma en zona de IAM actual incluido en
410.01

3.- La anemia hemolítica de origen vírico ¿como se codifica?

Deberán utilizarse dos códigos: 283.1 para clasificar la anemia y 079.9 para la infección viral.

4.- Las admisiones, bien por Complicación Postoperatoria, o bien para tratamiento profiláctico de trasplantes (inmunoterápicos y/o gammaglobulinas), o bien por Enfermedad Injerto Contrahuesped de paciente trasplantado de médula ósea por Leucemia aguda Linfoblástica, en la que no se menciona su situación de recibida o remisión.

Duda: La situación de Leucemia aguda Linfoblástica se entiende como historia de ... (V10.61), o como Leucemia aguda Linfoblástica actual (204.0X).

En los casos descritos no se puede usar el concepto de historia de ... ya que la enfermedad está siendo tratada. Por tanto, habrá que emplear 204.0X. El uso del 5º dígito 1 "en remisión" sólo se empleará en caso de que el clínico especifique de forma clara que el proceso está en dicha fase.

5.- Los casos de Recién Nacidos con alto riesgo infeccioso que ingresan por sospecha de enfermedad transmitida por infección de la madre durante el embarazo, como el ejemplo actual, ya sea infección VIH, sífilis, que tras estudio es descartada. ¿Como se codifican?.

Hasta ahora, mediante el código adecuado de la categoría V71.

En la nueva edición de la CIE-9-MC aparece una nueva categoría V29 para recoger estos casos. Su uso será efectivo a partir del 1 de Enero de 1997.

6.- ¿La malformación arteriovenosa del cono medular de tipo aneurismático, no congénito, en que código se clasifica?.

Aneurisma - arteriovenoso - adquirido 447.0

Aneurisma - espinal (médula) 442.89

De la lectura de los informes no se desprende que sea, no congénito, por lo que Malformación * veasa anomalía (congénita), nos lleva al código 747.6

No obstante en el caso de que fuera adquirido el código correcto sería 447.0.

7.- En referencia al parto domiciliario con éxitus fetal, caso por otra parte que aparece en el último boletín, se indica que en caso de existir complicación debe codificarse con el quinto dígito "4" lo que es imposible dado que el dígito "4" no existe "656.44"

La categoría 656 sólo se debe usar en caso de que el problema fetal afecte al tratamiento de la madre. Este no parece el caso. En los partos extraclínicos, si no existe ninguna complicación y la madre es ingresada para recibir los cuidados postparto habituales se debe asignar el código V24.0. En caso de existir alguna complicación que conlleve unos cuidados de la madre diferente se asignará el código correspondiente del capítulo 11. con 5º dígito 4. En ninguna de estas circunstancias se emplearán códigos de la categoría V27, puesto que el nacimiento no se ha producido en el hospital.

8.- En el caso de la sobredosis por droga, si utilizamos el índice alfabético y posteriormente el volumen 1 nos encontramos la exclusión de los códigos correspondientes a la dependencia, en cambio si utilizamos el programa 3M HIS (recomendado por el Ministerio) se codifican. Por ello la consulta que realizamos es: ¿que método debemos utilizar?.

Esta unidad no tiene constancia oficial de que el Ministerio haya recomendado ningún programa en particular, en todo caso esta recomendación ha podido ser realizada por el INSALUD, para los hospitales de su ámbito de gestión, por lo que las normas establecidas deben ser seguidas, independientemente de las herramientas, empleadas como apoyo a la codificación.

En cuando al caso concreto es cierto que en la sección ENVENENAMIENTO POR DROGAS, SUSTANCIAS MEDICAMENTOSAS Y SUSTANCIAS BIOLÓGICAS (960-979) de forma reiterada aparece una nota de exclusión, tanto al inicio de la sección como en numerosas categorías, referente al abuso de drogas sin dependencia y a la dependencia de dicha droga. Sin embargo hay que tener en cuenta que las notas Excluyen no siempre indican una exclusión absoluta o una incompatibilidad de códigos, sino que pretenden reflejar que el código excluido no recoge completamente el proceso en cuestión, pero ello no implica que dicho código no pueda ser usado como adicional si ello clarifica o completa la información que pretendemos indizar.

En caso de admisiones por sobredosis utilizaremos el código adecuado de la sección antes referida en su secuencia correcta. (código de envenenamiento + código E de causa externa + manifestación/es).

Si existe constancia de dependencia o de abuso sin dependencia, estos códigos se utilizarán como complementarios. Si no existe abuso o dependencia no deben ser empleados.

Para una clarificación mayor del concepto de excluye se remitirá a la 4ª edición del Manual del Usuario, a publicar en el mes de Enero de 1997.

9.- Ingreso por desgarro de recto no traumático, ¿que código debemos utilizar para dicha patología?

El código a emplear es el 569.49.

En los desgarros no traumáticos, en la actual edición, es mas adecuada la entrada Ruptura.

10.- ¿En el caso de coexistir en un mismo ingreso Infarto Cerebral y Hemorragia cerebral secundaria, deben codificarse ambos por separado o con uno de ellos incluimos al otro?.

Para mejor identificación del proceso se deben emplear tantos códigos como sean necesarios de la sección ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR (430-438) (Obviamente evitando la categoría 436, que sólo se debe emplear cuando no se dispone de información mas específica).

Por ahora no es posible diferenciar los casos en los que existe especificación de trombosis o embolia con infarto cerebral secundario, de aquellos en los que el infarto no se produce.

Esta situación se subsanará en la nueva edición mediante la incorporación de subclasificación en las categorías 433 Oclusión y estenosis de las arterias precerebrales y 434 Oclusión de arterias cerebrales.

11.- ¿En el caso de la hipertensión arterial con manifestaciones sistemáticas debe codificarse la misma como benigna o como maligna?. Consultado el Sº de Nefrología de nuestro hospital la respuesta ha sido que salvo en las ocasiones que se especifiquen como malignas (diagnóstico Anatomopatológico) deberá codificarse como benigna.

La CIE-9-MC sólo recoge una situación en la que la hipertensión debe ser codificada como maligna. Esta es cuando la misma es etiquetada como necrotizante (ver alfabético).

El resto de casos la hipertensión sólo podrá ser clasificada como maligna cuando el clínico lo haya establecido de forma clara.

Cuando existe una hipertensión maligna el hecho suele estar reflejado en el diagnóstico, pero no ocurre lo mismo con la hipertensión benigna, puesto que la condición de benigna suele ser omitida por el clínico. Aun así toda hipertensión no catalogada como benigna ni como maligna debe ser clasificada con 4º dígito 9. No especificada.

Instrucciones y Formularios de Preguntas

INSTRUCCIONES DE COMO ENVIAR LAS PREGUNTAS A LA UNIDAD TÉCNICA DE LA CIE-9-MC PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

1. NO SE ADMITEN MAS DE 5 PREGUNTAS POR ENVÍO
2. PARA PODER SER CONTESTADAS DEBE ENVIARSE UN SOPORTE DOCUMENTAL ANONIMIZADO, TAL COMO: COPIA DE INFORME DE ALTA, EXÁMENES CLÍNICOS, CONSULTAS, INFORME DE QUIRÓFANO, ETC. LOS DOCUMENTOS IRÁN SIN IDENTIFICACIÓN DIRECTA DE HOSPITAL Y SIN IDENTIFICACIÓN DIRECTA NI INDIRECTA DE MÉDICO NI PACIENTE. LAS PREGUNTAS SIN SOPORTE DOCUMENTAL PODRÁN SER DEVUELTAS O NO CONTESTADAS.
3. PARA CADA PREGUNTA DEBERÁ INDICAR:
 - Nombre de quien realiza las preguntas
 - Servicio
 - Fecha
 - Dirección

Formación Continuada

La formación continuada es uno de elementos claves en la unificación de criterios de codificación. Para ello esta Unidad enviará en cada boletín una serie de preguntas que tendrá como objetivo conocer la formación de los codificadores.

Se incluirán en cada boletín diez preguntas. Las respuestas serán remitidas a la Unidad Técnica de la CIE-9-MC par el Sistema Nacional de Salud, directamente o, a través de las Unidades existentes en cada Comunidad Autónoma.

En el siguiente boletín se publicarán las respuestas correctas y se comentarán los errores encontrados con mayor frecuencia. Con ello cada codificador podrá valorar sus resultados e ir actualizando sus conocimientos.

Dirección de la Unidad Técnica de la CIE-9-MC

Unidad Técnica de la CIE-9-MC para el S.N.S. Formación Continuada.
Subdirección General de Programas.
Ministerio de Sanidad y Consumo
Alcalá, 56 - despacho 315. 28071 MADRID
Fax: (91) 338 01 90

TEST Nº 6 OCTUBRE 1996		
PREGUNTAS	RESPUESTAS	
1.- Paciente diagnosticado de HTA y arteriosclerosis coronaria, ingresa agudo de pulmón.		
2.- Paciente que ingresa por herida infectada en ingle debido a escayola colocada por fractura de fémur hace 20 días.		
3.- Insuficiencia respiratoria global secundaria a síndrome de obesidad, hiperventilación, apnea del sueño.		
4.- Ingreso para aspirado de médula osea en paciente diagnosticado de leucemia aguda miocítica, codificar diagnósticos y procedimientos.		
5.- Cesárea transversal baja, por parto obstruido debido a desproporción fetopélvica.		
6.- Trombosis venosa profunda femoropoplitea.		
7.- Hepatopatía crónica con varices esofágicas y gastropatía de la hipertensión portal.		
8.- Coledocolitiasis postcolecistectomía realizada hace dos meses. Se procede a realizar C.P.P.E. y tras esfinterotomía se extraen los cálculos con balón de Fogarty. Codificar diagnósticos y procedimientos.		
9.- Paciente que ingresa para hemodialisis. Diagnosticado de I.R.C. con glomerulonefritis e HTA. Codificar diagnóstico y procedimientos.		
10.- Neumonía nosocomial.		

RESPUESTAS AL TEST Nº 5 JUNIO 1.996		
PREGUNTAS	RESPUESTAS	
1.- Paciente diagnosticado de pólipo rectal al que se realiza	569.0	48.35*

polipectomía a través de endoscopia.		48.23
2.- Paciente al que se interviene con ACTP de un único vaso y colocación de stent sin resultado eficaz.		36.01
3.- Ingreso por incontinencia urinaria secundaria a disfunción de esfínter como consecuencia de una prostatectomía radical.	997.5 788.3 *	
4.- Ingreso por embolismo pulmonar postoperatorio.	997.2 415.1 *	
5.- Paciente con amputación traumática de antebrazo por accidente de motocicleta hace un año. Ingresó por neuroma en el muñón de amputación.	354.9 905.9 E929.0	
6.- Carcinoma epidermoide de pulmón que afecta lóbulos superior e medio.	162.8 M8070/3	
7.- Paciente que ingresa con distres respiratorio por traumatismo torácico y fractura de las costillas precisando ventilación mecánica durante dos días con intubación endotraqueal.	518.5 807.09 E887	96.71 96.04
8.- Paciente ingresado por diarrea. Aunque los cultivos son negativos se sospecha sea de origen infeccioso.	009.3	
9.- Paciente ADVP, HIV + ingresó por celulitis en brazo, zona de venopunción.	682.3 304.90 V02.9 *	
10.- Recién nacido prematuro de 35 semanas, cuyo ingreso cursa con neumonía bacteriana a los 8 días.	765.10 482.9	

* Cambia de código en la 3ª edición de la CIE-9-MC.