

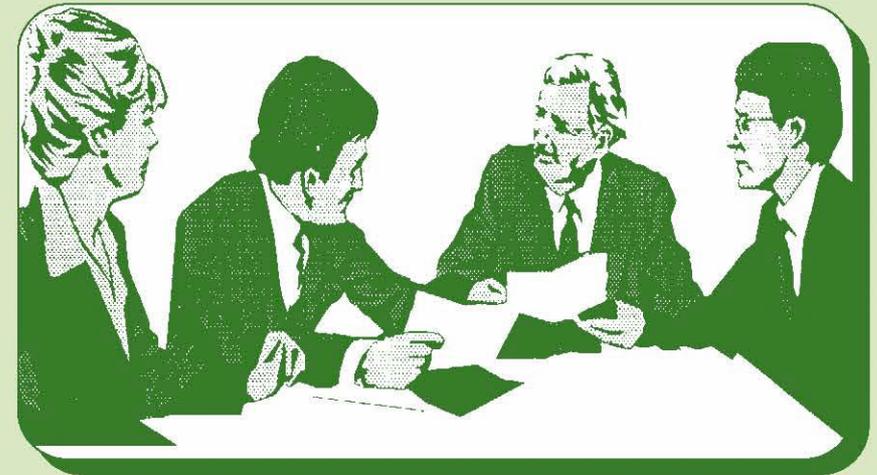
CODIFICACIÓN CLÍNICA CON LA CIE-9-MC

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



Boletín número 3

Febrero, 1996



Información y Estadísticas Sanitarias

CODIFICACION CLINICA CON LA CIE-9-MC

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



INDICE

Unidad Técnica de la CIE-9-MC	5
Tema monográfico. Aparato Digestivo	7
Preguntas a la Unidad	21
Formación continuada en codificación	27
Fe de erratas. (Anexo I)	31

Unidad Técnica de la CIE-9-MC

Es muy importante que las preguntas enviadas a esta Unidad como dudas en codificación, o como sugerencias que puedan mejorar el funcionamiento de aquella, se dirijan directamente a la Unidad Técnica, tanto a través de fax como de carta. Su ubicación oficial es: Unidad Técnica de la CIE-9-MC para el Sistema Nacional de Salud. Dirección General de Aseguramiento y Planificación Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Pº del Prado, 18-20, planta 10. 28071 Madrid. Fax. 3-38-01-90.

Esta es la forma más adecuada para poder ser estudiada toda la información por el pleno de la Unidad.

En base a las sugerencias que han llegado, introducimos en este boletín una mejora consistente en contestar cada una de las preguntas, justificándose mediante normativa, bibliografía o indicaciones que desemboquen claramente en los códigos establecidos para cada contestación.

Hay que tener en cuenta que la información que nos llega sobre una pregunta en concreto, va acompañada de la información suficiente que nos permite emitir y publicar oficialmente un código específico a cada una de las preguntas formuladas.

Por esta razón siempre exigimos que junto a la pregunta formulada se nos envíe toda la documentación posible que esté relacionada con el tema que se desea sea resultado.

Como ya se ha comentado en otros boletines, la pervivencia de esta vía de información depende de todos nosotros y mejorarla día a día es una obligación de todos los profesionales que se encuentra involucrados en los sistemas de información asistencia.

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

Tema Monográfico

APARATO DIGESTIVO

Cavidad oral, esófago, estómago.

Este monográfico incluye conceptos, terminología y normas específicas de codificación relacionadas con el capítulo 9 de la clasificación de enfermedades de la CIE-9-MC (categorías 520-579).

CONCEPTOS CLINICOS BASICOS

1. ESOFAGO

1.1. ESOFAGITIS DE REFLUJO.

La esofagitis es una lesión de la mucosa esofágica debida al reflujo de contenido gástrico o intestinal hacia el esófago; según el tipo de agente lesivo, se denomina esofagitis péptica, biliar o alcalina. Según la intensidad de las lesiones detectadas por endoscopia, se clasifica en grados (I a IV).

1.2. ESOFAGO DE BARRETT Y ULCERA DE BARRETT

La expresión "esófago de Barrett" indica la presencia de mucosa de tipo gástrico (con epitelio columnar en lugar del epitelio plano estratificado normal), en la porción inferior del esófago; es un trastorno adquirido, posiblemente debido a la exposición crónica de la mucosa esofágica distal a la acción de la secreción gástrica, como consecuencia de un reflujo gastroesofágico.

La "úlcera de Barrett", lesión ulcerada que aparece en la zona marginal de una mucosa de Barrett. Constituye una lesión premaligna.

1.3. BRAQUIESOFAGO

Se denomina "esófago corto" o "braquiesófago" a un estado de cicatrización fibrosa de la porción distal del esófago, asociada a estrechamiento de la unión esofagogástrica. Tiene un significado equivalente al de una estenosis severa de esófago distal, y se asocia a reflujo gastroesofágico.

2. ESTOMAGO Y DUODENO

2.1. GASTRITIS

Gastritis significa inflamación de la mucosa gástrica. El término representa un conjunto de enfermedades con características clínicas, fisiopatología e histología diversas. La clasificación actual de las gastritis se basa en:

- Evolución: aguda o crónica (dos formas claramente diferenciadas)
- Histología: con o sin atrofia de la mucosa
- Distribución anatómica
- Etiopatogenia (causas y mecanismos de la enfermedad)

2.2. GASTRITIS AGUDA

La gastritis aguda hemorrágica o gastritis aguda erosiva presenta como lesiones características las pérdidas de integridad de la mucosa en la forma de erosiones gástricas, fenómenos inflamatorios (edema, infiltración) y hemorragias. Puede ser de localización antral o afectar a la totalidad del estómago. Algunas lesiones erosivas pueden evolucionar a verdaderas úlceras, superando la submucosa y alcanzando capas más profundas de la pared gástrica. Se observa en pacientes con patologías graves ("úlceras de stress") o como efecto adverso de fármacos (AINEs, antiinflamatorios no esteroideos).

2.3. LESIONES AGUDAS DE MUCOSA GASTRICA (LAMG)

En general, se trata de un diagnóstico endoscópico que expresa simplemente la presencia de lesiones focales superficiales múltiples de la mucosa gástrica, asociadas a mucosa congestiva (hiperémica o enrojecida) con o sin hemorragia. Se asimila a gastritis erosiva o gastritis erosiva-ulcerosa, pero la expresión "gastritis" debería reservarse para los casos con confirmación histológica.

La expresión "lesiones agudas de mucosa gástrica" o bien "LAMG" tiene un carácter equívoco. Puede representar una gastritis erosiva con o sin hemorragia, o bien puede tratarse de verdaderas úlceras gástricas, con afectación que supera la submucosa, pero en todo caso se trata de lesiones AGUDAS. Tradicionalmente se han asimilado a lesiones de stress (pacientes quemados, infecciones severas, traumatismos, etc.) pero pueden aparecer en otras circunstancias.

2.4. EROSIONES EN TUBO DIGESTIVO

En las lesiones de tubo digestivo, el término "erosión" se aplica por analogía con las lesiones de la piel (lesión superficial). El hecho de que en CIE-9-MC una "erosión" se considere como una úlcera cuando se localiza en el duodeno y como una lesión de gastritis cuando se localiza en el estómago se puede explicar por las diferencias de arquitectura entre la mucosa gástrica, gruesa (0.3 a 1.5 mm. de espesor), lisa e intensamente poblada por glándulas en forma de criptas) y la mucosa intestinal, menos gruesa, dotada de vellosidades y pliegues.

2.5. GASTRITIS CRONICA

Tipo A. Es la forma menos frecuente. Afecta al cuerpo y al fundus, pero respeta la región antral. Puede asociarse a anemia perniciosa. Se supone que tiene mecanismo autoinmune.

Tipo B. Es la forma más común. Afecta a la zona antral en pacientes jóvenes, pero suele afectar a la totalidad de la mucosa en pacientes mayores. Puede existir asociación con H. pylori.

2.6. CANCER GASTRICO PRECOZ

La expresión "cáncer gástrico precoz" ("early cancer") es sinónimo de carcinoma in situ, carcinoma superficial o carcinoma no infiltrante, y solamente debería utilizarse en dichos casos; se caracteriza por un crecimiento neoplásico elevado, plano o excavado que NO SOBREPASA LA CAPA MUSCULAR MUCOSA en el examen histológico de la pieza.

2.7. OTRAS ALTERACIONES OBSERVADAS POR ENDOSCOPIA

Reflujo duodenogástrico: flujo retrógrado de bilis a través de un píloro abierto; su significado patológico es discutible, y representa en general un hallazgo endoscópico.

Úlcera de Dieulafoy: erosión hemorrágica, generalmente subcardial; cuando se visualiza después de un episodio hemorrágico sugiere como causa de la hemorragia la ruptura de una malformación vascular mucosa.

Sangrado traumático: se produce al contacto de la mucosa gástrica con el endoscopio; aunque traduce la existencia de una posible alteración de la mucosa.

Angiectasias: malformaciones vasculares por dilatación localizada de vasos mucosos.

2.8. INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI

La significación de la presencia de este microorganismo, una bacteria gramnegativa microaerófila (antes denominada Campylobacter pylori) en el tracto digestivo ha sido largamente discutida; en la actualidad se acepta que puede producir cuadros de diarrea, gastritis aguda y crónica (especialmente gastritis crónica activa), dispepsia no ulcerosa, y colaborar en la génesis de úlceras gástricas y duodenales. No obstante, dado que puede aparecer en individuos asintomáticos, existiría un estado de colonización por Helicobacter pylori sin enfermedad asociada.

3. HEMORRAGIA DIGESTIVA

Se define como hemorragia digestiva toda pérdida de sangre procedente del tracto digestivo; se manifiesta como hematemesis, melena o hematoquecia; su confirmación la debe realizar personal sanitario entrenado. De acuerdo con su origen, se distinguen dos tipos básicos:

- HDA o hemorragia digestiva alta: origen proximal al ángulo de Treitz (hasta la tercera porción del duodeno)
- HDB o hemorragia digestiva baja: origen distal al ángulo de Treitz (desde la cuarta porción del duodeno).

Según las manifestaciones, se pueden observar:

- Hematemesis: emisión de sangre por la boca procedente del tubo digestivo; puede ser reciente (rojo rutilante), parcialmente digerida o totalmente reducida (posos de café).
- Melena: heces brillantes, negras como alquitrán, pastosas; traducen la presencia de un mínimo de 50 ml. de sangre totalmente digerida en las heces; ciertos alimentos pueden producir pseudomelenas (heces negras que simulan melenas).
- Hematoquecia: aparición de sangre reciente o parcialmente digerida por el ano, mezclada o no con la deposición; se puede denominar rectorragia cuando se trata de sangre reciente.

PRINCIPIOS ESPECIFICOS DE CODIFICACION

1. CAVIDAD ORAL, GLANDULAS SALIVARES Y MAXILARES 1.1. NEOPLASIAS DE AMIGDALA

La expresión "amígdala" no cuenta con entrada directa en el índice alfabético de neoplasias; solamente está accesible mediante el modificador esencial "amígdala" de la entrada "Fauces", lo que puede dar lugar a dificultades en su localización y a confusiones con otras localizaciones anatómicas como amígdala lingual, amígdala faríngea, fosa amigdal, etc. Resultaría práctico, por tanto, utilizar la siguiente entrada:

- Neoplasias MP MS IS Be CI NE
- amígdala, amigdal
- (faucial) (palatina) 146.0 198.89 230.0 210.5 235.1 239.0
- lingual 141.6 198.89 230.0 210.5 235.1 239.0
- faríngea 147.1 198.89 230.0 210.7 235.1 239.0
- fosa 146.1 198.89 230.0 210.6 235.1 239.0
- MS = Maligna secundaria
- IS = In situ
- Be = Benigna
- CI = Comportamiento incierto
- NE = No especificado

2. ESOFAGO

2.1. ESOFAGITIS DE REFLUJO

El diagnóstico "esofagitis" se codificará en 530.1, tanto si se trata de esofagitis por reflujo, de otro tipo especificado de esofagitis o de esofagitis no especificada.

La presencia de esofagitis grado IV indica que existe úlcera esofágica y requiere por tanto código adicional (530.2 = ULCERA DE ESOFAGO).

2.2. ESOFAGITIS POR AGENTES QUIMICOS

2.2.1. Intoxicación

La esofagitis por agentes químicos deberán ser consideradas como una intoxicación al margen del tratamiento que el alfabético le da a la entrada "Esofagitis".

La secuencia para la asignación de códigos sería:

- Consulta de la tabla de fármacos y sustancias químicas asignando un código de la columna "envenenamientos" y otro de la columna "causa externa" (código E), excepto de la denominada "uso terapéutico".

- Consulta del alfabético para asignarle la lesión producida en el esófago por el agente químico.

2.2.2. Secuelas de la intoxicación

Las secuelas producidas en el esófago tras una esofagitis por agentes químicos seguirá las normas de codificación de los efectos tardíos:

- Consulta del índice alfabético para la localización de la secuela que presenta el esófago por la lesión aguda previa. Será el código principal.
- Búsqueda en el alfabético a través de la entrada "tardío, efecto" del código de envenenamiento como la causa remota que originó la intoxicación.
- Localización en el índice alfabético de causa externa, en la entrada "efecto, tardío", del código E correspondiente.

2.3. ULCERA ESOFAGICA Y HEMORRAGIA DIGESTIVA

2.3.1. ULCERA ESOFAGICA CON HEMORRAGIA DIGESTIVA

Cuando no se encuentre documentado que la hemorragia digestiva es de origen esofágico, los códigos adecuados son:

530.2 = Ulcera de esófago
578.9 = Hemorragia digestiva, no especificada

2.3.2. HEMORRAGIA DIGESTIVA DEBIDA A ULCERA ESOFAGICA

Cuando la hemorragia digestiva sea de origen esofágico, los códigos adecuados son:

530.2 = Ulcera de esófago
530.8 = Hemorragia de esófago

2.4. ULCERA DE BARRETT

La "úlcera de Barrett", es una lesión ulcerada que aparece en la zona marginal de una mucosa de Barrett, constituye una lesión premaligna y se codifica con 530.2 = ULCERA DE ESOFAGO. Este código sólo debe utilizarse cuando está documentada la presencia de "úlcera de Barrett", "síndrome de Barrett" o "esófago de Barrett".

2.5. BRAQUIESOFAGO

Se trata en general de un proceso adquirido (código 530.3 = ESTENOSIS Y ESTRECHEZ DE ESOFAGO).

Existen pocos casos de verdadero "esófago corto congénito" (código 750.4 = OTRAS ANOMALIAS CONGENITAS ESPECIFICADAS DEL ESOFAGO).

3. ESTOMAGO

3.1. GASTRITIS AGUDA

La gastritis aguda puede coexistir con gastritis crónica. En este caso se aplicará la regla de codificación múltiple, y el proceso agudo tendrá prioridad sobre el proceso crónico en el momento de seleccionar el código principal.

3.2. LESIONES AGUDAS DE MUCOSA GASTRICA (LAMG)

En el caso de ("gastritis erosiva"), se debe codificar con 535.0x = GASTRITIS AGUDA. En el segundo ("úlceras gástricas", con 531.x0 [x=0,1,2,3] = ULCERA GASTRICA AGUDA. Las entradas alfabéticas "Gastritis, erosiva", "Gastritis, superficial" o "Erosión, gástrica" no son necesariamente sinónimos de la expresión "LAMG".

En todo caso, para establecer con exactitud el diagnóstico a codificar, se debe analizar de forma exhaustiva el informe endoscópico y, si es posible, el resultado de la biopsia.

Si las lesiones son inducidas por fármacos (AAS, AINES) se debe utilizar el código E correspondiente.

Cuando el diagnóstico esté expresado como LAMG sin ninguna otra información adicional, se codificará como 535.00, gastritis aguda sin mención de hemorragia.

3.3. EROSIONES GASTRICAS

Se considerarán lesiones propias de gastritis, y se codificarán con 535.4x = OTRA GASTRITIS salvo que existan otros términos cualificadores. Las erosiones gástricas pueden coexistir con úlcera gástrica; en estas circunstancias, está indicado aplicar codificación múltiple.

3.4. EROSIONES DUODENALES

Se considerarán como "úlcera duodenal aguda", y se codificarán según la presencia o ausencia de complicaciones (hemorragia, perforación).

3.5. GASTRITIS CRONICA

Las dos formas principales de gastritis crónica se designan con los tipos A y B según su distribución y fisiopatología. No obstante, en CIE-9-MC ambos conceptos se clasifican en 535.1X.

3.6. OTRAS FORMAS DE GASTRITIS

Gastritis granulomatosa, código 535.4x = OTRA GASTRITIS
Requiere: código de la enfermedad subyacente

Gastritis flemonosa, código 535.0x = GASTRITIS AGUDA
Requiere: código para la infección (estreptococo, otros gérmenes)

Gastritis eosinófila, código 535.4x = OTRA GASTRITIS

Gastritis de reflujo biliar, código 535.4x = OTRA GASTRITIS
Sinónimos: gastritis de muñón gástrico, gastritis alcalina

3.7. CANCER GASTRICO PRECOZ

Se codifica con 230.2 = Carcinoma in situ de estómago

3.8. ESTADO DE GASTRECTOMIA

La condición de "paciente gastrectomizado", sin complicaciones asociadas, se codifica bajo V45.3 = ESTADO DE DERIVACION O ANASTOMOSIS INTESTINAL, que sólo es válida como diagnóstico secundario. El código obtenido mediante la consulta alfabética "Ausencia, estómago ... (postoperatoria) es 564.2 = SINDROME POSTGASTRECTOMIA y no es válido en casos que no presenten dicho cuadro tras la gastrectomía.

3.9. OTRAS ALTERACIONES OBSERVADAS POR ENDOSCOPIA

Reflujo duodenogástrico: Si tiene relevancia clínica puede codificarse como resultado anormal de endoscopia , 793.4 = Hallazgos anormales no específicos, tracto gastrointestinal.

Úlcera de Dieulafoy: El índice alfabético remite directamente a la entrada "Úlcera, estómago".

Sangrado traumático: No existe norma específica de codificación. Si la hemorragia está documentada, codificar como 998.1 = Hemorragia o hematoma que complica un procedimiento.

Angiectasias: Cuando afectan al tracto digestivo se codifican según su localización, bajo la entrada alfabética "Angiodisplasia".

3.10. INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI

Se clasificará con los siguientes criterios:

-Enfermedad secundaria a H.pylori

Requiere codificación múltiple:

Diagnóstico Principal: Código de la enfermedad (gastritis, úlcera, dispepsia, etc.)
Diagnóstico Secundario: 041.8 = Otras infecciones bacterianas especificadas.

-DiarreaogastroenteritisporH.pylori

En estos casos, debe utilizarse el código:

008.49 = Infecciones intestinales debidas a otros organismos, otras bacterias especificadas.

- Individuos asintomáticos (detección por screening o estudio sistemático)
Diagnóstico Principal: Depende del motivo de ingreso

Diagnóstico Secundario: V02.3 = Portador de otros patógenos gastrointestinales

3.11. VOLVULO GASTRICO POR HERNIA PARAESOFAGICA

En el Índice Alfabético, la expresión "vólvulo gástrico" apunta a 537.89. Pero cuando el vólvulo es en realidad una hernia paraesofágica con volvulación, los códigos adecuados son 552.3 = HERNIA DIAFRAGMATICA CON OBSTRUCCION o bien 551.3 = HERNIA DIAFRAGMATICA CON GANGRENA.

4. HEMORRAGIA DIGESTIVA

La hemorragia digestiva se codifica según sus manifestaciones externas, clasificándose en

- Hematemesis (vómito de sangre, vómito en posos de café por sangre parcialmente digerida), código 578.0
- Melena (heces de color negro), código 578.1
- No especificada, código 578.9

La expresión "hemorragia digestiva alta (HDA)" se debe codificar con 578.9 = HEMORRAGIA DIGESTIVA NO ESPECIFICADA si se desconoce su manifestación (hematemesis o melena); la existencia de melena indica un sangrado proximal a la flexura esplénica del colon, pero esta regla es demasiado inespecífica para ser de algún valor en codificación; la aparición de hematemesis indica que el origen de la hemorragia es algún punto del tracto digestivo proximal al ángulo de Treitz, pero no es posible asignar un significado más específico.

Cuando no exista un código de combinación para la hemorragia digestiva y su causa, se aplicará la codificación múltiple. La selección del diagnóstico principal se realizará aplicando el criterio habitual (proceso que tiene mayor relación con el motivo de ingreso y al que están orientadas las medidas de diagnóstico y tratamiento).

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.- La lesión aguda de la mucosa gástrica es también un hallazgo frecuente en la endoscopia gástrica, pensamos que debería codificarse como erosión gástrica, al ser una lesión más superficial que la úlcera y el índice alfabético te manda al código 535.4 "Otras gastritis especificadas", sin embargo en el caso de la lesión aguda de duodeno siguiendo el mismo razonamiento el índice alfabético te manda al código 532.9 "úlcera duodenal" y no al código 535.6 "Duodenitis". ¿Como deberíamos codificar cada uno de estos casos?

1. LAMG: Lesión aguda de mucosa gástrica es equivalente a gastritis erosiva. Se debe codificar con 535.0X Gastritis Aguda. Referencia: Principios específicos de codificación del monográfico de este Boletín, punto 3.2. y punto 2.4 de conceptos clínicos básicos.
2. Lesión aguda de duodeno se codificará como 532.0X úlcera duodenal aguda.

2.- Paciente afecto de Fibrosis quística, colonizada por Staphilococo Aureus Y Pseudomonas, ingresa para control.

Los códigos correctos en el caso de que exista infección:

- DxP 277.00 Fibrosis quística
- DxS 041.1 Infección por Stafilococo Aureus
- DxS 041.7 Infección por Pseudomonas

En caso de no ser así, el paciente se considera únicamente portador, asignándosele el código V02.5. Portador de otras enfermedades bacterianas especificadas sustituyendo a los códigos de infección.

3.- Paciente con válvula de derivación ventrículo-peritoneal, se extrae la misma según refleja el informe de alta por "No dependencia valvular". ¿Cual es la codificación correcta?.

Siendo el motivo de ingreso la extracción de la derivación por no dependencia el código a asignar es el V53.0 "Colocación y ajuste de dispositivos", relacionados con el sistema nervioso y los sentidos especiales (incluye extracción y sustitución).

El código de procedimiento es 02.43 "Extracción de derivación ventricular".

4.- Niño ingresa con crisis parciales complejas, se le interviene para la implantación de estimulador vagal por vía subcutánea en cuello para controlar las crisis. ¿Cual es el código para el procedimiento terapéutico?.

En un segundo ingreso como se refleja que sea portador de estimulador vagal.

- El código correcto para la implantación de un estimulador vagal es el 04.92 "Colocación o sustitución de neuroestimulador periférico".

El término principal para su localización en el índice alfabético es "IMPLANTE" de estimulador electrónico nervio periférico.

- Para reflejar que el paciente es portador de un estimulador vagal se aplicará el código V45.89 "Otros estados postquirúrgicos".

5.- ¿Cual es el código a asignar a un paciente diagnosticado de Epifisiolisis?.

- La epifisiolisis femoral proximal, se produce por un mecanismo de deslizamiento progresivo de la cabeza femoral, que se desprende del cartílago de conjunción, el código a asignar en este caso es el 732.2 "Osteocondrosis de epífisis femoral superior dislocada no traumática".

El término "epifisiolisis" se utiliza con frecuencia en el caso de fracturas de cabeza de fémur y otras localizaciones, en este caso el código correcto es el 820.09 "Fractura de cabeza de fémur".

- En cuanto al procedimiento quirúrgico, en el primer caso el código a asignar es el 78.25 "Procedimiento de acortamiento de fémur" (incluye epifisiodesis)

En el segundo supuesto 79.45-79.55 "Reducción cerrada/abierta de epífisis femoral separada".

6.- Paciente ingresado en Neurocirugía con historia de mielomeningocele lumbosacro, hidrocefalia, portador de válvula de derivación ventrículo-peritoneal y escoliosis.

Actualmente tiene médula anclada y se interviene realizando desanclaje medular. RNM: Malformación de Chiari tipo II con descenso de amígdala cerebelosa, siriengomielia con médula anclada en S-2 y estiramiento de médula.

- Los códigos en secuencia correspondientes son:
 - DxP 741.03 Espina bífida región lumbar con hidrocefalia (Síndrome de Arnold-Chiari)
 - DxS V45.2 Presencia de diagnóstico de drenaje de líquido cefalorraquídeo.
 - DxS 737.30 Escoliosis y cifoescoliosis idiopática

El hecho de que tenga médula anclada en la actualidad, está implícito en su patología de base, por lo tanto no se codifica.

- El código de procedimiento correcto es el 03.09 "Otra exploración y descompresión del conducto espinal."

7.- ¿Cual es la codificación correcta del diagnóstico Broncodisplasia pulmonar en un niño de 1 año de edad?.

El código correspondiente es el 770.7 "Enfermedad respiratoria crónica con origen el período perinatal" (incluye displasia broncopulmonar).

Aunque este sea un código propio del período perinatal puede utilizarse a la largo de toda la vida del paciente.

Los códigos del periodo perinatal siempre que tengan influencia en el desarrollo posterior del individuo, podrá utilizarse.

8.- Paciente pediátrico ingresado con invaginación intestinal, como tratamiento, se le realiza neumoena. ¿Es correcta la asignación de códigos 46.96 y 99.29?.

La realización de neumoena para resolver la invaginación intestinal se codificará con el 96.39 "Otro enema transanal". Ya que no existe un código más específico.

9.- ¿Cual es el código para implante de sensor para medir la P.I.C. (presión intracraneal) en un paciente de seis años de edad?.

El termino principal del índice alfabético "Monitorización" nos lleva al código 01.18 "Otros procedimientos diagnósticos sobre cerebro y meninges cerebrales."

10.- Paciente con 10 años de edad que acude a Endocrinología con diagnóstico de variación de talla normal para realización de pruebas hormonales en sangre y orina. ¿Se incluye en el código 783.4?.

Es correcta la asignación del código 783.4 "Falta de desarrollo fisiológico normal previsto".

11.- Niño de 6 años de edad, acude con fractura de radio reducida en otro centro hospitalario, se le ingresa para observación sin realizar ningún tipo de prueba. ¿Sería correcto el código V67.4?.

Paciente ingresado para observación después de fractura tratada en un ingreso anterior, será codificado con el código V67.4 "Reconocimiento de seguimiento después de tratamiento de fractura".

12.- Neumonía neumococica y sepsis neumococica. Orden y número de códigos a asignar.

El código va a depender de cuando se instaura la sepsis.

- Sepsis posterior al ingreso. Los códigos a asignar son:
 - 481 Neumonía neumocócica
 - 038.2 Septicemia neumocócica
- Sepsis instaurada al ingreso. Los códigos a asignar son:
 - 038.2 Septicemia neumocócica
 - 481 Neumonía neumocócica

13.- Sepsis de cateter en paciente con diagnóstico de aplasia medular en tratamiento con Gammaglobulina y hemoderivados. Cultivo positivo a Estafilococo Aureus y Pseudomonas.

Si la sepsis por el catéter es debido a los gérmenes especificados, la codificación correcta sería:

- 996.62 Reacción infecciosa o inflamatoria debido a dispositivos, implantes e injertos vasculares.
- 038.1 Septicemia estafilocócica
- 038.4 Septicemia por pseudomonas
- 284.9 Aplasia medular

14.- Paciente con encefalopatía connatal, P.C.I., epilepsia, ingreso por episodio convulsivo. ¿Que código es el adecuado para indicar le origen connatal de sus lesiones?.

La P.C.I. lleva implícito el calificativo de connatal. También se podría añadir el 779.2 por la Encefalopatía.

La parálisis cerebral infantil lleva implícita el calificativo de connatal, la encefalopatía no se codificará por tratarse de un proceso pesado por lo tanto el código a asignar es 343.9 "Parálisis cerebral infantil no especificada".

Instrucciones y Formularios de Preguntas

INSTRUCCIONES DE COMO ENVIAR LAS PREGUNTAS A LA UNIDAD TÉCNICA DE LA CIE-9-MC PARA EL SISTEMAS 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 econtrados 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. FormaciónContinuada.
Subdirección General de Información y Estadísticas Sanitarias.
Ministerio de Sanidad y Consumo
Pº del Prado, 18-20 ,planta 10. 28071 MADRID
Fax: (91) 338 01 90

RESPUESTAS AL TEST N° 3 OCTUBRE 1.995		
PREGUNTAS	RESPUESTAS	
1.- Ateromatosis de ambas carótidas en paciente que ingresa para realización de ECO-Doppler de carótida que confirma el diagnóstico	433.3	
	88.71	
2.- Ingreso para quimioembolización de metástasis hepáticas	V58.1	50.94
	197.7	99.25
	199.1	
3.- Esogagitis candidiásica	112.89	
4.- Necrosis avascular de cabeza de fémur y atrofia muscular como secuelas de la ingestión de aceite de colza hace 14 años.	733.42	
	728.2	
	909.1	
	E929.2	
5.- Linfoma cutáneo de células-T.	202.1X	
	M9700/3	
6.- Traumatismo craneoencefálico con pérdida de conciencia de menos de una hora	850.1	
7.- Ingreso para realización de pulsioximetría, confirmándose síndrome de apnea del sueño.	780.53	
	89.65	
8.- Paciente que ingresa para reanastomosis de trompa de Falopio. Se había realizado ligadura de trompas hace un año.	V26.0	
	66.79	
9.- Toracoscopia con biopsia de pulmón.	34.21	
	33.27	
10.- Epifisiolisis traumática de radio	813.05	

TEST N° 4 FEBRERO 1.996

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1.- Gangrena diabética de pie derecho en paciente con claudicación intermitente debido a la diabetes.	
2.- Pancreatitis necrohemorrágica y absceso peritoneal postoperatorio.	
3.- Trombosis vertebro-basilar persistiendo hemiplejía y ataxia al alta	
4.- ATP realizada por radiología vascular intervencionista en pacientes con isquemia de extremidades inferiores.	
5.- Infección urinaria en paciente portador de sonda permanente.	
6.- Depresión neurológica debido a anestesia en recién nacido prematuro intervenido de imperforación anal con anorectoplastia.	
7.- Coma por sobredosis de heroína en paciente ADVP consumidor de un gramo diario el sueño.	
8.- Insuficiencia renal como consecuencia de un aborto tratado en un ingreso anterior.	
9.- Parada cardíaca postoperatoria que se recupera con masaje cardíaco.	
10.- Esofagitis en paciente diagnosticado de reflujo esofágico.	

Correcciones

En el tema monográfico del anterior boletín se indicó como colaborador a D. Josep María Daila Vicens. Cap de Servei d'Ebstericia i Ginecologia. Hospital Valle de Habrón.

Debe decir:

D. Josep Maria Laïlla Vicens
Cap del Servei d'Obstetricia i Ginecologia
Hospital San Joan de Deu
BARCELONA

Entre los profesionales que realizaron el Manual del Usuario. Normativa de Codificación 3ª edición se indicó a Emilia Fernández Pulido.

Debe decir:

Dña Emilia Fernandez Morales

ERRORES DETECTADOS EN EL BOLETIN Nº 2

- Punto 7 de los Principios Específicos de codificación, dice: Se codificará dentro de las subcategorías 651.1, 651.2

Debe decir:

652.1, 652.2

- Respuesta a la pregunta 10, dice: 248.8 Pancitopenia

Debe decir:

284.8 Pancitopenia

ERRORES DETECTADOS EN EL MANUAL DE USUARIO. NORMATIVA DE CODIFICACION 3ª EDICION.

1.- Capítulo 5. Punto 5.5.2 dice: Cuando no se sabe si el tumor es primario o secundario y el diagnóstico expresa el término metastásico se considerará primario salvo.....

Debe decir:

Cuando no se sabe si el tumor es primario o secundario y el diagnóstico expresa el término metastásico (es decir no se sabe si se trata de un tumor que metastatiza en otro lugar o si ésta es la metátasis), se considerará primario salvo.....

2.- Página 45. Punto 4.6.4., cuarto renglón, dice: V42-V44.

Debe decir:

042-044.

3.- Capítulo 5. Punto 5.3. Página 50. Normas de clasificación de neoplasias. Recuadro 6º dice: Neoplasia secundaria (Neoplasia primaria ya existe y tampoco recibe tratamiento para la misma.

Debe decir:

Neoplasia secundaria (Neoplasia primaria ya no existe y tampoco recibe tratamiento para la misma.

4.- Capítulo 5. Punto 5.3. Página 51. Normas de calificación de neoplasias. Recuadro 9º. Se incluirá: La actividad funcional puede ser principal ante neoplasia conocida, si ese es el motivo del ingreso .

5.- Capítulo 5. Punto 5.9. Página 55. Complicaciones de neoplasias o de terapia frente a neoplasias. Recuadro 2º, dice: Ingreso por tratamiento o tumor que produce una manifestación o complicación.

Debe decir:

Ingreso por tratamiento de tumor que produce una manifestación o complicación.

6. Capítulo 6. Punto 6.8.1. 1º renglón. Página 62, dice: Debemos utilizar la subcategoría 215.0 Coma hipoglucémico....

Debe decir:

Debemos utilizar la subcategoría 251.0 Coma hipoglucémico...

Se añadirá Coma hipoglucémico diabético 250.3.

7.- Capítulo 10. Punto 10.4. Página 94. Hepatitis viral. Se ha eliminar el cuadro que se indica y poner el siguiente en su lugar:

CIRCUNSTANCIA	NORMAS DE CODIFICACION
Hepatitis por virus no hepatotropo	Código principal: infección por el virus. Código asociado: 573.1 Hepatitis en enfermedades virales clasificadas bajo otros conceptos.
Hepatitis por virus hepatotropo (sea aguda o crónica)	Categoría 070. Hepatitis viral
Hepatitis crónica (activa, persistente o no especificada) con presencia de marcadores serológicos que cumplen los criterios* de infección actual para cada tipo de virus.	Categoría 070. Hepatitis viral
Hepatitis crónica (activa, persistente o no especificada) con presencia de marcadores serológicos que no cumplen los criterios* de infección actual para cada tipo de virus	Código principal: subcategoría 571.4 Hepatitis crónica en cualquiera de sus variantes: (.40. No especificada; .41. Persistente ó .49. Activa). Código asociado: V02.6 Hepatitis vírica (portador o sospechoso de ser portador)
* Véase criterios de infección actual para cada tipo de virus en el Tema Monográfico sobre Hígado del Boletín nº 1, páginas 7-9.	