

CODIFICACIÓN CLÍNICA CON LA CIE-9-MC

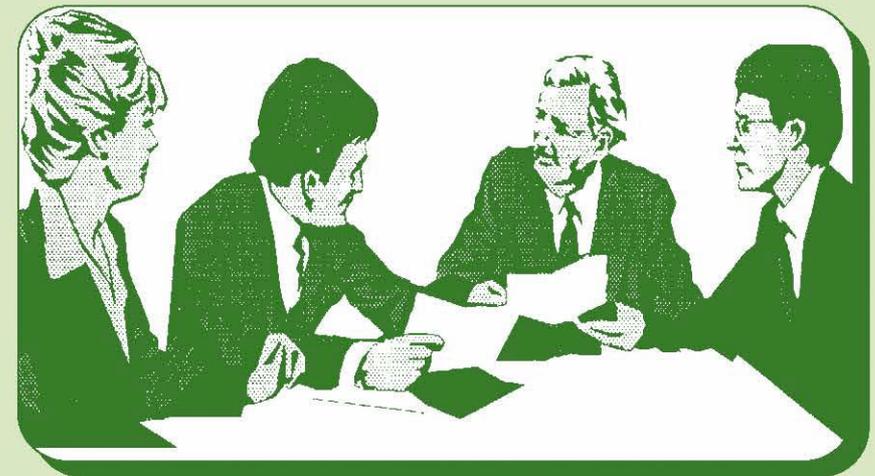
UNIDAD TÉCNICA DE LA CIE-9-MC PARA
EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



Boletín número 4

Año II

Junio, 1996



Unidad Técnica de la CIE-9-MC

Establecida la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo por el Real Decreto 1893/1996 de 2 de Agosto (B.O.E. nº 189 de 6 de Agosto de 1996), la Subdirección General de Información y Estadísticas Sanitarias así como la Dirección General de Aseguramiento y Planificación Sanitaria, de la que dependía quedan suprimidas de la estructura del Ministerio.

Se crea la Subdirección General de Programas dependiente de la Secretaría General de Asistencia Sanitaria, que asume las funciones de análisis, desarrollo y mantenimiento de los sistemas de información clínica de gestión del Sistema Nacional de Salud.

De esta forma la Unidad Técnica de la CIE-9-MC para el Sistema Nacional de Salud, así como todo lo relacionado con el C.M.B.D. a nivel del Sistema Nacional de Salud, pasa a depender de la Subdirección General de Programas del Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General de Asistencia Sanitaria.

La nueva dirección de la Unidad Técnica de la CIE-9-MC para el S.N.S. es:

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
SECRETARIA GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA
SUBDIRECCION GENERAL DE PROGRAMAS
C/ ALCALA, 56 - DESPACHO 311
28014 MADRID

Los teléfonos y el fax continúan siendo los mismos.

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

Tema Monográfico

CONCEPTOS CLINICOS BASICO

1. PERIODO PERINATAL

Se define como el período que comprende desde la 22 semanas de gestación (154 días) hasta el término de las primeras 4 semanas de vida neonatal (28 días).

2. PERIODO NEONATAL

Se define como el período desde el nacimiento hasta el 28 día de vida.

3. ANOMALIA CONGENITA

El término congénito se emplea para describir una patología que está presente en el nacimiento (aunque puede manifestarse más tarde).

4. BAJO PERO PARA LA EDAD DE GESTACION (BPEG)

Peso inferior al percentil 10 con respecto a la edad gestacional.

5. PEQUEÑO CON RESPECTO A LA EDAD GESTACIONAL

Peso y longitud inferiores al percentil 10 con respecto a la edad gestacional.

6. MALNUTRICION FETAL

Clínica de malnutrición intrauterina: sequedad y descamación de la piel y pérdida de tejido subcutáneo.

7. PRE-TERMINO

Gestación de 28 - 36 semanas

8. INMADUREZ EXTREMA

Gestación de menos de 28 semanas completas (menos de 196 días)

9. BAJO PESO AL NACIMIENTO

Peso al nacimiento 1.000 - 2.499 grs.

10. EXTREMO BAJO PESO AL NACIMIENTO

Peso al nacimiento inferior a 1.000 grs.

11. INFECCION CONGENITA

Infección adquirida intrauterinamente o durante el nacimiento, detectada antes de las 72 horas de vida. Cualquier infección que aparezca a las 72 horas o posteriormente, no debe considerarse congénita.

PRINCIPIOS ESPECIFICOS DE CODIFICACION

1. USO DE LA SECCION V30 - V39: BEBES NACIDOS CON VIDA SEGUN EL TIPO DE PARTO.

De acuerdo con la norma establecida en el "Manual del usuario, Normativa de codificación" publicado en 1995 (ver pag. 31), los códigos de esta sección solo podrán ser diagnóstico principal.

Así mismo, y tal como se establece en esta publicación, su uso queda restringido a cuando "el nacimiento del niño se produce en el Hospital y en el mismo se le crea una H.C. al R.N. y las cunas están incluidas en la dotación de camas del centro" (pág. 114). Salvo en los hospitales que cumplan esta premisa, en el resto no deben utilizarse los códigos V30 - V39.

2. PATOLOGIA MULTIPLE

Los ingresos de Neonatología se caracterizan porque en un alto porcentaje puede haber dos o más procesos que cumplan la condición de principal. En este sentido, la norma para elección del diagnóstico principal se ajustará a lo establecido en el "Manual del usuario. Normativa de codificación" de 1995 (pág.23).

3. CAPITULO 14 - ANOMALIAS CONGENITAS 3.1. En este capítulo (740-759) se clasifican la mayoría de las anomalías congénitas, incluidas ciertas deformidades no teratogénicas que se consideran debidas a posición defectuosa y presión intrauterina (categoría 754). En este sentido, es importante diferenciar las deformidades perinatales de las patología debidas a lesiones en el nacimiento (que se clasifican en el capítulo 15).

Ejemplo:

Luxación congénita de cadera bilateral: 754.31
Fractura de clavícula por traumatismo al nacer: 767.2

3.2. Las diferentes anomalías congénitas que estén presentes en un mismo paciente deben codificarse por separado, salvo que formen parte de un síndrome determinado (que se codificará como tal) o que estén descritas como anomalías congénitas múltiples (759.7) 3.3. Cualquier entidad clínica secundaria a una anomalía congénita se codificará junto a ésta, pudiendo ser el diagnóstico principal si es el motivo del actual ingreso y la anomalía ya era conocida.

Ejemplo:

Defecto de tabique septal interauricular con fallo cardíaco congestivo: 745.5 + 428.0.

3.4. Las manifestaciones (signos y síntomas) de una anomalía congénita podrán codificarse junto a ésta cuando se consideren relevantes en el proceso actual. Siempre serán diagnósticos secundarios; a no ser que el síntoma sea relevante y el tratamiento sea exclusivamente del síntoma, en una anomalía congénita ya conocida. 4. CAPITULO 15 - CIERTAS ENFERMEDADES CON ORIGEN EN EL PERIODO PERINATAL. 4.1. GENERALIDADES

En este capítulo (760-779) se clasifican la mayoría de las patología originadas en el período perinatal. Muchas de ellas son de naturaleza transitoria y se codificarán siempre que sean clínicamente significativas, entendiéndose por ello que requieran:

*Evaluación clínica; o

*Tratamiento terapéutico; o

*Procedimientos diagnósticos; o

*Alargamiento de la estancia hospitalaria; o

*Aumento de los cuidados de enfermería y/o monitorización; o

* Tener en cuenta sus implicaciones para futuras necesidades de cuidados sanitarios. No se deben codificar condiciones insignificantes, signos o síntomas que se resuelvan sin tratamiento. Algunas de estas condiciones persisten a lo largo de la vida y otras pueden tener manifestaciones años más tarde.

4.2. SECCION 760-763: CAUSAS MATERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD PERINATALES

Aunque algunos enunciados de las categorías del capítulo 15 contienen referencias a condiciones maternas, todos los códigos de este capítulo son de uso exclusivo para la historia del niño y nunca se emplearán en la historia de la madre. Del mismo modo, las categorías del capítulo 11: Complicaciones del embarazo, parto y puerperio (630.676) sólo se utilizan en la historia de la madre y nunca en la del niño.

Estos códigos solo deben usarse cuando la patología maternas haya afectado realmente al feto o recién nacido, tal como indican las notas de inclusión de estas categorías.

El hecho de que la madre tenga una complicación del embarazo o del parto, no justifica la asignación rutinaria de este código a la historia del recién nacido, En la próxima edición de la CIE-9-MC en castellano se añadirá la categoría V29, que ya existe en las americanas y se aplica específicamente a RN y niños sanos. A partir de

entonces, cuando el ingreso del RN se realice para observación y se descarte patología, se utilizará la categoría V29.

Los códigos de esta sección pueden utilizarse en codificación múltiple, de forma que las manifestaciones clínicas secundarias a la afectación del feto por estados maternos se codificarán junto a estos. En este caso, el diagnóstico principal será la manifestación clínica y el diagnóstico secundario la afectación fetal por estado materno.

Ejemplos:

Sufrimiento fetal secundario a circular de cordón:

DP: 768.3 (sufrimiento fetal)

DP: 762.5 (secundario a circular de cordón)

Sepsis por amnionitis:

DP: 771.8 (sepsis neonatal)

DS: 762.7 (secundaria a amnionitis)

4.3. SECCION 764 - 779: OTRAS AFECCIONES ORIGINADAS DURANTE EL PERIODO PERINATAL 4.3.1. CATEGORIA 764 - CRECIMIENTO INTRAUTERINO RETARDADO Y DESNUTRICION FETAL

Esta categoría requiere siempre un quinto dígito que indica el peso del recién nacido.

El código 764.0* incluye los conceptos clínicos de "Bajo peso para la edad gestacional" y "Pequeño con respecto a la edad gestacional", siempre que no haya signos de nutrición fetal defectuosa.

La malnutrición fetal solo se codificará si el neonatólogo la etiqueta como tal. En este caso se utilizará el código 764.2* si aparece sola, o el 764.1* si va asociada al BPEG.

4.3.2. CATEGORIA 765 - TRASTORNOS RELACIONADOS CON GESTACION CORTA Y BAJO PESO NO ESPECIFICADOS EN EL NACIMIENTO

Esta categoría requiere siempre un quinto dígito que indica el peso del recién nacido.

El código 765.0* incluye los conceptos clínicos de "Inmadurez extrema" y "Extremo bajo peso al nacimiento".

El código 765.1* incluye los conceptos clínicos de "Pretérmino" y "Bajo peso al nacimiento".

Esta categoría no debe utilizarse en los casos en que el bajo peso es debido a crecimiento fetal lento o malnutrición fetal (764); sin embargo si pueden darse ambas condiciones en un mismo caso. Así, un pretérmino de 36 semanas con BPEG por CIR (crecimiento intrauterino retardado) se codificará como DP: 765.1* y DS: 764.0*.

4.3.3. INFECCIONES NEONATALES

Para utilizar los códigos del capítulo 15 referidos a patología infecciosa, se ha de asegurar que dicho proceso cumple el criterio clínico de infección congénita.

Así por ejemplo, solo se codificarán como 770.0 las neumonías especificadas como congénitas, quedando excluidas de este código las resultantes de aspiración (770.1) y las adquiridas 72 horas después del nacimiento (480.0-486).

4.3.4. DIFICULTAD RESPIRATORIA

No se deben codificar como 769 (síndrome de dificultad respiratoria) las taquipneas transitorias del recién nacido diagnosticadas como tales por el neonatólogo (770.6)

5. USO DE OTROS CAPITULOS EN PATOLOGIA NEONATAL 5.1 CODIFICACION MULTIPLE

Es correcto "completar" los códigos específicos del capítulo 15 con códigos del resto de la CIE-9-MC que añadan información. En este caso, el código de enfermedad perinatal será siempre el principal. Su uso debe quedar restringido a los casos donde la codificación múltiple no resulte redundante.

Ejemplos:

Conjuntivitis neonatal: 771.6 (no requiere mas códigos)

Septicemia estafilocócica neonatal:

DP: 771.8 (otra infección propia del período perinatal)

DS: 038.1 (sepsis estafilocócica)

5.2. USO DE CAPITULOS GENERALES

La patología neonatal no contemplada en los capítulos 14 y 15 se codificará exclusivamente con códigos del resto de la clasificación.

Ejemplo:

Reflujogastro-esofágico:530.1

Hernia inguinal: 550.*

5.3. INGRESO DE RN SANO POR INGRESO DE LA MADRE

Se le asignará el código V65.1 Otro bebé o niño sano que recibe cuidados.

5.4. RN DE MADRE HIV (+)

El hijo de madres HIV (+) con anticuerpos (+) se codificará como V01.7 (contacto con o exposición a enfermedades contagiosas víricas) durante los 18 primeros meses; salvo que durante este tiempo desarrolle la infección.

Si después de los 18 meses continúa siendo HIV (+) asintomático, se utilizarán los códigos 795.8 ó V02.9 (con igual criterio que en adultos).

En cualquier edad, los diagnósticos de infección VIH en sus diferentes estadios se codifican como 042-044.

HAN COLABORADO EN EL TEMA MONOGRAFICO

Dña .Adela Rodríguez Fernández.

Jefa de Sección de Neonatología del Hospital de Cabueñes (Gijón).

D. Gonzalo Solís Sánchez

Adjunto del Servicio de Pediatría del Hospital de Cabueñes.

Dña .Mª Luisa Tamayo Canillas

Unidad de Codificación del Hospital de Cabueñes.

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 con LNH (Linfoma no Hodgkin) tipo BURKITT en remisión, ingresa para trasplante autólogo de células progenitoras obtenidas de sangre periférica e injerto leucoplaquetario. ¿Que código se asigna como principal? ¿Como se codifica el trasplante autólogo de celular progenitoras?.

DP200.20
T 99.73

2.- Paciente con ECTROMELIA TRANSVERSA BILATERAL, con tratamiento quirúrgico consistente en separación radio.cubital de mano, colgajos triangulares y abdominales para el dedo. En una segunda admisión se le realiza separación del colgado abdominal. Orden y secuencia de códigos de ambos ingresos.

1º Ingreso

DP755.21
T82.69
86.73

2º Ingreso. Se codificada como un segundo tiempo de intervención.

DP755.21
T 86.75

3.- Niño diagnosticado de MEDULOBLASTOMA en remisión completa, ingresa para trasplante. ¿Que código se asigna?.

DP191.6
T 41.00

4.- Uso del código V71.1 (Observación para presunta neoplasia maligna).

Ingreso por sospecha de neoplasia maligna, en que tras las oportunas pruebas diagnosticadas esta queda descartada.

5.- Paciente con sospecha de HIPERSOMNIA - APNEA DEL SUEÑO, ingresa en la UCI para realización de polisomnografía. Durante la monitorización no se observan episodios de apnea. Diagnósticos al alta: NO APNEA, HIPERTROFIA DE AMIGDALAS Y ADENOIDES. ¿Es correcto el código V71.8 como diagnóstico principal?.

SI, si el diagnóstico de hipertrofia de amígdalas y adenoides era previo al ingreso.

DPV71.8
DS 474.10

NO, si el diagnóstico de hipertrofia de amígdalas y adenoides se realiza en este ingreso y se considera la causa de la sintomatología del paciente

DP 474.10

6.- TROMBOEMBOLISMO PULMONAR por TRAMBOFLEBITIS. ¿Cuál es el diagnóstico principal?.

La tramboflebitis, si ingresa por este motivo y durante el ingreso hace un tromboembolismo pulmonar.

El tromboembolismo pulmonar, si ingresa con esta situación clínica.

7.- Paciente que requiere varias intervenciones en diferentes admisiones en el hospital para tratamiento de su condición. ¿Cual sería el diagnóstico principal después de haber sido tratado por primera vez?. ¿Se codificaría su patología primaria? y de ser así ¿en que orden?. ¿Habría que asignar un código en procedimientos quirúrgicos que reflejasen la segunda etapa de la intervención?

El DP será siempre la enfermedad primaria, ya que el tratamiento inicial se establece en varios tiempos.

Se codificará el procedimiento quirúrgico que corresponda a lo realizado en cada tiempo, independientemente de que el código asignado refleje o no que se trata de un segundo tiempo de una intervención.

8.- Ingreso por isquemia aguda debida a trombosis. Durante el ingreso se realiza trombectomía y posteriormente sufre nueva trombosis, independiente de la anterior y que no es consecuencia de complicación alguna. ¿Deben repetirse los códigos 444.22?.

Si.

9.- Ingreso diagnosticado de linfoma gástrico. El índice alfabético indica codificar 202.8x mas morfología. ¿Que código se debe asignar al linfoma gástrico?. ¿Que dígito se debe poner?. ¿Se tiene que poner la morfología y el código de neoplasia por sitio?.

El linfoma gástrico se codifica con el código de linfoma que le corresponda según el tiempo en la clasificación general (200-202), utilizando como 5º dígito el 0. Indicar la morfología del tumor es optativo para cada centro.

10.- Ingreso por conmoción cerebral mas herida complicada (scalp). El motivo de la pregunta es que el código 850.x:Contusión excluye los códigos 870.0 - 873.9: Herida abierta de cabeza sin lesión intracraneal. ¿Incluye el código 850.x las heridas, a pesar de ser complicadas o deben ponerse en estos casos los códigos 850.x y 870.0 - 873.9 conjuntamente?.

Debenponerseambos.

La sección 850 - 854: Lesión intracraneal, salvo aquellas con fractura de cráneo, excluye las heridas abiertas de cabeza sin lesión intracraneal (870.0 - 873.9). Cuando es un mismo caso se dan ambas condiciones : heridas y conmoción, deben utilizarse ambos códigos. Como norma general, la nota "Excluye" se refiere a los términos clínicos no incluidos en ese código. En ningún caso tiene la consideración de que los códigos afectados sean mutuamente excluyentes.

11.- ¿Cual es la forma correcta de codificar un NEUMOTORAX YATROGENO como COMPLICACION PRODUCIDA POR LA PUNCION TRANSPARIETAL?

El neumotórax se codifica como DP 997.3, cuando no está especificado que sea debido a punción. Si se especifica que es debido a punción, se codifica como DP 998.2 En ambos casos pueden utilizarse además los códigos 512.8 y el "E" que corresponda.

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 más 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 de paciente. Las preguntas sin soporte documental podrán ser devueltas o no contestadas.
3. Para cada pregunta deberá indicar: Nombre de quién realiza la pregunta, 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 resultlados e ir actualizando sus conocimietos.

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 Programas.
Ministerio de Sanidad y Consumo
Alcalá,56 - despacho315 .28071 MADRID
Fax: (91) 338 01 90

RESPUESTAS AL TEST N° 4 OCTUBRE 1.996		
PREGUNTAS	RESPUESTAS	
1.- Gamgrena diabética de pie derecho en paciente con claudicación intermitente debido a la diabetes.	250.70	
	443.81	
	785.4	
2.- Pancreatitis necrohemorrágica y absceso peritoneal postoperatorio.	577.0	
	577.8	
	998.5	
	567.2	
3.- Trombosis vertebro-basilar persistiendo hemiplejia y ataxia al alta	433.3	
	432.9	
	781.3	
4.- ATP realizada por radiología vascular intervencionista en pacientes con isquemia de extremidades inferiores.	443.9	
		39.59
5.- Infección urinaria en paciente portador de sonda permanente.	599.0	
	V47.4	
6.- Depresión neurológica debido a anestesia en recién nacido prematuro intervenido de imperforación anal con anorectoplastia.	751.2	49.79
	765.10	48.79
	799.1	
	E938.4	
7.- Coma por sobredosis de heroína en paciente ADVP consumidor de un gramo diario.	965.01	
	780.0	
	E850.0	
	304.01	
8.- Insuficiencia renal como consecuencia de un aborto tratado en un ingreso anterior.	639.3	

9.- Parada cardiaca postoperatoria que se recupera con masaje cardiaco.	997.1	
	427.5	99.63
10.- Esofagitis en paciente diagnosticado de reflujo esofágico.	530.1	

TEST N° 5 JUNIO 1.996	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
1.- Paciente diagnosticado de pólipo rectal al que se realiza polipectomía a través de endoscopia.	
2.- Paciente al que se interviene con ACTP de un único vaso y colocación de stent sin resultado eficaz.	
3.- Ingreso por incontinencia urinaria secundaria a disfunción de esfínter como consecuencia de una prostatectomía radical.	
4.- Ingreso por embolismo pulmonar postoperatorio.	
5.- Paciente con amputación traumática de antebrazo por accidente de motocicleta hace un año. Ingresa por neuroma en el muñón de amputación.	
6.- Carcinoma epidermoide de pulmón que afecta lóbulos superior e medio.	
7.- Paciente que ingresa con distres respiratorio por traumatismo torácico y fractura de las costillas precisando ventilación mecánica durante dos días con intubación endotraqueal.	
8.- Paciente ingresado por diarrea. Aunque los cultivos son negativos se sospecha sea de origen infeccioso.	
9.- Paciente ADVP, HIV + ingresó por celulitis en brazo, zona de venopunción.	
10.- Recien nacido prematuro de 35 semanas, cuyo ingreso curso con cursa con neumonía bacteriana a los 8 días de vida.	