

CODIFICACIÓN CLÍNICA CON LA CIE-9-MC

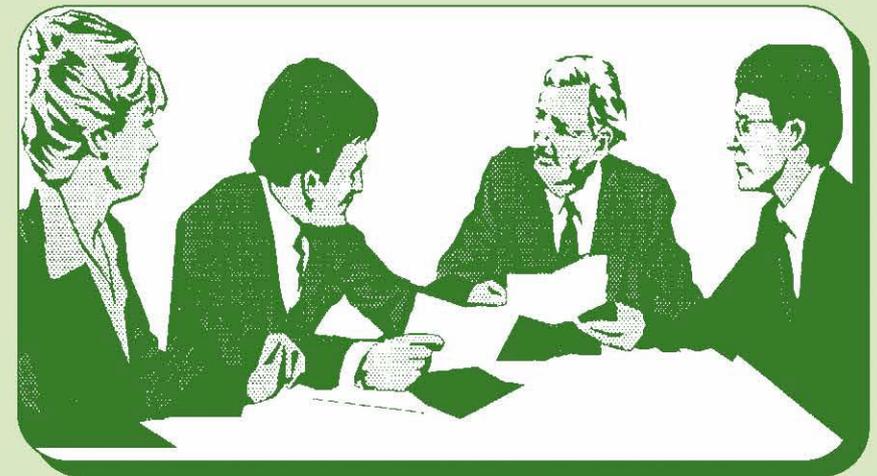
UNIDAD TÉCNICA DE LA CIE-9-MC PARA
EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



Boletín número 6

Año III

Febrero, 1997



Programas

CODIFICACION CLINICA CON LA CIE-9-MC

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



ÍNDICE

Unidad Técnica de la CIE-9-MC.....	pág 4
Tema monográfico. Códigos V.....	pág 5
Preguntas a la Unidad.....	pág 20
Formación continuada.....	pág 27
Fe de erratas.....	pág 30

Unidad Técnica de la CIE-9-MC

La Subdirección General de Programas, dependiente de la Secretaría General de Asistencia Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo, en la cual se encuentra emplazada la Unidad Técnica de la CIE-9-MC para el Sistema Nacional de Salud, cambiará de ubicación en los próximos días. En el siguiente número se indicará la dirección, así como el teléfono y fax de la nueva ubicación.

Al mismo tiempo y dado el número de profesionales que han rotado por la Unidad, siendo todos ellos grandes conocedores de la codificación, hemos creído conveniente y oportuno que sus conocimientos y sugerencias puedan seguir aportando mejoras al boletín. Por lo cual, todos aquellos profesionales que durante un cierto tiempo han pertenecido a la Unidad técnica formarán parte como miembros asesores, de este comité editorial. De esta manera queda a su disposición este boletín para cuantas sugerencias, modificaciones o mejoras crean oportunas, dándoles las gracias por su colaboración permanente e inestimable durante estos años del nacimiento y crecimiento del boletín.

Aprovechamos la ocasión para indicar que el monográfico que se presenta en este número sobre los códigos V, es una ampliación, nunca contradicción, de la información suministrada en el Manual de Usuario 4ª edición.

AgustínRiveroCuadrado
Responsable de la Unidad Técnica de la CIE-9-MC

Instituto de Información Sanitaria

Códigos V

Clasificación suplementaria de factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios (V01-V82)

Los códigos V se utilizan para codificar aquellas circunstancias, factores de riesgo o motivos de atención que no son enfermedades ni lesiones clasificables en las categorías comprendidas entre 001-999.

La utilización de estos códigos es de mayor frecuencia en la clasificación de pacientes atendidos en centros ambulatorios, consultas externas y hospitales de media y larga estancia, no obstante, existen unas normas específicas para su aplicación en hospitales de agudos.

En primer lugar, y tomando como referencia el Coding Clinic publicado en el 4º trimestre de 1996, se presentan algunos ejemplos de su aplicación general, es decir, para cualquier escenario de cuidados.

1. Persona sana que acude por alguna razón específica como puede ser la donación de un órgano, recibir tratamiento profiláctico o solucionar un problema social.
2. Paciente con una patología crónica que precisa tratamiento continuo como es el caso de la diálisis en las enfermedades renales o de la quimioterapia en los tumores. Sin embargo, si se está estudiando un signo, un síntoma de esta enfermedad o se le atiende por otros motivos deberán de usarse los códigos de diagnóstico o de síntomas.
3. Cuando existen determinados factores o problemas que influyen en el estado de salud pero que no son propiamente enfermedades o lesiones como es el caso de un portador de prótesis de cadera marcapasos o bypass.
4. En R.N. para indicar el tipo de nacimiento (ver Manual del Usuario)

Categorías de los códigos V

1.- Contacto/exposición

Estos códigos se utilizan en pacientes que no muestran ningún signo o síntoma de enfermedad pero que estuvieron expuestos a ella por contacto personal o por encontrarse en una zona epidémica (V01)

2.- Inoculación y vacunaciones

Clasifican a las personas que acuden al centro para vacunación (V03-V06)

3.- Estado

Estos códigos identifican entre otros, aquellos estado del paciente posteriores al tratamiento de una enfermedad como es el caso de las aperturas artificiales, del bypass-aortocoronario, o de los portadores de prótesis y se usarán cuando no existan complicaciones.

Los códigos V de estado son:

V02

Portador o sospechoso de ser portador de enfermedades infecciosas. Indica que una persona tiene el microorganismo específico de una enfermedad sin manifestaciones, y es capaz de transmitir la infección.

V09

Infección por microorganismos farmacoresistentes. Esta categoría indica que el paciente tiene una infección resistente al tratamiento. El Diagnóstico Principal será el código de la infección.

V21

Estados constitucionales durante el desarrollo.

V22.2

Estado de embarazo, incidental. Este código será secundario y se usará sólo cuando el embarazo no tiene por que complicar el motivo de ingreso. De otra manera, se necesitaría un código del capítulo de Obstetricia (cap.11).

V42

Organo o tejido sustituido por trasplante.

V43

Organo o tejido sustituido por otro medio.

V44

Estado de apertura artificial.

V45

Otros estados postquirúrgicos.

V46

Otra dependencia de aparatos

V49.6

Estado de amputación de miembro superior

V49.7

Estado de amputación de miembro inferior.

V58.6

Uso prolongado de medicación (actual). Esta subcategoría indica el uso continuo de una medicación prescrita (incluyendo conceptos como terapia con aspirina) para el tratamiento prolongado de una enfermedad, o como uso profiláctico. No se debe usar para pacientes con adicción a drogas.

4.- Historia de

Hay dos tipos de códigos V de historia. Historia personal o historia familiar. Los códigos de historia personal reflejan una condición perteneciente a los antecedentes del paciente que ya no existe y por la que no recibe tratamiento pero que tiene un potencial de recurrencia y requiere cierto seguimiento.

Los códigos de historia familiar advierten que en la familia del paciente uno o más miembros padecieron una determinada enfermedad por lo que el paciente tiene riesgo de contraer esa misma enfermedad.

Las categorías de códigos V de historia son:

V10

Historia personal de neoplasia maligna.

V12

Historia personal de otras enfermedades especificadas.

V13

Historia personal de otras enfermedades.

V14

Hª personal de alergia a medicamentos.

V15

Otro historial personal que representa riesgos para la salud.

V16

Hª familiar de neoplasia maligna.

V17

Hª familiar de ciertas enfermedades incapacitantes, crónicas.

V18

Hª familiar de otras enfermedades especificadas.

V19

Hª familiar de otras enfermedades.

5.- Cribaje (búsqueda)

Estos códigos clasifican la búsqueda de enfermedad o de sus precursores en grupos de pacientes sanos para su detección y posible tratamiento precoz si fuera preciso.

Ejemplos de cribaje son las mamografías realizadas en mujeres mayores de 40 años, el estudio de sangre en heces a partir de los 50 años debido a la incidencia de cáncer de mama o colon, así como las amniocentesis practicadas a las embarazadas mayores de 35 años debido a la incidencia de Síndrome de Down en los RN de madres añosas.

Las categorías de códigos V de cribaje son:

V28

Cribaje prenatal

V73-V82

Cribajes específicos

6.- Observación

Los códigos de observación se utilizan en los casos en que se sospecha una enfermedad que posteriormente se descarta, por lo tanto, tampoco deberán de estar presentes ninguno de los síntomas o signos relacionados con dicha enfermedad.

Las categorías de códigos V de observación son:

V29

Observación y evaluación de RN por sospecha de enfermedades no encontradas. Debe ir precedido de un código de la categoría V30. (En los hospitales que utilicen estos códigos)

V71

Observación y evaluación de presuntas enfermedades.

7.- Cuidados

Los códigos de cuidados identifican a aquellos pacientes que tratada su enfermedad requiere ciertos cuidados durante su recuperación como por ejemplo prevención de complicaciones a largo plazo. No deben usarse cuando el tratamiento del paciente va dirigido a su enfermedad, en este caso se utiliza un código de diagnóstico.

Excepción de esta regla son los códigos V58.0 "radioterapia" y V58.1 "quimioterapia", (exclusivamente), que deben usarse siempre, aunque el código determine el tratamiento de la enfermedad.

Los códigos/categorías V de cuidados son:

V52

Colocación y ajuste de dispositivo protésico.

V53

Colocación y ajuste de otro dispositivo.

V54

Otros cuidados ortopédicos posteriores.

V55

Cuidados de aperturas artificiales.

V56

Recepción para diálisis

V57

Cuidados que implican el empleo de procedimientos de rehabilitación.

V58.0

Radioterapia

V58.1

Quimioterapia

V58.3

Cuidado de vendaje y suturas quirúrgicas

V58.41

Contacto para cierre de heridas postoperatorias

V58.49

Otros cuidados postquirúrgicos especificados

V58.81

Admisión para extracción y ajuste de catéter vascular

V58.82

Extracción y ajuste de catéter no vascular NCOC

V58.89

Otros cuidados especificados

8.- Seguimiento

Los códigos de seguimiento clasifican las revisiones que se realizan al paciente después del tratamiento completo de su enfermedad, lesión o problema. No deben confundirse con los códigos V de cuidados posteriores. Es preciso añadir el código correspondiente de historia personal u otro estado del paciente para reflejar el motivo de la atención médica. Podrán utilizarse en cada una de las revisiones hasta que el motivo de la atención sea otro.

Las categorías V de seguimiento son:

V24

Cuidados y examen postparto

V67

Reconocimiento de seguimiento

9.- Donantes

Estos códigos (V59) clasifican a los donantes de sangre, órganos o tejidos corporales. Se refieren a donantes para otras personas, no se utilizarán para sí mismos ni en los casos de donaciones de cadáveres.

10.- Asesoramiento

Los códigos de asesoramiento se utilizan cuando un paciente o un miembro de su familia recibe asesoramiento sobre una enfermedad o lesión, o cuando se requiere un apoyo por problemas familiares o sociales. Si el asesoramiento está implícito en el tratamiento no será necesario utilizarlo.

Los códigos/categorías de asesoramiento son:

V25.0x

Asesoramiento y consejo generales sobre anticoncepción

V26.3

Asesoramiento genético

V26.4

Asesoramiento y consejos generales de asistencia procreativa

V61

Otras circunstancias familiares

V65.1

Persona que pide asesoramiento de parte de otra persona

V65.4x

Otro asesoramiento, no clasificado bajo otro concepto.

11.- Códigos V obstétricos

Los códigos V obstétricos clasifican aquellas circunstancias en los que no existen ninguno de los problemas o complicaciones incluidos en los códigos de "Embarazo, parto y puerperio"

Los códigos V obstétricos son:

V22

Embarazo normal.

V23

Supervisión de embarazo de alto riesgo

V24

Cuidados y examen postparto

V25

Asistencia anticonceptiva

V26

Asistencia procreativa

V27

Resultado del parto

V28

Cribaje prenatal

12.- RN y niños

Estos códigos se utilizan para la supervisión sanitaria del RN o niño, para la observación y evaluación del RN por sospecha de enfermedad descartada y para el tipo de nacimiento.

Estos códigos V son:

V20

Supervisión sanitaria del bebé o niño

V29

Observación y evaluación de RN por sospecha de enfermedades no encontradas

V30-V39

RN según el tipo de parto

13.- Exámenes rutinarios y administrativos

Los códigos V con esta descripción recogen los contactos para exámenes rutinarios como un chequeo general o exámenes con fines administrativos.

Los códigos V de exámenes rutinarios y administrativos son:

V20.2

Revisión sanitaria rutinaria del bebé o niño (cualquier inyección administrada requerirá el correspondiente código de procedimiento)

V70

Reconocimiento médico general

V72

Investigaciones y reconocimientos especiales

14. - Códigos V miscelánea

Recogen otros motivos de contacto con los servicios sanitarios que no se encuentran clasificados en ninguna otra categoría.

V07

Necesidad de aislamiento y otras medidas profilácticas

V50

Cirugía electiva para propósitos que no sean los de remediar estados de salud

V58.5

Ortodoncia

V60

Circunstancias relacionadas con el alojamiento y circunstancias domésticas y económicas

V62

Otras circunstancias psicosociales

V63

No disponibilidad de otras instalaciones médicas para cuidados

V64

Personas que entran en contacto con servicios sanitarios para procedimientos específicos que no llegan a realizarse

V66

Convalecencia

V68

Contacto con fines administrativos

15.- Códigos V no específicos

Son tan inespecíficos o redundantes que difícilmente deberían de ser utilizados.

V11

Hª personal de trastorno mental. Debe usarse un código del capítulo de trastornos mentales, con el 5º dígito correspondiente

V13.4

Hª personal de artritis

V13.6

Hª personal de malformaciones congénitas

V15.7

Hª personal de contracepción

V23.2

Embarazo con historial de aborto

V40

Problemas mentales y de comportamiento

V41

Problemas de los sentidos y otras funciones especiales

V47

Otros problemas de órganos internos

V48

Problemas de la cabeza, cuello y tronco

V49

Problemas de miembros y otros problemas

V51

Cuidados posteriores que implican el empleo de cirugía plástica

V58.2

Transfusión sanguínea sin diagnóstico declarado

V58.9

Cuidados posteriores no especificados

V72.5

Reconocimiento radiológico, no clasificado bajo otros conceptos

V72.6

Prueba de laboratorio

A continuación, en base a la documentación proporcionada por AHIMA (American Health Information Managment Association) el contenido del Cod. Clinic.(traducido por los representantes del Servicio Gallego de Salud) AHA (American Hospital Asociation) y The Educational Annotation of ICD-9-CM 4TH edition octubre 1996. Pasamos a señalar aquellos códigos V de utilización en hospitalización de agudos , diferenciando los que solamente pueden ser códigos principales de los que pueden ser principales o secundarios.

Los códigos V que no se encuentren en esta lista no podrán ser utilizados como diagnóstico principal , en hospitalización de agudos.

Códigos que sólo pueden ser principales

V07.0

Aislamiento

V07.8

Otra medida profiláctica especificada

V08

Estado de infección por virus de inmunodeficiencia humana asintomático

V20.0

Expósito

V24.0

Cuidados y examen inmediatamente después del parto

V25.2

Esterilización

V25.3

Regulación menstrual

V26.0

Tuboplastia o vasoplastia después de esterilización

V29.0

Observación por sospecha de enfermedades infecciosas

V29.1

Observación por sospecha de enfermedades neurológicas

V29.2

Observación por sospecha de enfermedades respiratorias

V29.8

Observación por sospecha de enfermedades especificadas
(La categoría V29 podrá ir precedida únicamente por las categorías V30-V39)

V30

Niño único nacido con vida

V31

Gemelo, co-gemelo nacido con vida

V32

Gemelo, co-gemelo mortinato

V33

Gemelo, no especificado

V34

Otro parto múltiple, todos nacidos con vida

V35

Otro parto múltiple, todos mortinatos

V36

Otro parto múltiple, algunos nacidos con vida, otros mortinatos

V37

Otro parto múltiple no especificado

V39

Recién nacido(s) no especificado

V50.0

Trasplante de pelo

V50.1

Otra cirugía plástica para corregir aspecto estético no aceptables

V50.2

Circuncisión rutinaria o ritual

V50.41

Extirpación profiláctica de pecho

V50.42

Extirpación profiláctica de ovarios

V50.49

Extirpación profiláctica de otros órganos

V51

Cuidados posteriores que implican el empleo de cirugía plástica

V52.0

Colocación y ajuste de brazo artificial (completo)(parcial)

V52.1

Colocación y ajuste de pierna artificial (completo)(parcial)

V52.2

Colocación y ajuste de ojo artificial

V52.3

Colocación y ajuste de prótesis dental

V52.4

Colocación y ajuste de prótesis de mama e implante

V52.8

Colocación y ajuste de otro dispositivo especificado

V53.0

Colocación y ajuste de dispositivos relacionados con el sistema nervioso y los sentidos especiales

V53.31

Marcapasos cardíaco

V53.32

Desfibrilador cardíaco automático implantado

V53.39

Otro dispositivo cardíaco

V54.0

Cuidados posteriores que implican la eliminación de una placa para fracturas u otro dispositivo de fijación interna

V55.0

Cuidado de traqueostomía

V55.1

Cuidado de gastrostomía

V55.2

Cuidado de ileostomía

V55.3

Cuidado de colostomía

V55.4

Cuidado de otra apertura artificial del tracto digestivo

V55.5

Cuidado de cistostomía

V55.6

Cuidado de otra apertura artificial del tracto urinario

V55.7

Cuidado de vagina artificial

V55.8

Cuidado de otra apertura artificial especificada

V56.0

Admisión para diálisis extracorporal

V56.1

Admisión para colocación de catéter de diálisis (extracorporal)(peritoneal)

V56.8

Admisión para otras diálisis

V57.1

Otra terapia física

V57.21

Contacto para terapia ocupacional

V57.22

Contacto para terapia vocacional

V57.3

Terapia del habla

V57.89

Otro procedimiento de rehabilitación especificado

V57.9

Procedimiento de rehabilitación no especificado

V58.0

Admisión para radioterapia

V58.1

Admisión para quimioterapia

V58.41

Admisión para cierre de heridas postoperatorias

V58.49

Otros cuidados postquirúrgicos especificados

V58.61

Largo tiempo (comúnmente) en el uso de anticoagulantes

V58.69

Largo tiempo (comúnmente) en el uso de otros medicamentos

V58.81

Admisión para extracción de catéter vascular

V58.82

Admisión para colocación y ajuste de catéter no vascular NEOM

V58.89

Admisión para otros cuidados especificados

V59.1

Donante de piel

V59.2

Donante de hueso

V59.3

Donante de médula ósea

V59.4

Donante de riñón

V59.5

Donante de córnea

V59.6

Donante de hígado

V59.8

Donante de otro órgano o tejido especificado

V61.21

Problemas de abuso de niños

V65.0

Persona sana que acompaña a persona enferma

V65.2

Persona que finge enfermedad

V67.0

Reconocimiento de seguimiento después de intervención quirúrgica

V67.1

Reconocimiento de seguimiento después de radioterapia

V67.2

Reconocimiento de seguimiento después de quimioterapia

V67.3

Reconocimiento de seguimiento después de psicoterapia y otro tratamiento de enfermedad mental

V67.4

Reconocimiento de seguimiento después de tratamiento de fractura

V67.51

Reconocimiento de seguimiento después de tratamiento completo con medicación de alto riesgo, no clasificado bajo otro concepto

V67.59

Reconocimiento de seguimiento después de tratamiento de otro tratamiento

V67.6

Reconocimiento de seguimiento después de tratamiento de tratamiento combinado

V71.01

Observación comportamiento antisocial adulto

V71.02

Observación comportamiento antisocial en la infancia o adolescencia

V71.09

Observación por otra presunta enfermedad mental

V71.1

Observación por presunta neoplasia maligna

V71.2

Observación por presunta tuberculosis

V71.3

Observación después de accidente laboral

V71.4

Observación después de otro tipo de accidente

V71.5

Observación después de presunta violación o seducción

V71.6

Observación después de otra lesión infringida

V71.7

Observación para presunta enfermedad cardiovascular

V71.8

Observación para presuntas enfermedades especificadas

Circunstancialmente podrán ser código principal: (solamente si llevan diagnóstico secundario)

V57.1

Otra terapia física

V57.21

Terapia ocupacional

V57.22

Terapia vocacional

V57.3

Terapia del habla

V57.89

Otro procedimiento de rehabilitación especificado

V57.9

Procedimiento de rehabilitación no especificado

Cuestionables como diagnóstico principal

V53.31

Colocación y ajuste de marcapasos cardíaco

V53.32

Colocación y ajuste de desfibrilador cardíaco automático implantado

V53.39

Colocación y ajuste de otro dispositivo cardíaco

Dependiendo del procedimiento realizado, éste podría ser un procedimiento ambulatorio.

Este monográfico ha sido elaborado por:
D^aM^a del Mar Sendino García

Ministerio de Sanidad y Consumo
Coordinadora de la Unidad Técnica para la CIE-9-MC

D. Fernando Peña Ruíz
Hospital Gregorio Marañón (Madrid)
Coordinador de la Unidad de Codificación

D^a Matilde Pla Cortés
Universidad de Puerto Rico
Catedrática de Record Medical

Preguntas a la unidad

1.- Portador de válvula de derivación ventrículo-peritoneal, se le recambia la válvula. El diagnóstico: válvula corta ¿se considera complicación mecánica de dispositivo de sistema nervioso central? Durante el mismo ingreso se le recambia el extremo del catéter en la zona abdominal ¿qué código se le asigna?

Se trata de una complicación mecánica de dispositivo de sistema nervioso central por lo tanto los códigos a emplear son:

996.2 Complicación mecánica de dispositivo implantación o injerto del sistema nervioso.

02.42 Sustitución de derivación ventricular.

2.- Niño de 3 meses con malnutrición debido a la falta de nutrientes en la leche materna. Códigos y secuencias.

No existe un código específico para la falta de nutrientes en la leche materna por lo que se codificará sólo con el 263.9 Desnutrición proteicoenergética no especificada.

3.- Paciente de dos meses de edad ingresado en UCI con síndrome de hipoventilación central congénita ¿cuál es el código correcto?

Se puede equiparar a la insuficiencia respiratoria con lo que su código será el 770.8 Otros problemas respiratorios después del nacimiento.

4.- Paciente de 8 años de edad ingresado en psiquiatría con el diagnóstico de potomanía ¿se clasifica dentro del código 307.59?

La potomanía no tiene una entrada como tal en el índice alfabético pero sí se puede clasificar dentro de trastornos mentales en 307.59 Otros trastornos y trastornos no especificados de la alimentación.

5.- Paciente ingresado en psiquiatría con diagnóstico de bulimarexia, ingresado actualmente con bulimia, en ingresos previos su diagnóstico fue anorexia. ¿Existe algún código que identifique la bulimarexia?

No existe un código único donde se pueda clasificar la bulimarexia. Se codificará en 307.51 la bulimia y en 307.1 la anorexia.

6.- ¿Cómo se codifica el déficit de la colinesterasa plasmática?

La colinesterasa es una enzima, por lo tanto su carencia se clasificará en 277.6 Carencia de enzimas circulantes.

7.- Paciente diagnosticado de gonartrosis de rodilla es intervenido realizándose sustitución de rodilla. El postoperatorio transcurre con signos inflamatorios y exudado positivo al estafilococo coagulosa negativo.

No existe información suficiente para saber si se trata de una infección como complicación de la prótesis, de ser así, la codificación será la siguiente:

715.36 Gonartrosis de rodilla; 996.66 Reacción infecciosa o inflamatoria por prótesis de articulación interna; 041.49 Infección por otros estafilococos; 81.54 Sustitución total de rodilla.

8.- ¿Cuál es el código para identificar la pancreatitis como de origen alcohólico, dado que ni en el informe adjunto ni en el resto de la documentación existe ninguna alusión a ingesta alcohólica, actual o antigua?

Se codificará en 577.1 Pancreatitis crónica. No existe un código para relacionarla con el alcohol en todo caso se podría añadir el código 305.00 Abuso de alcohol no especificado si esto se refleja en algún documento de la HC.

9.- ¿Cómo se codifica que es portador de una sonda permanente?

El código de portador de sonda urinaria es el V47.4 Otros problemas urinarios (Boletín 2, pág. 22)

10.- Ingreso por sospecha no confirmada al alta de rotura prematura de membranas. ¿Qué código debe tener, el 658.13 ó la secuencia de códigos V71.8 y V22.2?

Si la rotura prematura se confirma el código correcto sería 658.1x Ruptura prematura de membrana. Si la rotura prematura se descarta, se codificará en V71.8 Observación para otras enfermedades especificadas.

11.- Paciente que ingresa para tratamiento quimioterápico, tiene un tumor de mama con metástasis en pulmón, tras estudios analíticos se decide posponer el tratamiento por valores bajos de leucocitos y neutrofilos. ¿Cuál es la opción correcta?

V58.1 Ingreso para quimioterapia; 288.0 Agranulocitosis; 174.9 Tumor de mama (femenina), parte no especificada; 197.0 Neoplasia maligna de pulmón secundaria; V64.1 Procedimiento quirúrgico o de otro tipo no realizado por contraindicación.

12.- Ingreso por TCE más herida complicada (SCALP). El código 850.x 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 debe ponerse en estos casos los códigos 850.x y 870.x conjuntamente?

La codificación correcta será: 850.5 Contusión con pérdida de conocimiento no especificado; 873.0 Herida de cuero cabelludo sin mención de complicación (Boletín 4, pág. 20)

13.- ¿Cómo codificar el efecto tardío de una enfermedad específica a la que el índice alfabético no te da acceso ni directa ni indirectamente como otra enfermedad especificada? Ejemplo: Coxavara como secuela de enfermedad de perthes.

La coxavara se codificará en 736.32 Coxavara (adquirida). En el supuesto caso de que la enfermedad estuviera presente se codificará la enfermedad 732.1 Osteocondrosis juvenil de cadera y pelvis.

14.- Paciente ingresada en el servicio de medicina interna por cuadro compatible con A.C.V. se realizó T.A.C. craneal en el que se aprecia infarto isquémico cápsula derecho. El juicio clínico reflejado en el informe de alta es de ACV isquémico con hemiplejía izquierda residual. Puesto que en el informe no justifica la isquemia o el infarto como secundario a embolismo, trombosis u otra causa. ¿Cuál sería el código o los códigos a incluir?. ¿El infarto cerebral 434.9 ó enfermedad cerebrovascular aguda isquémica?. ¿Habría que incluir los dos códigos?, de ser así, ¿cuál de código principal?

El código correcto a asignar es el 434.91 Oclusión de arteria cerebral no especificada más el 342.92 Hemiplejía no especificada con afectación del lado no dominante.

15.- El paciente ingresa para traslado al centro en el que se va a realizar un estudio hemodinámico. Se le realiza estudio hemodinámico, coronariografía y ACTP (angioplastia coronaria transluminal percutánea). Tras la realización de estas pruebas el paciente regresa al hospital de origen donde es dado de alta el mismo día del ingreso. ¿Cuál sería el diagnóstico principal?, ¿se deben poner los procedimientos realizados en el otro centro?, ¿debe llevar código V?

Ver boletín 2, pág.23

16.- Paciente de 71 años que ha sido intervenido hace 9 años de melanoma maligno, se ha encontrado en el momento actual un melanoma metastásico (metástasis en hígado, páncreas, bazo y tejido subcutáneo) ¿qué códigos deben incluirse? ¿cuál sería el orden?. En el caso del PAAF que se realiza en el nódulo subcutáneo paraesternal ¿qué códigos lo identificarían?

Los códigos a incluir serán: 197.7 Metástasis en hígado; 197.8 Metástasis en bazo y páncreas; 198.89 Nódulo metastásico en tejido celular subcutáneo y V10.83 Historia personal de melanoma. El código para clasificar el PAAf del nódulo subcutáneo será el 86.11 Biopsia de piel y tejido subcutáneo.

17.- Parto que tuvo una amenaza de parto prematuro. El índice alfabético pág. 227: Embarazo complicado por inicio precoz del parto te manda al 644.21, y con este código está significando un parto prematuro cuando ha sido a termino, de la misma forma que la subcategoría 640.0 Amenaza de aborto, te permite la subclasificación 0,1 y 3. ¿Por qué la subcategoría 644.0 sólo te permite la 0 y la 3 ¿cuál sería la forma correcta de codificar este episodio?

La amenaza de parto prematuro sólo se codificaría en el caso de que hubiera influido en el parto. Esto es una norma que cambia para su utilización con la nueva edición de la CIE-9-MC y que se contradice con lo aparecido en el boletín 2. El 644.0 sólo permite la utilización de los quintos dígitos 0, 3 porque se refiere a una amenaza de parto sin expulsión fetal.

18.- Referente al apartado 8.4.3 del manual de uso donde dice la categoría 438 será compatible con cualquier otro código de la sección 430-438 Enfermedad cerebrovascular ¿cómo podemos codificar las secuelas antiguas en un infarto cerebral actual?

El código 438 Efectos tardíos de enfermedad cerebrovascular podrá codificarse cuando haya sido anterior y haya dejado secuelas.

19.- ¿Es interesante recoger los antecedentes personales de EPOC?

La EPOC nunca podrá codificarse como "Historia de ... ", puesto que se trata de un proceso crónico por lo que deberá asignarse su código correspondiente.

20.- ¿Habría que codificar el hábito tabáquico en remisión?, si es así, ¿el código correcto es el 305.13?

El código 305.13 Trastorno por abuso de tabaco en remisión ya no existe. Los diagnósticos adicionales deben codificarse si tiene relación con el proceso siguiendo la definición del concepto de diagnóstico secundario.

21.- ¿Cómo se codificaría la secuela de labio leporino?

Mientras el paciente se encuentre en diferentes fases de su reparación se seguirá codificando con 749.10 Labio leporino.

Instrucciones y Formularios de Preguntas

Instrucciones de cómo 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 los 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 para 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

UnidadTécnicadelaCIE-9-MCparaels.N.S.FormaciónContinuada
SubdirecciónGeneraldeProgramas
MinisteriodeSanidadyConsumo
C/RuizdeAlarcón,7,28014MADRID
FAX: (91) 3604545, Telf: (91) 3604542

Solución al ejercicio planteado en el número 5 - Octubre 1996		
Preguntas		Respuestas
1	Paciente diagnosticado de HTA y arteriosclerosis coronaria, ingresa por edema agudo de pulmón.	428.1 414.00 401.9
2	Paciente que ingresa por herida infectada en ingle debido a escayola colocada por fractura de fémur hace 20 días.	996.67
3	Insuficiencia respiratoria global secundaria a síndrome de obesidad, hiperventilación, apnea del sueño.	518.81 780.57 278.00
4	Ingreso para aspirado de médula ósea en paciente diagnosticado de leucemia aguda mielocítica, codificar diagnósticos y procedimientos.	205.00 41.31 M9861/3
5	Cesárea transversal baja, por parto obstruido debido a desproporción fetopélvica.	660.11 74.1 653.41 V27.0
6	Trombosis venosa profunda femoropoplitea.	453.8
7	Hepatopatía crónica con varices esofágicas y gastropatía de la hipertensión portal.	571.9 572.3 456.21 537.89
8	Coledocolitiasis postcolecistectomía realizada hace dos meses. Se procede a realizar C.P.R.E. y tras esfinterotomía se extraen los cálculos con balón de Fogarty. Codificar diagnósticos y procedimientos.	574.50 51.88 V45.89 51.85
9	Paciente que ingresa para hemodialisis. Diagnosticado de I.R.C. con glomerulonefritis e HTA. Codificar diagnóstico y procedimientos.	V56.0 39.95 403.91
10	Neumonía nosocomial.	486

Ejercicio planteado en este número

Preguntas		Respuestas
1	Atresia pulmonar, atresia tricúspide con fístulas sistemicopulmonares funcionantes.	
2	Trasplante hepático con recidiva de hepatitis grave por virus B	
3	Bronconeumonía obliterante con neumonía organizada (BONO)	
4	Bronquiolitis por virus sincitial respiratorio	
5	Paciente en diálisis peritoneal ingresa por infección de catéter que se extrae.	
6	Parto normal en embarazada con amenaza de aborto en el 1er. trimestre	
7	Recién nacido de 10 días de edad VIH+. Su madre falleció de SIDA hace 4 días	
8	Ingreso por retención de restos de un aborto tratado anteriormente	
9	Diabético ingresa en coma cetoacidótico	
10	Estenosis mitral, insuficiencia aórtica. Ingreso por insuficiencia cardíaca	

Correcciones

Relación de errores de la Lista Tabular (CIE-9-MC) (Tomo 1)		
Página	Error	
23	El código 038.0, Septicemia estreptocócica no debe de ir en itálica	
41	070.41 Hepatitis C aguda o inespecífica, con coma hepático. 070.42 " delta sin mención de hepatitis B activa con coma hepático 070.43 " E con coma hepático 070.49 Otras hepatitis virales especificadas con coma hepático 070.51 Hepatitis C aguda o inespecífica, sin mención de coma hepático 070.52 Hepatitis delta sin mención de hepatitis B activa o coma hepático 070.53 Hepatitis E sin mención de coma hepático 070.59 Otras hepatitis virales especificadas sin mención de coma hepático No deben llevar (*) sino (+)	
45	En el código 077.99 "conjuntivitis viarl", debe decir "conjuntivitis viral"	
48	Los códigos 079.98 Infección por Chlamydiae inespecífica y 079.99 Infección viral inespecífica, deben llevar (*)	
114	El código 176.6, Otros sitios especificados, Incluye: cavidad oral NEOM, deberá ser cambiado por 176.8	
128-130	Falta indicación de 5° dígito en las categorías 200-202	
260	Los códigos 302.2, Meningitis estreptocócica y 302.3 Meningitis estafilocócica, deben ser cambiados por 320.2 y 320.3, respectivamente	
275	El código 337.2, Distrofia simpática refleja debe llevar un asterisco(*)	
280	La categoría 345, Epilepsia, donde dice la clasificación de 5° dígito, deberán de usarse con las categorías 345.0, 345.1, 345.4, debe decir con las categorías 345.0, 345.1, 345.4-345.9	
307	Subcategoría 364.2 Ciertos tipos de iridociclitis. No es itálica	
396	En el código 434, donde dice: La siguiente subclasificación de quinto dígito es para usar con la categoría 433 debe decir con la categoría 434.	
407	El código 451.11, Flebitis y tromboflebitis de vena femoral (profunda) (superficial), no debe llevar (*)	
430	En la subcategoría 493.2, Asma obstructiva crónica donde dice asma con enfermedad obstructiva crónica, debe decir asma con enfermedad obstructiva crónica	
432	Categoría 496	
	En excluye dice:	"bronquitis(491.20-491.21) con enfisema(491.20-491.21)".
	Debe aparecer:	"bronquitis(491.20-491.21) con enfisema(491.20-491.21)"
	Falta el sangrado	
509	Los códigos 598.81, 598.82, 598.83, 598.84, 598.89, deben cambiarse por 599.81 hipermotilidad uretral, 599.82 Deficiencia intrínseca de esfínter (uretral) [ISD], 599.83 Inestabilidad ureteral, 599.84 Otros trastornos especificados de uretra, 599.89 Otros trastornos especificados del tracto urinario	
563	El código 659.6, Otra edad avanzada de la madre debe llevar (*)	
586-	Los códigos 692.72 Dermatitis aguda por luz solar (fotodermatitis aguda)	

587	692.74 Otra dermatitis crónica y 692.83 Dermatitis por metales joyas, deben llevar (*)
611	En el código 715.8, Osteoartrosis que implica o que incluye mención de más de una localización, pero no especificada como generalizada el corchete [0-9] debe ser modificado por [0,9]
661	Los códigos 747.60 Anomalía del sistema vascular periférico, localización no especificada, 747.61 Anomalía de los vasos renales, 747.63 Anomalía de los vasos de miembros superiores, 747.64 Anomalía de los vasos de miembros inferiores y 747.69 Anomalías de otras localizaciones especificadas del sistemavascular periférico, deben llevar (*)
690	El código 759.83 Síndrome de X frágil, debe llevar (*)
704	Categoría 771. En el excluye: Dice:"Otras infecciones no especificadas clasificadas en esta categoría..." Debe decir: "Otras infecciones no específicamente clasificadas en esta categoría..."
728	El código 787.91 Diarrea, debe llevar (*) y el código 787.9 Otros, debe ser 787.99 y también debe llevar (*)
873	El código 996.03, Por injerto de desviación coronaria (bypass) debe llevar (+)
877	El código 996.72, Por dispositivo, implante e injerto cardíaco debe llevar (+)
889	El código V01.7, Enfermedades víricas, donde dice enfermedades clasificables bajo 045-078 debe decir enfermedades clasificables bajo 042-078
914	El código V43.83 debe ser sustituido por V43.89 Sustitución de otro órgano o tejido
926	El código V59.03 debe sustituirse por V59.09 Donante de otra sangre
957	Categoría E814 Atropello. Falta esta categoría en la lista tabular
968	En el código E828, Accidente que implica a animal montado, el corchete [0,2-4,8,9] debe ser modificado por [0,2,4,8,9]
994	El código E869.4, Secundario al humo del tabaco, se encuentra repetido, debe dejarse el que tiene esta traducción.

Relación de errores del Índice Alfabético (CIE-9-MC) (Tomo 2)

Página	Error
29	Afasia. En la entrada en negrita falta el 4º dígito 784.3
36	Alucinación visual. Dice: "386.16" Debe decir: "368.16"
38	Amigdalitis. Falta el código de entrada - 463
42	Anemia ferropénica. Falta 4º dígito 280.9
114	Carcinoma lobular no infiltrante. Dice: "... M8520/3" Debe decir:" M8520/2"
156	El término Contusión con sus modificadores debe estar englobado en el término Contusión de la página 157, ya que es una traducción del término Concussion que no existe en español.
157-158	Habría que corregir las entradas de: Contusión cerebro(cerebral)(membrana)(con hemorragia) 851.8 Por: Contusión cerebro(cerebral)(membrana)(con hemorragia) 851.8 con herida intracraneal

	abierta 851.9 fractura de cráneo-véase Fractura, cráneo, por sitio. cerebelo 851.4 con herida intracraneal abierta 851.5 corteza 851.0 con herida intracraneal abierta 851.1 lóbulo occipital 851.4 con herida intracraneal abierta 851.5 tronco cerebral 851.4 con herida intracraneal abierta 851.5
204	Diabetes mellitus. Recuadro de 5° dígito Sustituir el 3 por el 2 y el 4 por el 3
262	Enfermedad respiratoria debida a agentes externos NCOC. Dice: "508.89" Debe decir: "508.9"
266	Enfisema. Entrada en negrita. Falta código 492.8
271	Epilepsia. Nota 5° dígito. Dice: "... 345.0-345.1, 545.4-545.9" Debe decir: "345.0-345.1, 345.4-345.9" 5° dígito 1 Dice: "con epilepsia tratable" Debe decir: "con epilepsia no tratable"
331	Fractura de radio cuello. Dice: "Véase fractura radio extremo inferior" Debe decir: "Véase fractura radio extremo superior"
377	Hernia umbilical. Falta código 553.1
387	Hipertensión corazón con insuficiencia cardíaca. La entrada tiene que estar a la misma altura que esclerosis renal.
431	Insuficiencia adrenal. Dice: "255.5" Debe decir: "255.4"
431	Insuficiencia aórtica reumática con estenosis. Dice: 424.1 Debe decir: 395.2
513	Neoplasia de hipófisis. Dice:..... 230.0 - 210.8 - 235.1 - 239.0 Debe decir:. 234.8 - 227.3 - 237.0 - 239.0
529	Debajo de la entrada de Neoplasia pulmonar el término putamen deberá estar a la misma altura
530	Neoplasia maligna de recto primaria. Dice: "154.0" Debe decir: "154.1"
538	Neumonía. Falta el código de entrada en negrita - 486
613	Prognatismo. Dice: "524.00" Debe decir: "524.10"
654	Entrada de Retardo tiene que estar en negrita

Relación de errores de Procedimientos (CIE-9-MC) (Tomo 3)	
Página	Error
4	El código 01.59 Otras escisiones o destrucciones de lesión o tejido cerebral no debe llevar (+)
84	SUBCLASIFICACION 34.79 Dice: "Otra reparación sobre diafragma" Debe decir: "Otra reparación de pared torácica"
115	El código 39.50 Angioplastia o aterectomía de vasos no coronarios con prótesis ("stent")(s) o injerto/s protésico/s debe llevar (*)
126	El código 42.33 Extirpación o eliminación (destrucción) endoscópica de lesión o tejido del esófago debe llevar (*)
395	Escisión quiste broncogénico. Dice: "32.02" Debe decir: "32.09"
408	Fibrinolisis. Dice: "intraarterial...99.12" Debe decir: "intraarterial...99.29"
478	fractura-luxación - véase Reducción, dice: luxación debe decir: fractura