

CODIFICACIÓN CLÍNICA CON LA CIE-9-MC

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



Boletín número 9

Año IV

Febrero, 1998



Programas

CODIFICACIÓN CLÍNICA CON LA CIE-9-MC

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



Boletín número 9

Año IV

Febrero, 1998

ÍNDICE

Unidad Técnica de la CIE-9-MC	5
Tema monográfico. Oftalmología (1ª parte):	
Cataratas y Desprendimiento de retina.....	7
Preguntas a la Unidad.....	18
Formación Continuada en codificación	21
Formación Continuada (Boletín 8)	22
Respuesta a la Formación Continuada.....	23
Formación Continuada (Boletín 9)	26

UNIDAD TÉCNICA DE LA CIE-9-MC

Como ya se indicó en anteriores boletines de codificación, el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Subdirección General de Programas, pone a disposición de todos los profesionales sanitarios relacionados con los sistemas de información, los boletines de codificación de la CIE-9-MC en la siguiente dirección de internet: <http://www.msc.es>

Aparecerá la carátula del Ministerio de Sanidad y Consumo y en esta primera fase habrá que ir a la casilla «Publicaciones» y ahí aparecerá Boletín codificación CIE-9-MC, en estos momentos están los boletines 6, 7, 8 y en breves días estarán el boletín 9 y los 6 anteriores (del 0 al 5).

También en «Publicaciones» se encontrará el «Manual del Usuario» y «las fichas de actualización en codificación». Así mismo se pondrá a disposición de todos los profesionales las explotaciones del C.M.B.D. a nivel del Sistema Nacional de Salud.

Es muy posible que en breves semanas se cambie la ubicación completa de todos los temas relacionados con el C.M.B.D.

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

Tema Monográfico

OFTALMOLOGÍA(1ªparte): CATARATAS Y DESPRENDIMIENTO DE RETINA

1.- CATARATA

Se denomina así cualquier opacidad del cristalino, sin que este término signifique forzosamente pérdida de visión. Sin embargo, en la práctica, no se clasifica como tal en tanto la visión sea normal (Pavan Langston). El 95% de todas las cataratas se da en personas ancianas, el 5% restante es causado por enfermedades congénitas, traumatismos, toxicidad o enfermedades sistémicas.

Existen diferentes modos de clasificación de las cataratas:

- etiológica (senil, traumática, metabólica, tóxica, secundaria a enfermedades oculares, debida a patología gestacional, etc.),
- según la edad de aparición (infantil, juvenil, presenil o senil)
- morfológica (capsular, subcapsular, nuclear, cortical, lamelar)
- según el grado de opacidad presente (inmadura, intumesciente, madura, hipermadura, postcatarata...)

La CIE-9-MC organiza las cataratas con una combinación de todas estas clasificaciones que, si bien no se corresponde exactamente con la realidad clínica actual, se ha considerado como el esquema más didáctico para el codificador a la hora de elaborar este tema monográfico.

De este modo, la CIE-9-MC diferencia entre cataratas congénitas y adquiridas.

1.1.- CATARATA CONGÉNITA

Generalmente son debidas a patología gestacional de la madre que afecta al recién nacido.

- catarata total : el cristalino está opacificado de manera uniforme y con una tonalidad gris blanquecina. Generalmente es bilateral y determinada genéticamente, aunque puede deberse a procesos infecciosos. El esbozo del cristalino aparece entre la 5ª-8ª semana de gestación; dado que en ese tiempo todavía no está formada la cápsula protectora, una infección viral puede afectar y enturbiar el tejido del cristalino. Entre las etiologías más frecuentes cabe destacar la rubéola, pudiendo plantearse también la varicela, parotiditis, hepatitis epidémica y poliomielitis.

La catarata congénita total se clasifica en el código 743.34 Catarata total y subtotal, congénita . Si se documenta que es debida a la afectación por una infección viral materna durante el primer trimestre del embarazo, se añadirá como código adicional el 760.2 Feto o recién nacido afectado por situaciones maternas no necesariamente relacionados con el embarazo actual, infecciones maternas .

- Formas raras de catarata : se suelen presentar con carácter hereditario dominante las siguientes formas de catarata congénita: polar anterior y posterior, piramidal y nuclear. Todas ellas se clasifican en el código 743.31 Catarata congénita capsular y subcapsular .

- Catarata zonular : se trata de la opacificación, en forma de escudilla, de un estrato cortical, permaneciendo claros el núcleo y la zona marginal del cristalino. Se codifican bajo el 743.32 Catarata congénita zonular y cortical .

- Cataratas juveniles : se entienden por ellas las manchitas redondeadas o en forma de mazo finas, que se encuentran a menudo en el tercer decenio de la vida en la zona ecuatorial. Si se agrupan en forma de corona, en la periferia, se habla de catarata coronaria (también denominada cerúlea por su tono azulado) y se clasifica como 743.39 Catarata congénita y anomalías del cristalino, otra.

1.2.- CATARATAS ADQUIRIDAS

1.2.1.- CATARATAS TRAUMÁTICAS

- Catarata traumática: cualquier suceso que destruya la integridad de la cápsula del cristalino (heridas penetrantes y golpes contundentes, cuerpos extraños intraoculares, etc.) puede hacer que se desarrolle una catarata traumática.

Las diferentes cataratas traumáticas se clasifican en los códigos de la subcategoría 366.2x Catarata traumática, según sea total, parcial, localizada o no especificada. Debería añadirse un código E de la Clasificación Suplementaria de Causas Externas para identificar la forma en que se produjo.

- Cataratas por calor: esta forma de catarata, llamada también de los sopladores de vidrio o de los herreros, presupone una exposición a lo largo de decenios a la irradiación infrarroja. Es característica en ella la rotura de la cápsula anterior del cristalino y se codifica como 366.46 Catarata asociada con radiación y otras influencias físicas, pudiéndose añadir opcionalmente el código E de la causa externa que la haya generado.

- Cataratas por radiaciones ionizantes: son una lesión tardía del cristalino, tras la irradiación Röntgen, con dosis a partir de 200 R en los individuos jóvenes en una sola sesión, o de forma fraccionada, y a partir de los 300 R en los adultos. También se clasifican en el código 366.46 Catarata asociada con radiación y otras influencias físicas, añadiendo opcionalmente el código E correspondiente a la fuente de radiación y al tipo de exposición.

- Catarata eléctrica: por fulguración o corriente de alta tensión puede presentarse al cabo de algunas semanas una opacificación reversible o progresiva del cristalino. Al igual que las dos anteriores, se clasifica en el código 366.46 Catarata asociada con radiación y otras influencias físicas, con el código E correspondiente.

1.2.2.- CATARATAS EN ENFERMEDADES SISTÉMICAS

Las cataratas en las que se documenta su relación con una enfermedad sistémica, requieren codificación múltiple:

DxP: código de la enfermedad sistémica

DxS: código correspondiente de las cuatro primeras subclasificaciones de la subcategoría 366.4x Catarata asociada con otros trastornos

- Catarata diabética: En el diabético juvenil se observan en un principio, y bilateralmente, vacuolas subcapsulares y opacificaciones puntiformes blancas, presentándose, en el curso posterior las típicas opacificaciones en copo de nieve de disposición radiada, en la totalidad del territorio cortical. En el diabético de más de 60 años se observa, en comparación con los individuos sanos de su misma edad, una catarata senil con una frecuencia 3 ó 4 veces superior, sin que morfológicamente, las opacificaciones se diferencien de la forma senil pura.

Las cataratas diabéticas se clasifican mediante codificación múltiple:

DxP: 250.5x Diabetes con manifestaciones oftálmicas

DxS: 366.41 Catarata diabética

debiéndose documentar de un modo explícito en la HC la relación causal entre la diabetes y la catarata (no se supone relación por defecto).

- Catarata tetánica o del hipoparatiroidismo: pueden aparecer por tetanias paratiroideoprivas (después de operaciones de bocio) o ser idiopáticas (disfunción espontánea de la paratiroides), siendo la hipocalcemia el causante último de la formación de la catarata, ya que el humor acuoso hipocalcémico dificulta la nutrición y enturbia el cristalino.

También requiere codificación múltiple:

DxP: 252.1 Hipoparatiroidismo

DxS: 366.42 Catarata tetánica

- Catarata de la distrofia miotónica: La distrofia miotónica es una enfermedad hereditaria de carácter dominante, que consiste en una forma de atrofia muscular lentamente progresiva que ataca determinados músculos, y que se caracteriza por la relajación tardía de las contracciones musculares. La afectación ocular suele darse en forma de hipotonía bulbar (raramente enoftalmos) y catarata (generalmente opacificaciones corticales).

Se clasifica:

DxP: 359.2 Trastornos miotónicos,

DxS: 366.43 Catarata miotónica.

- Cataratas y dermatopatías: Este tipo de catarata se presenta en la neurodermitis, esclerodermia, poiquilodermia y eczema. Se codifica:

DxP: código de la dermatopatía,

DxS: 366.44 Catarata asociada a otros síndromes.

1.2.3.- CATARATA COMO COMPLICACIÓN OFTÁLMICA:

En casi todas las enfermedades intraoculares pueden presentarse opacificaciones del cristalino, como complicación. Entre las más frecuentes cabe citar: iridociclitis crónica, retinitis pigmentaria, desprendimiento de retina antiguo, glaucoma absoluto, tumores y alta miopía.

Para clasificar la catarata como complicación oftálmica se debe emplear la entrada "Catarata, debida a" que, según la patología intraocular causante, remite a los códigos:

DxP: código de la patología ocular

DxS: código de la subcategoría 366.3x Catarata como manifestación secundaria de trastornos oculares

1.2.4.- CATARATA TÓXICA

Se codifica como RAM o intoxicación, en función de que las dosis hayan sido correctamente prescritas y administradas o no.

- Catarata cortisónica : puede aparecer como complicación de un tratamiento corticoideo local o general de larga duración, dándose opacificaciones en la corteza posterior del cristalino. Pueden desaparecer con la oportuna supresión del tratamiento, si bien en ocasiones son inevitables cuando la terapéutica cortisónica es vital para el individuo. En estos casos, se clasifica como RAM mediante los códigos:

DxP: 366.45 Catarata tóxica

DxS: E932.0 Esteroides de la corteza suprarrenal que causan efectos adversos en su empleo terapéutico .

Otros fármacos que pueden provocar una catarata tóxica son: clorpromacina (capsular anterior), mióticos (subcapsular anterior), busulfán (subcapsular anterior), oro (capsular anterior), amiodarona (subcapsular anterior), etc.

1.2.5.- CATARATA SENIL

Es la más frecuente y la padecen, en mayor o menor grado, casi todos los individuos que sobrepasan los 60 años de edad. Se debe a alteraciones proteínicas en el cristalino a causa del envejecimiento.

La catarata incipiente (denominada cuneiforme) muestra opacificaciones radiales periféricas y una nuclear que apenas perturba la capacidad visual. Se codifica como 366.12 Catarata senil, incipiente.

La catarata avanzada trastorna ya la visión, porque ha aumentado la opacificación nuclear (esclerosis nuclear) o las cuñas periféricas opacas alcanzan ya el centro del territorio pupilar.

Se habla de catarata madura cuando el cristalino está opacificado de modo tal que, bajo la luz directa del oftalmoscopio, no se percibe el reflejo pupilar rojizo típico.

Existen dos formas especiales:

- Catarata senil cortical: a partir de la periferia se producen opacificaciones radiales de la corteza del cristalino, entre las que se intercalan hendiduras claras. A veces se llega, con una mayor imbibición del líquido, al agrietamiento laminar y a la destrucción y opacificación gris blanquecina del tejido cortical. Si la imbibición ocurre con mucha rapidez, la cápsula se distiende y las opacificaciones radiales se ensanchan adquiriendo un brillo como de perla (catarata intumesciente). Se codifica como 366.15 Catarata senil cortical.

- Catarata senil nuclear: la opacificación parduzca se localiza en la zona de los núcleos. La corteza del cristalino es bastante clara en sus estratos anterior y posterior, aunque muy adelgazada. Se clasifica en el 366.16 catarata senil, esclerosis nuclear.

TRATAMIENTO DE LA CATARATA:

No existe actualmente tratamiento médico eficaz para la catarata y el proceder quirúrgico viene condicionado por la edad del paciente. La intervención está indicada cuando la agudeza visual se ha reducido al grado de que el paciente encuentra afectado, de manera adversa, su estilo de vida.

El tratamiento quirúrgico, normalmente, consiste en la extirpación del cristalino opacificado mediante la extracción extracapsular o intracapsular.

- Extracción extracapsular: es el procedimiento empleado con más frecuencia. En él se rompe la porción anterior de la cápsula y se extraen la corteza y el núcleo del cristalino. La cápsula posterior del cristalino se deja en su lugar para evitar un movimiento hacia delante del humor vítreo, protegiendo la retina de la luz ultravioleta y proporcionando un apoyo para el posterior implante de lentes intraoculares. Existen diferentes técnicas de extracción que generalmente se orientan a una fragmentación previa del cristalino que permita conseguir la remoción del mismo con una menor incisión.

- x Aspiración simple: en pacientes jóvenes la corteza y el núcleo del cristalino son suficientemente blandos como para aspirarse fácilmente con cánula. Debido a la dureza del cristalino, esta técnica no es adaptable al tratamiento de las cataratas seniles. Se clasifica como 13.3 Extracción extracapsular de cristalino mediante técnica simple sencilla de aspiración (e irrigación)
-
- x Facoemulsificación y aspiración: una aguja de titanio activada por un mecanismo ultrasónico que la hace vibrar a 40.000 veces por segundo transforma el material del cristalino en una emulsión que puede aspirarse con facilidad. Se codifica en el 13.41 Facoemulsificación y aspiración de catarata.
-
- x Facofragmentación: se produce una ruptura del cristalino previa a la extracción del mismo. Con aguja ultrasónica, a través de la esclerótica y la pars plana, el cristalino microfragmentado se aspira con la misma aguja y el líquido de irrigación entra en el ojo por una abertura independiente. Esta no es una técnica de extracción de catarata aislada, sino que generalmente se trata de cataratas que enmascaran una patología del vítreo, de modo que para tratar quirúrgicamente esa patología es preciso extirpar previamente dicha catarata. Se clasifica en los códigos 13.42 ó 13.43 en función de que se realice o no por ruta posterior.
-
- En el caso de que se realice una extracción lineal se codificará como 13.2 Extracción extracapsular de cristalino mediante técnica de extracción lineal. La extracción extracapsular de la que no se especifica la técnica se clasifica en el 13.59 Otra extracción extracapsular de cristalino.

- Extracción intracapsular : Ha sido la técnica de elección desde 1930 a 1980, actualmente apenas se utiliza. En ella se extirpaba completamente el cristalino dentro de la cápsula (por lo general las zónulas de soporte se disolvían con alfaquimiotripsina). La mayor desventaja era la extirpación de la cápsula protectora posterior, lo que ponía al ojo en gran riesgo de desprendimiento de retina y eliminaba la estructura de apoyo para el implante de lentes intraoculares. Se solía emplear la ruta temporal inferior en pacientes intervenidos previamente de glaucoma, para no afectar la ampolla de filtración realizada para el mismo.

Se clasifican en un código de la categoría 13.1 Extracción intracapsular del cristalino , variando el cuarto dígito en función del empleo o no de la ruta temporal inferior.

- Implante de lente intraocular (LIO) : Como sustituto del cristalino extraído se implanta una lente intraocular que puede ser de dos tipos:

- x LIO de cámara anterior (situada delante del iris, puede emplearse tanto después de una EEC o de una EIC, resultando muy útil sí por accidente se ha roto la cápsula posterior en una EEC, lo que imposibilita el empleo de una LIO de cámara posterior)
-
- x LIO de cámara posterior (situadas detrás del iris, se insertan en la bolsa capsular o bien en el surco ciliar).

A la hora de clasificar el implante de una LIO no resulta relevante el tipo de lente, sino que lo que nos va a determinar la asignación de código va a ser el hecho de que se haya implantado en el mismo tiempo quirúrgico de la extracción o no. Si se implanta en el mismo tiempo quirúrgico, será preciso añadir el código 13.71 Inserción de prótesis de cristalino intraocular en el momento de la extracción de la catarata, una sola etapa al

código de la extracción . Si se realiza en un tiempo posterior, se clasifica con el 13.72 Inserción secundaria de prótesis de cristalino intraocular .

2.- DESPRENDIMIENTO DE RETINA

Consiste en la separación del epitelio pigmentado de la retina sensorial. La separación de las capas crea un espacio subretiniano en el que se puede generar líquido. Los desprendimientos de la retina se clasifican según la naturaleza de su desarrollo:

El desprendimiento regmatógeno sucede después del desarrollo de un orificio o de un desgarro en la retina que crea un espacio abierto para que se filtre el humor vítreo. Cuando se reúne suficiente líquido en el espacio subretiniano, se desprende la retina.

Se clasifica en un código de la subcategoría 361.0x Desprendimiento de la retina con defecto retiniano .

Se produce desprendimiento por tracción cuando las bandas de tejido fibroso del vítreo tiran de la retina hacia fuera del epitelio. Se codifica como 361.81 Desprendimiento de la retina por tracción .

Los desprendimientos exudativos se deben a la acumulación de líquido en el espacio subretiniano, como resultado de un proceso inflamatorio (uveítis), en relación con una enfermedad sistémica (toxemia) o por tumores oculares. El desprendimiento exudativo no se caracteriza por rotura de la retina, sino que la retina sensorial se separa del epitelio pigmentado debido a que el líquido continúa acumulándose. Se clasifican en el código 362.42 Desprendimiento seroso del epitelio pigmentario .

El desprendimiento hemorrágico se debe al acúmulo de sangre en el espacio subretiniano, que acaba por separar la retina. Se codifica como 362.43 Desprendimiento hemorrágico del epitelio pigmentario retiniano .

TRATAMIENTO DEL DESPRENDIMIENTO DE RETINA

El tratamiento del desprendimiento de retina es siempre quirúrgico.

a) Reparación de los desgarros y los orificios de la retina

Consiste en cerrar un orificio o desgarro de la retina antes de que ocasionen un desprendimiento, previniendo la acumulación de líquido bajo la retina. La meta de este tratamiento es crear una reacción inflamatoria que unirá la retina y la coroides alrededor de la rotura. Esta reacción inflamatoria puede crearse por medio de crioterapia, fotocoagulación o diatermia (Entrada: " Reparación , retina, desgarro o defecto").

- Crioterapia : una sonda metálica enfriada en exceso se coloca sobre la conjuntiva en el área que corresponde a la rotura de la retina. El congelamiento selectivo destruye las células pero deja las estructuras oculares intactas. La reparación de un desgarro u orificio retiniano mediante crioterapia se clasifica en 14.32 Reparación de desgarro retinal por crioterapia .
- Fotocoagulación : consiste en enfocar la luz del láser sobre el epitelio pigmentado. El epitelio absorbe la luz y la convierte en calor. Este método se usa para sellar orificios y desgarros en la periferia de la retina. En ocasiones también se emplea para provocar la quemadura un fotocoagulador de xenón. Se clasifica en códigos diferentes según se realice mediante fotocoagulador de xenón (14.33), fotocoagulador por láser (14.34) o mediante fotocoagulador no especificado (14.35).
- Diatermia : consiste en aplicar directamente sobre la esclerótica, a la altura del lugar de la rotura retiniana, una corriente eléctrica de alta frecuencia que causa una quemadura, dando lugar a una reacción inflamatoria local que sella el orificio. Se codifica como 14.31 Reparación de desgarro retinal por diatermia .

b) Reparación del desprendimiento de retina:

La nueva unión espontánea de la retina es rara. Se requiere la reparación quirúrgica para poner en contacto la retina con las estructuras adyacentes. Los procedimientos anteriormente descritos para sellar los orificios retinianos mediante la provocación de una reacción inflamatoria local en la retina, también se emplean para reparar el desprendimiento. Sin embargo, aunque el procedimiento sea el mismo, la codificación variará en el caso de que se realice para reparar un desprendimiento, en lugar de un orificio o desgarro (entrada: "Reparación, retina, desprendimiento"):

- crioterapia: 14.52 Reparación de desprendimiento retinal con crioterapia
- diatermia: 14.51 Reparación de desprendimiento retinal con diatermia

- fotocoagulación: láser (14.54), xenón (14.53) o no especificada (14.55).

Existe además otro procedimiento de reparación denominado indentación escleral, que consiste en reparar las arrugas o dobleces de la retina mediante el aplanamiento de la esclerótica contra la misma, de modo que queda en contacto con el área de la coroides y la esclerótica. Si hay líquido en la subretina, se drena. Esta indentación se puede realizar mediante explante (consiste en suturar, en la zona del desprendimiento, un cordón de silicona a la esclerótica para hacerla protruir hacia la retina) o mediante cerclaje (que consiste en un auténtico "cinturón" alrededor del globo ocular con el mismo propósito de aproximación de ambas capas oculares).

Para alentar una posterior nueva unión de la retina, se usan gases como el sulfahexafluoruro (SF6) o bien aceite de silicona, que tienen una gravedad específica menor a la del vítreo o el aire y pueden flotar contra la retina, de manera que ayudan a mantener unidas ambas capas.

La codificación de la indentación va a depender de sí se ha realizado al mismo tiempo un implante de vítreo (código 14.41 Identación escleral con implantación) o no (código 14.49 Otra indentación escleral).

Si en el mismo tiempo del encorvamiento se inyecta un sustituto del humor vítreo, debe añadirse el código 14.75 Inyección de sustituto de vítreo.

Aproximadamente el 90% de los desprendimientos de retina se pueden reparar en una sola operación. De no ocurrir de este modo, puede precisarse una intervención adicional.

En el caso de que un paciente al que se le realizó un cerclaje ingrese para retirada del mismo, se codificará como diagnóstico principal el código del desprendimiento de retina que tuviera y como procedimiento el código 14.6 Extracción de material quirúrgicamente implantado del segmento posterior del ojo.

Bibliografía:

- Oftalmología.FritzHollwich.SalvatEditoresS.A.,1978Barcelona
- Esquemas clínicos visuales en Oftalmología. Bonafonte S, Muiños A, Martínez OM. 2º de. Ediciones Doyma, 1992Barcelona
- Oftalmología Clínica Kanski JJ. Ediciones Doyma, 1985 Barcelona

Edición

Han colaborado en el tema monográfico:

.Coordinación:JavierLizarragaDallo.-ServiciodeAnálisisyC.Asistencial. SERVICIONAVARRODESALUD
YolandaMontesGarcía.-ServiciodeAnálisisyC.Asistencial. SERVICIO NAVARRO DE SALUD.Consultoresclínicos
AntoniaArdanazAldave.-ServiciodeOftalmología. HOSPITAL VIRGEN DEL CAMINO

Preguntas a la unidad

1.- Paciente programado para cirugía que tras accidente doméstico hace 25 días presentó pérdida de sustancia cutánea y tendinosa en dorso del tercer dedo de la mano izquierda.

Tto.: Desbridamiento de zona de tejido del dorso del dedo. Cobertura mediante colgajo dedos cruzados invertido previamente desepidermizado tomado del dorso de la falange media del 2º dedo. Vendaje escayolado.

¿Es correcta la clasificación siguiente?:

709.9 Lesión piel

727.9 Lesión tendón

906.1 Efecto tardío

E929.9 Efecto tardío accidente

86.73 Colgajo dedos cruzados

86.91 Excisión de piel para injerto

86.28 Desbridamiento

93.53 Escayola

La codificación correcta de este episodio no es la que se nos propone, pues no se trata de un paciente con secuelas tras un accidente, sino de la continuación del tratamiento de las heridas producidas. Por otro lado, la herida presenta dos características: pérdida de sustancia cutánea (la CIE-9-MC la clasifica como complicada) y pérdida de sustancia tendinosa (que la CIE-9-MC clasifica como con afectación de tendón) Por este motivo, para consignar ambas pérdidas de sustancia deberemos emplear codificación múltiple, de modo que los códigos a utilizar serán los siguientes:

883.1 Herida abierta de dedo de la mano, complicada, ya que dentro del concepto de herida complicada se incluye aquella con pérdida de sustancia, y

883.2 Herida abierta del dedo de la mano con afectación del tendón, puesto que también hubo lesión del mismo y la CIE-9-MC dispone de código específico para estos casos.

E928.9 Accidentes no especificados

E849.0 Accidente en el hogar

En cuanto a los códigos de los procedimientos son correctos los propuestos, así la cobertura mediante colgajo dedos cruzados, se codificará en 86.73 Fijación de injerto de pedículo o colgajo a mano; la excisión de piel para injerto tomado del dorso de la mano se codificará en 86.91 Excisión de piel para injerto; el desbridamiento se codificará en 86.28 Desbridamiento no excisional de herida, infección o quemadura; y el vendaje de escayola se codificará en 93.53 Aplicación de otra escayola.

2.- Enfermedad de Parkinson (no farmacológica) descompensada por neurolepticos.

La enfermedad de Parkinson (no farmacológica) se codifica en 332.0 Parálisis agitante. Si éste se descompensa por neurolepticos, pongamos el caso de que el paciente esté en tratamiento con dichos fármacos, añadiríamos el código E939.3 Otros antipsicóticos, nemolépticos y tranquilizantes mayores. No debe confundirse con el Parkinson secundario debido a drogas, cuyo código es el 332.1 Parkinsonismo secundario. Por otra parte, cuando la CIE-9-MC no posee un código para exacerbaciones o descompensaciones se utiliza el de la enfermedad. No obstante en el caso de que algún síntoma específico fuera el que predominase, éste debería reflejarse también con su código correspondiente.

3.- Estenosis de la unión ureteroileal postcirugía urológica.

La estenosis de la unión ureteroileal postcirugía urológica, se codifica en 997.5 Complicaciones urinarias. Se llega a este código entrando en el índice alfabético por "Complicación de anastomosis intestinal con implicación del tracto urinario". No hay que confundir con el código 593.3 Estenosis o acodamiento ureteral en el que se contempla la estenosis ureteral postoperatoria pero no la estenosis de la anastomosis.

4.- Cuadro vagal

El cuadro vagal se codifica en 780.2 Síncope y colapso, una de las entradas del Índice Alfabético es la de "Síndrome vasovagal"

5.- Encefalopatía I en cirrótico.

La encefalopatía I en cirrosis se codificará en 572.2 Coma hepático igual que si se tratase de otro tipo de encefalopatía hepática ya que la CIE-9-MC no contempla un código específico para cada una de ellas.

6.- Pericarditis epistenocárdica

La pericarditis epistenocárdica es la pericarditis que se produce como complicación del infarto agudo de miocardio por lo que el código a asignar será 411.0 Síndrome postinfarto de miocardio.

7.- Niña de 8 años diagnosticada de encefalopatía severa, microcefalia, tetraparesia espástica, epilepsia mioclónica secundaria en relación con anomalía compleja de migración neuronal (paquigiría-polimigiría) ingresa por reagudización de crisis convulsivas

¿Cómo se codificaría la encefalopatía?:

¿Epilepsia tipo especificado (345.80) + encefalopatía epiléptica (348.3)?

¿Epilepsia mixta (345.90) + encefalopatía?

¿Epilepsia mioclónica (345.60)? ¿En este caso la encefalopatía va implícita?

En esta paciente el motivo del ingreso en esta ocasión es la reagudización de las crisis convulsivas por lo que éste será el diagnóstico principal asignándose el código 345.1x Epilepsia convulsiva generalizada, por tratarse de una epilepsia mioclónica.

La encefalopatía se encuentra implícita en su problema congénito. Si buscamos en el Índice Alfabético encefalopatía congénita sin más especificación, el código que nos aparece es el 742.9 Anomalía de cerebro, médula espinal y sistema nervioso no especificada, mientras que en 742.1 tenemos especificada la Microcefalia como trastorno específico.

La migraia se codifica en 742.2 Deformidades por reducción de cerebro.

Una vez codificados el 742.1 y el 742.2 no resultan congruente utilizar el 742.9 para la encefalopatía congénita no especificada puesto que ya la tenemos especificada en ellos.

La cuadriplejia espástica se codifica en 343.2 Cuadriplejia.

Formación Continuada

La formación continuada es uno de los elementos clave en la unificación de criterios de codificación.

En base a la experiencia, esta Unidad Técnica ha decidido plantear casos clínicos concretos en sustitución de las 10 preguntas habituales por considerar que el apartado de formación es lo suficientemente importante como para que los problemas tanto de indización como de codificación se encuentren dentro de un contexto mínimamente documentado.

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.

Unidad Técnica de la CIE-9-MC para el S.N.S. Formación Continuada.
Subdirección General de Programas.
Ministerio de Sanidad y Consumo.
C/Ruiz de Alarcón, 7. 28014 MADRID.
Telf: (91) 3604542, Fax: (91) 3604545.
Mail: mSENDINO@MSC.ES

Solución al ejercicio planteado en el número 8 - Octubre 1997

Planteamiento

Paciente de 70 años de edad, con antecedentes personales de diabetes no insulino dependiente, hiperlipemia, osteoporosis, IAM de pared posterior y enfermedad de dos vasos por lo que le fue realizado ACTP de ambas arterias coronarias en el año 1990, ingresa porque desde hace una semana presenta angor de reciente comienzo de esfuerzo. Tras realización de coronariografía se llega al siguiente juicio clínico:

Reestenosis de la antigua ACTP. Angor inestable actual. Enfermedad de dos vasos.

Tratamiento: ACTP con stent de las dos coronarias

Evolución: IAM sin Q por cierre del stent. Fue necesario poner un stent de rescate evolucionando el paciente libre de angina y disnea.

Soluciones del ejercicio		
CODIGO	DIAGNOSTICO	OBSERVACIONES
414.01	Enfermedad de dos vasos Arterioesclerosis arterioesclerótica (arteria) (deformante) (difusa) (enfermedad) (endenteritis) (general) (obliterante) (obliterativa) (oclusiva) (senil) (con calcificación) - coronaria (arteria) - - arteria original	No puede considerarse la reestenosis de ACTP como la complicación de un dispositivo, ya que ésta sólo implica dilatación coronaria. Distinto sería si el paciente fuera portador de un stent, que sí sería un dispositivo arterial coronario.
411.1	Angor de reciente comienzo Angina (ataque)(cardíaca)(pecho)(esfuerzo) (péctosis)(síndrome)(vasomotora) - inestable	Podríamos haber entrado también por angina progresiva o preinfarto ya que todas ellas son equivalentes
412	Infarto de miocardio antiguo Infarto - miocardio, miocárdico (agudo o de una	

	duración indicada de 8 semanas o menos) (con hipertensión) - - curado o antiguo sin presentar síntomas en la actualidad	
996.72	Cierre del stent: Complicación del stent Complicación - debida(s) a (presencia de) cualquier dispositivo, implante o injerto clasificado bajo 996.0 - 996.5 NCOOC, 996.7 - - arterial - - - coronaria - - - - oclusión NCOOC	No conocemos exactamente qué significa la expresión "cierre de stent", motivo por el cual lo hemos considerado como "complicación no especificada". Si "cierre" supone un fallo del mecanismo de apertura del stent, lo codificaríamos como complicación mecánica en el 996.09 Otra complicación mecánica de dispositivo, implantación e injerto cardiaco. Si "cierre" supone una Obstrucción arterial coronaria debida a dispositivo.
37.22	Coronariografía: Cateterismo cardíaco Cateterismo - Véase además Inserción de catéter - cardíaco (derecho) - - izquierdo	La elección del código del cateterismo como izquierdo es debida a que se precisa el acceso a ventrículo izquierdo para la coronariografía, sin embargo deberemos documentarnos por si dicho catéter se realizó en ambas cavidades
88.57	Coronariografía Arteriografía (contraste)(fluoroscópica)(retrógrada) - coronaria (directa) (selectiva) NCOOC	El procedimiento habitual para la realización de una coronariografía es el empleo de dos catéteres con lo que el código a utilizar sería el 88.56 Arteriografía coronaria con empleo de dos catéteres, pero como en el caso anterior deberemos documentarnos antes de emplear este código.
36.05	Angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) Angioplastia (láser) * véase además Reparación de vaso sanguíneo - coronaria - - transluminal percutánea (balón) (un solo vaso) - - - múltiples vasos	Utilizamos este código puesto que la ACTP es múltiple al realizarse en dos vasos
36.06	Colocación de stent Inserción - stent(s) (injerto stent) - - coronaria (arteria)	Este código se incorpora en la edición actual y deberá de utilizarse siempre que se realice este procedimiento
36.01	Nueva angioplastia Angioplastia (láser) - véase además Reparación de vaso sanguíneo - coronaria - - transluminal	En este caso el código de la angioplastia es el inespecífico pues carecemos de más

Ejercicio planteado en éste número

Mujer de 68 años que con los diagnósticos previos de hipertensión arterial de larga evolución, cardiopatía hipertensiva, hipertensión arterial pulmonar, fibrilación auricular crónica Diabetes Mellitus tipo II, nefropatía hipertensiva y diabética, actualmente con insuficiencia renal crónica y retinopatía esclerohipertensiva grado II, acude de nuevo al hospital, esta vez por presentar aumento de su disnea habitual acompañada de importantes edemas, ortopnea y disnea paroxística nocturna. Es ingresada en Medicina interna con el diagnóstico de edema agudo de pulmón, cuadro que mejora tras la instauración del tratamiento. Posteriormente la paciente es trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos por sufrir parada respiratoria. La gasometría muestra pO₂ de 48, pCO₂ 53.7 y un pH de 7.25 (con aire ambiente). Hemograma: anemia (Hb 11,5 g/c) y leucocitosis (16.300) con fórmula normal. Glucemia: 366. Creat: 2,3. Urea: 93. AP: 34% (INR: 2,19).

Se decide intubar y conectar a ventilación mecánica con lo que dicha paciente se recupera.

IMPRESION DIAGNOSTICA

- 1Edemaagudodepulmón
- 2ACxFA descompensada
- 3Insuficienciarespiratoriaagudayparadarespiratoria
- 4Insuficiencia renalagudaconoligoanuria
- 5Descompensacióndiabética
- 6 Los previos