

Instituto Información Sanitaria

CODIFICACIÓN CLÍNICA CON LA CIE-9-MC

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

Monográfico: Códigos V

Boletín número 22

Año VIII

Octubre, 2004



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO

Instituto Información Sanitaria

CODIFICACIÓN CLÍNICA CON LA CIE-9-MC

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

MONOGRÁFICO

CÓDIGOS V

COORDINACIÓN EDITORIAL:

Rogelio CÓZAR RUIZ

REALIZADO POR:

Carmen VÍLCHEZ PERDIGÓN

Isabel DE LA RIVA JIMÉNEZ

MIEMBROS PERMANENTES

DEL COMITÉ EDITORIAL:

Araceli DÍAZ MARTÍNEZ

M^ª Dolores del PINO JIMÉNEZ

Paloma FERNÁNDEZ MUÑOZ

Petra A. LLUL CALDENTY

M^ª Coromoto RODRÍGUEZ DEL ROSARIO

Fernando ROJO ROLDÁN

Carmen VÍLCHEZ PERDIGÓN

Abel FERNÁNDEZ SIERRA

María RAURICH SEGUI

Belén BENEITEZ MORALEJO

Guillermo RODRÍGUEZ MARTÍNEZ

Adolfo CESTAFE MARTÍNEZ

Ana VARA LORENZO

M^ª Gala GUTIÉRREZ MIRAS

L. Javier LIZÁRRAGA DALLO

M^ª Isabel MENDIBURU PÉREZ

Vicent ALBEROLA CUÑAT

Carmen SALIDO CAMPOS

Arturo ROMERO GUTIÉRREZ

Isabel DE LA RIVA JIMÉNEZ

Pilar MORI VARA

MIEMBROS ASESORES

DEL COMITÉ EDITORIAL:

Pedro MOLINA COLL

M^ª Teresa DE PEDRO

Montserrat LÓPEZ HEREDERO

Jovita PRINTZ

Soledad SAÑUDO GARCÍA

M^ª Luisa TAMAYO CANILLAS

Román GARCÍA DE LA INFANTA

José DEL RIO MATA

Pilar RODRÍGUEZ MANZANO

Esther VILA RIBAS

Elena ESTEBAN BAEZ

José Alfonso DELGADO

Irene ABAD PÉREZ

José M^ª JUANCO VÁZQUEZ

Teresa SOLER ROS

José Ramón MÉNDEZ MONTESINO

Javier YETANO LAGUNA

Margarita LLORIA BERNACER

M^ª Mar SENDINO GARCÍA

Fernando PEÑA RUIZ

Eloísa CASADO FERNÁNDEZ

Jesús TRANCOSO ESTRADA

Eduard GUASP SITJAR

Paz RODRÍGUEZ CUNDIN

M^ª Antonia VÁREZ PASTRANA

Joan FERRER RIERA

Agustín RIVERO CUADRADO

SECRETARIA: Esther GRANDE LÓPEZ



Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA

CENTRO DE PUBLICACIONES

Paseo del Prado, 18. 28014 Madrid.

NIPO: 351-05-003-5.

Depósito Legal: AV-41-2005.

Impreme: MIJÁN, Industrias Gráficas Abulenses.

ÍNDICE

Unidad Técnica de la CIE-9-MC	5
Tema monográfico: CÓDIGOS V	7

UNIDAD TECNICA DE LA CIE-9-MC

Durante los dos últimos años, han sido numerosas las consultas que se han dirigido a la Unidad Técnica de la CIE-9-MC, planteando dudas sobre la utilización como diagnóstico principal de determinados códigos de la clasificación suplementaria de factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios (Códigos V). Dado que la última revisión de esta clasificación se realizó en febrero de 1977, y desde entonces la CIE-9-MC ha sufrido cambios importantes con la incorporación de numerosos códigos, se hacía necesaria una nueva revisión y actualización de esta clasificación suplementaria.

Este trabajo es fruto de una revisión paciente y metódica realizada por las Dras. Carmen Vilchez e Isabel de la Riva. A ellas y a cuantos han colaborado en la revisión del documento queremos expresar nuestro agradecimiento.

Por otra parte, el Ministerio de Sanidad y Consumo va a retomar los trabajos para la puesta en marcha de un C. M. B. D. para el área ambulatoria de asistencia especializada, motivo por el que esta revisión adquiere más importancia en este momento.

Rogelio Cózar Ruiz

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

TEMA MONOGRÁFICO

CÓDIGOS V

CLASIFICACIÓN SUPLEMENTARIA DE FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS SANITARIOS, CÓDIGOS V

INTRODUCCIÓN

La normativa de uso de la clasificación suplementaria de factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios, códigos V, se encuentra descrita en el boletín nº 6 (febrero, 1997) y en el monográfico sobre Asistencia ambulatoria editado en el boletín nº 13 (junio, 1999).

La necesidad de revisar la utilización de los códigos V en el área de hospitalización y ambulatoria, junto con el constante desarrollo y ampliación de nuevos códigos, actualización de la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª edición Modificación Clínica (CIE-9-MC), ha llevado a la elaboración del presente boletín con objeto de unificar y actualizar la normativa sobre dicha clasificación suplementaria.

La clasificación suplementaria, se ha visto incrementada con un número significativo de nuevos códigos V que entrarán en vigor con la nueva actualización de la CIE-9-MC, siendo lo más llamativo la expansión de las subcategorías para el seguimiento de cuidados, la cual ayudará a la especificación de la asistencia prestada a los pacientes externos, visita domiciliaria o de aquellos pacientes que son trasladados a sus centros de referencia tras el tratamiento prestado en otro hospital.

1.-DEFINICIÓN

Como complemento a la Clasificación de Enfermedades (CIE-9-MC), existe una clasificación suplementaria de factores que influyen en el estado de salud y contacto con servicios sanitarios. Estos códigos alfanuméricos son los denominados Códigos V que se distribuyen en 9 secciones:

V01-V06	Personas con riesgos sanitarios en potencia relacionados con enfermedades contagiosas.
V07-V09	Personas con necesidad de aislamiento y otras medidas profilácticas por riesgos sanitarios en potencia.
V10-V19	Personas con riesgos sanitarios en potencia relacionados con su historial personal y familiar.
V20-V29	Personas que entran en contacto con los servicios sanitarios en circunstancias relacionadas con la reproducción y desarrollo.
V30-V39	Recién nacido con vida según el tipo de parto.
V40-V49	Personas afectadas por una circunstancia que influye en su estado de salud.
V50-V59	Personas que entran en contacto con los servicios sanitarios para procedimientos específicos y cuidados posteriores.
V60-V69	Personas que entran en contacto con los servicios sanitarios en otras circunstancias.
V70-V82	Personas sin diagnóstico declarado encontrado durante exámenes e investigación de individuos y población.

2.-USO DE LA CLASIFICACIÓN SUPLEMENTARIA CÓDIGOS V

Los códigos V se emplean para clasificar cuidados ambulatorios, cuidados a pacientes de hospitales de media y larga estancia, así como algunos problemas y circunstancias de pacientes ingresados en hospitales de agudos.

El mayor problema que plantea la utilización de la clasificación complementaria de códigos V es su elección como diagnóstico principal adecuado o no.

En la asistencia ambulatoria se puede utilizar cualquier código diagnóstico de la CIE-9-MC (001.0-V82.9) para identificar la razón o motivo del contacto, lo cual implica que no existen restricciones para los códigos V, a la hora de elegir dicho diagnóstico de contacto, salvo los que sólo pueden ser diagnóstico adicional.

Sin embargo, en los episodios de hospitalización algunos códigos V se consideran adecuados como diagnóstico principal en situaciones específicas; otros se asignan sólo como códigos adicionales cuando es importante señalar los antecedentes, estado o problema que afecte al cuidado médico y otros pueden ser adecuados tanto como código principal o como secundario. (véase Tablas 1,2,3 y 4).

En general, los códigos V se utilizan como diagnóstico principal en hospitalización en las siguientes situaciones:

- Para indicar que una persona con una enfermedad o lesión ya resuelta o una condición crónica es atendida para un tratamiento específico, como en el caso de retirada de clavos ortopédicos.
- Para señalar que el paciente es visto para el único propósito de una terapia específica, como radioterapia, quimioterapia, o diálisis.
- Para indicar que una persona que no está habitualmente enferma se pone en contacto con el área de hospitalización para una razón específica, como actuar como donante de órganos, para recibir tratamiento profiláctico o recibir ayuda psicopedagógica.

Los códigos V se asignan como códigos adicionales de diagnóstico en los siguientes casos:

- Para indicar que un paciente tiene antecedentes personales o familiares relevantes, o bien plantea un estado de salud u otro problema que no es en sí mismo una enfermedad ó lesión, pero puede influir en el cuidado del paciente.
- Para indicar el resultado del parto en el alta de las pacientes de obstetricia.

Como recomendación, el uso de la clasificación de códigos V requiere la búsqueda de información suficiente para su asignación como diagnóstico principal adecuado en el área de hospitalización de agudos.

3.–LOCALIZACIÓN DE LOS CÓDIGOS V

El formato y las convenciones que se usan en la clasificación principal se emplean también en los índices y tablas para esta clasificación adicional. Las entradas para códigos V están incluidas en Índice Alfabético principal. Estos son los términos principales:

- | | |
|-----------------|-----------------|
| – Admisión para | – Asesoramiento |
| – Artificial | – Atención (de) |

- Colocación (de)
- Contacto
- Contracepción
- Cribaje
- Cuidado (de)
- Dependencia (de)
- Desfiguración debida a cicatriz
- Deterioro de función
- Donante
- Embarazo supervisión
- Estado (posterior)
- Examen
- Exposición a
- Extracción (de)
- Falta de
- Historia (personal) de
- Inadaptación
- Inadecuación
- Intrauterino
- Multiparidad
- Observación (por)
- Ortodoncia
- Parto difícil
- Persona (con) (que)
- Positivo VIH, SIDA, virus del
- Prenatal
- Privación
- Problema (de) (con)
- Profiláctica
- Prueba (s)
- Recién nacido
- Recuento de espermatozoides
- Rehabilitación
- Resistencia, resistente (a)
- Resultado del parto
- Salud
- Seguimiento (examen) (rutina) (después de)
- Supervisión
- Sustitución
- Terapia

4.-CATEGORÍAS DE LOS CÓDIGOS V.

4.1.-CONTACTO/EXPOSICIÓN

La categoría V01 indica contacto con o exposición a la enfermedad transmisible. Se utiliza 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.

No es adecuado como diagnóstico principal en hospitalización de agudos. Sin embargo, en contactos ambulatorios puede ser elegido como diagnóstico principal o secundario.

Se ha creado un nuevo código para especificar el contacto con o exposición al carbunco V01.81. Este código se utiliza en la clasificación de personas que han estado cercanas a las esporas del carbunco o quienes han estado cercanas a personas con una exposición conocida. El código V01.81 deberá usarse en casos donde hay una exposición documentada, aunque el test para el carbunco sea negativo.

Código nuevo	V01.81 Carhunco
Código nuevo	V01.89 Otras enfermedades contagiosas.

4.2.-INOCULACIÓN Y VACUNACIONES

Corresponden a las categorías V03-V06 y se utilizan para clasificar a las personas que acuden al centro para vacunación. Como procedimiento se codifica la inyección de la vacuna.

Estas categorías pueden ser elegidas como diagnóstico principal en contactos ambulatorios o bien como secundario. Aunque no son adecuadas como diagnóstico principal en hospitalización de agudos. En el caso de efectuarse la vacunación dentro de un examen rutinario pueden ser utilizadas como un código secundario.

4.3.-ESTADO

Estos códigos identifican los estados de portador de infecciones y aquellos estados del paciente posteriores al tratamiento de una enfermedad como es el caso de las aperturas artificiales, bypass-aortocoronario o de los portadores de prótesis.

Cuando el paciente presente cualquier complicación ligada a su estado de portador (órgano trasplantado, apertura artificial, bypass, prótesis etc.) se codificará la complicación, sin añadir el código V de estado, ya que el código de complicación en si mismo indica la existencia de dicho estado.

Por ejemplo: ante el diagnóstico de crisis aguda de rechazo en un trasplante de riñón, 996.81 Complicaciones en trasplante de órganos, riñón, el estado de trasplante del paciente está implícito en el diagnóstico y no debe asignarse un código V42.0 de estado de trasplante de riñón, al resultar redundante dicha información.

Por tanto, los códigos de estado no se utilizan cuando existan complicaciones relacionadas con el estado de portador.

Es importante distinguir las situaciones de antecedentes y de las de estado de portador. Los códigos de antecedentes indican que el problema ya no existe, mientras que los códigos de estado indican que la condición sigue presente.

Si un diagnóstico se expresa como «estado post» referida a una cirugía, lesión o enfermedad previa que no es significativa para el episodio en tratamiento, no se requiere la asignación de código de estado. Si se desea, se puede asignar un código de antecedentes personales.

Los códigos de estado son siempre diagnósticos secundarios en tanto en hospitalización como en contactos ambulatorios. Sin embargo, en estos últimos también son admitidas las categorías o subcategorías, V02 y V58.6, como diagnóstico principal.

- 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. Actualmente, es aceptado tanto como diagnóstico principal como secundario en contactos ambulatorios y sólo como adicional en hospitalización de agudos.
- V09 Infección por microorganismos fármacorresistentes. Esta categoría indica que el paciente tiene una infección resistente al tratamiento, consignándose el código de la infección como diagnóstico principal.
- V21 Estados constitucionales durante el desarrollo.
- V22.2 Estado de embarazo, incidental. Se utilizará sólo cuando el embarazo no tiene por qué complicar el motivo del ingreso, de otra forma se utilizaría un código del capítulo de Obstetricia.
- V26.5 Estado de esterilización.
- V40 Problemas mentales y de comportamiento.
- V41 Problemas de los sentidos y otras funciones especiales.
- V42 Organó o tejido sustituido por trasplante.
- V43 Organó o tejido sustituido por otro medio.
- V44 Estado de apertura artificial.
- V45 Otros estados postquirúrgicos.
Código nuevo V45.84 Estado de restauración dental.
- V46 Otra dependencia de máquinas.
Se ha creado una nueva subcategoría para suplemento de oxígeno. Se usará para pacientes con terapia de oxígeno de larga duración. Este código se utilizará para cualquier paciente que use oxígeno, sin tener en cuenta la duración de cada día y sólo puede ser diagnóstico secundario.
Código nuevo V46.2 Suplemento de oxígeno.
larga duración con terapia de oxígeno.

- V48 Problemas de cabeza, cuello y tronco.
- V49 Problemas de miembros y otros problemas.
- V49.6 Estado de amputación de miembro superior.
- V49.7 Estado de amputación de miembro inferior.
- V49.8 Estado de otros problemas de salud especificados.
- El código V49.81 Estado postmenopáusico (natural) (relacionado con la edad) se ha revisado para distinguirlo mejor del código de la categoría 627 Trastornos menopáusicos y postmenopáusicos.
- Revisado V49.81 Estado postmenopáusico asintomático (natural) (relacionado con la edad).
- Código nuevo V49.82 Estado de sellado dental.

V58.6 Uso prolongado de medicación (actual). Esta subcategoría indica el uso continuado de una medicación prescrita (incluyendo conceptos como terapia con aspirina), para el tratamiento prolongado de una enfermedad, o como uso profiláctico. No se puede utilizar en pacientes con adicción a drogas. Esta subcategoría puede ser elegida como código secundario o como principal en contactos ambulatorios. Sin embargo, las subclasificaciones V58.61 y V58.69 son admitidas también como diagnóstico principal en hospitalización.

Se ha creado una nueva categoría/subcategoría V83/V83.8 de estado de portador genético. Como el resto de las categorías de estado se utilizará como diagnóstico secundario para identificar a los pacientes portadores de enfermedades genéticas. Por ejemplo, la fibrosis quística V83.81 «Portador genético de fibrosis quística».

4.4.-PROBLEMA

Los códigos de las categorías V60 a V63 indican ciertos problemas que pueden afectar al cuidado del paciente e impedir la cumplimiento satisfactoria del régimen recomendado. Como por ejemplo: problemas en el hogar, inadaptación social, cuestiones económicas o laborales.

Las categorías V60 y V62 sólo pueden ser utilizadas como diagnósticos adicionales tanto en contactos ambulatorios como hospitalización.

Las categorías V61 y V63, sin embargo, pueden ser elegidas tanto como diagnósticos secundarios como principal en contactos ambulatorios.

Como excepción, el código V61.21 «Asesoramiento a las víctimas de malos tratos infantiles», puede ser adecuado como diagnóstico principal en hospitalización de agudos.

4.5.–HISTORIA DE

Mediante los códigos V se pueden identificar los dos tipos de antecedentes, personales y familiares:

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. Se clasifican en las categorías V10 a V15.

Código nuevo V10.53 «Historia personal de neoplasia maligna de pelvis renal».

Se ha creado un nuevo código V13.21 «Historia personal de parto prematuro» para pacientes no embarazadas que solicitan cuidados referidos a su historia de obstétrica, tal como asesoramiento para «quedar embarazadas».

Historia familiar: advierten que en la familia del paciente uno o más miembros padecieron una determinada enfermedad y el paciente presenta riesgo de contraerla.

Las categorías correspondientes a historia personal y familiar sólo pueden ser utilizadas como códigos adicionales en hospitalización de agudos. No así en contactos ambulatorios donde pueden ser elegidos como diagnóstico principal o secundario, excepto los códigos V13.61 y la categoría V15 que sólo puede ser diagnósticos adicionales.

4.6.–CRIBAJE (BÚSQUEDA)

Las categorías V73-V82 se utilizan para clasificar las pruebas realizadas para identificar una enfermedad o los precursores de una enfermedad con el propósito de una detección y tratamiento anti-

pados para aquellos casos en que la prueba sea positiva. La investigación se realiza en individuos aparentemente sanos que no presentan síntomas ni signos relacionados con la enfermedad. Si a través de las pruebas se identifica la patología sospechada, se asignará el código de la enfermedad correspondiente en lugar de un código V.

El cribaje prenatal se clasifica en la categoría V28. Estos códigos permiten identificar alteraciones prenatales en el feto mediante el estudio de la madre para su detección y posible tratamiento precoz si fuera preciso.

La mayor parte de las pruebas diagnósticas clasificadas en las categorías V28 y V73-V82 se realizan de forma ambulatoria, de manera que pueden ser utilizadas como diagnóstico principal o secundario en procesos ambulatorios, siendo considerado su uso como inadecuado en episodios de hospitalización.

En el caso de la subcategoría V76.1 se ha ampliado para diferenciar entre una mamografía (screening) realizada a una paciente que se encuentra en una de las categorías de mayor riesgo, establecido por el médico (V76.11) y otra mamografía donde el médico no ha documentado que exista alto riesgo (V76.12).

Por ejemplo:

- Paciente con antecedentes familiares de cáncer de mama (madre, tía y hermana mayor) que acude para la realización de una mamografía. Al ser considerada como paciente de alto riesgo para esta enfermedad, se codificará como V76.11 más V16.3, de historia familiar.

4.7.-OBSERVACIÓN

Los códigos de observación se utilizan en los casos en que se sospecha una enfermedad que posteriormente se descarta. Por ejemplo: cuando existen síntomas, signos u otras evidencias de alteración fisiológica no concluyentes que justifican la observación y evaluación, pero no se identifica una enfermedad concreta y el paciente no requiere un tratamiento.

Se dispone de dos categorías:

V29 Observación y evaluación del R.N. por sospecha de enfermedad.

V71 Observación y evaluación por presunta enfermedad.

Si se establece un diagnóstico relacionado con los síntomas y signos que presenta el paciente, se asignará el código de la enfermedad en lugar de un código de las categorías V71 o V29, en el caso de un recién nacido.

La categoría V71 se asigna sólo como diagnóstico principal o razón de ingreso, nunca como diagnóstico secundario. Y normalmente como código único, salvo en dos excepciones:

- Cuando coexista una enfermedad crónica que requiere cuidados u observación durante la estancia, se puede asignar un código adicional para dicha condición. No codificando las condiciones crónicas que no afecten a la estancia del paciente.
- Cuando la admisión se realiza con el propósito de descartar una enfermedad grave, como una conmoción cerebral, pero el paciente presenta lesiones menores, como quemaduras o contusiones, de forma que estas se asignan como códigos adicionales. Esta excepción está basada en el hecho de que las lesiones menores, por sí mismas, no requieren hospitalización.

Por lo tanto, hay que tener en cuenta que tampoco deberán de estar presentes ninguno de los síntomas o signos relacionados con la enfermedad sospechada. Si no, se codificarían los síntomas y signos correspondientes, obviando la categoría V71.

Hay que tener en cuenta también, que no se debe asignar un código V71 de observación, cuando se ingresa al paciente en el área de hospitalización tras ser intervenido de un proceso de cirugía ambulatoria, incluso cuando el informe médico sugiere que la admisión es para observación. En este caso, el diagnóstico principal será la condición o problema que origina el ingreso postoperatorio: hemorragia, náuseas, etc. Si el paciente ingresa para observación, entendida como seguimiento de su proceso, se dispone de la categoría V58 de seguimiento tras tratamiento, como diagnóstico principal. Esta recomendación sólo es aplicable en las Comunidades Autónomas que mantienen separadas las bases de datos de CMBD en Hospitalización y Procesos Ambulatorios.

Se han creado dos nuevos códigos para clasificar a los pacientes con test negativo para el carbunco, pero que sospechan o tienen temor de haber estado en contacto con carbunco u otros agentes biológicos.

Código nuevo V71.82 Observación y evaluación para presunta exposición al carbunco.

Código nuevo V71.83 Observación y evaluación para presunta exposición a otros agentes biológicos.

4.8.–CUIDADOS POSTRATAMIENTO

Los códigos para visitas de asistencia postoperatoria (V51-V58) se emplean cuando el tratamiento inicial de una enfermedad o lesión se ha completado pero el paciente requiere cuidados continuos durante su curación, la fase de recuperación o por los efectos a largo plazo de su enfermedad. Estos códigos no se utilizan cuando el tratamiento se dirige a una enfermedad o lesión aguda actual.

Las únicas excepciones a esta regla son encuentros cuya finalidad corresponde a procesos de diálisis (V56.X), quimioterapia (V58.1) o radioterapia (V58.0). Cuando el encuentro se produce tanto para radioterapia como quimioterapia, se asignan ambos códigos, dependiendo su orden de la razón del ingreso.

La admisión para tratamiento postasistencial incluye generalmente cuidados planificados, como por ejemplo, la colocación y ajuste de dispositivos protésicos e implantes (V52.x), el tratamiento de una apertura artificial (V55.x) o la retirada de una fijación interna (V54.0).

La categoría V57 Cuidados con procedimientos de rehabilitación se asignará como diagnóstico principal cuando el paciente ingrese para tratamiento rehabilitador de una enfermedad o lesión previa, mediante un cuarto dígito se puede indicar el tipo de tratamiento. Se añadirá como código adicional la condición resultante que requiere rehabilitación, pero no se debe codificar la enfermedad o lesión original que generó la discapacidad.

Los códigos postratamiento generalmente se utilizan como diagnóstico principal para explicar la razón del ingreso. Ocasionalmente se pueden usar como códigos adicionales cuando el cuidado se aplica durante un ingreso para el tratamiento de una enfermedad no relacionada con él. Por ejemplo, el cierre de una colostomía durante admisión para el tratamiento de una lesión provocada por un accidente de automóvil.

Cuando el paciente es ingresado a causa de una complicación de un tratamiento previo, se asignará el código correspondiente del capítulo de complicaciones y no estos códigos V.

Con el objetivo de obtener una mayor especificidad en la clasificación de los cuidados postratamiento, se han creado nuevas subcategorías y códigos nuevos. Los principales cambios afectan a la codificación de cuidados ortopédicos y postquirúrgicos.

Los códigos de fractura sólo se usan en la asistencia inicial, de manera que en las siguientes atenciones se utilizarán los códigos de cuidados ortopédicos.

Como el código de cuidados proporcionaba pocos detalles acerca del tipo de fractura, se ha creado la subcategoría V54.1 «Cuidado posterior para curación de fractura traumática» y la subcategoría V54.2 «Cuidado posterior para curación de fractura patológica» y se ha desarrollado un quinto dígito que permite identificar el lugar de la fractura.

Asimismo, se ha ampliado la subcategoría V54.8 «Otros cuidados ortopédicos posteriores», creando un nuevo código para cuidados posteriores de sustitución de la articulación (V54.81). Se deberá añadir un código adicional para identificar la articulación sustituida (V43.60-V43.69).

Se han creado nuevos códigos para clasificar los cuidados posteriores tras cirugía por neoplasia (V58.42), herida y traumatismo (V58.43) y para intervenciones de un sistema específico del organismo (V58.71-V58.78). Los códigos de estas subcategorías deben ser utilizados junto con otros códigos de cuidados posteriores de herida postoperatoria, cuidados de vendaje, cuidados de estoma y otros códigos similares, para identificar completamente la razón de la admisión. En la Lista Tabular encontraremos notas de incluye y excluye para permitir una correcta clasificación.

La utilización de las subcategorías V54.1 y V54.2 excluye su asociación con códigos de cuidados posteriores por heridas o traumatismos, salvo que éstas sean de una localización distinta a la/s fractura/s iniciales en este caso se acepta el uso de los dos códigos V58.43 y V54.1.

Del mismo modo, que no es necesaria la elección de un código de la subcategoría V58.7 y otro de la subcategoría V58.4, si el paciente acude para cuidado postquirúrgico por una herida o traumatismo o neoplasia, asignándose sólo un código de la subcategoría V58.4.

Cuando un paciente ingresa para cuidados postquirúrgico de neoplasia, se codificará además la neoplasia actual o un código de

la categoría V10 historia personal de neoplasia maligna, dependiendo de la situación del paciente y si el tratamiento no va dirigido especialmente hacia el tumor.

La entrada en vigor de los nuevos códigos de la subcategoría V58.7 permitirá clasificar de forma más específica los episodios de cuidados tras cirugía, en los casos de traslado de los pacientes tras la realización de una intervención en otro hospital.

Otra de las modificaciones consiste en la incorporación de notas de instrucciones en los códigos de cuidados. Para el código V58.83 «Admisión para monitorización de drogas terapéuticas», se indica la necesidad de añadir un código adicional de la subcategoría V58.6 largo tiempo (comúnmente) en la utilización de medicamentos, si el paciente lleva mucho tiempo en tratamiento con esa medicación. Si el paciente lleva un periodo de tiempo breve de tratamiento con el fármaco sería suficiente la asignación del código V58.83.

Código nuevo V58.83 Admisión para monitorización de drogas terapéuticas.
Usar código adicional para cualquier asociación de largo tiempo de uso de droga (V58.61-V58.69).

4.9.–SEGUIMIENTO

Los códigos V de seguimiento se distribuyen en dos categorías:

V24 Cuidados y examen postparto.

V67 Examen de seguimiento.

Los códigos de seguimiento permiten clasificar la revisión o vigilancia a que se somete al paciente tras el tratamiento completo de su enfermedad, lesión o problema. En estos casos no debe existir recurrencia de la enfermedad, otra patología asociada como hallazgo en la revisión, sintomatología o recibir tratamiento dirigido a la enfermedad. Asimismo, los códigos de seguimiento no deben confundirse con los códigos V de cuidados posteriores.

Podrán utilizarse en cada una de las revisiones a las que acuda el paciente, hasta que cambie el motivo de la atención.

Es preciso añadir el código correspondiente de historia personal u otro estado del paciente para reflejar el motivo de la atención médica.

Por ejemplo:

- Paciente asintomático al que se intervino mediante una resección del colon descendente un año antes, es ingresado para la realización de una colonoscopia con objeto de evaluar la anastomosis y determinar la existencia de recurrencia de malignidad. La colonoscopia prueba que la anastomosis es normal y no hay evidencia de la recurrencia del cáncer. En este caso, se elegirá como diagnóstico principal el código V67.0 «Revisión de seguimiento posterior a cirugía». Se codifica con un código adicional V10.05 «Historia de neoplasia maligna de intestino grueso», y un código para la colonoscopia.
- Paciente que recibió tratamiento anticoagulante durante un año y que fue suspendido un mes antes, acudiendo actualmente para realización de un estudio analítico. Se asignará el código V67.51 Revisión de seguimiento tras tratamiento con medicación de alto riesgo, no clasificado en ningún otro lugar, como razón de ingreso. No utilizando los códigos de la subcategoría V58.6 que se asignan cuando el paciente está recibiendo actualmente una terapia que requiera seguimiento y evaluación, con asignación de un código adicional para las condiciones para las que se prescribe la medicación.

4.10.–DONANTES

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

4.11.–ASESORAMIENTO

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

V61.11 Asesoramiento a las víctimas de malos tratos por parte del cónyuge o pareja.

V62.83 Asesoramiento al autor de malos tratos físicos/sexuales.

4.12.-CÓDIGOS OBSTÉTRICOS

Los códigos V obstétricos clasifican aquellas circunstancias en las que no existen ninguno de los problemas o complicaciones incluidos en los códigos del Capítulo de Embarazo, parto y puerperio. Categorías V22 a V28.

V23.2 Supervisión de embarazo con historial de aborto.

V25.41 Seguimiento de Píldora anticonceptiva.

V28.6 Cribaje prenatal para estreptococo B.

Se ha creado un nuevo código para pacientes embarazadas con historia de partos prematuros anteriores, se trata de un código paralelo al V13.21, el cual indica los antecedentes de dicha situación sin embarazo actual.

V23.4 Embarazo con otro historial obstétrico no satisfactorio.

Código nuevo V23.41 Embarazo con historia de trabajo de parto prematuro.

Código nuevo V23.49 Embarazo con otro historial obstétrico no satisfactorio.

4.13.-RECIÉN NACIDOS Y NIÑOS

Los códigos V de recién nacido y niños corresponden a las siguientes categorías:

V20 Supervisión sanitaria del bebé o niño.

V29 Observación y evaluación del recién nacido por sospecha de enfermedades no encontradas.

V30-V39 Recién nacido con vida según el tipo de parto.

La categoría V20 se utiliza para identificar atenciones a niños que no presentan un problema definido o bien para identificar episodios de exámenes rutinarios del recién nacido, fundamentalmente en consultas externas. Se podrá utilizar un código adicional para establecer el tipo de examen de screening (subcategorías V73.0-V82.9).

La categoría V29 se utiliza en el caso de recién nacidos en los que se sospecha una condición anormal durante el periodo perinatal (los primeros 28 días de vida) como consecuencia de una exposición de la madre o del proceso del parto, que no presentan signos ni síntomas evidentes de enfermedad y tras el estudio se confirma que no existe dicha condición (como se describe en el apartado 4.7).

Sólo las subcategorías V29.0-V29.2 y V29.8 son admisibles como diagnóstico principal en hospitalización, como reingresos para observación durante el periodo perinatal, el resto pueden utilizarse como diagnóstico principal en contactos ambulatorios. Aunque la categoría V29 no requiere códigos adicionales, si existe una anomalía congénita en terapia continua o monitorización durante la estancia, estos códigos pueden acompañar a la categoría V29 como diagnósticos secundarios.

Las categorías V30 a V39 permiten especificar si el nacimiento es múltiple o simple, en el caso de los códigos de parto múltiple se identifica si el bebé está vivo o muerto. Se dispone de un cuarto dígito para especificar el lugar del nacimiento del niño. Completando la información sobre el nacimiento en el hospital mediante un quinto dígito que indica la realización o no de cesárea.

En la norma española, sólo se podrán utilizar estas categorías cuando se cumplan dos condiciones: la apertura de historia clínica a todo recién nacido en el hospital y la inclusión de las cunas de recién nacidos como dotación de camas del hospital.

4.14.-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, correspondiendo a las siguientes categorías y subcategorías:

- V20.2 Revisión sanitaria rutinaria de bebé o niño.
- V70 Reconocimiento médico general.
- V72 Investigaciones y reconocimientos especiales.

Normalmente, estos códigos se utilizan en contactos ambulatorios. Tendrán consideración de diagnóstico principal, en las situaciones en que tras la realización del estudio correspondiente, el paciente no es diagnosticado de una enfermedad concreta ni presenta síntomas ni signos de la misma, en cuyo caso éstos serían el diagnóstico principal.

Se asignará un código de la categoría V72 Investigaciones y reconocimientos especiales, como razón del contacto únicamente si no se identifica ningún problema, diagnóstico o condición como razón del examen.

Por ejemplo:

- Un paciente es remitido al departamento de radiología para una radiografía de tórax como parte de un examen físico rutinario. El código V72.5 Examen radiológico, no clasificado en otro lugar, aparece como razón del contacto, ya que no se presentan síntomas ni se realiza la radiografía para descartar una supuesta enfermedad.

La categoría V72 se utiliza como diagnóstico principal con un código adicional de las categorías de screening V73-V82.

Los códigos de las subclasificaciones V72.81-V72-83 se pueden utilizar en pacientes ingresados, si la causa de la admisión corresponde a la realización de estudios preoperatorios. En esta situación, se asigna uno de los siguientes códigos, con códigos adicionales para la condición quirúrgica planificada y para las condiciones encontradas en la evaluación. Normalmente este tipo de pruebas se llevan a cabo de forma ambulatoria.

4.15.-CÓDIGOS V MISCELÁNEA

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

V64.4 Tratamiento quirúrgico laparoscópico convertido a procedimiento abierto.

4.15.1.-Ingreso para cuidados paliativos

Los cuidados paliativos se plantean como una alternativa a tratamientos agresivos para pacientes que se encuentran en la fase terminal de una enfermedad. Los cuidados se centran en el control del dolor y otros síntomas de la enfermedad, siendo a menudo más apropiados que un tratamiento agresivo cuando el paciente presenta una enfermedad incurable.

Se ha creado el código V66.7 Contacto con cuidados paliativos, para clasificar ingresos o contactos con cuidados al final de la vida, en hospicio o terminales. Se puede usar en otros cuidados sanitarios. Sin embargo, no se puede emplear como diagnóstico principal o razón del contacto, en este caso el código de la enfermedad subyacente deberá ser codificado en primer lugar. Tanto si el paciente es ingresado para cuidados paliativos como si en un determinado

momento del ingreso se decide para el paciente a cuidados paliativos. No sólo se puede usar en enfermedades neoplásicas sino también en cualquier otra enfermedad terminal.

El código V66.7 se creó para clasificar las atenciones de cuidados paliativos. No puede ser utilizado como diagnóstico principal, por lo que la enfermedad subyacente, neoplasia, SIDA u otras enfermedades terminales se codificarán en primer lugar y el código V66.7 se asignará como adicional.

Se utiliza tanto en el caso de ingreso para cuidados paliativos como si el paciente ha estado sometido a tratamientos agresivos y llegado a un punto de deterioro se decide su paso a tratamiento paliativo.

4.16.-CÓDIGOS V NO ESPECÍFICOS

Ciertos códigos V son tan inespecíficos o aportan una información redundante ya clasificada mediante otros códigos que difícilmente deberían de ser utilizados. Por tanto sólo se podrían utilizar en aquellas situaciones en que se carezca de la documentación suficiente para utilizar otros códigos más precisos.

- V11 Historia personal de trastorno mental. Debe usarse un código del capítulo de trastornos mentales, con el quinto dígito correspondiente a remisión.
- V13.4 Historia personal de artritis.
- V13.6 Historia personal de malformaciones congénitas.
- V15.7 Historia 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. Excepto los estados de amputación de miembros, postmenopausia y de aplicación de silicona dental: V49.6, V49.7, V49.81 y V49.82.
- V51 Cuidados posteriores que implican el empleo de cirugía plástica.

V58.2 Transfusión sanguínea sin diagnóstico declarado.

V72.5 Reconocimiento radiológico, no clasificado bajo otros conceptos.

V72.6 Prueba de laboratorio.

Estos dos últimas subcategorías no deben usarse si no están presentes síntomas o signos que justifiquen el estudio, en régimen ambulatorio.

4.-TABLAS DE CÓDIGOS V

En las tablas siguientes se presenta un resumen sobre la utilización de los códigos V en procesos de hospitalización de agudos y contactos ambulatorios.

Algunos códigos V son admitidos sólo como diagnóstico principal o contacto; otros se pueden asignar sólo como códigos adicionales y otros pueden ser utilizados de forma indistinta tanto como códigos secundarios o como principal. La adecuación o no de estos últimos como diagnóstico principal depende a veces del motivo de ingreso del paciente en un hospital de agudos.

Así, por ejemplo, Si una paciente acude al hospital para la realización de una amniocentesis como prueba de un diagnóstico prenatal, sin resultado de enfermedad del feto, podría elegirse un código de la categoría V28 para identificar el motivo de ingreso, aún cuando dicha categoría no sea adecuada como diagnóstico principal en hospitalización, ya que la mayor parte de estas pruebas se llevan a cabo de forma ambulatoria.

Por lo tanto, si en algún caso nos vemos obligados a asignar como motivo de ingreso un código que sólo es admisible como principal en contactos ambulatorios, deberemos ser cuidadosos en comprobar que es la mejor alternativa.

TABLA 1. Categorías y códigos sólo admisibles como diagnóstico principal, tanto en contactos ambulatorios como procesos de hospitalización, estos últimos marcados mediante un asterisco:

V20	Supervisión médica de niños
V20.0*	Expósito

V22.0	Supervisión de primer embarazo normal
V22.1	Supervisión de otros embarazos normales
V24	Cuidados y exámenes postparto
V24.0*	Cuidados y examen inmediatamente después del parto
V29	Observación y evaluación de recién nacido
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
V30-V39	Recién nacidos según tipo de nacimiento. No admitido como diagnóstico principal en la norma española.
V58.0*	Radioterapia
V58.1*	Quimioterapia
V59	Donantes
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
V66	Convalecencia, excepto cuidados paliativos V66.7
V66.0*	Convalecencia tras cirugía
V66.1*	Convalecencia tras radioterapia
V66.2*	Convalecencia tras quimioterapia
V66.3*	Convalecencia tras psicoterapia y otro tratamiento de trastornos mentales
V66.4*	Convalecencia tras tratamientos combinados
V66.6*	

V68	Encuentros con propósitos administrativos
V70	Examen médico general, excepto V70.7
V70.1*	Examen psiquiátrico general, solicitado por la autoridad
V70.4*	Reconocimiento por motivos medicolegales
V70.5*	Reconocimiento médico de subpoblaciones definidas
V71*	Observación y evaluación por supuestas condiciones no encontradas, excepto V71.9
V72	Exámenes e investigaciones especiales, excepto V72.5 y V72.6
V72.0*	Reconocimiento de ojos y vista
V72.3*	Reconocimiento ginecológico
V72.81*	Examen cardiovascular preoperatorio
V72.82*	Examen respiratorio preoperatorio
V72.83*	Otros exámenes preoperatorios especificados

TABLA 2. Los siguientes códigos V se pueden asignar como diagnóstico principal o como secundario, marcándose mediante un asterisco aquellos códigos que son admisibles como diagnóstico principal en hospitalización de agudos.

V01	Contacto con o exposición a enfermedades contagiosas
V02	Portador o sospechoso de ser portador de enfermedades infecciosas
V03-06	Necesidad de vacunación
V07	Necesidad de aislamiento y otras medidas profilácticas
V07.0*	Aislamiento
V07.39*	Otra quimioterapia profiláctica
V07.8*	Otra medida profiláctica especificada
V08*	Estado de infección por virus de inmunodeficiencia humana, asintomático
V10	Historial personal de neoplasia maligna
V12	Historial personal de otras enfermedades

V13	Historial personal de otras enfermedades, excepto V13.4 y V13.69
V16-V19	Historial familiar
V23	Supervisión de embarazo de alto riesgo
V25	Asistencia anticonceptiva
V25.2*	Esterilización
V25.3*	Regulación menstrual
V26	Asistencia procreativa
V26.0*	Tuboplastia o vasoplastia después de esterilización
V28	Cribaje prenatal
V45.7	Ausencia adquirida de órgano
V49.81	Estado postmenopáusico asintomático
V50	Cirugía electiva para propósitos que no sean los de remediar estados de salud
V50.0*	Trasplante de pelo
V50.1*	Otra cirugía plástica para corregir aspecto estético no aceptable
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
V52	Colocación y ajuste de dispositivo protésico
V53	Colocación y ajuste de otro dispositivo
V53.09*	Colocación y ajuste de otros 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
	La subcategoría V53.3 es cuestionable como diagnóstico principal en hospitalización, dependiendo del procedimiento realizado.
V54*	Otros cuidados protésicos posteriores, excepto V54.9

V55*	Cuidados de aperturas artificiales, excepto V55.9
V56*	Admisión para diálisis y cuidados de catéter de diálisis, excepto V56.2
V57	Cuidados que implican el empleo de procedimientos de rehabilitación
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 Estos códigos marcados podrán ser diagnóstico principal solamente si se acompañan de un diagnóstico secundario.
V58.3	Cuidado de vendajes y suturas quirúrgicas
V58.4*	Otros cuidados postquirúrgicos
V58.6	Largo tiempo en la utilización de medicamentos
V58.7*	Cuidados postoperatorios tras cirugía de sistemas especificados del organismo, no clasificadas de otra manera
V58.8*	Otros cuidados posteriores especificados
V61	Otras circunstancias familiares
V61.21*	Problemas de abuso de niños
V63	No disponibilidad de otras instalaciones sanitarias para cuidados
V65	Otras personas que solicitan consulta sin padecer ninguna enfermedad
V65.0*	Persona sana que acompaña a persona enferma
V65.2*	Persona que finge enfermedad
V67*	Examen de seguimiento, excepto V67.9
V69	Problemas relativos al estilo de vida

V70.7*	Reconocimiento para buscar comparación o control normal en investigación clínica
V73-V82	Reconocimiento de cribaje especial/Cribaje especial
V83	Estado de portador genético

TABLA 3. Los siguientes códigos V son admisibles sólo como códigos adicionales o secundarios tanto en contactos ambulatorios como en procesos de hospitalización de agudos:

V09	Infección por microorganismo resistente a medicación
V13.61	Historia personal de hipospadias
V14	Antecedentes personales de alergia a agentes medicinales
V15	Otros antecedentes personales de emergencias o riesgos médicos, excepto V15.7
V21	Estados constitucionales de desarrollo
V22.2	Estado de embarazo, incidental
V26.5	Estado de esterilización
V27	Alta por parto
V42	Órgano o tejido reemplazado por trasplante
V43	Órgano o tejido reemplazado por otros medios
V44	Estado de apertura artificial
V45	Otros estados postquirúrgicos, excepto V45.7 Ausencia adquirida de órgano
V46	Otra dependencia de máquinas
V49.6x	Estado de amputación de miembros superiores
V49.7x	Estado de amputación de miembros inferiores
V49.82	Estado de aplicación de silicona dental

V60	Circunstancias de alojamiento, familiares o económicas
V62	Otras circunstancias psicológicas
V64	Personas que realizan un contacto con los servicios médicos por un procedimiento especial, no llevado a cabo
V66.7	Cuidados paliativos

TABLA 4. Los siguientes códigos V son códigos no específicos o potencialmente redundantes con otros códigos, con pequeña justificación para su uso en el tratamiento de pacientes internos. En el caso de pacientes externos, su uso se debe limitar a aquellas situaciones en las que no existe documentación para permitir la asignación de un código más preciso:

V11	Historia personal de trastorno mental
V13.4	Historia personal de artritis
V13.69	Historia personal de otras malformaciones congénitas
V15.7	Historia personal de contracepción
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, excepto: V49.6, V49.7, V49.81 y V49.82
V51	Asistencia posterior que implica el empleo de cirugía plástica
V58.2	Admisión para transfusión sanguínea, sin diagnóstico declarado

V58.5	Admisión para ortodoncia
V58.9	Admisión para cuidados posteriores no especificados
V72.5	Reconocimiento radiológico no clasificado bajo otros conceptos
V72.6	Prueba de laboratorio

BIBLIOGRAFÍA

- *Manual del usuario. Normativa de Codificación.* Ministerio de Sanidad y Consumo. 4ª edición.1997.
- *CIE-9-MC 4ª edición en castellano.* Ministerio de Sanidad y Consumo , Madrid 1999.
- *Boletín nº6. Codificación Clínica con la CIE-9-MC,* Ministerio de Sanidad y Consumo. Año III, Febrero 1997.
- *Boletín nº13. Codificación Clínica con la CIE-9-MC,* Ministerio de Sanidad y Consumo. Año V, Junio 1999.
- *AHA Coding Clinic for ICD-9-CM,* A quarterly publication of the Central Office on ICD-9-CM.
- *ICD-9-CM Coding Handbook, with answers.* Brown, F. American Hospital Publishing, Inc.2001.

INFORMACIÓN Y DUDAS SOBRE CODIFICACIÓN

Para cualquier información, duda o consulta dirigirse a:

Dirección de la Unidad Técnica de la CIE-9-MC.
Unidad Técnica de la CIE-9-MC para el S.N.S.
Subdirección General de Instituto de Información Sanitaria.
Ministerio de Sanidad y Consumo.

Pº del Prado, 18-20. Despacho 1019. 28014 MADRID.

Tel: (91) 596 15 65 - (91) 596 40 89.

E-Mail: rcozar@msc.es
egrande@msc.es