

CODIFICACIÓN CLÍNICA CON LA CIE-9-MC

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



Boletín número 13

Año V

Junio, 1999



Programas

CODIFICACIÓN CLÍNICA CON LA CIE-9-MC

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

Boletín número 13

Año V

Junio, 1999

COORDINACIÓN EDITORIAL:

Agustín RIVERO CUADRADO
M^a Mar SENDINO GARCÍA

MIEMBROS PERMANENTES DEL COMITÉ EDITORIAL:

Irene ABAD PEREZ
Eloisa CASADO FERNANDEZ
Isabel DE LA RIVA JIMENEZ
Elena ESTEBAN BAEZ
José M^a JUANCO VAZQUEZ
Javier LIZARRAGA DALLO
Margarita LLORIA BERNACER
José Ramón MENDEZ MONTESINO
Fernando PEÑA RUIZ
Arturo ROMERO GUTIERREZ
Carmen SALIDO CAMPOS
Jesús TRANCOSO ESTRADA
Esther VILA RIBAS
Carmen VILCHEZ PERDIGON
Javier YETANO LAGUNA

MIEMBROS ASESORES DEL COMITÉ EDITORIAL:

Pedro MOLINA COLL
M^a Teresa DE PEDRO
Montserrat LOPEZ HEREDERO
Jovita PRINTZ
Soledad SAÑUDO GARCIA
M^a Luisa TAMAYO CANILLAS
Román GARCIA DE LA INFANTA
José DEL RIO MATA
Pilar RODRIGUEZ MANZANO

SECRETARIA:

Esther GRANDE LOPEZ
Fátima MARTIN PEREZ

INDICE

Unidad Técnica de la CIE-9-MC

Tema monográfico

Preguntas a la Unidad

Formación Continuada en codificación

Formación Continuada correspondiente al boletín nº 12

Respuesta a la Formación Continuada del boletín nº 12

Formación Continuada para responder en el boletín nº 14

UNIDAD TECNICA DE LA CIE-9-MC

Durante el último año el Ministerio de Sanidad y Consumo en colaboración con las Comunidades Autónomas y el INSALUD, ha venido desarrollando un C.M.B.D. tanto para el área ambulatoria de hospitalización como para la atención primaria, ello nos ha llevado a desarrollar normas de codificación específicas para estas áreas asistenciales.

La Unidad Técnica de la CIE-9-MC ha sido la encargada a través de uno de sus miembros, Jesús Trancoso, de definir y establecer las normas de codificación de la CIE-9-MC para estas áreas de trabajo. En la última reunión de la Unidad Técnica, el 24 de Junio, quedaron aprobadas estas normas que ahora se publican en este boletín. De esta manera, la Unidad va teniendo respuesta a todas y cada una de las peticiones formuladas por el Comité Técnico del C.M.B.D. y de aquellas formuladas por los profesionales que trabajan en las áreas antes comentadas.

Cualquier problema de interpretación o cualquier problema de comprensión de estas normas puede ser remitido a la Unidad Técnica para su resolución.

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

TEMA MONOGRÁFICO: NEFROLOGÍA

La Nefrología ha evolucionado, como las otras especialidades médicas, en función de las continuas aportaciones científicas. El mejor conocimiento de ciertas enfermedades o síndromes y procedimientos diagnósticos o terapéuticos condiciona que varíe su clasificación. La dificultad aparece cuando se quiere actualizar un sistema de clasificación como la CIE-9-MC, pues en esa tarea hay que compaginar la clasificación antigua, necesaria para mantener los datos previos, con la nueva y los nuevos diagnósticos, difícilmente encuadrables en la antigua. Con esta monografía tratamos de facilitar esta labor. Estos comentarios quieren ayudar a aquellas personas que van a clasificar con la CIE-9-MC casos clínicos con diagnósticos nefrológicos actuales y a todos aquellos que quieran revisar historias clínicas nefrológicas con un cierto diagnóstico y clasificadas con la CIE-9-MC.

CONCEPTOS Y DEFINICIONES

GLOMERULONEFRITIS; NEFRITIS; SÍNDROME NEFRÓTICO; INSUFICIENCIA RENAL.

La patología renal se clasifica, en función de la parte del riñón más afectada, en: vascular, glomerular, tubular e intersticial. Condiciona cuadros clínicos diferenciados tales como el síndrome nefrótico o el nefrítico. Se asocia con frecuencia a disminución del filtrado glomerular, expresión fundamental de la función renal. Esta disminución se clasifica, según su forma de presentación, en aguda, subaguda y crónica.

1.- GLOMERULONEFRITIS

El término de Glomerulonefritis (GN) se emplea para designar las enfermedades que afectan la estructura y función del glomérulo, clínicamente se caracterizan por la aparición de alguno de los siguientes signos: hematuria dismórfica, proteinuria glomerular, disminución del filtrado glomerular o hipertensión arterial secundaria a la afectación, única o predominante, del glomérulo.

Las alteraciones del glomérulo se pueden dar en las células (hiperplasia, atrofia, necrosis, apoptosis, exudación o infiltración) y/o en el material extracelular que lo componen (aumento de la cantidad de material, por fibrosis o depósito de sustancias). Pueden estar afectados el conjunto de todos los glomérulos (alteración difusa), el conjunto de unos pocos glomérulos (alteración focal) o una parte del glomérulo (alteración segmentaria). A partir de la presencia de un tipo de alteración o de las distintas combinaciones de alteraciones histológicas que se pueden dar, se diferencian

los diversos tipos de glomerulonefritis, pudiéndose establecer una clasificación adicional, en función de su forma de presentación, como aguda, subaguda o crónica.

Los principales tipos de glomerulonefritis son:

a) GN proliferativa (GN mesangial) (GN mesangial IgA):

GN que presenta proliferación de células endoteliales y mesangiales, y depósitos electrón densos en el mesangio que con frecuencia corresponden a IgA.

b) GN membranosa (Nefropatía membranosa) (Nefropatía extramembranosa)

Se afecta primordialmente la membrana basal glomerular, presentando diferentes estadios que van desde pequeños depósitos densos subepiteliales sin grandes alteraciones de la membrana basal glomerular, hasta engrosamientos irregulares.

c) GN membranoproliferativa (mesangiocapilar) (hipocomplementémica persistente) (lobular) (membranosa y proliferativa mixta) GN endotelial

Los glomérulos se ven aumentados y moderadamente celulares, aumento de la matriz mesangial, los centros lobulares están expandidos y las paredes capilares engrosadas. El engrosamiento del glomérulo está originado por la proliferación de las células y la matriz mesangial, conduciendo a veces a la “lobulación” del glomérulo (GN lobular). El crecimiento hacia dentro del mesangio en la pared capilar separa el endotelio de la membrana basal con imágenes de doble contorno características que estrecha la luz.

d) GN rápidamente progresiva o subaguda (GN con lesión de glomerulitis necrotizante) GN extracapilar

Síndrome clínico caracterizado por la disminución rápida y progresiva de la función renal en días o semanas, asociada a hematuria dismórfica y proteinuria de origen glomerular.

Microscópicamente se caracteriza por la presencia de semilunas celulares formadas a expensas de proliferación e infiltración de las células epiteliales. La intensa proliferación epitelial origina la compresión de los capilares glomerulares, que quedan colapsados, lo que conduce clínicamente a una rápida insuficiencia renal. En la forma pura de esta enfermedad no existe prácticamente proliferación del mesangio o de las células endoteliales, y el infiltrado es mínimo.

e) GN con cambios mínimos (enfermedad mínima) (necrosis lipoidea) (enfermedad de las células epiteliales) (enfermedad de los podocitos)

Es la principal causa de síndrome nefrótico en niños y del 10-20% de los síndromes nefróticos en adultos. Presenta glomérulos normales, aunque pueden observarse áreas ocasionales de escasa hiper celularidad mesangial, ópticamente con inmunofluorescencia negativa. El principal cambio se aprecia en la microscopía electrónica, y consiste en la fusión de los podocitos epiteliales, mientras la membrana basal permanece normal.

f) Glomeruloesclerosis focal (Hialinosis segmentaria y focal) (Glomeruloesclerosis focal) (GN esclerosante).

Es la tercera forma más frecuente de síndrome nefrótico idiopático, detrás de la enfermedad de cambios mínimos y la nefropatía membranosa. Su característica es la presencia de áreas de esclerosis mesangial hialinas con colapso de las asas capilares tan solo en algunos glomérulos (de aquí el término focal). Las lesiones escleróticas suelen extenderse desde la región central del ovillo y pueden asociarse con adherencias a la

cápsula de Bowman. Otros cambios posibles son una escasa hiper celularidad mesangial y la oclusión de la luz capilar de estas áreas por células endoteliales espumosas (llenas de lípidos), así como por depósitos hialinos eosinofílicos.

g) Glomerulonefritis aguda (Síndrome nefrítico agudo) (GN Postinfecciosa)

Enfermedad glomerular caracterizada por el comienzo abrupto, horas o días, de proteinuria, hematuria, disminución de la diuresis y del filtrado glomerular, hipertensión y edemas. En la mayoría de los casos se resuelve espontáneamente en un plazo de días o semanas.

Se trata de un proceso inflamatorio con intensa hiper celularidad glomerular sobre todo debido a proliferación de células endoteliales y leucocitos polimorfonucleares.

h) Glomerulonefritis postinfecciosa (GN aguda)

Diversas infecciones pueden provocar una glomerulonefritis proliferativa difusa aguda. En la mayoría de los casos, el estímulo de la reacción es una infección estreptocócica del grupo A en la garganta, que suele preceder al inicio de la glomerulonefritis en 2 ó 3 semanas. También la pueden estimular el estreptococo pneumoniae, escarlatina, impétigo y virasis agudas (infección vías respiratorias superiores, paperas, varicela, Epstein-Barr, hepatitis B, HIV).

i) Glomerulonefritis crónica

Proteinuria glomerular y/o hematuria dismórfica con cilindruria persistentes, acompañadas en ocasiones de disminución lentamente progresiva de la función renal, que evoluciona con frecuencia a insuficiencia renal terminal y cursa a lo largo de meses o años. Histológicamente puede corresponder a varias de las formas antes expuestas.

NORMA ESPECÍFICA DE CLASIFICACIÓN

La CIE-9-MC clasifica las GN en función de su forma de presentación: aguda o subaguda (categoría **580.x Glomerulonefritis aguda**), crónica (categoría **582.x Glomerulonefritis crónica**), o no especificada (categoría **583.x Nefritis y nefropatía no especificada como aguda ni crónica**), diferenciándolas a nivel de subcategoría según el tipo de lesión glomerular que presenten.

A efectos de clasificación, consideraremos como agudas las GN subagudas (ver Incluye de la categoría 580), si bien la GN subaguda, sin más especificación, la codificaremos como **580.4 Glomerulonefritis aguda con lesión de glomerulonefritis (rápidamente progresiva)**.

Si la GN se acompaña de síndrome nefrótico, ya no se codifica según su forma de presentación, sino que se clasifica en un código de la categoría **581.x Síndrome nefrótico** (sin importar que sea aguda, crónica o no especificada), dependiendo el 4º dígito del tipo de lesión renal que presente. Existen algunos tipos de GN que llevan implícita para la CIE-9-MC la presencia de síndrome nefrótico. Por ejemplo:

- GN de cambios mínimos: **581.3 Síndrome nefrótico con lesión de glomerulonefritis de cambios mínimos**

El Índice de Enfermedades, dentro del término principal **Glomerulonefritis**, presenta numerosos modificadores esenciales tanto para la forma de presentación, como para el tipo de lesión o la presencia de síndrome nefrótico, por lo que siempre será fundamental su consulta para la correcta asignación del código.

En la práctica clínica, se pueden dar sinónimos de los diferentes tipos de GN que no cuenten con modificador esencial, por lo que será preciso conocer el sinónimo que sí cuente con entrada. Por ejemplo: la GN mesangial no tiene entrada específica y no debemos clasificarla con las mesangiocapilares (aunque pueda aparentar se parecida), sino con las proliferativas (de la que es sinónimo). Los sinónimos de uso más frecuente para cada tipo de lesión de GN se encuentran entre paréntesis en la explicación anterior.

Dentro de las GN postinfecciosas, la CIE-9- MC sólo proporciona entrada para la GN postestreptocócica, no existiendo la entrada “GN postinfecciosa”. Por este motivo, por defecto, ante la falta de información en el expediente que pueda indicar algo diferente (que no sea difusa o aguda), clasificaremos la GN postinfecciosa como **580.0 Glomerulonefritis aguda, con lesión de glomerulonefritis proliferativa** (entrada: Glomerulonefritis, aguda, proliferativa (difusa)).

La CIE-9-MC considera de un modo especial aquellas GN debidas o asociadas a determinadas enfermedades, secundarias, estableciendo codificación múltiple para ellas, con una secuencia específica de clasificación: como primer diagnóstico el de la enfermedad en cuestión, seguido del código **580.81**, **581.81**, **582.81** ó **583.81** (dependiendo de que la GN sea aguda, crónica, no especificada, o de la presencia de sd. nefrótico). Por ejemplo:

- GN aguda debida a endocarditis bacteriana subaguda:
421.0 Endocarditis bacteriana aguda y subaguda
580.81 Glomerulonefritis aguda en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos
- GN con síndrome nefrótico debida a LES:
710.0 Lupus eritematoso sistémico
581.81 Síndrome nefrótico en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos

Para algunas enfermedades en concreto, aunque no se especifique el tipo de GN, la CIE-9-MC remite a una determinada forma de presentación. Por ejemplo:

- GN debida a poliarteritis nodosa:
446.0 Poliarteritis nodosa
581.81 Síndrome nefrótico en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos
- GN debida a paperas:
072.79 Paperas con otras complicaciones especificadas, otras
580.81 Glomerulonefritis aguda en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos

Si la GN coexiste con nefritis intersticial o nefritis exudativa, o con otro tipo de lesión renal especificada, se clasifica en uno de los códigos **58x.89 GN o sd nefrótico con otra lesión patológica especificada renal, otra** (la categoría depende de la forma de presentación), accediendo a él mediante la entrada “**Glomerulonefritis, con, . . .**”

Si tal y como se menciona en la definición de glomerulonefritis, se da hipertensión arterial secundaria a la misma, dicha HTA secundaria se clasificará con un código de la categoría **405.x9 Otra hipertensión secundaria**, (la subcategoría dependerá de que la HTA secundaria sea maligna, benigna o no especificada).

2.- SINDROME NEFRÓTICO

Es un trastorno clínico que se observa en los pacientes con lesiones glomerulares con aumento de la permeabilidad a las proteínas y se caracteriza por proteinuria glomerular mayor de 3,5 g/día, que se relaciona con edemas, retención hidrosalina, hipoalbuminemia e hiperlipidemia. Las causas más frecuentes son: glomerulonefritis primarias crónicas, nefropatía diabética, amiloidosis renal, lupus eritematoso sistémico, etc.. Clínicamente existen edemas, hipercoagulabilidad y mayor susceptibilidad a las infecciones.

NORMA ESPECÍFICA DE CLASIFICACIÓN

Se clasifica según el tipo de lesión renal que presente en un código de la categoría **581.x Síndrome nefrótico**, sin importar la forma de presentación de dicha lesión. La entrada del Índice de Enfermedades “Síndrome nefrótico” es poco útil para el codificador ya que no aporta modificadores esenciales para las distintas lesiones glomerulares, por lo que es preciso emplear la referencia cruzada “*véase además*” para acceder al término principal **Nefrosis, nefrótico**, que sí presenta suficiente detalle de clasificación para los diferentes tipos de lesión (entrada: Nefrosis, con, lesión de, ...).

Si el síndrome nefrótico es debido a una enfermedad subyacente, (síndrome nefrótico secundario), la CIE-9-MC establece como secuencia de codificación primero el código de la patología, seguido del **581.81 Síndrome nefrótico en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos** (entrada: Nefrosis, en, ...). Por ejemplo:

- amiloidosis con síndrome nefrótico:

277.3 Amiloidosis

581.81 Síndrome nefrótico en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos

Si el síndrome nefrótico es debido a una enfermedad renal hipertensiva, se codifica como principal la enfermedad renal hipertensiva y como secundario el **581.81 Síndrome nefrótico en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos**, ya que el excluye de la sección (580-599) no implica el que ambos códigos puedan ser utilizados conjuntamente.

El síndrome nefrótico postquirúrgico o debido a un procedimiento se clasifica mediante codificación múltiple, con el **997.5 Complicaciones urinarias** seguido del

código de la categoría **581.x Síndrome nefrótico** que corresponda al tipo de lesión renal que presente (entrada: Nefrosis, tubular, debida a procedimiento)

El síndrome nefrótico por radiación se codifica mediante **581.9 Síndrome nefrótico con lesión patológica renal no especificada**, seguido del código E correspondiente a la causa de la radiación.

3.- NEFRITIS

3.1 NEFRITIS TUBULO INTERSTICIALES

Patología renal que afecta fundamentalmente a los túbulos e intersticio y que suele cursar con clínica correspondiente a la alteración de alguna de las funciones tubulares, como son: capacidad de concentrar la orina, eliminación de hidrogeniones, reabsorción de glucosa, aminoácidos o fósforo. Con frecuencia se acompaña de disminución del filtrado glomerular.

3.2 NEFRITIS INTERSTICIAL AGUDA

Disminución rápida, en horas o días, del filtrado glomerular, que aparece por inflamación intersticial

NORMA ESPECÍFICA DE CLASIFICACIÓN

El Índice Alfabético de la CIE-9-MC dirige la codificación de la nefritis tubulo intersticial, a través del término principal **Nefritis**, con su modificador esencial: tubárica, tubular, a través de la referencia cruzada “*véase Nefrosis, tubular*”, remitiendo al código **584.5 Fallo renal agudo con lesión de necrosis tubular**. No obstante si la documentación proporciona información adicional, refiriéndose a nefritis tubular debida a procedimiento o a radiación, los códigos serían respectivamente: **997.5 Complicaciones urinarias** ó **581.9 Síndrome nefrótico con lesión patológica renal no especificada**.

En el caso de la nefritis intersticial aguda, el Índice Alfabético, remite directamente al código **580.89 Glomerulonefritis aguda con lesión patológica especificada de riñón**.

4.- INSUFICIENCIA RENAL

Es un cuadro en el que los riñones no eliminan los desechos metabólicos ni desempeñan sus funciones reguladoras. En consecuencia las sustancias que debían eliminarse por la orina se acumulan en los líquidos corporales y perturban las funciones endocrinas y metabólicas, así como los equilibrios hidroelectrolítico y acidobásico. Es la “vía final común” de muchas nefropatías y enfermedades de vías urinarias. La insuficiencia renal se clasifica como insuficiencia renal aguda e insuficiencia renal crónica

4.1.- INSUFICIENCIA RENAL AGUDA

Consiste en la disminución rápida, en horas o días, del filtrado glomerular. Según su patogenia, se puede clasificar en prerrenal, renal y postrenal.

4.1.1.- IRA prerrenal (insuficiencia renal funcional): es aquella disminución rápida del filtrado glomerular secundaria a hipoperfusión renal, que se recupera si lo hace el flujo plasmático renal y que no se asocia a daño estructural renal. .

4.1.2.- IRA (parenquimatosa, intrínseca o establecida): está producida por las enfermedades que lesionan el riñón y pueden afectar todas las estructuras de la nefrona: procesos vasculares glomerulares, tubulares o tubulointersticiales.

4.1.3.- IRA postrenal (obstructiva): esta situación se produce generalmente por obstrucción de vías urinarias, (ej.: por cálculos, tumores, hipertrofia de próstata, etc.)

4.2.- INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Es la disminución de la función renal que evoluciona durante meses o años, con tendencia al empeoramiento progresivo y generalmente irreversible. Se conoce como IRC avanzada aquella con una disminución del filtrado glomerular por debajo del 50% y como IRC terminal aquella IRC irreversible caracterizada por un filtrado glomerular menor de 10ml/min./1.7m², generalmente acompañada de síndrome urémico y con indicación de comenzar tratamiento sustitutivo de la función renal.

NORMA ESPECÍFICA DE CLASIFICACIÓN

A efectos de clasificación con CIE-9-MC, es preciso tener presente que, por diferencias terminológicas de traducción, no resulta útil la entrada “**Insuficiencia, renal**” del índice alfabético, ya que para la CIE-9-MC sería sinónimo de “enfermedad, riñón”, lo que claramente no representa el concepto que buscamos. La entrada más apropiada para localizar los códigos que representen el concepto de insuficiencia renal, para cualquiera de sus tipos, es “**Fallo, renal**”. En esta entrada no se incluyen las insuficiencias renales de causa prerrenal o postrenal, las cuales se localizan bajo la entrada “**Fallo, prerrenal, ó extrarrenal**” y se codifican como **788.9 Otros síntomas que afectan al aparato urinario**, siendo preciso hacer notar que la CIE-9-MC la considera signo o síntoma de otra patología (el código pertenece al capítulo 16), por lo que deberemos buscar en el expediente la patología que la originó, para codificarla como principal.

La insuficiencia renal aguda se clasifica, según la lesión renal que la acompañe en un código de la categoría **584.x, Fallo renal agudo (Insuficiencia renal aguda)**. Si el paciente es hipertenso y a su vez tiene una insuficiencia renal crónica, se deberá

codificar la HTA con enfermedad renal, según el tipo, con el 5° dígito “1” de insuficiencia renal **403.X1 Enfermedad renal hipertensiva, no especificada benigna o maligna, con fallo renal** (es preciso recordar que, por defecto, toda patología renal en paciente con HTA se considera como relacionada, mientras la documentación no especifique la no relación causal). A este código se le debe añadir el código de la categoría **584.x Fallo renal agudo (Insuficiencia renal aguda)**

La insuficiencia renal crónica se clasifica como norma general en el código **585 Fallo renal crónico (Insuficiencia renal crónica)**,

Las insuficiencias renales no especificadas se clasifican en el código **586 Fallo renal no especificado (Insuficiencia renal no especificada)**, a no ser que el paciente padezca HTA, en cuyo caso, por defecto, se codificaría como nefropatía hipertensiva con insuficiencia renal. Por ejemplo:

- insuficiencia renal: **586**
- insuficiencia renal en paciente con HTA: **403.91**
- paciente con cardiopatía hipertensiva con ICC e insuficiencia renal: **404.93**

Constituyen una excepción las insuficiencias renales postquirúrgicas o debidas a un procedimiento, que se codifican con el **997.5 Complicaciones urinarias**, seguido del código de la insuficiencia renal) y las insuficiencias renales postraumáticas que se clasifican bajo el **958.5 Anuria traumática**.

La insuficiencia renal también puede deberse a una complicación renal de la diabetes, en cuyo caso se clasificará con el código **250.4x Diabetes con manifestaciones renales**, seguido del código de la insuficiencia renal correspondiente.

Por último, no debemos olvidarnos de las insuficiencias renales que complican el embarazo, parto, puerperio, o los abortos, que se codificarían con el código correspondiente del capítulo 11, seguido del código de la insuficiencia renal.

5.- HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y ENFERMEDADES RENALES

Se denomina hipertensión arterial el aumento de un modo persistente de la presión arterial por encima de sus límites normales. La hipertensión esencial (primaria o de causa desconocida), representa más del 90% de las hipertensiones, sin embargo la hipertensión secundaria se encuentra dentro de una frecuencia que oscila alrededor del 5 a 6%.

5.1.- HIPERTENSIÓN ESENCIAL

El corazón, el cerebro y el riñón son órganos diana de la HTA, la cual, en el caso del riñón, va produciendo progresivamente una nefroangioesclerosis que puede evolucionar a una insuficiencia renal crónica en aproximadamente un 10% de los casos, además del riesgo de cardiopatía hipertensiva con o sin insuficiencia cardíaca.

5.2.- HIPERTENSIÓN SECUNDARIA

Un pequeño número de pacientes hipertensos lo son por una causa específica y tiene interés identificarlos porque algunos curan al corregir la causa. La mayoría de estos pacientes se agrupan dentro de una patología renal o endocrina. La hipertensión de causa renal se puede dividir en dos grupos principales: a) hipertensión renovascular y b) hipertensión renal parenquimatosa.

Causas de hipertensión secundaria, ejemplos:

- Hipertensión renovascular
 - Angiodisplasia de arteria renal
 - Trombosis de arteria renal
- Hipertensión parenquimatosa
 - Glomerulonefritis
 - Pielonefritis
 - Nefritis intersticiales
- Otras causas
 - Feocromocitoma
 - Síndrome de Cushing
 - Hiperaldosteronismo primario

NORMA ESPECÍFICA DE CLASIFICACIÓN

(Ver cuadro 1)

La norma de codificación establece por defecto una relación causal entre la HTA y la insuficiencia renal crónica o no especificada, asignando el código **403.X1 Enfermedad renal hipertensiva, con insuficiencia renal.**

Si la causa de la hipertensión se atribuye a una enfermedad renal con insuficiencia renal crónica o no especificada, la hipertensión se clasificará con el código **405.XX Hipertensión secundaria**, más el código de la enfermedad correspondiente y el de la insuficiencia.

Ejemplos:

- Glomerulonefritis membranoproliferativa con insuficiencia renal crónica e HTA:

582.2 Glomerulonefritis crónica con lesión de glomerulonefritis membranoproliferativa

585 Insuficiencia renal crónica

403.XX ENFERMEDAD RENAL HIPERTENSIVA
(Enfermedad renal debido a hipertensión)

405.XX HIPERTENSION SECUNDARIA

Cuadro 1

CAUSA RENAL

HIPERTENSION RENOVASCULAR 405.X1

HIPERTENSIÓN PARENQUIMATOSA ... 405.X9

OTRAS CAUSAS 405.X9
(Endocrinometabólicas,...)

6.- OSTEODISTROFIA RENAL

Conjunto de complicaciones esqueléticas secundarias a alteración multifactorial del remodelamiento óseo, que acontece en la insuficiencia renal crónica avanzada. Se clasifica en el código **588.0 Osteodistrofia renal**.

7.- TRASPLANTE RENAL

Implante de un injerto renal procedente de un donante, cadáver o vivo, en un receptor histocompatible y tolerante inmunológicamente. Constituye en el momento actual el tratamiento de elección en pacientes con insuficiencia renal terminal.

7.1 RECHAZO DEL INJERTO RENAL

Respuesta, mediada inmunológicamente, del receptor frente al injerto renal reconocido como extraño. Determina un daño en el órgano transplantado y en ocasiones, la pérdida del mismo. Representa la causa principal de insuficiencia renal postrasplante. Puede clasificarse, atendiendo a la forma de aparición y tipo de respuesta inmunológica en : rechazo hiperagudo, rechazo acelerado, rechazo agudo celular , rechazo agudo vascular, rechazo crónico y dentro de la nefropatía crónica del injerto.

NORMA ESPECIFICA DE CODIFICACION

Todas las complicaciones del riñón transplantado se clasifican en el código **996.81 Complicación de riñón transplantado**, seguido del código de la causa específica que motivó la complicación. Este código es incompatible con el código **V42.0 Estado de trasplante de riñón** que sólo será utilizado en los casos en que no exista complicación

7.2 TRATAMIENTO:

7.2.1 DIALISIS

La diálisis es un método empleado para eliminar agua, solutos y productos de desecho innecesarios del cuerpo, cuando los riñones no pueden hacerlo debido a su patología, o bien para extraer de inmediato toxinas o venenos para prevenir lesiones permanentes o que pongan en peligro la vida.

Las variantes de este método de tratamiento son: hemodiálisis, hemofiltración y diálisis peritoneal.

7.2.2.- HEMODIÁLISIS

Es una forma de diálisis en la que un circuito sanguíneo extracorpóreo y otro de líquido de diálisis se ponen en contacto a través de una membrana semipermeable, dentro de un dializador.

7.2.2.1.- ACCESO VASCULAR

Para realizar la hemodiálisis intermitente se necesita una vía de acceso vascular, ya que se requiere disponer de un flujo sanguíneo elevado (al menos 200 a 300 ml/min) por periodos prolongados. En condiciones normales, el cuerpo no puede proporcionar este acceso circulatorio sin revisión quirúrgica de los vasos sanguíneos.

* derivación arteriovenosa externa o de Scribner: se coloca una cánula en una arteria y en una vena adyacentes (en tobillo, ingle, muñeca, brazo). La cánula arterial se usa para extraer la sangre para diálisis y la venosa para devolver la sangre al cuerpo tras su paso por el dializador. Entre tratamientos, se conectan entre sí la cánula arterial y venosa para impedir la coagulación en la derivación. Su duración media es de 6 a 9 meses, por lo que resulta poco práctica y se emplea como acceso temporal en pacientes con IRA que esperan trasplante y como tratamiento inicial de la IRC de inicio rápido o bien para la hemofiltración. Su mayor ventaja es su uso inmediato tras la cirugía y que no requiere punciones, sin embargo, presenta mayor incidencia de infección, de coágulos y restringe la movilidad del enfermo.

- La colocación de esta cánula vaso a vaso o externa se codifica como **39.93**

Inserción de cánula de vaso a vaso

- la revisión o sustitución de la cánula vaso a vaso (quitar la antigua y colocar la nueva) se clasifica bajo el código **39.94 Sustitución de cánula vaso a vaso**

- la conversión de una cánula vaso a vaso en fístula arteriovenosa se codifica como **39.42 Revisión de derivación arteriovenosa para diálisis renal**

* fístula AV interna: para formar esta fístula se anastomosa una arteria a una vena superficial, de manera que se incrementa el flujo de sangre a través de los vasos, dilatándose el sistema venoso para su fácil punción (aprox. 1.000 ml/min.) Los vasos usados con mayor frecuencia son las arterias radial o humeral y la vena cefálica. La fístula debe madurar varias semanas después de la intervención para permitir que las paredes venosas sufran un proceso de arterialización (engrosamiento de la pared) que lo hace más apropiado para canalizaciones repetidas. En el momento de la diálisis, se introducen dos agujas: una para la salida de la sangre y otra para su reingreso. Presenta menor incidencia de infección y coágulos y proporciona mayor movilidad al paciente; sin embargo, requiere punciones repetitivas y pueden darse aneurismas, isquemia por robo distal a la fístula, insuficiencia cardíaca por hiperflujo y no se puede utilizar inmediatamente después de la operación, por lo que el paciente puede requerir una derivación AV temporal o un catéter venoso para poder someterse a diálisis hasta que su fístula esté lista.

- La creación de esta fístula se codifica como **39.27 Arteriovenostomía para diálisis renal** (exista injerto o no).
- El recambio, sustitución o revisión de esta fístula (extraer la antigua o malfunctionante y crear una nueva) se codifica como **39.42 Revisión de derivación arteriovenosa para diálisis renal**
- La extracción de la fístula sin recambio se clasifica bajo el **39.43 Extracción de derivación arteriovenosa para diálisis**

* injerto: consiste crear la fístula arteriovenosa suturando una pieza de arteria carotídea de ganado bovino, Gore-Tex (heteroinjerto), vena safena (injerto autólogo), o injerto de cordón umbilical en el vaso del paciente, de manera que se obtiene un segmento disponible en el que colocar las agujas de diálisis. En otras ocasiones se utiliza simplemente como puente arterio-venoso. En general se crea el injerto cuando los vasos del paciente no son adecuados para el tratamiento por fístula (por ejemplo pacientes con afecciones vasculares, como los diabéticos), y casi siempre se coloca en antebrazo, brazo o porción superior del muslo.

- Se codifica como la creación de una fístula AV, en el **39.27 Arteriovenostomía para diálisis renal**

* cateterización venosa: frecuentemente es preciso cateterizar los vasos sanguíneos en aquellos pacientes que requieren hemodiálisis de urgencia pero no tienen un acceso vascular disponible (fístula, cánula). Se coloca preferentemente en las venas femoral, yugular o subclavia, y puede utilizarse como acceso vascular agudo o crónico permanente.

- Se codifica como **38.95 Cateterismo venoso para diálisis renal** (acceso agudo), añadiendo el código **38.94 Disección venosa** si el cateterismo se ha realizado por esta vía.
- En el caso de inserción de un dispositivo de acceso vascular implantable (permanente), DAV. Sólo se codificará con el código **86.07 Inserción de dispositivo de acceso vascular [DAV] totalmente implantable**.

7.2.2.2.- TECNICAS

Las diferentes técnicas de hemodiálisis no afectan en la asignación del código, ya que todas se clasifican en el código **39.95 Hemodiálisis**. Por ello, sólo las mencionaremos:

* técnicas intermitentes (se utilizan de forma discontinua):

- hemodiálisis con bicarbonato, (HDB): emplea líquido de diálisis con bicarbonato como alcalinizante.
- ultrafiltración, (UF): sólo utiliza transporte convectivo; se elimina agua y solutos en función de un coeficiente de cribado.

- hemofiltración, (HF): sólo utiliza transporte convectivo o ultrafiltración, reponiendo mediante un líquido de infusión la diferencia entre lo ultrafiltrado y la ganancia de peso a eliminar.
- hemodiafiltración (HDF): mezcla transporte convectivo y difusivo. Realiza reposición con un líquido de hemodiálisis, diferencia entre lo ultrafiltrado y la pérdida de peso programada.

* técnicas continuas: se clasifican en función de los puntos de acceso al sistema en: arteriovenosa (AV) y venovenosa (VV) (que requiere una bomba para impulsar la sangre) y según el tipo de transporte utilizado en:

- hemofiltración continua (AV ó VV)
- hemodiálisis continua (AV ó VV)
- hemodiafiltración continua (AV ó VV)

Son técnicas que se emplean en la insuficiencia renal aguda, fundamentalmente en pacientes con inestabilidad hemodinámica o disfunción multiorgánica.

7.3.2.- DIÁLISIS PERITONEAL

Es una forma de diálisis en la que se utiliza como membrana semipermiable el peritoneo. Se requiere colocar un catéter de caucho siliconizado (el más utilizado es el catéter de Tenckhoff) en la cavidad abdominal, y de forma intermitente y aséptica se introducen unos 2 litros líquido de diálisis en el peritoneo, que se extrae después de un cierto tiempo por gravedad. Todo este proceso de instilación, “permanencia” y salida se conoce como intercambio,

Tipos:

- diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA o CAPD): diálisis peritoneal manual en la que el líquido de diálisis siempre está en el peritoneo, incluida la noche. Se suelen realizar 4 ó 5 intercambios al día.
- diálisis peritoneal automática (DPA) o diálisis peritoneal continua con cicladora (DPCC) : una máquina llamada cicladora es la que realiza automáticamente los intercambios (normalmente de noche, mientras el paciente descansa). Se deja un intercambio diurno (día húmedo).
- diálisis peritoneal intermitente (DPI ó IPD) los intercambios se suceden durante algunas horas al día, quedando el peritoneo durante el resto del tiempo sin líquido de diálisis.

Codificación de la diálisis peritoneal:

- La diálisis peritoneal se codifica como **54.98 Diálisis peritoneal**.
- La inserción y el reposicionamiento del catéter de Tenckhoff o similar como **54.93 Creación de fístula cutáneoperitoneal**.
- Revisión o recolocación del catéter en el mismo sitio: **54.99 Otra operación de la región abdominal** (si es operatoria o por incisión) o bien el código **97.29 Otra sustitución no quirúrgica** (si no es operatoria)

- Retirada del catéter: **54.95 Incisión de peritoneo** (si es por incisión), más el código **97.82 Extracción de dispositivo de drenaje peritoneal**. En el caso de no realizarse incisión, se utilizará sólo este último.
- Retirada del lugar original con inserción en un nuevo sitio:
 - . por incisión: **54.93 + 54.95 + 97.82** (colocación + retirada con incisión)
 - . sin incisión: **54.93 + 97.82** (colocación + retirada sin incisión)

OTROS CODIGOS RELACIONADOS CON LA DIÁLISIS:

* Admisión para diálisis renal (procedimiento de acceso ya realizado previamente):

DP: V56.0 Diálisis extracorporeal ó V56.8 Diálisis peritoneal, según corresponda

DS: enfermedad renal

P: **39.95 Hemodiálisis ó 54.98 Diálisis peritoneal**

* Admisión para realización de acceso vascular o peritoneal y diálisis.:

DP: **V56.1 Colocación y ajuste de catéter de diálisis extracorpórea + V56.0 Diálisis extracorpórea, o bien V56.2 Colocación y ajuste de catéter de diálisis peritoneal + V56.8 Otra diálisis**

DS: enfermedad renal

P: código de procedimiento de acceso + código de diálisis

* Complicaciones de la diálisis:

- demencia (especificada como debida a aluminio):

DP: **985.8 Efecto tóxico de otros metales especificados**

DS: **294.8 Otros síndromes cerebrales orgánicos especificados (crónicos) + enfermedad renal + E879.1 Reacción anormal a diálisis renal**

- demencia (no especificada como debida a aluminio):

DP: **294.8 Otros síndromes cerebrales orgánicos especificados (crónicos)**

DS: enfermedad renal + **E879.1 Reacción anormal a diálisis renal**

- desequilibrio electrolítico por diálisis:

DP: código de la alteración electrolítica

DS: enfermedad renal + **E879.1 Reacción anormal a diálisis renal**

COMPLICACIONES DE ACCESOS VASCULARES O PERITONEALES PARA DIALISIS

Se encuentran en el índice alfabético en la entrada “**Complicación, diálisis**”

- mecánicas

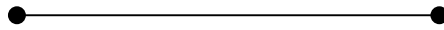
- hemodiálisis: **996.1 Complicación mecánica de otro dispositivo, implante o injerto vascular**

- diálisis peritoneal : **996.56 Complicación mecánica debido a catéter de diálisis peritoneal**

- infecciosas

- hemodiálisis: **996.62 Reacción infecciosa e inflamatoria por dispositivo, implante e injertos vasculares**

- diálisis peritoneal: **996.68 Reacción infecciosa e inflamatoria debido a catéter de diálisis peritoneal**
- otras complicaciones: (dolor, oclusión, estenosis, fibrosis, trombo, hemorragia,...)
- hemodiálisis: } **969.73 Otras complicaciones debidas a la presencia de**
- diálisis peritoneal } **dispositivo, implante o injerto de diálisis renal**



Han colaborado en el tema monográfico:

- Dr. Rafael Pérez García.- Jefe Clínico de Nefrología
(HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN)
- Dra. Patrocinio Rodríguez Benitez.- Servicio de Nefrología
(HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN)
- Dra. Pilar Salas Pérez.- Medicina Interna
(HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN)
- D. Fernando Peña Ruiz, Técnico en Sistemas de Información
(HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN)

TEMA MONOGRAFICO

ASISTENCIA AMBULATORIA NORMAS GENERALES DE CODIFICACIÓN CON CIE – 9 – MC

INTRODUCCIÓN

Para la correcta codificación de los episodios de *asistencia ambulatoria* debemos tener en cuenta las diferencias que esta actividad tiene con respecto a la hospitalización de agudos, y la existencia de su propio CMBD. El registro a codificar pasa a ser el “*contacto del paciente con el profesional sanitario*” en vez de la hospitalización, entendiéndose como tal, si hablamos de *asistencia especializada* la consulta externa de un servicio clínico del hospital, la urgencia, hospital de día etc. o bien en el caso de *asistencia primaria* cualquier tipo de entrevista de carácter profesional entre el paciente y el profesional sanitario.

Esto se traduce en ausencia de diagnósticos ciertos en muchos casos, en motivo de consulta con fines administrativos en otros, numerosos contactos donde la única razón para los mismos son síntomas, contactos con fines profilácticos, o para descartar patología... etc. Por ello, la norma general de codificación, que a continuación se expone, sufre un gran cambio con respecto a la de codificación de hospitalización, que se resume en dos grandes argumentos:

- *Sólo se codificarán como ciertos los diagnósticos confirmados*, lo que se traduce en mayor utilización de los códigos del capítulo 16 de la CIE-9-MC de “Síntomas y signos mal definidos”.
- *Mayor posibilidad de utilización de códigos V* de la “Clasificación suplementaria de factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios” como diagnóstico principal.

NORMAS DE CODIFICACIÓN

1) Diagnóstico del contacto.

- Para ambos tipos de *asistencia ambulatoria*, tanto *primaria* como *especializada*, el “*diagnóstico del contacto*” (equivalente al diagnóstico principal en el CMBD de hospitalización) es único, y se considerará como tal aquel que el profesional sanitario considera como el causante del contacto con el paciente.
- Se podrá utilizar cualquier código diagnóstico de la CIE-9-MC (**001.0 – V82.9**) para identificar la razón o motivo del contacto, y al igual que en hospitalización *se codificará con el mayor grado de especificidad posible*, es decir, debemos asignar cuartos y quintos dígitos cuando así aparezca en el tabular (asignación de subcategorías y subclasificaciones cuando existan).

- El diagnóstico del contacto será el documentado por el profesional responsable del mismo, siempre que sea de certeza o confirmado, ***no codificándose como ciertos aquellos diagnósticos documentados como “diferenciales”, “de sospecha”, “probables”, “en estudio”, “a descartar”***, codificándose en estos casos la condición primera o que con mayor grado de certeza motivó el encuentro o contacto, es decir, los signos o síntomas documentados que afectan al paciente.
- En los casos donde no se documente un diagnóstico o falte su registro, codificaremos igual que en el caso anterior los signos o síntomas documentados como motivo del contacto.
- Cuando el contacto sea para *tratamiento o cuidados de procesos crónicos* que necesitan atención periódica, el código del proceso crónico será el del contacto cada vez que se produzca dicha atención, independientemente del número de visitas o contactos que se realicen.
- Si el contacto se realiza en una *consulta sólo con carácter auxiliar*, es decir, de apoyo a la original que está diagnosticando y siguiendo el proceso, con fines diagnósticos (sólo realización de prueba diagnóstica, como radiología) o terapéuticos, el diagnóstico del contacto también será la razón que lo originó, el código del diagnóstico confirmado si lo hay, o bien el del signo o síntoma si no es de certeza, excepto en los casos específicos que contempla la norma en los que se usarán dos códigos, primero un V y segundo la condición que lo motiva: contacto para radioterapia (V58.0 + diagnóstico), para quimioterapia (V58.1 + diagnóstico), rehabilitación (V57.XX + diagnóstico), diálisis (V56.X + enfermedad).
- En el caso de *cirugía ambulatoria* se codificará el diagnóstico motivo de la cirugía, siempre que coincida con el diagnóstico postoperatorio; si no, será éste el que debemos asignar.
- Cuando la razón del contacto sea por *otras circunstancias* distintas, como puede ser para emisión de certificados, estudios en salud, profilaxis, etc. donde no existe en sí un diagnóstico ni síntomas, o bien ya han sido tratados, se identificará la condición con la clasificación suplementaria de **códigos V**, que para mayor información y aclaración, se comentan en el anexo final de códigos V.

2) **Otros diagnósticos.**

- Además del *diagnóstico del contacto*, ***se deben codificar todas aquellas condiciones documentadas*** que coexistan en el momento del contacto, y ***que afecten al cuidado del paciente o requieran tratamiento o consejo durante el mismo.***
- ***Las condiciones o problemas previos ya tratados no deben codificarse***, así como aquellas circunstancias de historia personal o familiar que no influyan en el actual contacto.

- En *asistencia ambulatoria especializada*, se admite un máximo de nueve diagnósticos adicionales al del contacto, como “*diagnósticos secundarios*”.
- En *asistencia ambulatoria primaria*, se admiten cuatro *diagnósticos adicionales al diagnóstico del contacto*.

3) Procedimientos.

- La norma de codificación general de procedimientos en *asistencia ambulatoria*, tanto *especializada* como *primaria*, es la misma que para la codificación de hospitalización, a excepción de la determinación de qué procedimientos se codifican: en ambos casos sólo se codificará el procedimiento diagnóstico o terapéutico realizado en el mismo contacto o visita, o aquél cuyo resultado se dé a conocer durante el mismo; nunca se codificará el procedimiento solicitado durante el contacto y no realizado. Es decir, el único procedimiento no realizado durante el contacto que se codifica en el mismo es el solicitado en otro contacto pero que sus resultados son dados a conocer al paciente en el actual.
- **Asistencia primaria:**
 - El *CMBD de primaria* contempla dos tipos de variables para procedimientos, que admiten cada uno hasta *cinco códigos*:
 - *Procedimientos realizados por profesionales de primaria*: los solicitados y realizados en el ámbito ambulatorio de primaria por profesionales de asistencia primaria. Se codifica el realizado en el contacto o el que sus resultados se conocen en el mismo.
 - *Procedimientos realizados por profesionales de especializada*: solicitados por atención primaria y realizados por profesionales de atención especializada en régimen ambulatorio. Igualmente repetimos, se codifica el realizado durante el contacto actual o el que se informa de sus resultados durante el mismo, nunca el solicitado.
- **Asistencia especializada:**
 - Sólo tiene un tipo de variable para procedimientos, admitiéndose hasta cinco códigos.
 - Se codifican los procedimientos diagnósticos o terapéuticos realizados en el mismo contacto, o aquéllos cuyos resultados son conocidos durante el mismo siempre y cuando se hayan realizado en régimen ambulatorio y solicitados en un contacto ambulatorio previo por el mismo servicio.

ANEXO CÓDIGOS V

Los códigos V podemos dividirlos didácticamente en dos grandes grupos según la condición que identifican, y a su vez subdividirlos en otros subgrupos comunes más específicos. La división, para mejor comprensión quedaría así:

CIRCUNSTANCIAS Y/O PROBLEMAS

Son códigos que identifican circunstancias o problemas, que sin ser enfermedades (se codificarían entonces con otros códigos distintos a los V), afectan al estado de salud del paciente, y por tanto, de una manera u otra, también a sus cuidados. Dividiendo en subgrupos tenemos:

- 1) **Contacto / exposición:** indican el contacto o exposición del paciente con enfermedades infecciosas. Se recogen en la categoría **V01**.
- 2) **Estados:** informan sobre la posible presencia de una enfermedad, de la posibilidad de secuelas de una patología previa, situaciones de portador de prótesis, implantes o transplantes, o de circunstancias sociofamiliares o personales. Las categorías son:
 - **V02:** portador de enfermedades infecciosas
 - **V08:** portador de VIH
 - **V09:** presencia de resistencia antibiótica
 - **V21:** estados constitucionales durante el desarrollo
 - **V22.2:** estado de embarazo
 - **V26.5X:** estado de esterilización
 - **V40:** problemas psiquiátricos
 - **V41:** problemas de los sentidos
 - **V42:** presencia de transplante
 - **V43:** presencia de prótesis e implantes
 - **V44:** estados de aperturas artificiales
 - **V45:** otros estados postquirúrgicos
 - **V46:** dependencia de máquinas
 - **V47:** problemas de órganos internos
 - **V48:** problemas de la cabeza, cuello y tronco
 - **V49:** problemas de miembros y otros (incluye estados de amputación)
 - **V58.6X:** largo tiempo en la utilización de medicamentos (incluye anticoagulantes)
 - **V60:** problemas socioeconómicos
 - **V61:** problemas familiares
 - **V62:** problemas psicosociales
 - **V63:** problemas en relación con los cuidados sanitarios
 - **V64:** causas de no realización de procedimientos o tratamientos previstos
 - **V66:** convalecencia
 - **V69:** problemas relativos al estilo de vida
- 3) **Historia personal o familiar:** los de historia personal indican una condición médica pasada que ya no recibe tratamiento alguno, pero puede significar un cierto riesgo de recurrencia y así una especial vigilancia. Los de historia

familiar identifican la posibilidad de presentar un elevado riesgo de padecer cierta enfermedad presente en el ámbito familiar cercano.

- **V10: historia personal de neoplasias malignas**
- **V11:** historia personal de trastorno mental
- **V12 y V13:** historia personal de otras enfermedades
- **V14:** historia personal de alergia a medicamentos
- **V15:** otro historial personal que presenta riesgos para la salud
- **V16:** historia familiar de neoplasias malignas
- **V17:** historia familiar de ciertas enfermedades incapacitantes crónicas
- **V18:** historia familiar de otras enfermedades especificadas
- **V19:** historia familiar de otras enfermedades

SERVICIOS O TRATAMIENTOS

Códigos que nos informan de que el paciente contacta con los servicios sanitarios para un tratamiento específico, servicio especial o asesoramiento, la mayoría de las veces sin padecer enfermedad, y en otras, preceden al código de la enfermedad cuando la causa del contacto es un tratamiento o cuidado muy específico (por ejemplo para quimioterapia, diálisis renal, radioterapia o rehabilitación). Podemos diferenciar:

- 1) **Prevención / profilaxis / asesoramiento:** identifican que éstas son las causas del contacto, sin haber enfermedad:
 - **V03:** necesidad de vacunación contra enfermedades bacterianas
 - **V04:** necesidad de vacunación contra ciertas enfermedades víricas
 - **V05:** necesidad de vacunación contra una sola enfermedad
 - **V06:** necesidad de vacunación contra combinaciones de enfermedades
 - **V07:** necesidad de aislamiento y otras medidas profilácticas
 - **V20:** supervisión de la salud del bebé o niño
 - **V22.0:** supervisión de embarazo normal de primípara
 - **V22.1:** supervisión de otro embarazo normal
 - **V23:** supervisión de embarazo de alto riesgo
 - **V25:** asistencia anticonceptiva
 - **V26:** asistencia procreativa (excepto **V26.5X**)
 - **V65:** otras personas que solicitan consulta sin padecer enfermedad (en esta categoría se incluyen códigos que identifican como causa del contacto el asesoramiento y educación en salud).
 - **V70:** reconocimiento médico general
 - **V72:** reconocimientos especiales (aquí se incluyen el ginecológico, **V72.3**, y los preoperatorios, **V72.8X**)
- 2) **Contacto con fines administrativos:** para emisión de certificados, recetas, etc. **V68.X**
- 3) **Cribaje o “screening”:** indican que el contacto se produce para la realización de pruebas o estudios específicos para diagnosticar una enfermedad en fase temprana, en pacientes sin sintomatología, para poder realizar un tratamiento precoz en caso de resultar positivos dichos estudios. Deben diferenciarse de aquellas circunstancias donde el paciente sí presenta signos o síntomas

sospechosos de enfermedad y lo que se intenta es confirmarla o descartarla, lo que consistiría en un examen diagnóstico y no en un cribaje.

- **V28:** cribaje prenatal
- **V73:** cribaje para enfermedades víricas y por clamidias
- **V74:** cribaje para enfermedades bacterianas y espiroquetales
- **V75:** cribaje para otras enfermedades infecciosas
- **V76:** cribaje para neoplasias malignas
- **V77:** cribaje para trastornos endocrinos, nutritivos, metabólicos e inmunidad
- **V78:** cribaje para trastornos de la sangre y órganos hematopoyéticos
- **V79:** cribaje para trastornos mentales y deficiencias del desarrollo
- **V80:** cribaje para enfermedades neurológicas, oculares y del oído
- **V81:** cribaje para enfermedades cardiovasculares, respiratorias y genitourinarias
- **V82:** cribaje para otras enfermedades

4) **Observación:** se usan cuando el contacto se produce por sospecha de cierta enfermedad, y tras realizar el estudio pertinente resulta descartada. No deben utilizarse cuando existen síntomas o enfermedad, pues entonces serán estas condiciones las que se codifiquen.

- **V29:** observación de recién nacidos
- **V71:** observación (excepto neonatos)

5) **Asistencia posterior:** usados cuando el paciente contacta con los servicios sanitarios habiendo recibido ya el tratamiento inicial de la enfermedad y ésta ya no está presente, y lo que se pretende es acelerar la recuperación o evitar secuelas posteriores (excepto los códigos ya comentados **V58.0**, contacto para radioterapia, **V58.1** para quimioterapia, **V67.X** para rehabilitación o **V56.X** para diálisis), o bien la realización de un tratamiento específico cuya finalidad no es remediar el estado de salud (como tratamientos con fines estéticos, o cuidados paliativos).

- **V24:** cuidados y examen postparto
- **V50:** cirugía electiva estética y otras
- **V51:** cirugía plástica posterior no estética
- **V52:** colocación y ajuste de dispositivos protésicos
- **V53:** colocación y ajustes de dispositivos
- **V54:** cuidados ortopédicos posteriores (incluye el contacto para retirada o extracción, sin la presencia de complicaciones, de material de inmovilización, fijación y osteosíntesis)
- **V55:** cuidados de aperturas artificiales
- **V56:** diálisis y cuidados de sus catéteres
- **V57:** rehabilitación
- **V58:** otros cuidados posteriores (excepto **V58.6**) (incluye cuidados de heridas quirúrgicas, vendajes y otros cuidados postquirúrgicos)
- **V59:** donantes
- **V66.7:** admisión para cuidados paliativos

6) **Seguimiento:** identifica el control de una enfermedad tras el tratamiento, indicando que la enfermedad está tratada y curada, sin existir, a diferencia de los códigos de asistencia posterior que identifican un proceso o enfermedad en vías de curación.

- **V67**: examen de seguimiento

Finalmente, con carácter especial y fuera de estos dos grandes grupos comentados, existen dos categorías, utilizadas en hospitalización, para identificar el resultado del parto en la historia de la madre (**V27**) y otra para identificar a los recién nacidos vivos en función del tipo de parto, que sin estar enfermos necesitan cuidados (**V30**).

Ha colaborado:

Jesús Trancoso Estrada.- Sº de Información y Estadísticas.-
SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

PREGUNTAS A LA UNIDAD

PREGUNTAS RECIBIDAS

1.- ¿Cómo se codifica “estado de laringectomía”?

RESPUESTA

La CIE-9-MC no proporciona ninguna entrada para el código de estado de laringectomía.

Sin embargo el código 478.79 Otras enfermedades laríngeas no clasificadas bajo otros conceptos sería al que llegaríamos siguiendo la regla de la clasificación de las ausencias de órganos adquiridas que nos lleva en general a la categoría “Otras enfermedades del órgano específico”.

Igualmente es importante en este caso documentarse sobre si el paciente tiene historia personal de neoplasia maligna de laringe V10.21 o si a su vez es portador de traqueostomía V44.0

2.- ¿En el caso de que un carcinoma de pulmón tenga metástasis, dejaríamos de codificarlo como de comportamiento incierto para hacerlo como maligno?

RESPUESTA

Desde el momento que un tumor metastatiza se define como maligno.

3.- Paciente que tiene como diagnóstico secundario una infección por Yersinia. En el índice alfabético sólo aparecería entrada para Yersinia Pestis (no había entrada para Yersinia no especificada) (020.9), y me pareció inadecuado codificar a este paciente como que tuviera peste. Por este motivo me documenté y pude comprobar que un sinónimo de Yersinia es Pasteurella, y si encontré entrada para la infección por Pasteurella no especificada (027.9). ¿Es correcto codificarlo de esta manera?

RESPUESTA

Existen 3 clases de Yersinia:

Yersinia pestis (Pasteurella pestis)

Yersinia pseudotuberculosis (Pasteurella pseudotuberculosis)

Yersinia enterocolitica (Pasteurella X, Pasteurella pseudotuberculosis tipo III)

Para clasificar estas infecciones es preciso que el facultativo las documente claramente en el expediente.

En el caso de que no esté especificado el tipo de Yersinia la clasificaremos en 027.8 Otras zoonosis bacterianas especificadas entrando en el Índice Alfabético por Yersinia séptica.

4.- Resección anterior de recto con anastomosis colo-anal con reservorio y colostomía en asa de descarga. ¿Cómo se codificarían estos procedimientos? ¿Es válida alguna de estas opciones?:

a) 48.62 + 46.03 + 46.11 + 45.95

b) 48.62

RESPUESTA

El código combinado que se debe asignar a la resección anterior de recto con colostomía en el mismo tiempo quirúrgico es el 48.62 Resección anterior de recto con colostomía simultánea debiéndose añadir como código asociado el 45.95 Anastomosis intestinal, anastomosis al no (incluye formación de reservorio ilial endorectal)

5.- ¿Se debe utilizar el código 989.5 en mordeduras de serpientes venenosas aún cuando la toxicidad de la mordedura se manifieste localmente?

RESPUESTA

Si la mordedura es por serpiente venenosa deberá usarse este código, independientemente de la manifestación que podrá ser local, locorregional o general.

En cualquier caso usaremos el código correspondiente para identificar la manifestación.

6.- Paciente con depresión mayor recurrente que ingresa por haber tomado “Lofton” como gesto autolítico, sin presentar síntomas de intoxicación. ¿Debo codificar como DxP la depresión recurrente si el gesto autolítico no ha puesto en riesgo su vida y el tratamiento ha ido encaminado a resolver la depresión? ¿Debo codificar como DxP la intoxicación o el gesto autolítico si el tratamiento ha ido dirigido principalmente a resolver la intoxicación, o en cualquier caso, el DxP debe ser la enfermedad crónica reagudizada?

RESPUESTA

Si el motivo del ingreso ha sido el intento autolítico y presenta intoxicación, ésta debería codificarse como principal, y como secundario el problema psíquico, además de su correspondiente código de causa externa.

En el caso de que el ingreso fuera debido al autolítico y tras el estudio y observación pertinente sea descartada tal intoxicación (que duele hacerse en el área de Urgencias antes de proceder al ingreso) pero la descompensación psiquiátrica requiere ingreso es la patología psiquiátrica la que será codificada.

7.- ¿Cómo se codifica una perineorrafia que no está producida por lesión obstétrica? La entrada “Perineorrafia” remite al código 71.71 Sutura de desgarro obstétrico actual. Dado que no se trata de una lesión obstétrica, ¿se puede emplear el código 71.79 Otra reparación de vulva y el perineo en este caso (entrada: reparación, perineo)

RESPUESTA

Una perineorrafia consiste en la sutura del perineo. El Índice Alfabético remite claramente al código 71.7 Sutura de laceración de vulva o perineo.

En nuestra Lista Tabular de procedimientos el descriptor “sutura de desgarro obstétrico actual” es erróneo por lo que puede llevar a confusiones.

8.- Paciente diagnosticado hace 4 años de rhabdomyosarcoma del 1er. dedo de mano izda. que se extirpó. Tras suspensión del tratamiento ingresa para retirada de Port-Acath. ¿Es correcta la codificación V58.81 + V10.89 + 86.05 + 39.49?

RESPUESTA

Son correctos los códigos diagnósticos. En cuanto al procedimiento, la acción de extraer un catéter de una vena no incluye acto quirúrgico sobre estructuras vasculares por lo que deberá emplearse el código 86.05 Incisión o extracción de cuerpo extraño de piel y tejido subcutáneo para clasificar el procedimiento de “extracción de dispositivo de acceso venoso”.

9.- Paciente que ingresa procedente de urgencias con un cuadro de “ecografía compatible con aborto diferido de 23 semanas”. Se le inserta un tallo de laminaria y se le hace un legrado. Anatomía patológica: restos deciduocoriales con focal inflamación aguda de la fibrina subcorial y restos embrionarios macerados con desarrollo correspondiente a 14 semanas, con modificaciones atribuibles a oligoamnios (deformación extremidades) ¿Debemos ignorar las 23 semanas y codificar un aborto diferido al no haber parto? ¿Sería correcta la codificación: 632 + 658.00 + 655.80 + 69.02 + 69?

RESPUESTA

Es correcta la asignación del código 632 Aborto diferido pues por la anatomía patológica el feto presenta un desarrollo de 14 semanas habiendo estado retenido hasta la 23, lo que nos indica que el aborto tubo lugar antes de las 22 semanas. Sin embargo, en cuanto a las modificaciones debidas a oligoamnios como por ejemplo la deformidad de extremidades no existe información suficiente que documente que haya sido la causa del aborto, dado que también puede deberse al proceso involutivo fetal posterior al aborto. De todos modos es preciso recordar que a partir del 1 de enero de 1999 las causas de aborto no se codificase con el 5º dígito “0” sino con el “3”.

10.- Paciente de 21 semanas de gestación a la que se le diagnostica una neoplasia maligna de útero y se practica una histerectomía. ¿La siguiente secuencia de códigos es correcta?:

648.90 + 179 + 637.92 + 68.3

¿Cómo se clasifica el aborto que origina la histerectomía como complicación de procedimiento obstétrico?

RESPUESTA

El motivo de ingreso de la paciente en el hospital es la neoplasia maligna uterina que complica el embarazo. El aborto es la consecuencia inevitable del tratamiento del tumor mediante histerectomía. Por este motivo se clasificará como diagnóstico principal el 654.13 Tumores del cuerpo uterino, estado o complicación anteparto.

A este código es preciso añadir como secundarios el 179 Neoplasia maligna de útero, parte no especificada y el 637.92 Aborto no especificado, sin mención de complicación, completo para clasificar el aborto debido a un procedimiento que ineludiblemente lo provoca.

Por último y dada la información remitida, el código para clasificar el procedimiento será el 68.9 Otras histerectomías y las no especificadas.

11.- Paciente con larga historia de polimenorragias por dos leiomiomas uterinos a la que se realizó una histerectomía en un ingreso previo hace 15 días. Ingresó por dolor abdominal, observándose a la exploración un hematoma vaginal de 10 cm. De diámetro, por lo que se sospecha hematoma infectado. Se le realiza drenaje del hematoma en cúpula vaginal infectado secundario a histerectomía. A la hora de codificar el hematoma infectado: ¿es sinónimo de seroma infectado = 998.51?. Si no es sinónimo de seroma infectado y se debe clasificar en el 998.59, ¿se asigna únicamente el 998.59 ó también se debe añadir el 998.13? (el descriptor del 998.59 no identifica que se trata de un hematoma)

RESPUESTA

En la expresión diagnóstica queda documentado que se trata de un hematoma postoperatorio vaginal infectado por lo que como la CIE-9-MC por el momento no contiene un código combinado deberemos utilizar el 998.12 Hematoma que complica un procedimiento, el 623.6 Hematoma vaginal para identificar la localización anatómica, el 998.59 Otras infecciones postoperatorias y el 616.10 Vaginitis y vulvovaginitis no especificadas.

Seleccionamos como diagnóstico principal el hematoma por la secuencia lógica de aparición y evolución. El código del procedimiento será el 70.14 Otra vaginotomía.

FORMACIÓN CONTINUADA EN CODIFICACIÓN

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

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) 360 45 42, Fax: (91) 360 45 45.
E-Mail: mSENDINO@MSC.ES

FORMACION CONTINUADA

MOTIVO DE INGRESO: Paciente que ingresa por alteración en el habla de un mes de evolución y dificultad respiratoria.

EVOLUCION: Durante su ingreso se comienza estudio para poder descartar posible síndrome de apnea del sueño o accidente isquémico transitorio, negándose el paciente a permanecer en el hospital para realización de tal estudio y prueba complementarias.

ESTADO ACTUAL: No refiere pérdida de fuerza ni desviación de la comisura bucal, presentando sensación de hormigueo a nivel de la lengua, somnolencia diurna y respiraciones profundas con posibles pausas de apnea durante el sueño. Roncador habitual.

ANTECEDENTES PERSONALES: Hipertensión arterial en tratamiento, cardiopatía isquémica (IAH hace 2 meses), hipercolesterolemia, no broncópata..

JUICIO DIAGNOSTICO:

Hipertensión arterial
Cardiopatía isquémica
Hipercolesterolemia
Alta voluntaria

RESPUESTA A LA FORMACION CONTINUADA

DIAGNOSTICO	CODIGO	OBSERVACIONES
<u>Alteraciones en el habla</u> Trastorno - habla NCOC	784.5	Al no llegarse a un diagnóstico definitivo el código principal será aquél que identifica el síntoma o signo por el que el paciente fue atendido
<u>Dificultad respiratoria</u> Disnea (nocturna) (paroxística)	786.09	
<u>Hipertensión arterial</u> Hipertensión.- No especificada	401.9	
<u>Infarto hace 2 años</u> Infarto - miocardio - - antiguo	412	
<u>Hipercolesterolemia</u> Hipercolesterolemia	272.0	

FORMACION CONTINUADA

Fecha ingreso: 18-01-99

Fecha alta: 22-01-99

Paciente de 25 años de edad con antecedentes de déficit psicomotor grave, epilepsia en tratamiento e ingesta accidental de cáusticos en 1991, por lo que se le practicó esofagectomía total, siendo portador de esofagostomía cervical y yeyunostomía de alimentación.

Ingresa para valoración de la posibilidad de realizar reconstrucción del tránsito alimentario.

Exploraciones:

1. Orofaringe bajo sedación anestésica: no se ve más allá de la glotis
2. Hipofaringoscopia: banda estenótica a nivel del espacio retrocordal

Vista la exploración, se comprueba que para hacer una reconstrucción es necesaria una laringuectomía total con traqueostomía. Planteada la situación y posibilidades técnicas, se habla con la familia y se decide no llevar adelante la reconstrucción por el alto riesgo y la poca mejora en la calidad de vida del paciente.

Se da de alta al paciente para seguir controles en consulta externas de cirugía.

Diagnósticos: Esofagectomía total por cáusticos

Tratamiento: Valoración y estudio