

CODIFICACIÓN CLÍNICA CON LA CIE-9-MC

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



Boletín número 12

Año V

Febrero, 1999



Programas

CODIFICACION CLINICA CON LA CIE-9-MC

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

Boletín número 12

Febrero, 1999

COORDINACION EDITORIAL:

Agustín RIVERO CUADRADO
Sendino García

MIEMBROS PERMANENTES DEL COMITÉ EDITORIAL:

Irene ABAD PEREZ
Eloísa CASADO FERNANDEZ
Isabel DE LA RIVA JIMENEZ
José Alfonso DELGADO GUTIERREZ
Elena ESTEBAN BAEZ
José M^a JUANCO VAZQUEZ
Javier LIZARRAGA DALLO
Rafael MATEO RODRIGUEZ
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 10

Respuesta a la Formación Continuada del boletín nº 10

Formación Continuada para responder en el boletín nº 13

UNIDAD TECNICA DE LA CIE-9-MC

En el presente boletín se incluye como tema monográfico las modificaciones de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª Revisión Modificación Clínica, hasta el año 1998, al tiempo que se incluyen comentarios a las modificaciones y lo que es más importante, las normas de codificación.

Esta puesta al día, tanto de los nuevos códigos como de la normativa, hace que en este momento estemos trabajando con los mismos códigos que EE.UU., ya que durante 2 años posiblemente no aparecerán nuevos códigos.

Esto nos ha dado pie para publicar la 4ª edición en castellano de la CIE-9-MC adaptando un nuevo formato que garantice una mayor facilidad a la hora de su utilización. En esta edición se incluyen, lógicamente, los códigos incluidos en el boletín nº11.

Esperamos que tanto el tema monográfico como la publicación de la 4ª edición de la CIE-9-MC sea de interés para los profesionales de los sistemas de información.

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

TEMA MONOGRAFICO

MODIFICACIONES DE LA CIE - 9 – MC 1.999 COMENTARIOS Y NORMATIVA DE CODIFICACIÓN

INTRODUCCIÓN

La incorporación a la versión castellana de la CIE 9 MC de las revisiones americanas de los años 1.996, 1.997 y 1.998 (ver Boletín nº 11) supone no sólo la introducción de nuevos códigos, también la modificación de numerosas instrucciones – notas, excluyes, incluye... – que según los casos, suponen cambios en la norma de codificación de manera directa, o bien al cambiar el sentido de ciertas expresiones diagnósticas cambian indirectamente su codificación.

Como complemento a la publicación de las revisiones ya unificadas, presentamos un resumen de aquellas situaciones que de alguna manera afectan a la norma de codificación, acompañadas de comentarios aclaradores en los casos que pensamos son más interesantes para el codificador y que pueden ayudarle en el estudio de todos los cambios establecidos.

La exposición se ha estructurado por capítulos en las modificaciones del tabular de enfermedades para una mejor esquematización; en los códigos V sólo comentamos los nuevos códigos que pensamos son de mayor trascendencia en hospitalización (la mayoría son ampliaciones para dar mayor especificidad a las situaciones), y finalmente hacemos mención de los cambios más significativos en el tabular de procedimientos.

Aquellas patologías o procedimientos más nuevos, se acompañan de definiciones y aclaraciones para mejor comprensión del codificador.

CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDADES

1) Enfermedades infecciosas

La mayoría de los cambios suponen mayor especificidad en la identificación del proceso. Por su especial incidencia en pacientes con infección VIH, comentamos la introducción de códigos específicos para la Cryptosporidiasis (**007.4**) y para otras micobacteriosis diseminadas, incluida la infección por Mycobacterium Avium (**031.2**). Ambas infecciones están presentes en la tabla de patologías asociadas a la definición de caso de SIDA (ver Manual del Usuario). Su codificación seguirá la norma establecida: primero **042**, seguido del código de la infección.

Un cambio de título nos aclara que la identificación del Enterococo se codificará con el **041.04**, y no con el **041.00** que nos indicaba antes el alfabético.

La verruga producida por el papilomavirus humano necesita codificación múltiple para su correcta identificación; primero **078.1** (verruga viral) y segundo **079.4** (identificación del virus).

2) Enfermedades endocrinas y metabólicas

Además de la creación de nuevos códigos para diferenciar entre hipo e hipercalcemia (**275.41** y **275.42**), son interesantes las modificaciones de instrucciones en la diabetes, que clarifican su codificación:

- Se aclara el error de traducción previo para la utilización de quinto dígito 2 y 3 en los casos de Diabetes tipo II y tipo I respectivamente; debemos utilizarlos cuando documentemos expresiones que se refieran a diabetes incontrolada o de difícil control a pesar de un tratamiento correcto, y no confundirlo con la descompensación, que se identificará con el cuarto dígito, **250.8X** si se especifica (necesitando código adicional para la misma) y **250.9X** en los casos no especificados.
- Quinto dígito 0 y 2 deben usarse en la Diabetes tipo II, independientemente de que el paciente reciba insulina. El término insulino dependiente o no, se refiere al diagnóstico (fisiopatología, etiología y patogenia) y no al tratamiento.
- Se recalca, con modificaciones de las instrucciones, la necesidad de codificación múltiple para una correcta identificación del proceso. Es el caso de diabetes en el embarazo, parto y puerperio, que necesitan dos códigos, primero el **648.0X** y después el **250.XX**; también ocurre con la expresión “osteomielitis diabética”(entendida como expresión genérica y no como osteomielitis NEOM), que necesitará tres códigos y en este orden: **250.8X** + **731.8** + **730.XX**.

3) Trastornos mentales

Se crea código para el síndrome de ansiedad (**293.84**), que se relaciona generalmente con otros trastornos orgánicos transitorios, para diferenciarlo de la ansiedad como trastorno neurótico (**300.00** y **300.4** como depresión con ansiedad).

Para mejor identificación del síndrome de abstinencia alcohólico se añade código específico (**291.81**), donde clasificaremos las manifestaciones del mismo, como ansiedad, insomnio, temblores, convulsiones... independientes de otras psicosis alcohólicas. Pero debemos recordar que cuando las manifestaciones incluyan delirio o alucinaciones, usaremos respectivamente los códigos **291.0** y **291.3**

Como en otros sitios del tabular de enfermedades, en la categoría **293** (Psicosis orgánicas transitorias) se cambia la instrucción “use código adicional” por “codificar primero”, para mayor claridad en la ordenación de los códigos.

La revisión de instrucciones en las categorías **290** y **294** suponen un cambio en la codificación de las demencias asociadas a las enfermedades de Jacobs-

Creutzfeld, de Pick y de Alzheimer, que pasan a codificarse con el **294.1** (demencias en enfermedades clasificadas en otro sitio) y no como demencia presenil (**290.1X**); la enfermedad será código primario, y la demencia código secundario.

La expresión trastornos delusorios se incorpora al título de la categoría **297** (trastornos paranoides) donde se incluye su clasificación.

4) Enfermedades del sistema nervioso

Un nuevo código identifica a la disreflexia autonómica, el **337.3**. Es un síndrome que puede poner en peligro la vida del paciente, convirtiéndose en una emergencia médica. Se presenta de forma brusca, con crisis hipertensiva, bradicardia, cefalea punzante, sudoración... debido a una exagerada e incontrolada descarga del sistema simpático, generalmente en pacientes con lesión espinal previa por encima del nivel medular D6 y precipitada por un estímulo localizado por debajo del nivel lesional, siendo los más frecuentes los relacionados con el aparato urinario (infecciones del tracto urinario, distensiones vesicales...), el intestino (impacción fecal, estreñimiento, infecciones...) y alteraciones de la piel (úlceras de decúbito, uñas incarnadas, quemaduras...). Aunque en la documentación médica suele indicarse como diagnóstico principal el proceso que lo desencadenó, al ser un síndrome agudo con potencial peligro de muerte, debemos codificarlo primero (sin necesidad de códigos adicionales para las manifestaciones como HTA, cefalea... etc. que quedan incluidas en el código), y como secundario la causa subyacente; es importante saber que para el tratamiento de la disreflexia autonómica es imprescindible la actuación sobre la causa desencadenante, por lo que debemos tenerlo en cuenta para la asignación oportuna de códigos de procedimientos.

La expresión diagnóstica “polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica” se incluye en la subcategoría **357.8**.

Los cambios de instrucciones en la categoría **333** (otra enfermedad extrapiramidal...) aclaran la codificación de varias expresiones diagnósticas similares, que se codificarán así:

- . “oftalmoplejía supranuclear progresiva”: **333.0**
- . “parálisis supranuclear progresiva”: **333.0**
- . “parálisis supranuclear”: **356.8**
- . “parálisis progresiva”: **335.21**

5) Enfermedades del sistema circulatorio

La ampliación de la categoría **438** (efectos tardíos de enfermedad cerebrovascular) en 8 subcategorías y 22 subclasificaciones para reflejar tal condición y la manifestación (secuela) supone cambios tanto en la norma de codificación específica como en la general de efectos tardíos.

Estos códigos identifican ambas condiciones (efecto tardío y secuela, por lo que no se utilizará en general la codificación múltiple) excepto en la subcategoría **438.5** (otros síndromes paralíticos) y en la subclasificación **438.89** (otros efectos tardíos de enfermedad cerebrovascular) que sí necesitan codificación múltiple,

código adicional para identificar la manifestación o secuela del efecto tardío. Los cambios de la norma se resumen así:

. En pacientes con AVC agudo actual (**430-437**) con secuelas de otro AVC antiguo, pueden asignarse los códigos de la categoría 438 como secundarios para reflejar tal condición.

. En los casos de AVC agudo (**430-437**), para identificar las manifestaciones neurológicas agudas (hemiplejía, monoparesia... etc.), se codificará primero el código de AVC seguido de un código adicional que identifique la manifestación (por ejemplo de las categorías **342** o **344**). No se utilizarán los de la **438** para identificar la manifestación aguda.

. El antecedente de AVC sin secuelas neurológicas, o el antecedente de AVC y la presencia de alteraciones neurológicas pero sin poder documentarse la relación causa-efecto entre AVC previo y la actual manifestación, se identificará con el código **V12.59**.

. La norma general de codificación de efectos tardíos se mantiene (primero se codifica la naturaleza o secuela y segundo la causa del efecto tardío) excepto en los casos donde el código de efecto tardío:

.. necesite de un código para la manifestación o secuela que está identificado en el tabular de enfermedades (por ejemplo “estado locked-in secuela de infarto cerebral – **438.53** + **344.81-**), para mejor explicación de la patología.

.. se ha ampliado para identificar la manifestación con el mismo código (ejemplo “disfagia secuela de hemorragia intracerebral” – **438.82-**)

Para identificar la hipotensión post-IAM como complicación médica del mismo, que necesita cuidados sobreañadidos y especiales, se añade la subcategoría **458.8** (otras hipotensiones especificadas) donde debe codificarse.

Modificaciones de las instrucciones de los códigos **437.3** y **442.81** aclaran la correcta codificación de los aneurismas carotídeos adquiridos según la expresión diagnóstica documentada; los códigos afectados recogen las siguientes expresiones:

- . **437.3** (aneurismas cerebrales no rotos):
 - .. “aneurisma arteria carótida interna NEOM”
 - .. “aneurisma arteria carótida interna intracraneal”
- . **442.81** (aneurismas arterias del cuello):
 - .. “aneurisma arteria carótida NEOM”
 - .. “aneurisma arteria carótida común”
 - .. “aneurisma arteria carótida externa”
 - .. “aneurisma arteria carótida interna extracraneal”

6) Enfermedades del aparato respiratorio

Aspergilosis alérgica, nuevo código **518.6**, es una de las formas de presentación de la enfermedad por el hongo *Aspergillus*, que consiste en una reacción alérgica (no infección) ante la presencia del hongo en pacientes con asma o fibrosis quística preexistentes, que agudiza dichas patologías previas. Las formas infecciosas siguen codificándose con el **117**.

Se amplían y modifican códigos para mejor identificación del fracaso respiratorio, diferenciando entre el agudo (**518.81**), el crónico (**518.83**) y el agudo sobre crónico o crónico agudizado (**518.84**) (Ver Manual del Usuario pag.88-89 para su correcta codificación).

Se especifican más las complicaciones de la traqueostomía (categoría **519**), y debemos recordar que el código de infección de traqueostomía, **519.01**, necesita código(s) adicional(es) para identificar el tipo de infección (absceso, sepsis,... etc.) y el germen en su caso. El uso de estos códigos es incompatible con la asignación del **V44.0** (estado de traqueostomía) y con el **V55.0** (admisión para cuidados de traqueostomía)

7) Enfermedades del aparato digestivo

Las complicaciones de gastrostomía salen del **997.4** (complicaciones digestivas) para tener subcategoría específica en este capítulo (**536.4**), y sigue un esquema de códigos igual que las complicaciones de traqueostomía y colostomía o enterostomía (**569.6**), que también se modifica. Igual que antes, necesitamos asignar código(s) adicional(es) en las infecciones para una correcta identificación del proceso; igualmente no debemos usar código de complicación junto a los códigos V de estado de gastrostomía / colostomía / enterostomía o los V de ingreso para cuidados de las mismas.

Se crean códigos de combinación para identificar la presencia simultánea de litiasis vesicular y de vías biliares, y la presencia o no de colecistitis y su tipo. La nueva codificación queda así:

	Sin colecistitis	Colecistitis aguda	Colecistitis crónica	Colecistitis aguda y crónica
Litiasis sólo en vesícula	574.2X	574.0X	574.1X	574.0X + 574.1X
Litiasis sólo en vía biliar	574.5X	574.3X	574.4X	574.3X + 574.4X
LTS en vesícula y vía biliar	574.9X	574.6X	574.7X	574.8X

También se crean códigos para mayor especificidad en la identificación de las colecistitis sin presencia de litiasis:

Colecistitis aguda	Colecistitis crónica	Aguda y crónica	Colecistitis NEOM
575.0	575.11	572.12	575.10

8) Embarazo, parto y puerperio

Con las nuevas subcategorías **655.7** (movimientos fetales disminuidos) y **659.7** (anormalidades del ritmo o frecuencia cardíaca fetal) junto a las revisiones de las instrucciones en la **656.3** (sufrimiento fetal) y **656.8** (otros problemas fetales que afectan al tratamiento de la madre), se modifica sustancialmente el concepto de sufrimiento fetal y otras expresiones diagnósticas relacionadas con él, que antes se codificaban en la **656.3**, y por tanto se altera la norma de codificación del sufrimiento fetal. Estos conceptos relacionados, se distribuyen ahora para su codificación en diversas subcategorías de la siguiente manera:

- **656.3X**: incluye la expresión sufrimiento fetal pero relacionado con la expresión diagnóstica de acidosis metabólica fetal, para especificar la verdadera situación clínica de estrés fetal que amenaza su vida y puede ser causa de graves secuelas, y que además supone un cambio de actitud con respecto al tratamiento de la madre. No se incluye aquí la expresión “sufrimiento fetal NEOM”.
- **656.8X**: incluye las expresiones diagnósticas que aunque relacionadas con el sufrimiento fetal no suponen una situación tan severa como el mismo y pueden alterar la actitud de tratamiento, pero generalmente lo hacen de forma menos contundente:
 - . “sufrimiento fetal NEOM”
 - . “presencia de meconio en líquido amniótico”
 - . “acidosis intrauterina”
 - . “equilibrio ácido-básico fetal anormal”(excepto acidosis metabólica fetal)
- **659.7X**: incluye las expresiones:
 - . “bradicardia fetal”
 - . “taquicardia fetal”
 - . “frecuencia o ritmo cardíaco fetal anormales”(“registro cardiotocográfico anormal”)
 - . “desaceleraciones de la frecuencia cardíaca fetal”

Las enfermedades del aparato circulatorio que afectan a la madre y que estén comprendidas entre los códigos **440-459** deben combinarse ahora con la subcategoría **648.9** (otras enfermedades actuales...) y no como antes en la **648.6** (otras enfermedades cardiovasculares) que se reserva para procesos cardiovasculares de mayor severidad, excepto aquellos procesos vasculares comprendidos en estos códigos, como las flebitis, varices, etc. que tienen identificación específica en la categoría 671 donde seguirán codificándose.

En la expresión “presentación de nalgas incompleta”, el término “incompleta” obtiene carácter de modificador esencial, que junto a la expresión “presentación podálica” pasan a codificarse en la categoría residual **652.8** (otras presentaciones anómalas especificadas). La expresión “presentación de nalgas NEOM” sigue

codificándose en la **652.2** (presentación de nalgas sin mención de versión). Todas estas expresiones cuando han sido convertidas en presentación cefálica se codificarán con el **652.1X**.

La revisión de instrucciones en la categoría **659** define el concepto de edad avanzada de la madre, tanto en nulíparas como en múltiparas, considerándose así cuando la edad materna es de 35 años o más en la fecha esperada de parto. Igual ocurre con la baja edad materna en la subcategoría **659.8**, que se define como edad materna menor de 16 años en la fecha esperada de parto.

Hay un traslado de nota entre las subcategorías **661.2** (otra inercia uterina...) y la **666.1** (otra hemorragia inmediata postparto) que nos indica que la expresión “atonía uterina” es más correcto entenderla como ausencia de contracción uterina hemostásica eficaz postparto, que como inercia en el trabajo del parto. Estas condiciones, no obstante, se codificarán según la información documentada en cada caso.

El concepto de Fiebre Puerperal se clarifica aún más con revisiones de notas, y debemos entenderlo como una situación clínica grave del puerperio, caracterizada por la presencia de un cuadro de infección generalizada (sepsis) y la clasificaremos en la categoría **670**. El resto de expresiones similares, que indican hiperpirexia puerperal pero que no se refieren a un cuadro infeccioso grave y generalizado, como “fiebre puerperal NEOM”, “fiebre postparto NEOM”, “fiebre en el puerperio”, se clasifican en la **672**.

La infección VIH en el embarazo, parto y puerperio altera la norma general de codificación de la infección VIH:

- Paciente VIH con enfermedad relacionada con VIH se codificará y en este orden: **647.6X + 042** + código de la infección.
- Paciente asintomática VIH: **647.6X + V08**

La mayor novedad en cuanto a la aplicación de las normas en el embarazo es el cambio del 5º dígito en la codificación de las causas de aborto que pasa de ser el “0” al “3”.

9) Enfermedades perinatales

Igual que ocurre en los códigos maternos, en los que afectan al recién nacido se modifica el concepto de sufrimiento fetal, y por tanto la codificación de los términos relacionados. Se modifican notas en los códigos de sufrimiento fetal (**768.2**, **768.3**, y **768.4**), en el **770.8** (otros problemas respiratorios tras el nacimiento) y se crean códigos en la subcategoría **763.8** (otras complicaciones especificadas del parto que afectan al recién nacido), clasificándose así los distintos términos relacionados:

- **768.2-3-4**: sufrimiento fetal que afecta al neonato, pero entendido como respuesta crítica del recién nacido al estrés, con posibilidad de daño orgánico irreversible e incluso muerte; se producen alteraciones metabólicas e hipoxia.

- **763.81-82-83:** anormalidades de la frecuencia o ritmo cardíaco fetal
- **770.8:** se incluyen aquí el resto de expresiones que antes se codificaban como sufrimiento fetal y no son las alteraciones de la frecuencia o ritmo cardíaco fetal: “acidosis”, “anoxia”, “asfixia”, “hipercapnia”, “hipoxia”... fetal que afectan al recién nacido y “depresión respiratoria del neonato”.

10) Síntomas y signos mal definidos

El síndrome de fatiga crónico, que se codifica con el nuevo código **780.71**, se caracteriza por fatiga severa y discapacitante, en combinación con otros síntomas como extrema debilidad, pérdida de concentración y fallos en la memoria a corto plazo, dolor musculoesquelético y alteraciones del sueño. Suele diagnosticarse por exclusión, descartadas otras patologías conocidas que puedan presentar manifestaciones similares; no se dispone de tratamiento específico actual. Todas las manifestaciones presentes se incluyen en el código del síndrome, no siendo necesario codificarlos por separado.

Otro código nuevo es el **790.94**, para clasificar el síndrome de eutiroidismo enfermo, consistente en la alteración del metabolismo de la hormona tiroidea producida por una enfermedad (infecciones, alteraciones psiquiátricas, hiperémesis gravídica...) o por situaciones de estrés (cirugía, traumatismos...), sin existir enfermedad del tiroides. En pruebas de laboratorio puede confundirse con el hipotiroidismo. Las variantes más comunes de presentación son con T3 baja y con T3 y T4 bajas.

11) Lesiones y envenenamientos

Para mejor clasificación de las lesiones de cabeza, y poder diferenciar los traumatismos menores que no se acompañan de daño intracerebral o las no especificadas pero que no requieren especiales cuidados, de aquellos que sí presentan en mayor o menor grado afectación intracraneal, se crea el código **959.01** (traumatismo o lesión de la cabeza sin especificar), que incluye la lesión de cabeza NEOM y aquellas expresiones diagnósticas que no refieran daño intracraneal o intracerebral, dejándose así de codificar en la categoría **854** (lesión intracraneal). Las lesiones con afectación cerebral se codificarán en el rango de códigos **800-804** y **850-854** según las condiciones documentadas.

En las categorías de lesiones intracraneales que necesitan quinto dígito para identificar la presencia y duración de la pérdida de conocimiento, **800**, **801**, **803**, **804**, y **851-854**, utilizaremos el quinto dígito 5 (pérdida prolongada de conocimiento, más de 24 horas, sin regreso al nivel de conocimiento preexistente) independientemente de la duración de la pérdida de consciencia cuando el paciente fallece sin haberla recobrado.

Para clasificar de forma más completa las distintas variantes de malos tratos a niños, se amplía en 7 nuevos códigos la subcategoría **995.5**, diferenciando:

- *Malos tratos psicológicos o emocionales (995.51)*: crítica continua y severa del niño, persiguiéndole continuamente, creando en el niño actitudes de infravaloración e inferioridad, resentimiento y hostilidad. La personalidad del niño puede verse afectada seriamente, incluso de por vida.
- *Abandono o negligencia (995.52)*: suele manifestarse por una higiene excesivamente pobre, malnutrición o falta de crecimiento. Debe ser distinguida de la negligencia no deliberada por ignorancia o pobreza.
- *Violaciones (995.53)*: las manifestaciones pueden ser muy variadas, específicas o no.
- *Abuso físico (995.54)*: las lesiones más comunes son las contusiones, especialmente en la espalda y extremidades, quemaduras por cigarrillos, fracturas (especialmente sugestivo de malos tratos es encontrar de forma simultánea varias fracturas en distintos estadios de curación) y lesiones intracraneales e intraabdominales (bazo, duodeno e hígado).
- *Síndrome del niño “zarandeado” o “agitado” (995.55)*: se producen severas lesiones por una enérgica, excesiva o violenta sacudida del niño. Las manifestaciones más usuales incluyen irritabilidad, letargo, convulsiones, vómitos, fluctuaciones de la consciencia, apnea y shock. La hemorragia retiniana e intracerebral suelen ser frecuentes. Las secuelas, a menudo graves, incluyen retraso mental profundo, disfunción motora, espasticidad muscular, ceguera, hidrocefalia etc. La mortalidad es alta cuando se llega al estado comatoso.

De manera similar se amplían códigos para el abuso o malos tratos de adultos (**995.80-995.85**), que quizás sea una condición que no se diagnostica como se debiera, hasta tal punto que en ancianos a cargo de terceras personas se atribuyen síntomas o manifestaciones (depresión, deshidratación, pérdida de peso etc.) a enfermedades crónicas, cuando el hecho es que apuntan hacia un abuso o negligencia. La incidencia de mujeres apaleadas es cada vez mayor, al igual que la presencia del hombre como víctima en la violencia doméstica.

Para la codificación de estas condiciones, tanto en adultos como en niños, primero se asignará el código correspondiente al abuso, **995.5X** (niños) o **995.80 – 995.85** (adultos), y luego usaremos códigos adicionales para identificar cualquier lesión asociada en su caso, así como los códigos E para la naturaleza de las lesiones y para el autor del abuso (**E967.0-E967.9**).

La hipertermia maligna, que se clasifica con el nuevo código **995.89**, es un proceso grave que pone en peligro la vida de aquellos pacientes genéticamente predispuestos (carácter autosómico dominante con incidencia 1: 10.000) durante o después del acto anestésico, pudiendo ser provocado por todos los anestésicos volátiles y por los relajantes musculares despolarizantes. Se manifiesta bruscamente, con repentina subida de temperatura corporal y signos de aumento del metabolismo muscular, taquicardia, taquipnea, arritmia, rigidez

muscular, sudoración y cianosis, con rápida progresión, a menudo fatal. El tratamiento debe instaurarse de forma inmediata.

Las revisiones de instrucciones en las categorías que clasifican las complicaciones de cuidados médicos y quirúrgicos, y especialmente en los códigos referentes a la infección, insisten en la necesidad de la codificación múltiple para la correcta identificación de los procesos, usando tantos códigos como sea necesario. Por ejemplo, “absceso de pared abdominal por infección de herida de apendicectomía debida a E.Coli” se codificará y ordenará:

- 1 **998.59** (otras infecciones postquirúrgicas)
- 2 **682.2** (absceso de tronco, incluye pared abdominal)
- 3 **041.4** (infección por E.Coli)
- 4 **E878.6** (extirpación parcial o total de otros órganos)

12) Clasificación suplementaria de códigos V

Se crean numerosos códigos, la mayoría para mejor identificación de las situaciones codificadas, muchos de ellos en correspondencia a las modificaciones del tabular de enfermedades. Por su especial interés y frecuencia en hospitalización sólo comentamos tres de ellos:

- **V29.3:** observación por sospecha de enfermedad genética o metabólica. Se asignará en neonatos cuando sea motivo del ingreso, y al alta tras los estudios pertinentes, se descarta la presencia de la enfermedad. Complementa a los V29 preexistentes.
- **V64.4:** tratamiento quirúrgico laparoscópico convertido en procedimiento abierto. Es una situación no infrecuente, que hasta ahora no teníamos forma de recogerla, pues la norma indica que en estos casos debemos codificar sólo el procedimiento abierto. La laparoscopia no siempre tiene éxito y debe convertirse en intervención abierta, sin que ello signifique complicación de la misma. Para identificar esta situación, usaremos el código diagnóstico V64.4, siempre como adicional, y el código de procedimiento abierto. En los casos donde la conversión en abierta sea debida a complicación de la laparoscopia debemos añadir como adicional el código que la identifique (997-999).
- **V66.7:** admisión para cuidados paliativos: debe usarse para identificar los casos en que la finalidad del ingreso es tratar los síntomas de la enfermedad terminal que padece el paciente, que ya no recibirá cuidados agresivos (tanto diagnósticos como terapéuticos). Primero se codificará la enfermedad y de secundario el correspondiente a cuidados paliativos.

13) Clasificación suplementaria de causas externas (Códigos E)

Para mejor identificación de la naturaleza de las lesiones, se modifican y revisan instrucciones, para indicar la necesidad de codificación múltiple. Esto ocurre por

ejemplo a la hora de codificar el golpe por un objeto que cae, codificándose primero la naturaleza del objeto que con su correspondiente código y segundo se codificará que cae (categoría **E916**). Igual ocurre con la categoría **E908** (tormentas cataclísmicas), que se complementará con el código que hasta ahora estaban presentes en el excluye que desaparece. También con la categoría **E849** (lugar del acontecimiento) se aplicará codificación múltiple, adicionando sus códigos al resto de las categorías de códigos E para mejor identificación del suceso.

Completando las modificaciones de diagnósticos de malos tratos a niños y adultos, se crean códigos para identificar al autor de los mismos en la categoría **E967**.

Otros códigos específicos se crean para identificar a la escopeta de balines o de aire comprimido como causante de lesión, tanto para su forma accidental, suicida, homicida o sin especificar.

Las categorías **E980-E989** se usarán cuando no se especifica o no pueda determinarse si la lesión ha sido involuntaria (accidente), autoinflingida, o debida a una agresión.

CLASIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

1) Accesos laparoscópicos

Se han añadido numerosos códigos para identificar la realización por vía laparoscópica de intervenciones que antes se debían codificar con códigos adicionales (apendicectomía, operaciones sobre trompas y ovario, lisis de adherencias peritoneales, etc.)

2) Mayor especificidad o aclaración del código

En ocasiones se añade código específico para el procedimiento, como es el caso de la implantación de stent en vasos no coronarios, que se codificará con el **39.90**; pero como para su implantación es imprescindible la previa realización de angioplastia, añadiremos el código adicional **39.50** (angioplastia de vaso no coronario).

También se diferencia la infusión de agente trombolítico (**99.10**), frecuentemente utilizada como tratamiento precoz en el infarto agudo de miocardio, la infusión de inhibidores plaquetarios (**99.20**), que suele realizarse de forma directa en el lugar de la lesión simultáneamente a la realización de angioplastia (se codificarán ambos), que antes se clasificaban en el **99.29**.

En otras, se revisan las instrucciones para mejor claridad en la utilización del código, como en los siguientes casos:

- **34.04** (inserción de catéter intercostal): también debe asignarse el código cuando se realiza “revisión de catéter intercostal”, por ejemplo por adherencias.
- **37.32** (excisión de aneurisma cardíaco): también incluye la intervención de “reparación de aneurisma cardíaco”.

- **37.99** (otras operaciones sobre corazón o pericardio): debe emplearse para identificar la “revisión de la bolsa de desfibrilador automático”.
- **48.5** (resección abdominoperineal de recto): incluye la realización de colostomía simultánea.
- **51.88** (extracción endoscópica de cálculos biliares): incluye también la extracción laparoscópica.
- **59.5** (suspensión uretral retropúbica): incluye la intervención de Burch.

3) Nuevas técnicas quirúrgicas

Se añaden nuevos códigos para técnicas más o menos nuevas pero cada vez más utilizadas, como el trasplante de hematopoyético de células progenitoras, alogénico el **41.05** y el de cordón umbilical el **41.06**; o el trasplante de células de los islotes de Langerhans (**52.8X** según sea autotrasplante, alotrasplante o no especificado), o la amnioinfusión (**75.37**) que se puede realizar por vía transcervical o transabdominal, antes o durante el parto, para aumentar el nivel de líquido amniótico o infundir antibióticos en la cavidad (se necesitará código adicional **99.21** en este caso).

Por su innovación y complejidad, nos referimos finalmente a tres nuevas técnicas quirúrgicas:

- **Revascularización transmiocárdica (36.31 y 36.32):** su objetivo es aumentar la irrigación del miocardio e inducir su neovascularización en pacientes con cardiopatía isquémica difusa, por medio de la realización de microperforaciones con láser en la pared cardíaca (de 20 a 45 a intervalos de 1 cm.), que mejoran la distribución del flujo sanguíneo en los sinusoides miocárdicos. Es un prometedor remedio en pacientes no candidatos a cirugía con by-pass o angioplastia, o también complemento de ambas técnicas. También es alternativa al retrasplante cardíaco en pacientes ya trasplantados en situación de fallo cardíaco crónico causado por arteriosclerosis difusa. La vía de acceso puede ser abierta (esternotomía o toracotomía), por toracoscopia o por vía percutánea (similar a la angioplastia). En este último caso, no se debe codificar adicionalmente la angioplastia, pues el catéter se utiliza sólo como guía; si se completara la angioplastia como procedimiento complementario sí se codificaría después del **36.32**.
- **Implantación de sistema de cardiomiestimulación (37.67):** técnica abierta también denominada cardiomioplastia dinámica, que utiliza músculo esquelético (parte del músculo dorsal largo) para el trabajo cardíaco por electroestimulación, previo acondicionamiento del mismo. Es utilizada en aquellos pacientes en estado avanzado de fallo cardíaco refractario al tratamiento médico, diagnosticados de miocardiopatía dilatada idiopática, cuya última alternativa es

el trasplante cardíaco (esta técnica no excluye un futuro trasplante). Se realiza en dos etapas:

. La primera consiste en la incisión de la espalda para la extracción del músculo, al que se conectan dos electrodos que son sensados, y se introduce en la cavidad torácica junto con los electrodos, por una incisión torácica con resección parcial de la 2ª costilla; se cierra la incisión dorsal.

. En la segunda se realiza una esternotomía media y pericardiotomía, envolviéndose el corazón con el músculo (ventrículo izquierdo y parte del derecho – según el grado de dilatación cardíaca existente-), y se conectan dos electrodos epicárdicos en ventrículo izquierdo (uno de ellos de los insertados previamente en el músculo); se tunelizan todos los electrodos hasta una bolsa creada en el cuadrante superior izquierdo del abdomen, donde se implanta la unidad estimuladora, con la que se conectan.

Durante el postoperatorio, durante un plazo de unas dos semanas se procede al acondicionamiento eléctrico del músculo esquelético (para hacerlo resistente a la fatiga) por medio de electroestimulaciones simples, y posteriormente será estimulado de manera sincrónica con el corazón.

Su código incluye todas las actuaciones realizadas durante la intervención, no necesitando código adicional para los descritos anteriormente.

- ***Ventriculectomía parcial (37.35)***: su finalidad es mitigar la sintomatología del fallo cardíaco congestivo en pacientes con miocardiopatía dilatada congestiva en fase avanzada, devolviendo la normal proporción masa/volumen del ventrículo izquierdo, por medio de la excisión de tejido vivo de la pared cardíaca. Puede acompañarse con la reparación o sustitución de la válvula mitral, para lo que usaremos código adicional.

Monográfico elaborado por:

***D. Jesús Trancoso Estrada.- Serv. De Información y Estadísticas.-
SERVICIO ANDALUZ DE SALUD***

Colaboración en la traducción preliminar:

***D. Juan Manuel Borrego Salazar.- Unidad de Codificación.-
HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN***

PREGUNTAS A LA UNIDAD

PREGUNTAS RECIBIDAS

1.- Debido al incremento de adopciones de niños de otros países con patologías poco comunes en nuestro entorno sería conveniente asignar un código que reflejara esta situación.

¿Utilizar el código V61.29 es correcto?

RESPUESTA

Este código debe utilizarse para indicar la presencia de otros problemas en la relación entre padres e hijos, en este caso adoptivo, cuando tal circunstancia afecta de una u otra forma al episodio de cuidados, y no para identificar la situación de adopción.

2.- La intolerancia a proteínas de leche de vaca, ¿se incluye en el código 579.8 ó 270.7?

579.8: Intolerancia a leche NCOC

270.7: Intolerancia a proteínas

RESPUESTA

Para contestar a esta pregunta necesitaríamos recabar más información. Lo más frecuente es considerarlo como intolerancia a la leche, 579.8 La expresión intolerancia a proteínas de leche de vaca se refiere al cuadro clínico consistente fundamentalmente en diarrea con esteatorrea, desencadenado por hipersensibilidad a proteínas presente en la leche de vaca, principalmente la betalactoglobulina. Frecuentemente el cuadro se acompaña de déficit transitorio de disacaridasa intestinal. Por tanto, no debemos interpretar esta expresión diagnóstica como alteración del metabolismo de las proteínas, clasificadas en la categoría 270.

Dentro del término ambiguo “intolerancia” podría incluirse una alergia a proteínas de leche de vaca que se codificaría según se trate de una reacción alérgica actual o de un estado de alergia y del órgano diana de la reacción.

3.- Paciente ingresado en Neurocirugía con una tumoración en cabeza móvil no adherida a hueso, se extirpa en quirófano remitiéndose a Anatomía Patológica. El resultado es “trombo estructurado”, ¿son correctos los códigos siguientes?:

Diagnóstico: 782.0 Tumefacción masa o bulto localizado

Procedimiento: 86.3 Excisión local o destrucción lesión o tejido piel ...

RESPUESTA

No queda claro en la redacción de la pregunta si la tumoración se encuentra dentro o fuera del cráneo. Por otro lado si la causa fuese traumática, el código

correspondería al del cefalohematoma 920 Contusión de cara, cuero cabelludo y cuello, salvo ojo(s).

El código asignado al procedimiento es correcto.

4.- Paciente con fractura de fémur tratada en otro centro con escayola. Se le realiza apertura de escayola y sustitución posterior por edema, ¿es correcta la siguiente asignación de códigos?:

Diagnóstico: 998.89 Otras complicaciones especificadas

Procedimiento: 97.29 Otras sustituciones no quirúrgicas

Si no se hubiera cambiado la escayola, ¿qué código sería el indicado para la apertura de escayola, “ventana”?

RESPUESTA

Con la información disponible no se puede asegurar que se trate de una complicación, si se considera como tal de otros procedimientos médicos, desvinculándolo de la categoría 998 que si observamos su contenido va más relacionada con complicaciones de procedimientos más agresivos que el que nos ocupa, y dado que existe la categoría 999 para esos otros procedimientos estaría aquí mejor identificado nuestro problema. Además, en todo caso, debemos considerar el tema como complicación mecánica de la escayola, y en el 996.4 de complicaciones mecánicas de dispositivos ortopédicos se excluyen aquellos dispositivos externos sin componentes internos (igualmente ocurre en el alfabético). También debemos especificar el tipo de complicación, añadiendo el código de edema de miembro inferior, y su correspondiente código E. Con lo que la codificación quedaría de la siguiente manera:

D1 999.2 Otras complicaciones vasculares de cuidados médicos

D2 782.3 Edema

D3 E879.8 Complicación de otras técnicas especificadas

P1 97.12 Sustitución de escayola de miembro inferior

La creación de una ventana en el yeso (yesotomía), no tiene código asignado, pues consiste en una manipulación del yeso previamente aplicado, y no puede considerarse ni aplicación (93.53), ni sustitución (97.12) ni tampoco extracción (97.88)

5.- En las neoplasias malignas de tejidos linfáticos y hematopoyéticos cuando la afectación incluye órganos sólidos y nódulos linfáticos de una determinada región ¿cuál es o son los quintos dígitos a asignar?

Ej.: Linfosarcoma que afecta a estómago y nódulos linfáticos intraabdominales

200.10 + 200.13

ó

200.18

RESPUESTA

En el caso de que en un linfoma coexistan afección ganglionar y extraganglionar deberá de clasificarse en un solo código con el 5º dígito “8” de afectaciones múltiples.

6.- Paciente diagnosticado de Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño, ingresa para adaptación de ventilación mecánica (CPAP) domiciliaria mediante mascarilla nasal. ¿Cuál sería el diagnóstico principal: el síndrome de apnea del sueño o un código V de admisión para ...?

RESPUESTA

El diagnóstico principal será el síndrome de apnea del sueño, pues es la patología que padece el paciente, por la que sigue tratamiento y la que motiva en suma el ingreso. Debemos añadir el código de la ventilación CPAP 93.90 Respiración de presión positiva continua [RPPC]

7.- Úlcera diabética con necrosis y oclusión isquémica femoropoplítea. ¿A efectos de la CIE-9-MC la necrosis se puede equiparar a la gangrena con lo que los códigos a asignar serían: 250.10 + 707.9 + 785.4 ó esta úlcera necrótica debería codificarse con 250.80 + 707.9?

RESPUESTA

En este caso parece documentada la relación entre úlcera y diabetes, con lo que la codificación correcta sería:

250.80 Diabetes con otra complicación

707.9 Úlcera crónica de otros sitios especificados

En cuanto a la necrosis ésta no debe equipararse a la gangrena. Si el caso no está especificado como gangrena no usaremos el 785 Síntomas que afectan al aparato cardiovascular

La necrosis se refiere a la muerte de tejidos, usualmente de células individuales, grupos de células o en pequeñas áreas localizadas. Por otro lado la gangrena se considera como muerte de tejidos en masa considerable y generalmente asociada a pérdida de nutrición vascular y seguido de una invasión bacteriana o putrefacción.

8.- Paciente con trasplante hepático normofuncionante, (cirrosis hepática por hepatitis B) ingresa por antigenemia para citomegalovirus positiva (148 células). El paciente fue tratado con Ganciclovir intravenoso a dosis plenas, realizándose biopsia hepática percutánea, informándose de cambios mínimos inespecíficos. ¿Cuál sería el diagnóstico principal? ¿Se trata de la complicación del trasplante?

RESPUESTA

Si se confirma que el paciente tiene una infección por citomegalovirus, infección oportunista frecuente en este tipo de pacientes debido a inmunosupresión y la función del hígado no está afectada, no se codifica como una complicación. Por lo tanto el diagnóstico principal sería 078.7 Fiebre hemorrágica arenaviral, seguido de V42.7 Hígado sustituido por trasplante y 50.11 Biopsia cerrada [con aguja] (percutánea) de hígado.

9.- Paciente diagnosticado de reflujo vesicoureteral al que se realiza implante endoscópico de macroplastique en meato ureteral. Existe el código para implante de uretra pero no para meato ureteral. ¿Cuál sería el código a asignar?

RESPUESTA

El código a asignar es el 56.99 Otra operación sobre uréter, más el de la ureteroscopia 56.31 Ureteroscopia.

10.- Embarazada de 15 semanas de gestación que ingresa por quiste hemorrágico de cuerpo lúteo. Se practica laparatomía exploratoria y resección ovárica produciéndose aborto espontáneo en el postoperatorio ¿cuál son los códigos a asignar tanto de diagnósticos como de procedimientos?

RESPUESTA

Debemos considerar la resección ovárica como un procedimiento no obstétrico que no produce aborto ineludiblemente. Siguiendo la regla del Manual del Usuario el diagnóstico principal será 654.43 que indica que el quiste se trata durante el embarazo. Como secundarios utilizaremos el 620.2 Otros quistes ováricos y quistes ováricos no especificados, que da información más específica sobre el quiste más 634.90 Aborto espontáneo sin mención de complicación no especificada, y para el procedimiento asignaremos el 65.3 Ooforectomía unilateral.

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

Paciente de 32 años, gestante de 20 semanas, diagnosticada por amniocentesis de cromosomopatía que cursa con retraso mental grave y malformaciones múltiples (delección de brazos cortos del cromosoma 9), que ingresa para realizar interrupción legal del embarazo.

Se practica inducción con inserción de prostaglandinas endocervicales y laminarias por vía vaginal. Consiguiendo la expulsión espontánea del feto y placenta. Se procede a raspado uterino por retención de restos placentarios.

RESPUESTA A LA FORMACION CONTINUADA

DIAGNOSTICO	CODIGO	OBSERVACIONES
<u>Ingreso para interrupción del embarazo</u> Aborto - legal	635.91	Utilizamos el 5° dígito “1” para identificar la retención de restos placentarios
<u>Cromosomopatía Embarazo</u> - atención afectada por - - fetal - - - anormalidad (es) - - - - cromosómicas	655.13	Siguiendo la nueva norma el 5° dígito que se utiliza en la codificación de las causas de aborto es el “3” en vez del “0”

PROCEDIMIENTO	CODIGO	OBSERVACIONES
<u>Legrado</u> Legrado - útero - - después de parto o aborto	69.02	
<u>Inserción de laminaria</u> Inserción - láminas cuello uterino	69.93	
<u>Inserción de prostaglandinas</u> Inserción - supositorio - - prostaglandinas (para aborto)	96.49	

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