

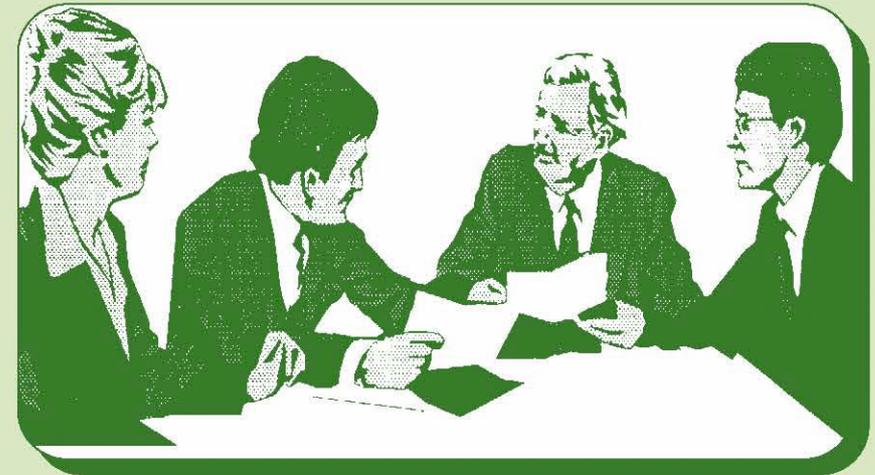
CODIFICACIÓN CLÍNICA CON LA CIE-9-MC

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



Boletín número 1

Junio, 1995



CODIFICACION CLINICA CON LA CIE-9-MC

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



INDICE

| | |
|---|----|
| Unidad Técnica de la CIE-9-MC | 5 |
| Tema monográfico. Aparato Digestivo | 7 |
| Aclaraciones al tema monográfico del Aparato Respiratorio. | 15 |
| Preguntas a la Unidad | 19 |
| Formación continuada en codificación | 25 |
| Correcciones y clasificaciones (Anexo I) | 29 |

UNIDAD TÉCNICA DE LA CIE-9-MC

El día 28 de Abril de 1994, finalizaron las reuniones del Comité de Dirección del Proyecto de Desarrollo del Conjunto Mínimo Básico de Datos (C.M.B.D.) en el Sistema Nacional de Salud (S.N.S), con la presentación de resultados al Consejo Interterritorial el 25 de Abril de 1994.

A partir de este momento se plantea la conveniencia de seguir trabajando en el mantenimiento, desarrollo y seguimiento del C.M.B.D. en el S.N.S. Por ello la Comisión de Aseguramiento y Planificación Sanitaria, aprobó en su reunión del 15 de noviembre de 1994, la creación de un Comité Técnico del C.M.B.D. que sirviese como continuidad del seguimiento y mejora de este sistema de información. A su vez este comité creyó adecuada la continuidad y fortalecimiento de la Unidad Técnica de la CIE-9-MC para el S.N.S., como punto de referencia y garantía en la estabilización, unificación y continuación de la homogeneidad de la codificación de los diagnósticos y procedimientos, a nivel estatal.

La Unidad en su primera reunión oficial del 10 de Mayo de 1995 aprobó las líneas de trabajo. Para llevar a cabo los objetivos se procedió a nombrar un secretario de la Unidad y cuatro coordinadores con el objeto de responsabilizarse de cumplir con los objetivos marcados a través de las líneas de trabajo aprobadas en esta 1ª reunión.

Las áreas definidas son:

- Area de mantenimiento y puesta al día de la CIE-9-MC.
- Area de mantenimiento y puesta al día de los Manuales de uso y aprendizaje de la CIE-9-MC.
- Area de desarrollo y mantenimiento del Boletín de la CIE-9-MC.
- Area de estudio y preparación de las respuesta a las preguntas formuladas a la Unidad Técnica.

Creemos que el desarrollo de estas áreas determinarán claramente la consecución del objetivo final de la Unidad que se centra fundamentalmente en la homogeneidad de la codificación en el Sistema Nacional de Salud.

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

TEMA MONOGRÁFICO: APARATO DIGESTIVO, HÍGADO

CONCEPTOS CLÍNICOS BÁSICOS

1. HEPATITIS VIRICA AGUDA

La hepatitis vírica aguda es una enfermedad infecciosa sistémica, que afecta predominantemente al hígado. El término hepatitis vírica se emplea para referirse a las infecciones causadas por virus fundamentalmente hepatotropos -virus de la hepatitis A (VHA), B (VHB), C (VHC), D (VHD) y E (VHE)-, aunque otros virus como el citomegalovirus, el virus del herpes simple o el virus de la mononucleosis pueden causar lesión hepática.

El diagnóstico de hepatitis vírica aguda suele establecerse en base a criterios clínicos (siendo la ictericia el síntoma principal) y analíticos (transaminasas por encima de 10 veces su valor normal). Desde el punto de vista etiológico puede detectarse en suero la presencia de marcadores virales de infección activa o actual que, para cada tipo de virus, son:

VIRUS A:

- anti VHA-IgM indica infección actual,
- anti VHA-IgG: infección pasada (proporciona inmunidad permanente)

VIRUS B:

El VHB está formado por un núcleo central de DNA rodeado de una nucleocápside o core, todo ello envuelto por una cubierta externa(fig.1). El core se replica en el núcleo de las células del hígado, liberándose en el curso de su síntesis un fragmento viral con capacidad antigénica (HBe Ag) que determinará la aparición de un anticuerpo (anti HBe). El core posee también capacidad antigénica (HBc Ag), no detectable en suero, pero sí en hígado, produciéndose también su correspondiente anticuerpo (anti HBc), detectable en suero y que puede ser de tipo IgM (infección reciente o actual) y de tipo IgG (infección pasada con inmunidad). La cubierta externa del virus posee también capacidad antigénica, conociéndose como antígeno Australia o de superficie (HBs Ag), que puede ser detectado en suero al igual que su anticuerpo (anti HBs).

En resumen, los patrones serológicos más frecuentes son:

- infección activa, (en cualquiera de los siguientes supuestos):
 - HBs Ag (+) con anti HBc-IgM (+)
 - HBs Ag (+) con HBe Ag (+)
 - HBs Ag (+) con anti HBe (+) y DNA viral (+)
- infección pasada (inmunidad):
 - anti HBc-IgG (+) con anti HBs (+) y el resto de marcadores negativos
- inmunidad por vacunación:
 - sólo anti HBs (+)

VIRUS D:

El VHD es un virus defectivo que requiere del VHB para su replicación y expresión clínica. El VHD puede adquirirse simultáneamente al VHB (coinfección), dando lugar a una hepatitis aguda bifásica con un reascenso de las transaminasas, o puede infectar a un portador crónico de VHB (sobreinfección). La eliminación del VHB impide la infección delta y determina la curación de ambas infecciones.

Los principales marcadores serológicos del VHD son:

- fase aguda: anti HD-IgM con marcadores de VHB
- fase crónica: anti HD-IgG con marcadores de VHB

(en ambas fases puede encontrarse RNA del VHD en suero)

VIRUS C:

En la infección por VHC la presencia de anticuerpos en suero (anti VHC) no aporta una información concluyente sobre la existencia de una infección activa, por lo que es necesaria la determinación de viremia mediante la

técnica de Reacción en Cadena de Polimerasa (PCR de VHC) para asegurarse la existencia de la replicación viral.

VIRUS E:

La infección por el VHE es muy infrecuente en nuestro medio. En mujeres embarazadas puede inducir fallo hepático fulminante. Se confirma la infección activa por la presencia en suero de antígeno VHE.

2. HEPATITIS CRÓNICA

Se define como la existencia en el hígado de un proceso inflamatorio de larga duración cuyas alteraciones clínicas y/o analíticas deben estar presentes durante al menos seis meses.

Desde el punto de vista etiológico, la hepatitis crónica puede ser producida por virus (VHB, VHC, VHD), fármacos (metildopa, oxifenisatina), alcohol, autoinmunidad y enfermedades metabólicas (enfermedad de Wilson, etc.).

La biopsia hepática es fundamental para establecer el diagnóstico de certeza de hepatitis crónica. Histológicamente se distinguen dos tipos fundamentales: hepatitis crónica persistente (en la que el infiltrado inflamatorio afecta al espacio porta) y hepatitis crónica activa o agresiva (en la que el infiltrado inflamatorio desborda el espacio porta, introduciéndose en el parénquima dando lugar a la llamada "necrosis en sacabocados", asociada a necrosis en lobulillos y a grados variables de fibrosis). La intensidad de la hepatitis puede oscilar de leve a moderada o grave, estando el riesgo de la evolución hacia la cirrosis en relación con la severidad de la enfermedad. No obstante, en los últimos años, la evolución pronóstica del grado de lesión se realiza por el Índice de Knodel.

3. CIRROSIS HEPÁTICA

Es una enfermedad crónica, difusa e irreversible del hígado, caracterizada por la existencia de fibrosis y nódulos de regeneración, con desaparición de la arquitectura normal del hígado. El concepto de cirrosis es histopatológico, aunque puede sospecharse su existencia por datos clínico-analíticos.

Etiológicamente, la cirrosis hepática puede ser causada por alcohol, virus (VHB y VHC), enfermedades metabólicas (Wilson, hemocromatosis, porfiria, déficit de alfa-1-antitripsina), enfermedades inmunológicas (autoinmune, cirrosis biliar primaria), fármacos, patología biliar o ser de causa no filiada (criptogenética).

La cirrosis puede constituir el estado evolutivo final de algunas hepatitis crónicas, si bien ambas pueden coexistir, hablándose entonces de cirrosis activa o con actividad. Esta coexistencia entraña habitualmente un mal pronóstico, con rápida evolución de la enfermedad.

4. FALLO HEPÁTICO AGUDO GRAVE

Se define como el desarrollo de encefalopatía hepática que aparece en el curso de una hepatitis aguda, que cursa con severa disfunción hepática (factores de coagulación inferiores al 50%). Es inducida principalmente por virus de la hepatitis o por drogas (fármacos o tóxicos), siendo menos frecuente otras etiologías como alteraciones vasculares del hígado, la invasión tumoral hepática masiva, las infecciones, etc.

Conceptualmente, la aparición de encefalopatía en el fallo hepático agudo grave debe ocurrir dentro de las ocho primeras semanas desde el inicio de la enfermedad hepática, pudiendo ser fulminante (si ocurre en las dos primeras semanas) o subfulminante (si ocurre entre la tercera y la octava semana).

La aparición de encefalopatía entre las semanas 9 y 26 desde el inicio de la enfermedad hepática se considera como fallo hepático de comienzo tardío o subagudo.

PRINCIPIOS ESPECÍFICOS DE CODIFICACIÓN

1. HEPATITIS VIRAL

1.1. Hepatitis producida por virus no hepatotropos: se codifica primero la infección por el virus y, de secundario, el código 573.1 "Hepatitis en enfermedades virales clasificadas bajo otros conceptos" (atención al excluye). Por ejemplo, "hepatitis por citomegalovirus": 078.5 + 573.1.

1.2. hepatitis producida por virus hepatotropos: 070.0-9, sea aguda o crónica.

Frecuentemente el juicio clínico no deja claro si una hepatitis crónica con presencia de marcadores serológicos es viral o no. En estos casos, para codificarla como viral, se deberá confirmar el cumplimiento de los criterios serológicos de infección actual para cada tipo de virus (ver apartado 1 de conceptos clínicos básicos). Por ejemplo:

Hepatitis crónica VHB positivo:

- si no cumple completamente ninguno de los tres supuestos de infección actual para el VHB: 571.40 + V02.6
- si cumple completamente alguno de los tres supuestos de infección actual para el VHB: 070.30

En el caso de las hepatitis virales crónicas activas, o en las persistentes, no se debe codificar como secundario el 571.41-9.

2. CIRROSIS

2.1. inespecífica 571.5,

2.2. alcohólica o con alcoholismo 571.2,

2.3. biliar (sea primaria o secundaria) 571.6.

2.4. metabólica

2.4.1. no especificada 571.5,

2.4.2. si se especifica la enfermedad de base, el índice alfabético envía al código de la enfermedad. Por ejemplo:

cirrosis por enfermedad de Wilson: 275.1 (pudiéndose codificar como secundario la cirrosis 571.5, ya que ésta no siempre acompaña a la enfermedad de base).

2.5. La cirrosis de causa viral pueden coexistir con hepatitis viral crónica (cirrosis activa), codificándose como principal la cirrosis y de secundario la hepatitis viral (caso de demostrarse infección actual mediante los criterios serológicos ya citados, o por especificarse que la cirrosis es activa). Por ejemplo:

cirrosis por VHB:

- si no cumple criterios de infección actual: 571.5 + V02.6
- si cumple criterios de infección actual: 571.5 + 070.30

cirrosis activa por VHB: 571.5 + 070.30

3. FALLO HEPÁTICO AGUDO GRAVE

En nuestro entorno es sinónimo de Insuficiencia hepática aguda grave o hepatitis fulminante. Se codifican:

3.1. fallo hepático agudo grave vírico: 070.6 (entrada por hepatitis fulminante vírica, con coma hepático).

3.2. fallo hepático agudo grave por Sd. de Budd-Chiari:

3.2.1. si ya se conocía la enfermedad: 570 + 453.0

3.2.2. si se diagnostica el sd. en el ingreso: 453.0 + 570

3.3. fallo hepático agudo grave por tóxicos

3.3.1. si es intoxicación: de principal la intoxicación (960-989) y de secundarios el fallo hepático (570) y el código E.

4. HEPATOPATIA

El término hepatopatía es sinónimo de enfermedad hepática, no pudiéndose filiar el tipo de lesión. Su codificación es:

4.1. no especificada: 573.9

4.2. crónica no especificada: 571.9

4.3. alcohólica o con alcoholismo:

4.2.1. alcohólica aguda 571.1

4.2.2. alcohólica crónica o no especificada 571.3

Se da un caso especial con la hepatopatía VHC (+) en paciente con etilismo, ya que la lesión hepática es similar, siendo difícil determinar la etiología. Este caso se codificaría como hepatopatía crónica en paciente portador de VHC y alcoholismo: 571.9 + V02.6 + 303.90.

4.4. tóxica: 573.3 + código E de causa.

ACLARACIONES AL TEMA MONOGRÁFICO DEL APARATO RESPIRATORIO

Como ya se indicó en el Boletín 0, los nuevos conceptos introducidos en el tema monográfico, así como los códigos que se indiquen en estos casos, deberán implimentarse en el sistema de codificación desde el 1º día del mes siguiente a la publicación del Boletín. Esta norma se amplía a los códigos dados como respuesta a las preguntas formuladas a la Unidad Técnica.

En el Boletín 0 ya se trató ampliamente los puntos mas conflictivos en la codificación del aparato respiratorio. En este número incluimos además el algoritmo del uso del código 518.81, para su mejor comprensión. Al mismo tiempo se presenta un tema monográfico sobre el Aparato Digestivo, en concreto sobre HEPATOPATIAS y HEPATITIS.

ALGORITMO DEL CODIGO 518.81

1) Insuficiencia respiratoria asociada a patologías respiratorias.

PATOLOGIA RESPIRATORIA AGUDA

- DxP: Patología Respiratoria aguda
- DxS: 518.81

PATOLOGIA RESPIRATORIA CRONICA

INGRESO POR INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

- DxP: 518.81
- DxS: Patología respiratoria crónica

INGRESO POR DESCOMPENSACION DE SU PATOLOGIA RESPIRATORIA CRONICA

- DxP: Patología respiratoria crónica descompensada.
- DxS: 518.81

2) Insuficiencia respiratoria asociada a patología no respiratoria

PATOLOGIA NO RESPIRATORIA AGUDA

- DxP: Patología nos respiratoria aguda
- DxS: 518.81

PATOLOGIA NO RESPIRATORIA CRONICA

INGRESO POR INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

- DxP: 518.81
- DxS: Patología no respiratoria crónica

INGRESO POR EXARCEBACION AGUDA DE SU PATOLOGIA NO RESPIRATORIA CRONICA

- DxP: Exarcebación aguda de su patología
- DxS: 518.81

INSTRUCCIONES Y FORMULARIO DE PREGUNTAS

INSTRUCCIONES DE CÓMO ENVIAR LAS PREGUNTAS A LA UNIDAD TECNICA DE LA CIE-9-MC PARA EL S.N.S.

1. NO SE ADMITEN MAS DE 5 PREGUNTAS POR ENVIO.
2. PARA PODER SER CONTESTADAS DEBE ENVIARSE UN SOPORTE DOCUMENTAL ANONIMIZADO, TAL COMO COPIA DEL INFORME DE ALTA, EXAMENES CLINICOS, CONSULTAS, INFORME DE QUIROFANO, ETC.
3. LOS DOCUMENTOS IRAN SIN IDENTIFICACION DIRECTA DE HOSPITAL Y SIN IDENTIFICACION DIRECTA NI INDIRECTA DE MEDICO NI PACIENTE. LAS PREGUNTAS SIN SOPORTE DOCUMENTAL PODRAN SER DEVUELTAS O NO CONTESTADAS.
4. PARA CADA PREGUNTA DEBERA INDICAR:
 - NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA PREGUNTA
 - SERVICIO
 - FECHA
 - DIRECCION

PREGUNTAS A LA UNIDAD

Las respuestas dadas a estas preguntas, deberán considerarse como norma de codificación aunque contradigan al Manual de Uso o de Aprendizaje, desde el 1 de Julio de 1995.

PREGUNTAS RECIBIDAS

1. En la pregunta nº 22 del Boletín nº 0 se indica como respuesta: "En ningún caso está permitida la utilización de un código "V" para estos procesos. El código principal será el del resultado anatomopatológico y si no existiera se codificará como "enfermedad de lugar anatómico específico".

En la pregunta nº 23, se contesta: "El código principal es el V71.7 y códigos secundarios los diagnósticos anteriores".

Nos parece que ambas situaciones son idénticas, los pacientes ingresan para la realización de pruebas diagnóstica que corroboren los diagnósticos de sospecha, y las respuestas indicadas a ambas preguntas discrepan sobre la utilización de los códigos V, cuando lo coherente parece la utilización de los diagnósticos anatomopatológicos o de la enfermedad del lugar anatómico específico, como indican en la respuesta de la pregunta nº 22.

a) Estudio de enfermedad sospechada:

a.1) Confirmada = Dx Principal = Código de Patología

a.2) Resultados no disponibles antes del alta Dx Principal = Enfermedad no especificada del lugar anatómico

a.3) Descartada patología sospechada Dx Principal = V71.x Siendo esta una de las excepciones en que un código V puede ser diagnóstico principal

2. En el hospital General de Guadalajara, se abre historia clínica a todos los recién nacidos, aunque solo ingresan aquellos que presentan patología, a cargo de la Unidad de Neonatología. Según la normativa de codificación, sobre la utilización de los códigos V30-V39, no se utilizarán en los hospitales donde no se abre historia clínica a todos los recién nacidos. ¿Cómo se aplica esta normativa a nuestro hospital? ¿Cómo podemos utilizar los códigos V30-V39 como diagnóstico principal? ¿Cómo secundario? ¿Si figura como diagnóstico principal, se agruparía en un GDR distinto al de la patología causante del ingreso?

A la definición indicada en el Manual de Usuario hay que añadir "y además se ingresan en recién nacidos sanos y contabilicen estas cunas como camas".

La utilización del código V30-V39 como diagnóstico principal o secundario no altera

la agrupación realizada en GDR, por lo tanto no agrupa al paciente en otro GDR distinto del correspondiente a la patología del ingreso.

3. ¿Es correcto codificar como 774.6 los recién nacidos con hiperbilirrubinemia fisiológico o no especificada y que requieren ingreso para tratamiento con fototerapia?

Es correcto el código indicado 774.6

4. ¿Existe alguna otra categoría diagnóstica, además de 764 y 765 que precisen de un quinto dígito para especificar el peso del recién nacido?

En la 2ª edición en castellano o catalán, correspondiente a la 4ª edición de la ICD-9-MC no existe otra categoría que precise un 5º dígito adicional para especificar el peso del recién nacido.

5. Gestante de 27 años, embarazo normal, que ingresa en la semana 40 por dinámica. Se realiza cesárea por no progresión de parto. ¿Cual es el código principal y secundario?

Se deberá buscar mas información sobre el proceso.

En todo caso, si la no progresión del parto es debida a obstrucción, el código es el 660.91.

Si la no progresión es por adinamia, el código es el 661.11.

Las cesáreas solo se codificarán en el procedimiento.

Código secundario V27.0

6. Primigesta de 20 años, en la 24-25 semanas, con sospecha de rotura prematura de membrana no confirmada y leucorrea blanquecina. ¿Cual es el código principal y secundario?

Los códigos serían:

- V71.8
- V22.2
- 623.5

Si se determinara con la citología una infección o patología esta sería el diagnóstico principal y no se codificaría ni con el V71.8 ni el V22.2.

7. Paciente de 25 años, primigesta y embarazo gemelar que se instaura una tocolisis i.m. controlándose la dinámica. ¿Cual es el código de la tocolisis

No es necesario codificar la tocolisis. En caso de hacerlo se codificaría en el 99.29.

8. Traumatismo craneoencefálico (T.C.E.) con conmoción cerebral en paciente que ingresa de urgencia por accidente de tráfico. ¿Cual es el código del T.C.E.?

El código del T.C.E. con conmoción cerebral es el 850.9.

9. Lactante de 3 meses de edad con infección respiratoria con hiperreactividad bronquial. ¿Cual es el código secundario?

Se codificará la infección respiratoria con el 519.8 y no se codificará la hiperreactividad bronquial.

10. Paciente con injerto autólogo de cresta iliaca e injerto de banco óseo que en postoperatorio presenta infección severa y rechazo total del injerto óseo, con reintervención, procediendo a extirpación y curetaje de todo el injerto óseo de tibia. ¿Los diagnósticos y procedimientos son los siguientes?:

996.67
77.67

El código será el 996.67, reacción infección por prótesis y el procedimiento el 77.67.

11. En la pseudoartrosis fractura de tibia y peroné izquierdo con extracción de clavo de Kuntcher y osteosíntesis con placa y tornillos e injerto óseo. ¿Cuál será el diagnóstico principal, los secundarios y los procedimientos?

A la luz del informe que se nos envía los diagnósticos y procedimientos son los siguientes:

| | | | | | | | |
|-----------------|-------|--------|-------|------------|-----------|----|----------------|
| DxP: | | 733.82 | | como | | | pseudoartrosis |
| DxS: | 905.4 | efecto | | tardío | de | la | fractura |
| P: | 78.67 | | | extracción | | de | clavo |
| 78.57 | | | | | | | osteosíntesis |
| Abierta | ® | 79.37 | (solo | con | reducción | de | fractura) |
| 78.07 | | | | injerto | | | óseo |
| Autologo | | ® | | 78.07 | | + | 77.79 |
| Banco de huesos | ® | 78.07 | | | | | |

12. En la luxación de prótesis de cadera con tracción. ¿Cuáles con los diagnósticos y los procedimientos adecuados?.

| | | | | |
|-------|--------------|----------|----|-----------|
| 996.4 | complicación | mecánica | de | digestivo |
| V43.6 | portador | | de | prótesis |
| 93.46 | tracción. | | | |

13. El retraso psicomotor secundario a factores hipóxicos. ¿Cómo se codifica?

Se deberá entrar en el índice alfabético por retardo psicomotor código 307.9.

14. ¿Cómo se codificaría la demencia senil en Alzheimer: 290.0 ó 290.10?

Los códigos correctos son:

Dx Principal: 290.0 (Demenciasenil)
Dx Secundario: 331.0 (Alzheimer)

15. Paciente que ingresa para rehabilitación de una hemiplejía debido a ACV ¿Se codifica primero la rehabilitación y después la hemiplejía y el ACV?. ¿Se codifica primero la secuela y después la rehabilitación?

Para responder a esta pregunta debemos hacer la aclaración de que las reglas de utilización de la CIE-9-MC, difiere notablemente dependiendo del tipo de hospitales, es decir, los hospitales de agudos, de media y larga estancia.

El código (V57.x), admisión para rehabilitación no es aceptable en hospitales de agudos, donde únicamente codificaríamos el tipo de rehabilitación en los códigos de procedimientos.

HOJA DE SUSCRIPCION AL BOLETIN DE LA CIE-9-MC

NOMBRE:
APELLIDOS:
PUESTO DE TRABAJO:
CENTRO DE TRABAJO:
DIRECCION:
CODIGO POSTAL:
LOCALIDAD:
PROVINCIA:

Remitir a:

Unidad Técnica de la CIE-9-MC para el Sistema Nacional de Salud.
Dirección General de Aseguramiento y Planificación Sanitaria
Ministerio de Sanidad y Consumo

Pº del Prado, 18-20, planta 10 28071 MADRID
FAX: (91) 338 01 90

FORMACIÓN CONTINUADA

La Formación continuada es uno de los elementos claves en la unificación de criterios de codificación. Para ello esta Unidad enviará en cada boletín una serie de preguntas que tendrá como objetivo conocer la formación de los codificadores.

Se incluirán en cada boletín diez preguntas. Las respuestas serán remitidas a la Unidad Técnica de la CIE-9-MC para el S.N.S., 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 Información y Estadísticas Sanitarias.
Ministerio de Sanidad y Consumo.
P.º del Prado, 18-20, planta 10. 28071 MADRID
FAX (91) 338 01 90

| RESPUESTAS AL TEST N.º 1 ENERO 1995 | |
|--|--|
| PREGUNTAS | RESPUESTA |
| 1. Inyección de antibióticos a través de catéter de Croshoug. | 38.93 99.21 |
| 2. Salpingotomía con extirpación de embarazo tubárico. | 74.3 |
| 3. Liberación de contracturas del cuello de la vejiga por incisión radial. | 57.91 |
| 4. Fractura de diáfisis de fémur derecho con abrasiones en muslo derecho. | 821.21 |
| 5. Paciente que ingresa con insuficiencia cardíaca congestiva con una cardiomiopatía dilatada. | 428.0 425.4 |
| 6. Paciente ingresa para realización de biopsia hepática, al alta queda pendiente el resultado de anatomía patológica. Codificar diagnóstico y procedimientos. | 573.9 50.11 |
| 7. ¿Qué código se asigna a la cefalea postmielográfica? | 347.0 E947.8 |
| 8. Paciente diagnosticado de neumonía por aspiración de vómitos con crecimiento de estafilococos aureus. | 507.0 482.4 |
| 9. Paciente con resección previa de un carcinoma de mama con metástasis ósea ingresa por una anemia microcítica. | 285.8 998.5 V10.3 |
| 10. Paciente que ingresa por insuficiencia respiratoria tras la toma de una cantidad desconocida de alcohol junto con imipramina y fluracepan. | 969.0E854.0 969.4E853.2 980.0E860.0 518.81 |

TEST Nº 2 JUNIO 1995

1. Niño de cuatro años con parálisis cerebral infantil, secundaria a lesión malácina frontoparietal debido a sufrimiento fetal agudo intraparto.
2. Paciente que tuvo un IAM de pared anterolateral hace un mes, ingresa por angina inestable. La angina fue estabilizada y se descartó un nuevo injerto.
3. Donante de TASPE (Trasplante de células progenitoras de sangre periférica) para su hermano, afectado de leucemia linfoblástica aguda. Codifique diagnóstico y procedimiento.

4. Paciente con diverticulosis de colon, ingresado en varias ocasiones por melanas. Ingresa actualmente para realización de embolización percutánea debido a persistencia de la hemorragia. Codifique diagnósticos y procedimientos.
5. Ingreso de paciente con trombosis cerebrovascular e insuficiencia respiratoria aguda, precisando ventilación mecánica y vigilancia de su trombosis
6. Paciente con parto por cesárea dado de alta hace cinco días, ingresa de nuevo por evidenciarse celulitis en la herida quirúrgica
7. Paciente dado de alta tras aborto completo, reingresa por celulitis pélvica.
8. Cual es el código correcto para la angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) con inserción de stent
9. Paciente diagnosticado de metástasis en hígado de tumor de origen desconocido, ingresa para inyección de alcohol en LOES hepáticos
10. Codifique diagnósticos y procedimientos
11. Niño de seis meses de edad con anemia debido a múltiples extracciones

CORRECCIONES

ANEXO 1

CORRECCIONES A LA SEGUNDA EDICION EN CASTELLANO DE LA CIE-9-MC

Las correcciones se indican en negrita y han sido realizadas por las siguientes Unidades o Servicios:

- Servicio de Archivo, Documentación y Estadística del Complejo Hospitalario de Albacete.
- Unidad de Codificación del Hospital de Cabueñes - Gijón.

TOMO I ENFERMEDADES

- Subclasificación de 5ª dígito.

3. bacilos tuberculosos encontrados (en esputos) mediante microscopía

- 150.5 Tercio inferior del esófago
- 215.2 Miembros superiores incluso hombro
- 455.5 Hemorroides externas con otra complicación

Hemorroides externas: Hemorroides externas

- 614.3 Cualquier enfermedad clasificable bajo 614.4 especificada como aguda

TOMO II INDICE ALFABETICO

- Modificador esencial de complicación, ojo, implante (protésico) NCOC 996.79
- Término principal CRIPTORQUIDIA 752.5
- Modificador esencial de DIVERTICULO (s), duodeno 562.00
- Modificador esencial, neoplasia maligna de labio, de Historia V10.02
- Modificadr esencial, perineo, perineal..., no puerperal..., complicada, de Laceración, 879.7
- Término principal, NEOPLASIA, NEOPLASICO..... Primaria 199.1
- Modificador esencial, ano, de PAPILITIS, 569.49
- Modificador esencial, de ARTERITIS, alérgica... 446.20
- Modificador esencial, de MENINGITIS, aseptica debida a enterovirus 047.9
- Modificador esencial, de NEOPLASIA (tabla)
 - Hipófisis 194.3 198.89 234.8 227.3 237.0 239.7
- Nota: de osteomielitis (tabla) 7 tobillo y pie.
- Termino principal Tos 786.2

TOMO III PROCEDIMIENTOS (TABULAR)

- 70.12 Douglasotomía
- 70.77 Suspensión y fijación de vagina
- 70.79 Otra suspensión de vágina

Colpoperineoplastia

Reparación de antiguo desgarro obstétrico de vagina

TOMO III PROCEDIMIENTOS (INDICE)

- Modificador esencial, mama cerrada, de Biopsia, 85.11