

CODIFICACIÓN CLÍNICA CON LA CIE-9-MC

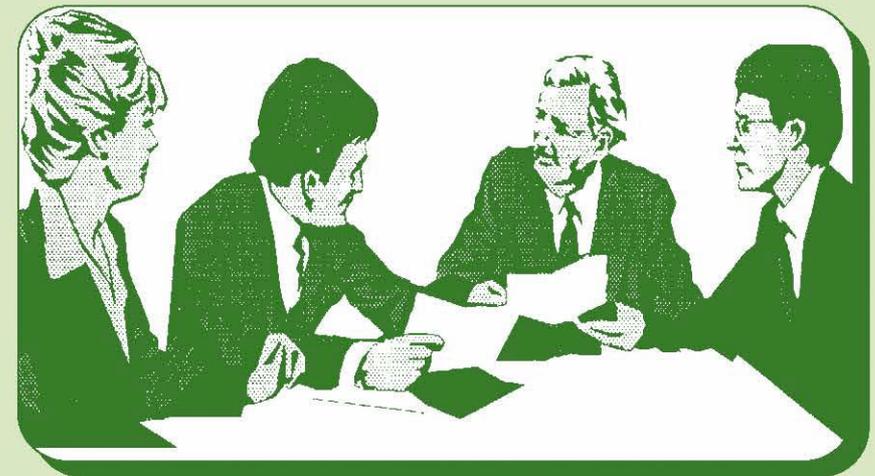
UNIDAD TÉCNICA DE LA CIE-9-MC PARA
EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



Boletín número 7

Año III

Junio, 1997



CODIFICACIÓN CLÍNICA CON LA CIE-9-MC

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



ÍNDICE

Unidad Técnica de la CIE-9-MC	5
Tema monográfico. Aparato Digestivo Intestino, recto y ano, apéndice, peritoneo, pared abdominal	7
Preguntas a la Unidad	18
Formación continuada en codificación	22
Formación continuada	27
Fe de erratas. (continuación)	28

UNIDAD TECNICA DE LA CIE-9-MC

Como ya se indicó en el anterior boletín, la Unidad Técnica de la CIE-9-MC, para el Sistema Nacional de Salud, cambió de localización, indicándose su nueva ubicación.

En línea con la mejora en la distribución y divulgación de los boletines de codificación, a partir del número 6, se podrá encontrar el boletín en INTERNET.

El Ministerio de Sanidad y Consumo tiene una página Webb, que se accede a ella msc.es

En el anagrama del Ministerio, se encuentran diferentes apartados. En uno de ellos, concretamente, el de **publicaciones**, es donde se encuentran publicados los boletines de la CIE-9-MC. El primero que se encuentra es el número 6. En posteriores fechas se irán incluyendo tanto los siguientes que se vayan publicando como aquéllos anteriores.

Aprovecho la ocasión para indicar que en el boletín número 9 de Febrero de 1998, se hará una revisión de todas las normas y codificaciones existentes en los anteriores boletines y que por una u otra razón no han sido publicadas en la cuarta edición del Manual del Usuario.

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

Tema Monográfico

APARATO DIGESTIVO (2ª parte): INTESTINO, RECTO Y ANO, APENDICE, PERITONEO, PARED ABDOMINAL

Este monográfico incluye conceptos, terminología y normas de codificación relacionadas con el capítulo 9 de la clasificación de enfermedades de la CIE-9-MC (categorías 520-579). Constituye la segunda parte del monográfico publicado en el boletín nº 3 de febrero de 1996 y al que se dará continuidad y finalización en el boletín nº 8 de octubre de 1997.

INTESTINO

1.- Ileo biliar

Es una oclusión intestinal mecánica producida por la migración de un cálculo biliar de gran volumen hacia la luz intestinal. Se codifica mediante 560.31 Ileo de cálculo biliar

En el caso de que exista una fístula biliointestinal asociada, lo cual explica en muchas circunstancias la migración del cálculo, el código a utilizar es: 576.4 Fístula de conducto biliar

Si la fístula está descrita en el protocolo de la intervención quirúrgica como fístula colecistoduodenal, se codificará como: 575.5 Fístula de vesícula biliar

Tratamiento:

El tratamiento quirúrgico suele incluir la apertura del intestino en la zona de la obstrucción para la extracción del cálculo. Esta extracción mediante incisión se codifica en 45.0x Enterotomía donde el cuarto dígito depende del segmento intestinal abierto; de tal manera que si se trata del ileon terminal (caso frecuente) el código a utilizar es el 45.02 Otra incisión de intestino delgado.

2.- Intestino neurógeno (por lesión medular)

Intestino neurógeno es el trastorno de la motilidad intestinal asociado al síndrome de lesión medular; se caracteriza por estreñimiento y episodios de impactación fecal, dilatación intestinal y cuadros de obstrucción

incompleta. Se codifica siguiendo la regla de los efectos tardíos.

DxP 564.8 Otros trastornos funcionales especificados del intestino

DxS 907.2 Efecto tardío de lesión de médula espinal

Aunque los códigos E son opcionales, debería añadirse el código correspondiente al efecto tardío de la causa externa si es que ésta se conoce.

3.- Seudoobstrucción intestinal

Seudoobstrucción intestinal es un grupo de trastornos de la motilidad intestinal de carácter agudo o crónico, caracterizado por distensión o dilatación de intestino delgado o grueso. La causa subyacente no es de tipo obstructivo, sino que consiste en una alteración severa de la motilidad del intestino, que da lugar a distensión. En las formas primarias o idiopáticas no se observan alteraciones asociadas, y el proceso se atribuye a trastornos de la inervación simpática de las capas musculares de la pared intestinal.

Existen formas secundarias de pseudoobstrucción intestinal, asociadas a esclerodermia, diabetes, amiloidosis, enfermedades del sistema nervioso, drogas o sepsis. Se distinguen tres formas básicas [Harrison]

3.1.- Seudoobstrucción intestinal secundaria crónica o intermitente

Se asocia a enfermedad sistémica u otras causas: esclerodermia, dermatomiositis, amiloidosis, distrofias musculares; mixedema, diabetes mellitus; enfermedad de Parkinson, accidentes cerebrovasculares; fármacos; inmovilidad prolongada; psicosis, etc.

Requiere codificación múltiple

DxP: 564.8 Otros trastornos funcionales especificados del intestino

DxS: Proceso subyacente.

En el caso de que el proceso subyacente fuera el motivo del ingreso o se diagnosticase por primera vez, éste sería el diagnóstico principal.

3.2.- Seudoobstrucción intestinal idiopática

Existen manifestaciones de seudoobstrucción pero no existe enfermedad sistémica identificada. Se codifica con 564.8 Otros trastornos funcionales especificados del intestino, o bien con 560.1 Ileo paralítico, cuando se describe con la expresión "ileo paralítico" o "ileo adinámico".

3.3.- Seudoobstrucción intestinal aguda (síndrome de Ogilvie)

Es un proceso agudo, que aparece en pacientes con patologías graves, alteraciones metabólicas, sometidos a cirugía mayor, IAM, sepsis o fracaso respiratorio. Es frecuente en pacientes conectados a respirador. Es difícil de distinguir de la oclusión mecánica. Suele mostrar dilatación marcada de asas intestinales, especialmente de ciego. Se codifica mediante 560.89 Otra obstrucción intestinal especificada, otras.

La expresión "seudoobstrucción intestinal" no debe utilizarse como sinónimo de "obstrucción intestinal incompleta" o de "suboclusión intestinal".

4.- Enfermedad inflamatoria intestinal (EII)

Existen dos formas clínicas principales de enfermedad inflamatoria intestinal: colitis ulcerosa y enteritis regional (enfermedad de Crohn). La afectación del recto es característica de la colitis ulcerosa, pero también se observa en casos de enfermedad de Crohn. La implicación del íleon terminal se considera característica de la enfermedad de Crohn, pero puede observarse en casos de colitis ulcerosa.

En un 20 % de los casos, ni las características clínicas ni las pruebas complementarias habituales permiten diferenciar entre colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn. En estos casos, está justificado el uso de la expresión "enfermedad inflamatoria intestinal" al documentar el diagnóstico. Sería recomendable limitar el uso de dicha expresión a los casos en que la diferenciación no es posible.

Las categorías 555.x Enteritis regional y 556.x Colitis ulcerosa, poseen un cuarto dígito para indicar la localización anatómica de la enfermedad.

La expresión "enfermedad inflamatoria intestinal" se codificará con 558.9, salvo que sea posible aclarar con el facultativo si se trata de una de las formas especificadas.

5.- Síndrome de intestino irritable

Es sinónimo de colon irritable, colon espástico o colitis espástica. Puede tener carácter especificado como psicógeno. Se codifica con 564.1 Colon irritable. Si se describe como de carácter psicógeno, se codificará en 306.4 Disfunción fisiológica gastrointestinal.

6.- Colitis pseudomembranosa

Se produce por sobrecrecimiento de *Clostridium difficile*; se da en pacientes bajo tratamiento antibiótico oral o IV. Se clasifica bajo 008.45 Infección intestinal por *Clostridium difficile*.

7.- Toxiinfección alimentaria

Se localiza bajo la entrada "Envenenamiento, alimentos" y se clasifica según el agente causal.

RECTO Y ANO

1.- Hemorroides internas

Es frecuente que las hemorroides internas se describan mediante una clasificación en grados de I a IV; [Davis]:

Hemorroides:

I sin prolapso

II protrusión con reducción espontánea

III protrusión frecuente, reductibles

IV prolapsadas permanentemente

Las hemorroides internas grado I, II y III no sangrantes se codificarán en 455.0 Hemorroides internas sin mención de complicación.

Las hemorroides internas grado IV y las hemorroides sangrantes internas de cualquier grado se codificarán en 455.2 Hemorroides internas con otra complicación.

APENDICE

1.- Apendicitis

La apendicitis es el proceso quirúrgico abdominal agudo más frecuente. Se reconocen clásicamente cuatro fases evolutivas en la apendicitis aguda: simple o catarral, flemonosa o supurativa, gangrenosa y perforada. La

perforación apendicular puede dar lugar a peritonitis localizada (absceso apendicular) e incluso a peritonitis pélvica o generalizada.

2.- Plastrón apendicular

En cualquiera de las fases entre apendicitis flemonosa y apendicitis perforada, puede formarse un plastrón apendicular, que consiste en una masa (generalmente palpable) de carácter inflamatorio, formada por epiplon y paredes intestinales. Un plastrón es una reacción inflamatoria local, que tiende a localizar la infección evitando que se extienda al resto del abdomen. Solamente una proporción minoritaria de las apendicitis agudas dan lugar a un plastrón apendicular. Dado que el diagnóstico de plastrón apendicular es básicamente clínico, suelen faltar elementos objetivos para codificar con precisión las complicaciones anatómicas.

Desde el punto de vista anatómico, no debe considerarse "plastrón" como un sinónimo de "absceso", por lo que la presencia de éste no modificará el diagnóstico básico y se codificará bajo 540.9 Apendicitis aguda sin mención de peritonitis.

PERITONEO

1.- Torsión e infarto de apéndice epiploico

Los apéndices epiploicos son zonas de tejido graso cubierto de peritoneo que cuelgan de los epiplones u omentos. Debido a que pueden tener un pedículo estrecho, pueden experimentar torsión; ello da lugar a un infarto isquémico que se manifiesta con un cuadro de abdomen agudo.

A veces se describe con un sinónimo equívoco, "apendicitis epiploica", que puede dar lugar a confusión con "apendicitis".

La codificación de este proceso puede plantear dificultades; en el índice alfabético, no hay entrada directa para "Infarto, epiplon" ni para "Torsión, epiplon"; el término sinónimo "infarto, omento" apunta al código 557.0 Insuficiencia vascular aguda del intestino, que resulta claramente inadecuado; el término sinónimo "torsión, omento" apunta al código 560.2 Obstrucción intestinal sin mención de hernia, vólvulo que implicaría afectación del tracto intestinal.

Cuando la expresión "infarto de epiplon" o "torsión de epiplon" no corresponda a "vólvulo intestinal" ni a "isquemia intestinal aguda" se codificará con 567.8 Otra peritonitis especificada, que corresponde a la necrosis del tejido graso del peritoneo.

2.- Peritonitis primaria

La peritonitis primaria o espontánea de causa bacteriana, aparece sin ninguna fuente de infección aparente. Es frecuente en pacientes con cirrosis hepática; se asocia también a lupus

eritematoso sistémico o nefrosis. La flora es característicamente monobacteriana (un solo germen). El neumococo era en tiempos el germen más frecuente (567.1 Peritonitis neumococica), pero las bacterias gramnegativas son la causa más frecuente en la actualidad, por lo que el citado código no resulta adecuado. De acuerdo con el índice alfabético, la expresión "primaria" es un modificador no esencial y por tanto el código correcto será 567.9 Peritonitis sin especificación. Sólo en el caso de que conozcamos el agente bacteriano como causa de la peritonitis es cuando deberemos clasificarla bajo 567.2 Otras peritonitis supurativas.

PARED ABDOMINAL

1.- Hernia inguinal

Se distinguen dos tipos básicos: indirecta o directa. La hernia inguinal indirecta se caracteriza por el hecho de que las vísceras herniadas y el saco herniario salen del abdomen atravesando el orificio inguinal profundo, encontrándose el conjunto incluido en el propio cordón espermático y envuelto por sus capas. La hernia inguinal directa es aquella en la que el saco y la víscera herniada no pasan atravesando un orificio preformado, sino que hacen protusión en el suelo del canal inguinal.

Tratamiento:

Aunque esta clasificación es irrelevante para determinar el código de diagnóstico, importa determinar el carácter de una hernia inguinal para asignar correctamente el código de procedimiento quirúrgico en caso de reparación.

La corrección laparoscópica de hernias inguinales y femorales se utiliza de forma regular en algunos centros. Las normas de codificación de procedimientos indican que cuando no exista un código de combinación para una técnica laparoscópica y la vía de abordaje, se debe aplicar codificación múltiple (código de la técnica abierta más laparoscopia).

La reparación con malla a efectos de la CIE-9-MC equivale a reparación con prótesis.

2.- *Second look*

Expresión inglesa que equivale bien a relaparotomía exploradora tras laparotomía reciente, con lo que se codificará en 54.12 Relaparotomía reciente o bien al segundo tiempo de un tratamiento determinado, en cuyo caso el código a asignar será el correspondiente al procedimiento.

3.- Laparostomía con cremallera

Cuando tras realizar una laparotomía se prevé que el procedimiento inicial debe ir seguido de una o más reaperturas para revisión de la cavidad, extracción de dispositivos, desbridamiento o drenaje, se puede optar por un cierre provisional de la pared abdominal mediante un dispositivo de cremallera.

No existe ningún código para clasificar específicamente la laparostomía con cremallera, por lo que el código a utilizar será el del procedimiento realizado.

En cada intervención sucesiva se deben asignar los códigos correspondientes a los procedimientos realizados en el curso de la reexploración.

Si las sucesivas reaperturas se realizan para lavado peritoneal se codificarán como 54.12 Reapertura de laparotomía reciente.

NEOPLASIAS

1.- Neoplasias malignas sobre divertículo de Meckel

Se codifican con 152.3 Neoplasia maligna de intestino delgado, divertículo de Meckel.

2.- Recidiva de tumor maligno

La recidiva de neoplasia que aparece sobre la línea anastomótica tras una resección se codifica igual que en el caso de un tumor primario de igual localización que la recidiva. Por ejemplo, una recidiva de carcinoma de sigma en la unión colorrectal se codifica, según los casos y dependiendo de la localización anatómica, como:

153.2 Neoplasia maligna colon descendente

153.8 Neoplasia maligna de otros sitios especificados de intestino grueso

154.0 Neoplasia maligna de unión rectosigmoidea

154.1 Neoplasia maligna de recto

154.8 Otras neoplasias malignas de recto, unión rectosigmoidea y ano

La recidiva sobre una cicatriz de incisión quirúrgica, siempre que se trate de metástasis de la neoplasia primaria, se codifica como una neoplasia secundaria de la localización especificada

198.2 Neoplasia maligna secundaria de piel

o bien

198.89 Neoplasia maligna secundaria NCOC

Dependerá de si la recidiva sobre la cicatriz se encuentra en piel o en otro tejido.

SINTOMAS Y SIGNOS

1.- Dolor abdominal

El dolor abdominal es un motivo frecuente de ingreso hospitalario. Cuando tras el estudio no se consigue determinar su etiología, puede ser necesario utilizarlo como diagnóstico principal o secundario.

La 3ª edición en castellano de la CIE-9-MC posee varias subcategorías de la categoría 789.xx Otros síntomas que implican abdomen y pelvis, entre las que se incluye la 789.0x Dolor abdominal.

Presenta como novedad la inclusión de un 5º dígito que identifica la zona del abdomen en la que se localiza el síntoma.

2.- Observación por dolor abdominal

Si un paciente con dolor abdominal ingresa para observación por sospecha de una patología que se descarta, se clasifica bajo V71.x Observación y evaluación de presuntas enfermedades no encontradas. Si no se documenta el diagnóstico sospechado, el código a asignar será el 789.0x Dolor abdominal

3.- Abdomen agudo

Se trata de un término de uso clínico común, que corresponde a un dolor abdominal de inicio reciente. Traduce la existencia de manifestaciones clínicas que son comunes a procesos muy diversos, pero puede considerarse sinónimo de "dolor abdominal" y se codificará con 789.0x. No obstante, este código se omite cuando existe un diagnóstico más específico.

Cuando la expresión diagnóstica incluye "se descarta ..." o bien "ingreso para observación por sospecha no confirmada de ..." referido a una patología concreta, el código adecuado es del tipo V71.x (por ejemplo, "Se descarta apendicitis tras observación" se codifica V71.8 Observación por otras presuntas enfermedades especificadas).

PROBLEMAS POSTOPERATORIOS Y CONSECUTIVOS A RADIACION

1.- Úlcera de boca anastomótica

Suele utilizarse para designar una úlcera marginal de anastomosis quirúrgica gastroyeyunal. Se codificará por lo tanto como: 534.xx Úlcera, gastroyeyunal.

2.- Gastritis de boca anastomótica

Si la gastritis está documentada como debida a reflujo (muy frecuente), el código a utilizar será el 535.4x Otras gastritis especificadas. En caso contrario se codificará con el código correspondiente al tipo de gastritis.

3.- Enteritis rádica

Es una denominación genérica de la lesión intestinal secundaria a radiación. Los equipos modernos de radioterapia han permitido reducir la incidencia de este tipo de complicación. La región rectosigmoidea es la localización más frecuente. La morfología de la lesión intestinal corresponde a una vasculitis progresiva con proliferación endotelial y endarteritis. La enteritis rádica se codifica de la siguiente manera:

558.1 Gastroenteritis y colitis por radiación

La causa externa se codificará como:

E879.2 Técnicas que causan reacción anormal o complicación; Radioterapia

Cuando no se trata de una reacción anormal, sino de una dosificación inadecuada, se debe codificar como:

E873.2 Sobredosis de radiación durante terapia

Cuando la causa es una exposición accidental, por ejemplo por protección inadecuada, se codificará mediante:

E873.3 Exposición por descuido de paciente a radiación durante cuidados médicos

QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL

Consiste en la inyección de una solución de agente quimioterapéutico en la cavidad peritoneal mediante una aguja de paracentesis.

Se codifica como:

54.97 Inyección de sustancia terapéutica de acción local en cavidad peritoneal.

99.25 Inyección o infusión de sustancia quimioterapéutica contra cáncer.

Bibliografía

Harrison's Principles of Internal Medicine, Ed. New York, McGraw-Hill.
Clinical Surgery. Davis, JH., Ed. St. Louis, Mosby.

Edición

Han colaborado en el tema monográfico:

.Coordinación

Arturo Romero Gutiérrez. Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Hospital Virgen de la Salud (INSALUD), Toledo.

.Consultoresclínicos

Josefa Estebarán Martín. Servicio de Cirugía General. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.
Rafael Bañares Cañizares. Servicio de Medicina de Aparato Digestivo. Hospital General Gregorio Marañón,

Madrid.

Gerardo Clemente Ricote. Servicio de Medicina de Aparato Digestivo. Hospital General Gregorio Marañón, Madrid.

.Revisión de terminología

Unidad de Codificación, Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

-Dolores Sánchez de los Silos

-José M^a Ruíz Manso

-Ana Magán Jiménez

-Isabel Rodríguez Carmena

- Rosa Gutiérrez Saavedra

Preguntas a la unidad

1.- Paciente de 75 años de edad, ex-fumador, diagnosticado de EPOC tipo enfisema buloso, bronquiectasias bibasales, nódulo pulmonar en LID y LII de tres años de evolución ingresa en insuficiencia respiratoria por reagudización de EPOC secundaria a infección bronquial.

Siguiendo las reglas de codificación, en las que un factor desencadenante como la bronquitis aguda no tiene una entidad como pudiera ser el caso de una neumonía para ser diagnóstico principal los códigos a utilizar serán los siguientes:

492.0 Vesícula enfisematosa

466.0 Bronquitis aguda

518.81 Fracaso respiratorio

494 Bronquiectasias

518.89 Otras enfermedades pulmonares, no clasificadas bajo otro concepto (nódulo pulmonar)

V15.82 Historia de uso de tabaco

2.- Paciente de 68 años de edad con antecedentes personales de IAM y fibrilación auricular crónica refiere que en la semana previa a su ingreso ha tenido episodios de dolor precordial a nivel epigástrico que se irradian a la región retroesternal, dificultad respiratoria y palpitaciones que ceden con la administración de cafenitrina sublingual. Se procedió a realizar digitalización rápida y administración de Nitritos. ¿Cuando un paciente ingresa con angina de pecho ésta deberá de codificarse como inestable, tal y como dice el tema monográfico de cardiología, si ha aparecido o ha empeorado en el último mes?

No necesariamente, salvo que el facultativo así lo indique. La codificación de este episodio será la siguiente:

413.9 Otra angina de pecho y angina de pecho no especificada

427.31 Fibrilación auricular

412 Infarto de miocardio antiguo

3.- Paciente que ingresa por disnea, tos con expectoración, desorientación, torpor mental y con una PCO₂ del 62,7. Al alta el médico diagnostica: Bronconeumopatía crónica obstructiva con bronquitis crónica reagudizada. Insuficiencia respiratoria global Encefalopatía ¿Cómo se codifica la encefalopatía hipercápnica? ¿Se añade a la insuficiencia respiratoria (518.81) el código de encefalopatía no especificada (348.3) y el estupor (780.09) o bastaría con uno sólo de estos últimos y cuál sería el más significativo?

La encefalopatía hipercápnica no posee un código específico para su clasificación, por lo que siguiendo las reglas de codificación al no encontrar el "modificador", el código que le corresponde es el 348.3 Encefalopatía no especificada.

4.- Estenosis subvalvular aórtica por membrana calcificada más doble lesión aórtica e insuficiencia mitral.

Deberíamos de conocer si las lesiones son congénitas. El código de la estenosis subaórtica salvo que sea hipertrófica es el 746.81 Estenosis subaórtica y el de la doble lesión aórtica e insuficiencia mitral es el 396.8 Afección múltiple de las válvulas mitral y aórtica (presumiblemente reumática). En el caso de tratarse de enfermedades congénitas utilizaríamos los códigos correspondientes a la categoría 746 Otras anomalías congénitas cardíacas.

Con la información recibida no se puede asegurar cual es su correcta codificación, por lo que sería preciso aclarar con el facultativo la naturaleza congénita o no de la lesión.

5.- Anemia hemolítica por la presencia de prótesis valvular cardíaca.

Utilizaremos dos códigos:

283.19 Otras anemias hemolíticas no autoinmunes. Este es un código de la nueva Edición de la CIE-9-MC.

V43.3 Prótesis de válvula cardíaca. Debe añadirse este código porque la complicación no radica en la malfunción de la válvula.

6.- Histerectomía laparoscópica con extracción de pieza por vía vaginal ¿Qué código se debe de utilizar?

No existe un código de combinación por lo que utilizaremos dos códigos:

68.5 Histerectomía vaginal

54.2 Laparoscopia

7.- Pérdida de líquido amniótico debido a amniocentesis con resultado de:
1º Aborto
2º Sin aborto

1º En el caso de un traumatismo o procedimiento no obstétrico que causa aborto éste será el código principal, seguido del código del aborto. Por lo tanto los códigos a asignar serán:

669.40 Otras complicaciones de la cirugía y de los procedimientos obstétricos sin especificación con respecto a episodio de cuidado

634.90 Aborto espontáneo sin mención de complicación no especificado. Utilizaremos el código de aborto espontáneo en vez del 637.90 Aborto no especificado sin mención de complicación, no especificado (si completo o incompleto) porque la amniocentesis no es un procedimiento que ineludiblemente produzca aborto.

2º Si no se produce aborto el código sería:

669.43 Otras complicaciones de la cirugía y de los procedimientos obstétricos, estado o complicación anteparto.

Formación Continuada

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

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

Las respuestas serán remitidas a la Unidad Técnica de la CIE-9-MC para el Sistema Nacional de Salud, directamente o a través de las Unidades existentes en cada Comunidad Autónoma.

En el siguiente boletín se publicarán las respuestas correctas y se comentarán los errores encontrados con mayor frecuencia. Con ello cada codificador podrá valorar sus resultados e ir actualizando sus conocimientos.

Dirección de la Unidad Técnica de la CIE-9-MC para el S.N.S. de Formación Continuada. Programas. Consumo. MADRID.
 Subdirección General de Sanidad y 28014
 Ministerio de Ruíz de Alarcón, 7.
 Telf: (91) 360 45 42, Fax: (91) 360 45 45.

Solución al ejercicio planteado en el número 6 - Febrero 1997

Preguntas		Respuestas	
1	Atresia pulmonar, atresia tricúspide con fístulas sistemicopulmonares funcionantes.	747.3 746.1 (*)	
2	Trasplante hepático con recidiva de hepatitis grave por virus B	070.30 V42.7 (*)	
3	Bronconeumonía obliterante con neumonía organizada (BONO)	516.8 (*)	
4	Bronquiolitis por virus sincitial respiratorio	466.1 079.89	
5	Paciente en diálisis peritoneal ingresa por infección de catéter que se extrae.	996.69 V45.1 (*)	97.82
6	Parto normal en embarazada con amenaza de aborto en el 1er. trimestre	650 V27.0 (*)	73.59
7	Recién nacido de 10 días de edad VIH+. Su madre falleció de SIDA hace 4 días	DxP... V01.7 (*)	
8	Ingreso por retención de restos de un aborto tratado anteriormente	637.91 (*)	
9	Diabético ingresa en coma cetoacidótico	250.31 (*)	
10	Estenosis mitral, insuficiencia aórtica. Ingreso por insuficiencia cardíaca	398.91 396.1 (*)	

(*)

- Esta pregunta debería haberse planteado especificando si la atresia pulmonar es arterial o valvular. En el caso de tratarse de una atresia valvular los códigos correctos serían los siguientes:
 - 746.01 Atresia congénita de válvula pulmonar.
 - 746.1 Atresia y estenosis tricuspidea, congénitas.
 - 747.3 Anomalías de la arteria pulmonar.

Este código correspondería a las fístulas sistemicopulmonares.

No obstante la entrada en el Índice Alfabético nos lleva directamente al código de la atresia pulmonar arterial con lo que siguiendo las reglas de codificación ante la falta de información los códigos serían los siguientes:

- 747.3 Anomalías de la arteria pulmonar. Este código incluye la clasificación de las fístulas sistemicopulmonares.
 - 746.1 Atresia y estenosis tricuspídea, congénitas.
2. No queda claro en esta pregunta si el paciente es portador de un trasplante realizado en un ingreso anterior. Considerando que esto es así los códigos a utilizar son:
- 070.30 Hepatitis viral B sin coma hepático aguda o inespecífica sin mención de hepatitis delta.
 - V42.7 Estado de trasplante de hígado

No debe utilizarse el código 996.82 Complicación de trasplante de hígado puesto que la hepatitis no es la consecuencia de la cirugía realizada.

3. El término bronconeumonía utilizado en lugar de bronquiolitis además de ser redundante, puede llevar a confusión a pesar de que en la actualidad hay facultativos que la emplean. El código correcto será pues el 516.8 Otras neuropatías alveolares y parietoalveolares especificadas.
4. Este caso no necesita aclaración.
5. El tipo de catéter utilizado en esta modalidad de diálisis es peritoneal y no vascular, por lo que los códigos a utilizar son:
- 996.69 Reacción infecciosa e inflamatoria por otro dispositivo, implante e injerto protésico interno.
 - V45.1 Estado de diálisis renal. (La infección del catéter no es una complicación de la diálisis).
 - 97.82 Extracción de dispositivo de drenaje peritoneal.
6. Según las nuevas reglas de codificación las complicaciones surgidas durante el embarazo si no afectan al cuidado del parto no se codifican, con lo que la codificación de este caso será la siguiente:
- 650 Parto normal
 - V27.0 Recién nacido vivo
 - 73.59 Otro parto asistido manualmente. Este código deberá utilizarse siempre con el código 650.
7. En esta pregunta se desconoce el motivo del ingreso, es decir, el diagnóstico principal. El código V01.7 Contacto con o exposición a enfermedades víricas que es el que debe utilizarse en los pacientes VIH+ menores de 18 meses sería diagnóstico secundario.
8. Si se trata de una paciente que tuvo un aborto en un ingreso anterior y éste no fue completo, (siguiendo las nuevas normas de codificación), el código correcto en esta admisión es el 637.91 Aborto no especificado sin mención de complicación incompleto.
9. Ha de aclararse con respecto a la traducción del quinto dígito de la Diabetes Mellitus en la Tercera Edición en Castellano que ésta no es correcta, ya que no se trata de compensación o descompensación de la diabetes, sino de su adecuado control.

El término incontrolada (versión americana) es un término equívoco e inespecífico que indica que el nivel de azúcar en la sangre del paciente no está dentro de los límites aceptables. Algunas de las razones para que esto suceda es la no adaptabilidad, la resistencia a la insulina, dieta incontrolada o enfermedad. No se debe asignar el código de diabetes incontrolada si el diagnóstico del médico no es el de diabetes no controlada o de difícil control.

En nuestro caso, por lo tanto, el código correcto es el 250.31 Diabetes con otro tipo de coma tipo I no indicada como no controlada o de difícil control. En las nuevas normas, el coma cetoadicídico ante la falta de información por defecto nos lleva a Diabetes tipo juvenil.

La diabetes descompensada se sigue codificando en 250.9x Diabetes con complicación no especificada.

10. En este caso ha de hacerse especial hincapié en la presunción que la CIE-9-MC hace ante la doble lesión valvular considerándola reumática con lo que la insuficiencia cardíaca deberá seguir la misma regla por lo que los códigos a utilizar serán:
- 398.91 Insuficiencia cardíaca reumática (congestiva)
 - 396.1 Estenosis de la válvula mitral e insuficiencia en la válvula aortica.

Las preguntas del apartado de Formación Continuada son seleccionadas de entre las enviadas a la Unidad Técnica por los diferentes hospitales de nuestro país. En esta ocasión se ha optado por explicar las diferentes posibilidades de codificación debido a que la falta de información no permite dar una sola respuesta.

En adelante y con fines didácticos el formato de este apartado cambiará de estructura, al mismo tiempo que la selección y publicación de las preguntas se harán en base a la claridad en su exposición y aportación de documentos.

Ejercicio planteado en este número

Mujer de 37 años de edad con gestación gemelar de 32 semanas que ingresa por trombopenia.

EXPLORACION: Utero > que amenorrea, relajado. OCE cerrado.

Ecografía: gestación gemelar bicorial biamniótica: 1er. feto en podálica con Biometría de 32 semanas, MF y LF (+). 2º feto: cefálica con anencefalia, MF y LF (+). Hidramnios.

En el curso de la gestación se produce rotura prematura de membranas de la primera bolsa, siendo necesario realizar cesárea electiva (31.1.97) extrayéndose el primer feto varón con Apgar 9/10. 2º feto en podálica (anencéfalo). Exitus post-parto. Extirpación de mioma subseroso en cara anterior de útero. En el puerperio inmediato se produce hemorragia uterina, necesitando aspiración de cavidad, bajo anestesia general, posteriormente se ingresa en UCI, necesitando transfusión de concentrado de hemáties, plasma, antitrombina III y Vitamina K.

Es dada de alta por mejoría clínica. Siendo el hemograma al alta: Hb. 10,7 grs./dl. Hto. 31% Plaquetas 214.000.

DIAGNOSTICO: GESTACION GEMELAR BICORIAL BIAMNIOTICA. PLAQUETOPENIA.

FÉ DE ERRATAS (continuación)

RELACION DE ERRORES DE LA LISTA TABULAR (CIE-9-MC) (TOMO 1)

Nº de Pág.	Categoría
21	032.81 Difteria conjuntival
263	322.0 Meningitis no piogénica
383	422.93 Miocarditis tóxica
383	422.99 Otras
386	425 Eliminar el Excluye
399	440.22 En Incluye: sustituir 420.21 por 440.21
399	440.23 En Incluye: sustituir 420.21 por 440.21
411	456.20 <i>Varices esofágicas: con hemorragia</i>
411	456.21 <i>sin hemorragia</i>
493	580.81 <i>Glomerulonefritis aguda en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos</i>
506	596.5 Añadir Excluye delante de «Síndrome de cauda equina»
552	646.7 En el Excluye añadir «hepatitis viral (647.6)»
554	648.6 En «Enfermedades clasificables bajo 390-398, 410-429» eliminar «440-459»
556	652 Eliminar el Excluye. Debe añadirse «codifique además el parto obstruido asociado (660.0)
556	653 Eliminar el Excluye. Debe añadirse «codifique además el parto obstruido asociado (660.1)
605	711.3 <i>Artropatía reactiva a infección entérica</i>
633	730.8 <i>Otras infecciones que implican al hueso en enfermedades</i>

Nº de Pág. Categoría

- 643 737.42 Lordosis
- 643 737.43 Escoliosis
- 727 787 En el Excluye eliminar «diarrea NEOM (558.9)»
- 739 795.5 Añadir: PPD positiva
Prueba de la tuberculina
positiva
reactor
- 739 795.6 Eliminar: PPD positiva
Prueba de la tuberculina
positiva
reactor
- 877 996.74 Añadir Excluye: Oclusión de injerto biológico por arte-
roesclerosis (440.30-440.32)
- 884 998.81 Enfisema (subcutáneo)(quirúrgico) como resultado
de un procedimiento, debe llevar (*)
- 884 998.82 Catarata fragmentaria en ojo siguiendo a catarata
quirúrgica, debe llevar (*)
- 884 998.89 Otras complicaciones especificadas, debe llevar (*)
- 920 V52.4 Añadir en prótesis de mama «e implante»
- 921 V53.7 Añadir Excluye: Otros cuidados ortopédicos posterio-
res (V54)
- 925 V58.8 En Otros cuidados posteriores añadir «y procedimien-
tos específicos»
- 925 V59 En el excluye añadir autodonación de órgano o teji-
do - codificar condición
- 933 V67.51 Añadir la palabra «completo» después de tratamien-
to y en el excluye: uso continuado de medicación
(V58.61-V58.69)

RELACIÓN DE ERRORES DEL ÍNDICE ALFABÉTICO (CIE-9-MC)
(TOMO 2)

Nº de Pág.

32	Agnosia -visual 368.16
452	Leucemia (M9801/3)
513	Neoplasia -hipófisis 239.7 en lugar de 239.0
528	Neoplasia -pierna NCOC 229.8 en lugar de 224.0

RELACIÓN DE ERRORES DE PROCEDIMIENTOS (CIE-9-MC)
(TOMO 3)

Nº de Pág.

502	Sutura -tendón - -vaina - - -mano 82.41 en lugar de 82.42
-----	--

ERRATAS BOLETÍN Nº 6

Monográfico (Códigos V)

Pág. 14: V08 Estado de infección por virus de inmunodeficiencia humana asintomático, eliminarlo de la lista, pues no puede ser principal en hospitalización de agudos

V26.2 Observación por sospecha de enfermedades respiratorias, sustituir por V29.2