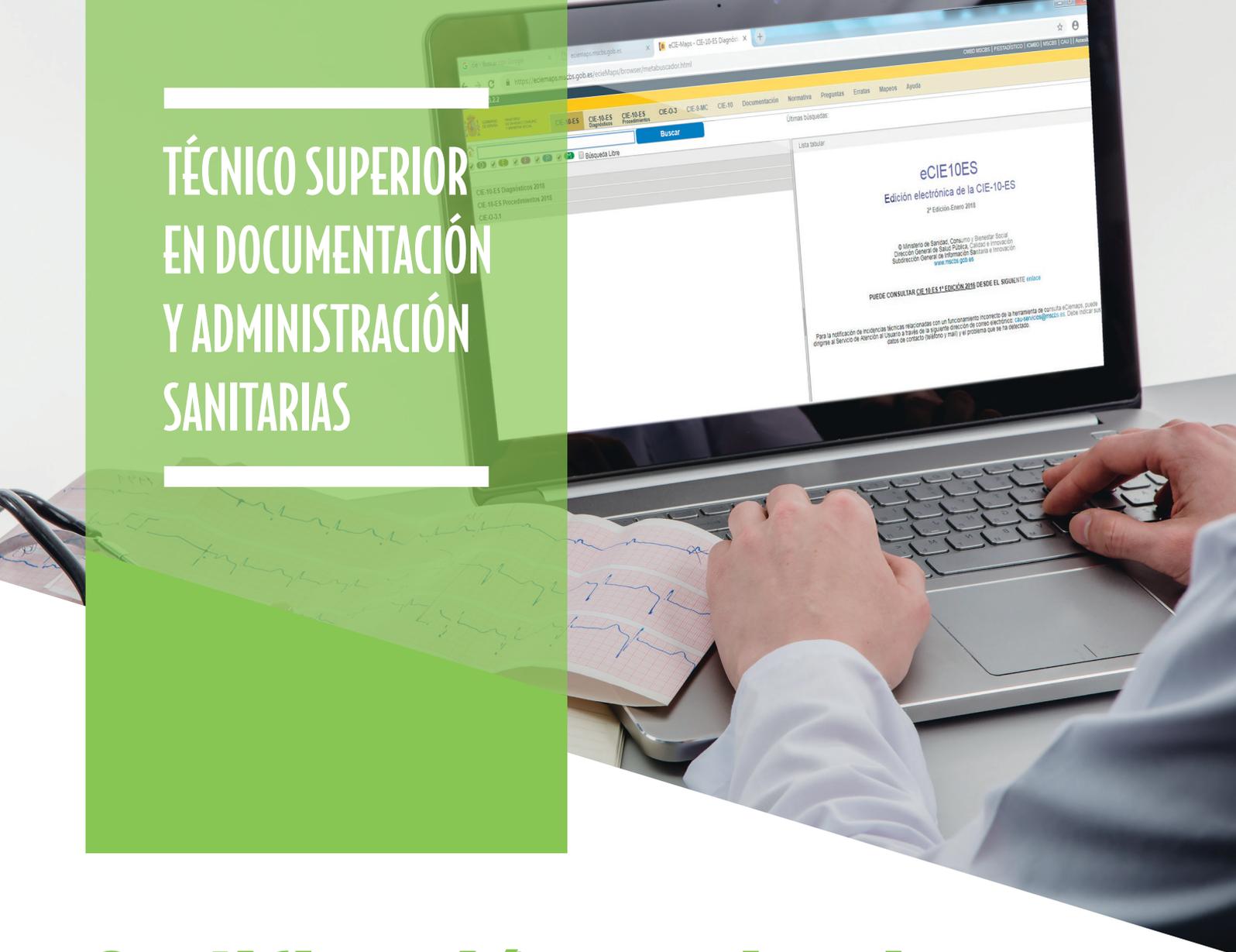


TÉCNICO SUPERIOR EN DOCUMENTACIÓN Y ADMINISTRACIÓN SANITARIAS



Codificación sanitaria

COORDINADORAS

Elena Montilla González

Gloria Sánchez-Cascado y Jiménez

Autoras

Coordinadoras

Elena Montilla González

Titulada en Técnico Superior en Documentación Sanitaria. Responsable del Departamento de Codificación de la Clínica CEMTRO. Madrid

Gloria Sánchez-Cascado y Jiménez

Licenciada en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Interna. Docente para el Ministerio de Educación para el Ciclo Formativo de Documentación y Administración Sanitarias. Madrid

Índice

Capítulo 1

Realización de la codificación de enfermedades infecciosas y parasitarias....	15
1. Normas generales.....	16
2. Infección	17
3. Enfermedades infecciosas de interés. Tuberculosis	18
4. Bacteriemia, sepsis y septicemia	19
5. Normas específicas de codificación de las infecciones	20

Capítulo 2

Realización de la codificación de diagnósticos de neoplasias	29
1. Clasificación de las neoplasias según su comportamiento y localización anatómica	30
2. Normas generales.....	33
3. Normas generales de codificación de las neoplasias.....	38
4. Selección del diagnóstico principal	41
5. Complicaciones de las neoplasias y de su tratamiento	44
6. Codificación de procedimientos diagnósticos y terapéuticos	47

Capítulo 3

Realización de la codificación de enfermedades sistémicas, trastornos mentales y otras patologías	61
1. Diabetes <i>mellitus</i> primaria	62
2. Diabetes <i>mellitus</i> secundaria.....	64
3. Patología tiroidea	67
4. Trastornos mentales orgánicos.....	69
5. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas	72
6. Dependencia a tóxicos.....	76
7. Codificación de enfermedades del aparato genitourinario.....	77
8. Anomalías congénitas y enfermedades con origen en el periodo perinatal..	82
9. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos	85

Capítulo 4

Realización de la codificación del aparato circulatorio	99
1. Enfermedad cardíaca valvular. Valvulopatías	100
2. Hipertensión arterial y enfermedad hipertensiva	101
3. Insuficiencia cardíaca/fallo cardíaco	105
4. Cardiopatía isquémica.....	107
5. Parada cardiorrespiratoria	112
6. Trastornos cerebrovasculares	113
7. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Marcapasos cardíaco. Cateterismo cardíaco. Angioplastia coronaria transluminal percutánea	115

Capítulo 5

Realización de la codificación de enfermedades del aparato respiratorio	133
1. Neumonía, bronconeumonía y neumonitis	134
2. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Normas específicas de codificación de la EPOC	138
3. Insuficiencia respiratoria como fracaso respiratorio.....	141
4. Hipertensión pulmonar y <i>cor pulmonale</i>	144
5. Edema agudo de pulmón.....	145
6. Derrame pleural	148
7. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos	148

Capítulo 6

Realización de la codificación de enfermedades del aparato digestivo	165
1. Hemorragias digestivas	166
2. Úlceras del tracto gastrointestinal	167
3. Peritonitis.....	170

4. Hernias abdominales	172
5. Complicaciones de ostomías	174
6. Hepatitis. Normativa específica de codificación	176
7. Cirrosis hepática y hepatopatías crónicas	178
8. Colecistitis y colelitiasis	181
9. Enfermedades pancreáticas	182
10. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos digestivos	183

Capítulo 7

Realización de la codificación de complicaciones del embarazo, parto y puerperio	197
1. Codificación del aborto	198
2. Prioridad en la secuencia de códigos en el embarazo, parto y puerperio	201
3. Utilización de caracteres	202
4. Cronopatías del embarazo	203
5. Cronopatías del parto	203
6. Enfermedades actuales que complican el embarazo. <i>Diabetes mellitus</i> en el embarazo. <i>Diabetes gestacional</i>	205
7. Parto normal	207
8. Codificación de motivos de ingreso de recién nacidos	210
Soluciones “Evalúate tú mismo”	219



CAPÍTULO

I

REALIZACIÓN DE LA CODIFICACIÓN DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS

Elena Montilla González

Sumario

1. Normas generales
 2. Infección
 3. Enfermedades infecciosas de interés. Tuberculosis
 4. Bacteriemia, sepsis y septicemia
 5. Normas específicas de codificación de las infecciones
- Resumen, glosario, ejercicios y test de evaluación

La **codificación de las neoplasias** se realiza en la CIE electrónica con la versión CIE-0-3-1 y con la actualización WHO-IARC realizada sobre la International Classification of Diseases for Oncology 3rd edition (ICD-O-3, año 2000) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La **Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología** (CIE-O) se ha utilizado desde el año 1990 como una herramienta estándar para codificar los diagnósticos de las neoplasias y también en el **Servicio de Anatomía Patológica**. No hay que olvidar que el resultado de este servicio es fundamental para la **clasificación de los tumores**.

Hasta la aparición de esta última versión se han formado y reunido múltiples **grupos de trabajo** con la finalidad de darle la especificidad necesaria a esta valiosa clasificación. La clasificación describe de forma rigurosa el **comportamiento, la localización y la morfología de los tumores**.



RECUERDA QUE

Es fundamental para el codificador examinar el informe de anatomía patológica.

I. CLASIFICACIÓN DE LAS NEOPLASIAS SEGÚN SU COMPORTAMIENTO Y LOCALIZACIÓN ANATÓMICA

Las **neoplasias** se encuentran clasificadas en el capítulo 2 de la CIE-10-ES y se especifican con códigos que van desde la categoría C00 a la D49. Únicamente utilizaremos de la **CIE 0.3.1** el **código de la morfología**. El código de las neoplasias tiene 7 lugares con 6 dígitos y una barra, separando el cuarto y quinto. Decimos siete posiciones porque la primera es una M. Los cuatro primeros dígitos identifican el tipo histológico de la neoplasia, el quinto número indica su comportamiento y el sexto el grado de diferenciación de la neoplasia o la designación del inmunofenotipo en las leucemias y linfomas. Vamos a estudiar en primer lugar la clasificación de las neoplasias según su comportamiento y, en segundo lugar, de acuerdo con su localización anatómica (Figura 1).

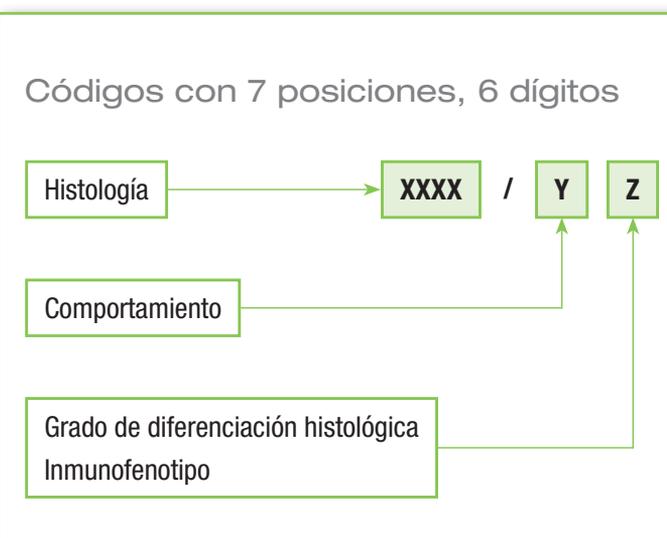


Figura 1. Informe de anatomía patológica.

I.1. Clasificación de acuerdo con su comportamiento

Es muy importante conocer el comportamiento que pueden o que van a tener las neoplasias.

Vamos a ver cómo podemos codificar sobre un ejemplo. Imaginemos que un paciente tiene como

Por defecto consideramos a las neoplasias como **primarias**, a excepción de las que se encuentran en el hígado para lo que tenemos el código C22.9 (ni primaria ni secundaria) y las neoplasias de los ganglios linfáticos que serán secundarias.

Si en el diagnóstico figura metastásico y no se especifica si el tumor maligno es primario o secundario, también lo consideramos primario con excepción del hígado (Tabla 5).



http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000300002

Metástasis óseas

Algunas localizaciones de las neoplasias que por defecto son secundarias

TABLA 5

Hueso	Retroperitoneo	Cerebro
Ganglios linfáticos	Mediastino	Médula espinal
Hígado	Pleura	Diafragma
Peritoneo	Meninges	Corazón

Además, es muy importante tener en cuenta que:

- › Es fundamental analizar el informe de alta y de anatomía patológica para saber si las neoplasias son primarias o secundarias.
- › Comprobar siempre de forma rigurosa su morfología.
- › Fijarnos muy bien en si son del lado derecho u izquierdo, es decir, en la lateralidad.

Vamos ahora a estudiar las **neoplasias con límites solapados**. Nos podemos encontrar con varias situaciones:

- › Si tenemos una neoplasia maligna que se localiza en una zona o sitio anatómico y **este es conocido e infiltra zonas** que se pueden codificar dentro de la misma categoría. Únicamente codificaremos el punto de origen.
- › Si las localizaciones de origen no se conocen, entonces podremos el .8 Un tumor maligno que comprende dos o más sitios contiguos de la misma categoría de tres caracteres, cuyo punto de origen no puede ser determinado, se clasifica en la subcategoría .8 ("lesión de sitios contiguos").



RECUERDA QUE

El ganglio centinela es el primer ganglio linfático que encuentran las células tumorales al intentar diseminarse a través de la linfa. Lo verás escrito en los informes con relativa frecuencia.

EJEMPLOS:

- › Adenocarcinoma de cabeza de páncreas y cuerpo:
C25.8
M8140/39
- › Adenocarcinoma de cabeza de páncreas que infiltra el cuerpo:
C25.0
M8140/39

- › **Caquexia.** Si el paciente la presenta se codifica.
- › **Dolor.** El dolor asociado a una neoplasia se codifica:
 - › Si es el motivo del ingreso se codifica como código principal y la entrada es por dolor - debido a [-]
 - ┆ Cáncer G89.3
 - › Si está presente en el episodio se codifica, pero no como principal.
 - › Además en ninguna de las dos circunstancias se pone la localización del dolor.
- › **Fractura.** Las fracturas en la enfermedad neoplásica se codifica:
 - › Si es el motivo del ingreso y el objetivo es el tratamiento, irá como código principal. La entrada es:



<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/efectos-secundarios/dolor/dolor-pdq>

El dolor y el cáncer

Fractura patológica

- › Debida a neoplasia (enfermedad neoplásica) NCOO (véase además neoplasia) M84.50-

- › Si no es el motivo del ingreso, irá en primer lugar la neoplasia seguido del código de la fractura.

- › **Derrame pleural.** Siempre lo codificamos. La entrada es (Figura 15):

- › **Ascitis.** Su entrada es por ascitis y nos vamos al –sangrado– de maligna. Observa cómo nos envía a codificar primero la neoplasia maligna (Figura 16).

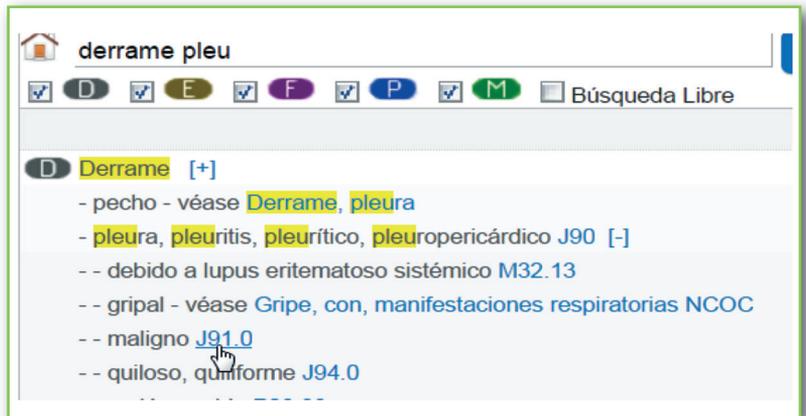


Figura 15. Codificación de derrame pleural.

R18 Ascitis

Incluye:
- líquido en cavidad peritoneal

Excluye 1:
- ascitis en cirrosis alcohólica (K70.31)
- ascitis en enfermedad hepática tóxica con hepatitis crónica activa (K71.51)
- ascitis en hepatitis alcohólica (K70.11)

R18.0 **Ascitis maligna**

Codifique primero la neoplasia maligna, tal como:
- neoplasia maligna de ovario (C56.-)
- neoplasia maligna secundaria de retroperitoneo y peritoneo (C78.6)

R18.8 **Otros tipos de ascitis**

Ascitis NEOM
Derrame peritoneal (crónico)

Figura 16. Codificación de ascitis.

consumir de forma esporádica alcohol o cualquier droga que hacerlo de forma abusiva o dependiente.

EJEMPLO:

Consumo de cannabis: F12.9-

Abuso de cannabis: F12.1-

Dependencia de cannabis: F12.2-

Si, por ejemplo, nos viene descrito que un paciente abusa y tiene dependencia al cannabis, solo se asignará un código y será el que pueda agravar más su salud, en este caso el de la dependencia.

Las intoxicaciones, sobredosis y envenenamientos se codificarán en los códigos de las categorías T36-T65. Dentro de esta categoría entre los códigos T51.-T65. están clasificados los efectos tóxicos de las sustancias de procedencia principalmente no medicamentosa.

El **sexto carácter** nos indica la intencionalidad:

EJEMPLO:

T40.1X1A: Envenenamiento por heroína, **accidental (no intencionado)**, contacto inicial.

T40.1X2A: Envenenamiento por heroína, **autolesión intencionada**, contacto inicial.

T40.1X3A: Envenenamiento por heroína, **agresión**, contacto inicial.

T40.1X4A: Envenenamiento por heroína, **intencionalidad sin determinar**, contacto inicial.

El **séptimo carácter** nos indica el tipo de contacto y puede ser:

EJEMPLO:

A (contacto inicial).

D (contacto sucesivo).

S (Secuela).

Existen numerosos trastornos que son causados por un uso continuado de drogas o alcohol y vienen descritos en el IAE Diagnósticos. Si está todo bien documentado, no deberíamos tener problema a la hora de codificarlo. En la siguiente Figura 15 podemos ver algunos de los diversos trastornos que el alcohol puede producir y su codificación.

Asimismo, podemos ver en la Figura 16 la codificación de algunos trastornos producidos por un tipo de droga determinada.



RECUERDA QUE

La interacción entre fármacos y drogas se codifica como intoxicación y es necesario recoger en el informe y codificar todas las sustancias responsables del cuadro presentado por el paciente.



http://drogues.gencat.cat/es/ciudadania/sobre_les_drogues/taula_de_resum/

Tabla resumen de efectos y riesgos

7.2. Riñón y vías urinarias

Litiasis urinaria	Categorías: N20- N23
Comprende términos: – Cálculo – Cólico renal no especificado	La entrada más directa es por cálculo



https://www.abc.es/ciencia/abci-intersticio-nuevo-organo-humano-201803280950_video.html

El intestino, nuevo órgano humano

7.3. Enfermedades de los órganos genitales masculinos (Tabla 6)

Enfermedades de los órganos genitales masculinos

TABLA 6

Enfermedades de los órganos genitales masculinos	Categorías: N40-N53
Comprende: – Todas las partes del aparato genital masculino	Es muy frecuente la: – Hiperplasia benigna de próstata (HBP). Aquí cuidado con añadir o no los síntomas del tracto urinario

7.4. Mama (Tabla 7)

Trastornos de la mama

TABLA 7

Trastornos de la mama	Categorías N60- N65
Comprende: – Displasias – Hipertrofia – Masas o bultos	Cualquiera de ellas es frecuente Recuerda la neoplasia de mama

7.5. De los órganos pélvicos y trastornos no inflamatorios del tracto genital femenino (Tabla 8)

Enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos

TABLA 8

Enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos	Categorías: N70- N77
Comprende: – Salpingitis y ooforitis – Bartolinitis, etc.	

(Continúa en página siguiente)

del ventrículo izquierdo (VI), con la resultante disminución del trabajo cardiaco, del consumo de oxígeno del miocardio. Todo ello hace que aumente la presión diastólica, lo que conduce a una mejora de la perfusión coronaria a nivel proximal y la perfusión periférica a nivel distal. Tiene una entrada directa que nos lleva a (Figura 23):

Sección	5 Asistencia y Soporte Extracorpóreos		
Sistema Orgánico	A Sistemas Fisiológicos		
Tipo de Procedimiento	0 Asistencia Asumir una parte de una función fisiológica por medios extracorpóreos		
Localización Anatómica	Duración	Función	Calificador
<input type="radio"/> 2 Cardíaco(-a)	<input type="radio"/> 1 Intermitente	<input type="radio"/> 1 Gasto	<input checked="" type="radio"/> 0 Balón de Contrapulsación
	<input type="radio"/> 2 Continuo(-a)		<input type="radio"/> 5 Asistencia Pulsátil
			<input type="radio"/> 6 Otra Bomba
			<input type="radio"/> D Bomba Impulsora

Figura 23. Entrada por balón contrapulsación intraaórtico.

- Derivación arterias coronarias.** Es una cirugía que crea una nueva ruta, llamada derivación (*bypass*), para que la sangre y el oxígeno puedan evitar un bloqueo y llegar al corazón. Podemos entrar de dos formas. Por:
 - Alfabético por derivación arteria coronaria.
 - Tablas: Médico quirúrgica, Corazón y grandes vasos, Derivación (Figura 24).

INFORMACIÓN IMPORTANTE

- Se codifican tantas **derivaciones** como se realicen.
- Es habitual realizar **escisiones** de vasos como la safena para completar la derivación. Estas escisiones tienen también que codificarse salvo que estén en el mismo campo operatorio. Por ejemplo, el autoinjerto de arteria mamaria.
- Codificamos “desde” a “hacia”. Si derivamos, por ejemplo, una arteria coronaria a mamaria interna derecha.



El código en CIE-10-PCS es : 0210098

Sección	0 Médico-Quirúrgica		
Sistema Orgánico	2 Corazón y Grandes Vasos		
Tipo de Procedimiento	1 Derivación Alterar la vía de paso de los contenidos de una estructura anatómica tubular		
Localización Anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
<input checked="" type="radio"/> 0 Arteria Coronaria, Una Arteria +	<input checked="" type="radio"/> 0 Abierto	<input type="radio"/> 8 Tejido Zooplástico	<input type="radio"/> 3 Arteria Coronaria
<input type="radio"/> 1 Arteria Coronaria, Dos Arterias +		<input checked="" type="radio"/> 9 Tejido Venoso Autólogo	<input checked="" type="radio"/> 8 Mamaria Interna, Derecha
<input type="radio"/> 2 Arteria Coronaria, Tres Arterias +		<input type="radio"/> A Tejido Arterial Autólogo	<input type="radio"/> 9 Mamaria Interna, Izquierda
<input type="radio"/> 3 Arteria Coronaria, Cuatro o Más Arterias +		<input type="radio"/> J Sustituto Sintético	<input type="radio"/> C Arteria Torácica
		<input type="radio"/> K Sustituto de Tejido No Autólogo	<input type="radio"/> F Arteria abdominal
			<input type="radio"/> W Aorta

Figura 24. Entrada para derivación coronaria.

Los **generadores de impulsos** consisten en un cuerpo de titanio, que contiene una batería de litio, el cual se implanta preferentemente en una bolsa subcutánea en el músculo pectoral mayor, aunque también se pueden utilizar otras ubicaciones como el abdomen, especialmente en pacientes pediátricos. La codificación se realiza mejor por la tabla (Figura 29).

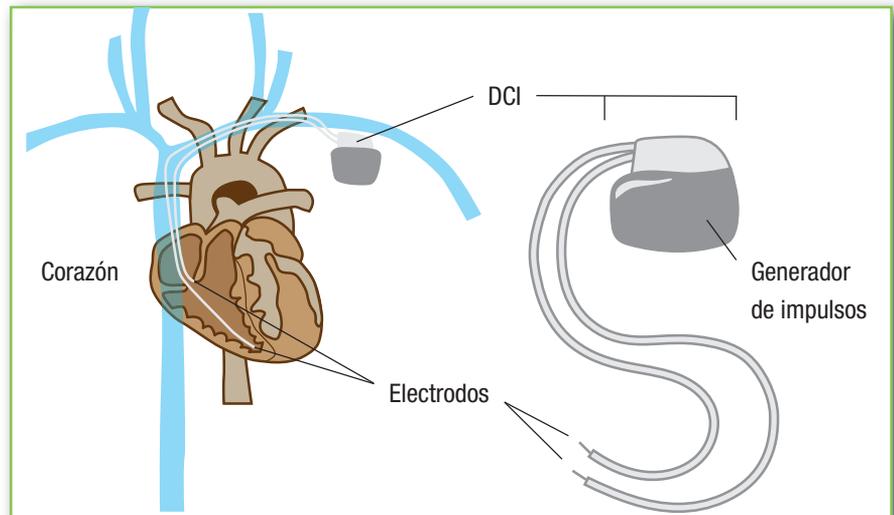


Figura 28. Desfibrilador cardioversor implantable.

El código en CIE-10-PCS es : 02H63KZ

Sección	0 Médico-Quirúrgica		
Sistema Orgánico	2 Corazón y Grandes Vasos		
Tipo de Procedimiento	H Inserción Introducir un dispositivo no biológico que monitoriza, evalúa, realiza o previene una función fisiológica, pero sin sustituir físicamente una estructura anatómica		
Localización Anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
<input type="radio"/> 4 Vena Coronaria <input checked="" type="radio"/> 6 Aurícula, Derecha <input type="radio"/> 7 Aurícula, Izquierda <input type="radio"/> K Ventrículo, Derecho <input type="radio"/> L Ventrículo, Izquierdo	<input type="radio"/> 0 Abierto <input checked="" type="radio"/> 3 Percutáneo <input type="radio"/> 4 Endoscópico Percutáneo	<input type="radio"/> 0 Dispositivo de Monitorización, Sensor de Presión <input type="radio"/> 2 Dispositivo de Monitorización <input type="radio"/> 3 Dispositivo de Infusión <input type="radio"/> D Dispositivo Intraluminal <input type="radio"/> J Electrodo de Marcapasos <input checked="" type="radio"/> K Electrodo de Desfibrilador <input type="radio"/> M Electrodo Cardíaco <input type="radio"/> N Marcapasos Intracardíaco	<input type="text"/>

Figura 29. Entradas por desfibrilador cardioversor implantable.

EJEMPLO:

- ▶ Paciente de 68 años con diagnóstico de CIC (cardiopatía isquémica crónica) que ingresa para colocación de DAI monocameral por vena subclavia izquierda hasta ventrículo derecho. Es hipertenso, diabético DE tipo 2. Hace tres años que no fuma.

D.P I25.2

D.S I10

D.S E11.9

D.S Z87.891

Por ejemplo:

02HK3KZ electrodo + generador 0JH638Z

- ▶ Mujer que ingresa por agotamiento de la batería del DAI.

D.P Z45.02

P.P 0JPTOPZ (Retirada)

PS 0JH608Z (Inserción)

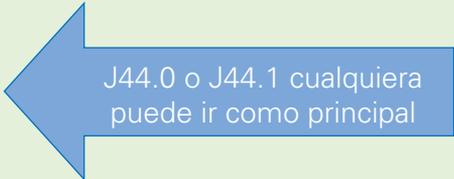
EJEMPLOS:

Reagudización de EPOC debida a bronquitis aguda por *Moraxella catarrhalis*

C.P J44.0

C.S J20.8

C.S J44.1



Enfisema panacinar reagudizado con infección respiratoria

C.P J43.1

C.S J22

Bronquitis asmática crónica con exacerbación aguda

J44.1

J45.901

Exacerbación aguda de EPOC, bronquitis aguda por rinovirus, neumonía por *Haemophilus influenzae* y exacerbación aguda de asma intrínseca

J44.1

J44.0

J20.6

J14

J45.901



<https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/congresos/casos-clinicos-xi-reunion-epoc-14-03-2016.pdf>

XI Reunión EPOC

3. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA COMO FRACASO RESPIRATORIO

La **insuficiencia respiratoria** (IR) o **fallo respiratorio** se define como la situación en la que el aparato respiratorio se muestra incapaz de cumplir su función de intercambio pulmonar de gases de forma suficiente para cubrir las necesidades metabólicas del organismo. Se acepta que existe una insuficiencia respiratoria cuando, en la gasometría arterial, la (PaO₂) es menor de 60 mmHg o la presión arterial de anhídrido carbónico (PaCO₂) es mayor de 45 mmHg.

La entrada es por **fallo respiratorio** que nos lleva a la categoría J96; en J96.0 Insuficiencia respiratoria aguda, J96.1 Insuficiencia respiratoria crónica, J96.2 Insuficiencia respiratoria aguda y crónica y J96.9 Insuficiencia respiratoria no especificada. Además, el cuarto carácter de 0, 1 y 2 me distingue si existe hipoxia, hipercapnia o no está especificada (Figura 7) (Tabla 3).



RECUERDA QUE

Una gasometría arterial es un procedimiento que se realiza extrayendo sangre de una arteria para medir los gases, oxígeno y dióxido de carbono y su pH (acidez).



<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v27n4/a13v27n4>

Insuficiencia respiratoria aguda

J96.0 Insuficiencia respiratoria aguda	
J96.00	Insuficiencia respiratoria aguda no especificada si con hipoxia o con hipercapnia
J96.01	Insuficiencia respiratoria aguda con hipoxia
J96.02	Insuficiencia respiratoria aguda con hipercapnia

Figura 7. Codificación del fallo respiratorio.

TABLA 3

Clasificación del fallo respiratorio

Según criterio clínico evolutivo	Según características gasométricas
<ul style="list-style-type: none"> – Insuficiencia respiratoria aguda – Insuficiencia respiratoria crónica – Insuficiencia respiratoria crónica reagudizada 	<ul style="list-style-type: none"> – Insuficiencia respiratoria de tipo I: hipoxémica – Insuficiencia respiratoria de tipo II: hiperclápnica – Insuficiencia respiratoria de tipo III: perioperatoria – Insuficiencia respiratoria de tipo IV: <i>shock</i> o hipoperfusión

Aunque la entrada es fácil y también lo es asignar el código tenemos que prestar mucha atención porque hay situaciones en las que no está argumentado el fallo respiratorio. Para codificarla tiene que estar plenamente documentada por el médico que ha atendido al paciente.

Debemos tener cuidado con codificar el fallo respiratorio hipóxico por la hipoxemia que pueda presentar el paciente. En esta, los niveles de oxígeno en sangre estarán por debajo del 90 % (saturación de oxígeno baja) y un nivel de oxígeno en la sangre por debajo del 80 %. Además es el clínico, insistimos, el que debe determinar la afección del paciente y debemos prestar atención porque los patrones de la gasometría que en “principio nos pueden orientar” puede que no estén obtenidos de sangre arterial.

La **pulsioximetría** es el método más empleado para la determinación estimativa de la SatO₂ (Figura 8).



RECUERDA QUE

La **pulsioximetría** es el método más empleado para la determinación estimativa de la SatO₂.



Figura 8. Pulsioximetría.



Figura 27. CPAP.

- ▶ -5A09458 Asistencia de ventilación, respiratorio(-a), con presión positiva respiratoria intermitente, 24-96 horas consecutivas.
- ▶ -5A09558 Asistencia de ventilación, respiratorio(-a), con presión positiva respiratoria intermitente, más de 96 horas consecutivas.

▶ **Ventilación mecánica invasiva.** Es la ventilación que precisa de tubo endotraqueal o traqueotomía. La entrada es directa por ventilación o por las tablas (Figura 28):

Sección	5 Asistencia y Soporte Extracorpóreos
Sistema Orgánico	A Sistemas Fisiológicos
Tipo de Procedimiento	1 Soporte

Asumir la totalidad de una función fisiológica por medios extracorpóreos

Figura 28. Entrada de ventilación mecánica invasiva.

EJEMPLO:

Intubación endotraqueal y ventilación mecánica invasiva durante 98 horas.
 5A1955Z Soporte de ventilación, respiratorio (-a), más de 96 horas consecutivas
 0BH17EZ Inserción en tráquea de dispositivo intraluminal, cánula endotraqueal, abordaje orificio natural o artificial

▶ **Stent bronquial.** En general, los *stent* están indicados en aquellas estenosis traqueobronquiales benignas o malignas, que no son susceptibles de manejar con otras técnicas. La entrada es por dilatación y dispositivo intraluminal.

EJEMPLO:

0B7B8DZ Dilatación de bronquio lóbulo inferior, izquierdo, con dispositivo intraluminal, abordaje orificio natural o artificial, endoscópico



RECUERDA QUE

Extracción es retirar, extirpar o arrancar total o parcialmente una estructura anatómica aplicando una fuerza.

RESUMEN

- ✓ La **entrada por neumonía** es directa y cuando nos dirija al código es muy importante que leamos al principio de la categoría la utilización de los códigos adicionales, notas de excluye, etc.
- ✓ Es muy importante diferenciar entre **lobar** y **lobular**. La codificación se realiza como el resto de las neumonías pero siempre distinguiendo lobar de lobular.
- ✓ En la **neumonía por aspiración** y en el caso de que se produzca una sobreinfección, le añadiremos el código de J13 a J16.
- ✓ Las **complicaciones** se codifican en: J95.88 Otras complicaciones intraoperatorias del aparato respiratorio, no clasificadas bajo otro concepto; y J95.89 Otras complicaciones y trastornos posprocedimiento de aparato respiratorio, no clasificados bajo otro concepto.
- ✓ Muy importante leer el incluye de la **categoría J44** y analizar el cuadro que hemos colocado en la codificación de EPOC.
- ✓ **Hipertensión arterial pulmonar primaria y secundaria** y **Cor pulmonale** crónico requieren de una codificación particular.
- ✓ El **derrame pleural** tiene diferentes causas y es muy importante que sepamos que su causa más habitual es la insuficiencia cardiaca congestiva y que también puede aparecer en la neumonía y la insuficiencia renal. En el caso de que aparezca como consecuencia de una neoplasia busquemos por derrame pleural maligno.
- ✓ Saber listar los **distintos procedimientos** supone enumerarlos en diagnósticos y terapéuticos; es importante para ordenar las entradas tanto por el índice alfabético como por las tablas.
- ✓ Distinguir con exactitud la **ventilación mecánica** no invasiva de la invasiva es fundamental y muy importante. Los costes se elevan cuando existe una invasiva.
- ✓ Es importante asimismo diferenciar **lobectomía** de **neumonectomía parcial**. Neumonectomía y segmentomía nos permite codificar con rigor.
- ✓ La **codificación del trasplante** tiene entrada por el mismo término.



EJERCICIOS

- › E1. En el siguiente enlace puedes encontrar información sobre diferentes tipos de válvulas cardíacas. Elabora un trabajo e introduce los términos en Excel.



<https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2014/04/prosac-4-5.pdf>

Prótesis valvulares cardíacas

- › E2. Si abres el siguiente enlace podrás obtener información sobre el marcapasos sin cable (sin electrodo). Realiza un resumen y su codificación. Puedes ayudarte además con el siguiente enlace:



<https://secardiologia.es/arritmias/cientifico/blog-actualizaciones-bibliograficas/8329-el-marcapasos-sin-cables-micra-mas-seguro-que-los-marcapasos-transvenosos-en-el-largo-plazo>

Marcapasos sin cables

- › E3. Codifica el siguiente cuadro clínico y responde las siguientes preguntas:
- ¿Qué significa cortejo vegetativo?
 - Killip, ¿Qué comprende?
 - Enumera hasta 5 *stent* liberadores o no de fármacos.
 - Haz un resumen de la cardiopatía isquémica.

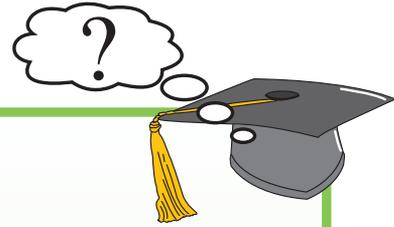
Motivo de ingreso: Dolor centrotorácico agudo con cortejo vegetativo.

FRCV: HTA, DM en tratamiento con insulina, DL.

Tratamiento habitual con: adiro 100 0-1-0, simvastatina 40 0-0-1, sinergina 100 1-1-1, lisinopril/HCTZ 20/12,5 1-0-0, lantus 28UI-0-0.

Enfermedad actual

A su llegada a urgencias se realiza ECG donde se objetiva aumento de ST de V2 a V5 y onda T picuda en V3-V6. Está en FA y (Killip II). Se decide IC con servicio de hemodinámica que realiza cateterismo urgente objetivándose una arterioesclerosis coronaria de obtusa marginal y descendente anterior. Se procede a la colocación de dos *stent* Taxus® y Cypher®. En el posoperatorio inmediato sufre un cuadro de I.R que precisa de VMNI y su traslado a UVI.



EJERCICIOS

› E1. Codifica el siguiente ejercicio.

Mujer de 38 años, embarazada de 40 + 3 semanas que acude por parto en curso. Se le realiza monitorización fetal externa. Tipo de anestesia: epidural. Parto eutócico. Reparación de desgarro de grado II de periné. Datos del R.N. Varón nacido vivo. Peso: 4.100 gr.

› E2. Codifica el siguiente ejercicio.

Mujer de 26 años, embarazada de 21 semanas que ingresa por dolor en parte baja de abdomen. Se le realiza ecografía donde se observa gestación en curso, placenta anterior normoinserta. No presenta dinámica y es diagnosticada de estreñimiento. Se le administra enema y mejora el dolor.

› E3. Codifica el siguiente ejercicio.

Gestante de 4 fetos, ingresa en la semana 12 para una reducción selectiva de dos de los 4 fetos mediante inyección de cloruro potásico. La paciente tiene hipotiroidismo desde su embarazo anterior.

› E4. Codifica el siguiente ejercicio.

Mujer de 34 años que fue dada de alta hace 4 días después de un parto vaginal con fórceps. Desde hace unas horas manifiesta tener fiebre > 38, dolor abdominal. Se toma cultivo de secreción vaginal maloliente. La paciente es diagnosticada de endometriosis puerperal e infección por pseudomonas.

› E5. Codifica el siguiente ejercicio.

Gestante de 27 semanas con diabetes *mellitus* de tipo II, tratada con hipoglucemiantes orales, que ingresa por una descompensación hipoglucémica.

EVALÚATE TÚ MISMO



1. Se considera aborto:

- a) Cuando hay una interrupción voluntaria del embarazo antes de la semana 20 de gestación.
- b) Cuando hay una interrupción voluntaria o involuntaria del embarazo antes de la semana 20 de gestación.
- c) Cuando hay una interrupción voluntaria o involuntaria del embarazo antes de la semana 22 de gestación.
- d) En cualquier momento de la gestación cuando un feto o embrión deja de estar vivo.



SOLUCIONES EVALÚATE TÚ MISMO



http://www.aranformacion.es/_soluciones/index.asp?ID=41