

PARTE 5 CIE 10

APROXIMACIÓN A LOS PUNTOS NORMATIVOS

INTRODUCCIÓN

El uso de una clasificación internacional de enfermedades y procedimientos, es la base necesaria para la normalización de la información clínica que conforma el Conjunto Mínimo Básico de datos (CMBD). En España, el grupo técnico que se encarga de consensuar las reglas que unifican los criterios de la codificación clínica es la Unidad Técnica de Codificación del SNS, integrada por expertos de todos los Servicios de Salud. Dicha unidad, en funcionamiento desde 1994, es la encargada de regular y revisar la normativa de uso de la clasificación en vigor en nuestro ámbito. Para facilitar la aplicación de dicha normativa, la Unidad Técnica ha asumido, desde su creación, la elaboración de manuales y boletines monográficos que abordan las mencionadas normas de codificación, especialmente en las materias de especial complejidad.

En enero de 2016, entró en vigor para la codificación clínica la clasificación de diagnósticos y procedimientos, la CIE-10-ES. Esta clasificación supone un importante cambio cualitativo y cuantitativo en la codificación clínica. Este cambio implica el aprendizaje y adopción de una nueva metodología para la codificación de diagnósticos y procedimientos.

Es importante destacar que el cambio de clasificación también comporta, además del conocimiento y manejo de las convenciones y normas que la rigen, una mayor exigencia

de conocimientos en **anatomía y terminología quirúrgica** y, sobre todo, contar con la documentación clínica necesaria para poder codificar con el nivel de especificidad que conlleva la CIE-10-ES. Por ello, es fundamental contar con la colaboración de los clínicos para conseguir una documentación que describa completamente lo ocurrido durante el episodio asistencial y que permita una asignación precisa de los códigos.

Las adaptaciones de los epígrafes de la normativa original han sido consensuadas por los miembros de **la Unidad Técnica de Codificación y los expertos en codificación clínica que colaboran con el Ministerio de Sanidad**. Cada uno de ellos ha asumido la responsabilidad de elaborar la normativa de uno o varios capítulos y además han participado en la puesta en común y revisión exhaustiva de los materiales, que se ha realizado por la totalidad de miembros y colaboradores de la Unidad, con el objetivo común de lograr claridad, coherencia y precisión.

Es importante incidir, como hemos recalcado durante el curso, en que, la normativa tiene como fuente las convenciones y normas desarrolladas por el organismo que actualiza y mantiene la clasificación de origen, **(The ICD-10 Coordination and Maintenance Committee (C&M))**, en ocasiones pueden existir algunas diferencias entre la normativa americana y la española, puesto que los ámbitos de aplicación son diferentes. Si a la hora de codificar un diagnóstico o un procedimiento, el codificador observara una **discrepancia en la normativa publicada por diferentes organismos, debe tener en cuenta que la normativa válida de aplicación en el Sistema Nacional de Salud y para la generación de estadísticas de morbilidad de nuestro país, es la recogida en los manuales y en los cuadernos de codificación publicados por el Ministerio.**

SELECCIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (D.P.)

Las convenciones o instrucciones del I.A.E y de la L.T de la CIE-10-ES Diagnósticos tienen prioridad sobre cualquier normativa de codificación a la hora de la identificación del D.P.

Síntomas, signos y afecciones mal definidas

Los códigos de síntomas, signos y afecciones mal definidas solo podrán ser D.P. cuando no se haya establecido un diagnóstico definitivo o más preciso. En todo caso siempre se asignará como D.P. el síntoma o signo más significativo, o al que se hayan orientado principalmente las pruebas o procedimientos diagnósticos o terapéuticos.

Existen dos o más afecciones que pueden cumplir los criterios de definición de diagnóstico principal

Cuando existan dos o más afecciones que pueden cumplir los criterios de ser D.P. cualquiera de ellas puede serlo, salvo que las circunstancias de la admisión, el tratamiento, o las instrucciones de la L.T o del I.A.E indiquen lo contrario.

Paciente ingresado para estudio por disnea siendo finalmente diagnosticado de insuficiencia cardiaca congestiva y de insuficiencia respiratoria aguda.

I50.9 Insuficiencia cardiaca, no especificada

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

En ausencia de más información cualquiera de ellos puede ser D.P.

Existen dos o más diagnósticos bien contrastados

En los casos (raros) en que dos o más diagnósticos se reflejan o documentan con expresiones como: “Diagnóstico A versus Diagnóstico B”, “Diagnóstico A o Diagnóstico B” o similares, se codificarán ambos o todos y para la secuencia se considerará, como en apartados anteriores, las circunstancias de la admisión, el tratamiento o las instrucciones del I.A.E y/o de la L.T. Si a pesar de todo no se puede aplicar otro criterio, entonces cualquiera de ellos puede ser el D.P.

Paciente ingresado para estudio por imagen de consolidación en LSD en Rx tórax que refiere además febrícula y malestar general desde hace unas días. Tras los estudios pertinentes y ante la respuesta al tratamiento médico de su neumonía, con cultivo negativos, se le traslada para cirugía torácica, siendo diagnosticado de neumonía versus carcinoma epidermoide de LSD del pulmón.

J18.9 Neumonía, microorganismo no especificado

C34.11 Neoplasia maligna de lóbulo superior, bronquio o pulmón derecho

8070/3 Carcinoma epidermoide

Tanto la neumonía como la neoplasia pueden ser D.P.

Admisión para un tratamiento que no se realiza

Cuando hay un ingreso programado para la realización de un tratamiento o intervención quirúrgica y ésta no se realiza, se considerará como D.P. la enfermedad responsable del ingreso, independientemente del motivo de la suspensión del tratamiento. Debe ir junto con un código de la categoría **Z53 Personas en contacto con los servicios de salud para procedimientos y tratamiento específico, no realizados**.

Paciente ingresado para extirpación de quiste folicular de ovario. Se suspende la intervención por prolongación de la intervención anterior.

D.P.: N83.0 Quiste folicular de ovario

D.S.: Z53.8 Procedimiento y tratamiento no realizado por otras razones

SELECCIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS SECUNDARIOS (OTROS DIAGNÓSTICOS)

A efectos de registro, la definición de "otros diagnósticos" (D.S.) se formula como enfermedades o afecciones presentes que afectan a la atención del paciente por requerir:

- evaluación clínica
- medidas terapéuticas
- procedimientos de diagnóstico
- mayor duración de la estancia hospitalaria
- incremento de los cuidados y/o la monitorización de enfermería.

Las siguientes normas se deben aplicar al designar “diagnósticos secundarios” cuando ni el I.A.E ni la L.T de la CIE-10-ES Diagnósticos proporcionan indicaciones.

Afecciones resueltas

Algunas veces los clínicos incluyen entre las expresiones diagnósticas afecciones resueltas y estados posteriores a procedimientos de ingresos previos que no tienen nada que ver con el episodio actual. Tales afecciones no se deben codificar. Sin embargo, se pueden utilizar códigos de historia (categorías **Z80-Z87**) como diagnósticos secundarios si dicho historial personal o familiar tiene impacto en los cuidados actuales o influye en el tratamiento.

Resultados anormales

Los resultados anormales (laboratorio, radiología, anatomía patológica y otros resultados de pruebas diagnósticas) no se codifican ni se registran a menos que el clínico indique que son significativos.

NORMAS SOBRE CODIFICACIÓN EN EL ÁMBITO AMBULATORIO

Los términos “contacto” y “consulta” se utilizan con frecuencia de forma indiscriminada para describir la atención en servicios ambulatorios y, por tanto, aparecen juntos en las presentes normas sin que exista diferencia entre uno u otro.

Aunque las convenciones y la normativa general son de uso en todos los entornos asistenciales, las normas de codificación y registro de diagnósticos ambulatorios, difieren en determinados casos, de las que se aplican en hospitalización.

Hay que tener en cuenta lo siguiente:

- La definición de diagnóstico principal (D.P.) solamente se aplica a pacientes hospitalizados en centros de agudos, de corta estancia, de larga estancia y en hospitales psiquiátricos.
- Las **reglas de codificación** para diagnósticos no concluyentes (probable, sospecha, a descartar, etc.) fueron desarrolladas para registros de hospitalización y no se aplican en pacientes ambulatorios.

Selección del primer diagnóstico

En el entorno ambulatorio, se utiliza el término primer diagnóstico en lugar del término “diagnóstico principal”.

Con frecuencia, no existen diagnósticos establecidos en el momento del contacto inicial. Pueden ser necesarias dos o más visitas o contactos antes de que el diagnóstico se confirme.

a. Cirugía sin ingreso

Cuando un paciente se presenta para cirugía ambulatoria (cirugía sin ingreso), se debe codificar el motivo de la intervención como primer diagnóstico (motivo del contacto), incluso en los casos en que la cirugía no llega a realizarse por contraindicación u otros motivos.

b. Síntomas y signos

Los códigos que describen síntomas y signos, pero no diagnósticos, son aceptables a efectos de registro en la atención ambulatoria cuando no se ha establecido un diagnóstico (confirmado).

c. Diagnósticos con incertidumbre o de sospecha

No se codificarán los diagnósticos que se documenten como “probable”, “sospecha”, “cuestionable”, “a descartar”, o como “diagnóstico provisional” u otros términos similares que indiquen incertidumbre. En lugar de eso, hay que codificar las afecciones con el mayor grado de certeza para el contacto o visita, tales como síntomas, signos, resultados anormales de pruebas u otro motivo de consulta.

d. Enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas tratadas de forma continuada se pueden codificar y registrar tantas veces como el paciente reciba tratamiento y cuidados para dichas enfermedades.

e. Otras afecciones documentadas coexistentes

Hay que codificar todas las afecciones documentadas que coexistan en el momento del contacto o visita y que requieran tratamiento, cuidados o manejo asistencial, o bien influyan sobre los mismos. No se deben codificar las enfermedades o afecciones que hayan sido previamente tratadas y que ya no existan. Sin embargo, pueden utilizarse códigos de historia (categorías **Z80-Z87**) como diagnósticos secundarios si la afección que figura en la historia personal o familiar tiene algún impacto en los cuidados actuales o influye en el tratamiento.

f. Contacto por circunstancias distintas de enfermedad o lesión

El capítulo **21. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS SANITARIOS (Z00-Z99)** de la CIE-10-ES Diagnósticos proporciona códigos para clasificar contactos por circunstancias que no son enfermedades o lesiones.

g. Contacto para pruebas diagnósticas

Para los pacientes que requieran atención diagnóstica durante un contacto o visita, se registrará como primer diagnóstico la afección, el problema o cualquier otra razón que aparezca en la historia clínica como responsable principal de los servicios ambulatorios prestados durante dicho contacto o visita. Los códigos para otros diagnósticos (ver puntos d y e) se pueden registrar como diagnósticos secundarios.

Si la finalidad es la realización de pruebas rutinarias de laboratorio o radiología en ausencia de cualquier signo, síntoma o diagnóstico asociado, se asignará el código **Z01.89 Contacto para otros reconocimientos médicos especiales especificados**.

Si durante un contacto en el que se realiza la evaluación de un signo, un síntoma o un diagnóstico determinado, se efectúan además pruebas rutinarias se deben asignar ambos códigos, el código Z de pruebas rutinarias y el que describa el motivo por el que se lleva a cabo la evaluación específica.

Para los contactos ambulatorios cuya finalidad es recibir los resultados de pruebas diagnósticas, en las cuales está disponible el informe final, se codificarán los diagnósticos confirmados o

definitivos que estén documentados en dichos informes. No se codificarán signos ni síntomas relacionados como diagnósticos adicionales.

Esta norma difiere de la práctica habitual en codificación de hospitalización con respecto a los hallazgos anormales en los resultados de pruebas.

h. Pacientes que solo reciben atención terapéutica

Para los pacientes que reciben atención terapéutica en un único contacto o visita, se pondrá en primer lugar el diagnóstico, afección, problema o cualquier otro motivo de contacto o visita que aparezca en la historia clínica como responsable principal de la asistencia ambulatoria proporcionada. Los códigos para los restantes diagnósticos (ver puntos d y e.) pueden registrarse como diagnósticos secundarios.

La única excepción a esta regla es cuando el motivo principal de la admisión o contacto es para tratamiento de quimioterapia o inmunoterapia (**Z51.11 Contacto para quimioterapia antineoplásica; Z51.12 Contacto para inmunoterapia antineoplásica**) o radioterapia antineoplásica (**Z51.0 Contacto para radioterapia antineoplásica**). En este caso se secuencia en primer lugar el código Z correspondiente al tratamiento que se vaya a proporcionar, y la neoplasia que da lugar a la prestación se registra como diagnóstico secundario.

i. Contacto para estudio preoperatorio

En los pacientes que únicamente consultan para recibir la evaluación preoperatoria previa a un procedimiento, se codificará en primer lugar un código de la subcategoría **Z01.81 Contacto para reconocimiento médico antes de un procedimiento**, seguido del código de la afección que es la indicación de la cirugía. Además hay que codificar cualquier hallazgo relacionado con la evaluación preoperatoria.

j. Contacto para reconocimientos médicos generales. En la sección **Personas en contacto con los servicios sanitarios para reconocimiento médico (Z00-Z13)** del capítulo 21. **FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS SANITARIOS (Z00-Z99)** de la CIE-10-ES Diagnósticos, se recogen los códigos de registro para los contactos o visitas que tienen como finalidad realizar un reconocimiento médico general. Si el resultado de dicho reconocimiento es un hallazgo anormal, se debe asignar como diagnóstico principal el código del reconocimiento y como diagnóstico secundario un código que describa dicho hallazgo anormal.

Conjunto Mínimo Básico de Datos

*Registro de la Actividad de Atención Sanitaria Especializada, con base en el actual **Conjunto***

*Mínimo Básico de Datos, donde se recoge el: **MODELO DE DATOS DEL RAE-CMBD***

Legislación consolidada

Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada.

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-1235>

La Ley 16/2003, de 28 mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, dispone, en su artículo 53, que el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad establecerá un sistema de información sanitaria del Sistema Nacional de Salud (SNS) que garantice la disponibilidad de la información y la comunicación recíprocas entre las administraciones sanitarias.

Desde finales de los años noventa, se ha ido integrando en la base de datos del CMBD la actividad ambulatoria, fundamentalmente la relativa a procedimientos quirúrgicos realizados de forma ambulatoria. Posteriormente, y tras sucesivos ensayos de aplicación de los correspondientes modelos de datos, se han ido sumando datos de otras modalidades asistenciales ambulatorias como el hospital de día médico y la hospitalización a domicilio. El resultado de estas experiencias ha servido de modelo para articular, con base en el CMBD estatal, la actual propuesta de estructura del Registro de actividad de atención sanitaria especializada.

Objeto.

Este real decreto tiene por objeto regular el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada, en adelante registro, con base en el actual Conjunto Mínimo Básico de Datos (RAE-CMBD), así como establecer su estructura y contenido.

Naturaleza y finalidad.

1. El registro tiene naturaleza administrativa y se integra en el Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud previsto en el artículo 53 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
2. El registro, como parte del Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud, tiene como finalidad garantizar la disponibilidad de la información correspondiente a la actividad de atención sanitaria especializada, respondiendo a las necesidades de información de los diferentes agentes implicados en el sistema sanitario, tal y como se establece en los artículos 53 y 55 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.

Son objetivos del registro:

- a) Conocer la demanda asistencial y la morbilidad atendida en los dispositivos de atención especializada y favorecer la realización de estudios de investigación clínica, epidemiológica y de evaluación de servicios sanitarios y de resultados en salud.

NORMATIVA CIE-10-ES

b) Proporcionar a los registros autonómicos la información necesaria para la evaluación y control de la atención prestada en el conjunto del Sistema Nacional de Salud a sus ciudadanos.

c) Facilitar la realización de estadísticas del sector salud a nivel estatal, así como las que deriven de compromisos con organismos oficiales internacionales.

Ámbito de aplicación.

1. Esta normativa afecta tanto a hospitales como a centros ambulatorios que prestan servicios de atención especializada, tanto públicos como privados.

2. El ámbito de aplicación del registro abarca tanto la hospitalización como las modalidades asistenciales de hospitalización a domicilio, hospital de día médico, cirugía ambulatoria, procedimientos ambulatorios de especial complejidad y urgencias.