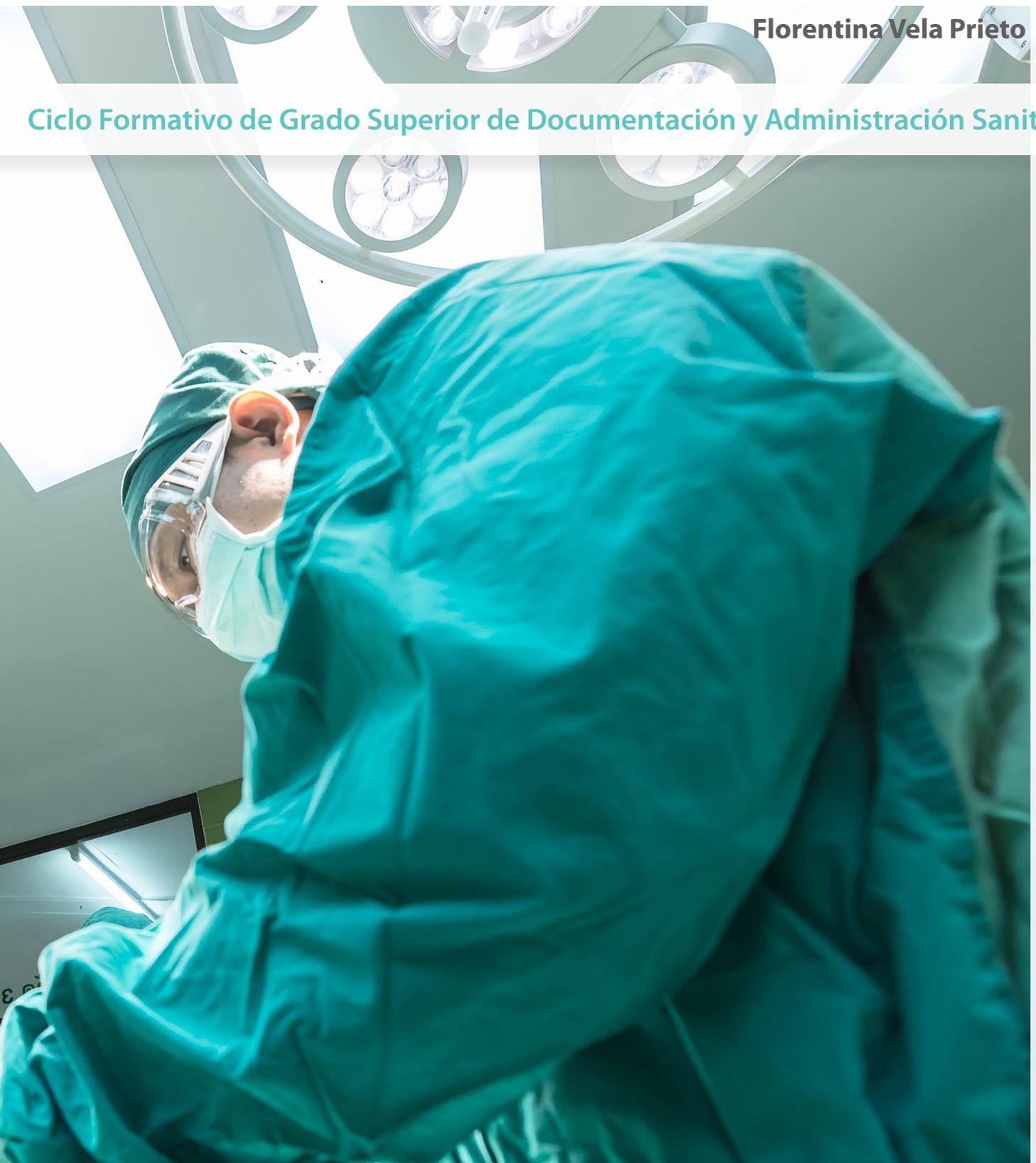


CODIFICACIÓN SANITARIA

Florentina Vela Prieto

Ciclo Formativo de Grado Superior de Documentación y Administración Sanitaria



CODIFICACIÓN SANITARIA

El contenido de este libro de texto va dirigido a la formación de los Técnicos Superiores de Documentación y Administración sanitaria. Esta organizado siguiendo la estructura de la CIE-10-ES para poder facilitar su estudio. Y basado en los Manuales de Codificación de Diagnósticos y Procedimientos editados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

FLORENTINA VELA PRIETO

Primera edición, 2019

Autor: Florentina Vela Prieto

Maquetación: Ángela Fernández Carretero

Edita: Educàlia Editorial

Imprime: Grupo Digital 82, S. L.

ISBN: 978-84-17734-54-1

Depósito Legal: V-1965-2019

Printed in Spain / Impreso en España.

Todos los derechos reservados. No está permitida la reimpresión de ninguna parte de este libro, ni de imágenes ni de texto, ni tampoco su reproducción, ni utilización, en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico o de otro modo, tanto conocida como los que puedan inventarse, incluyendo el fotocopiado o grabación, ni está permitido almacenarlo en un sistema de información y recuperación, sin el permiso anticipado y por escrito del editor.

Alguna de las imágenes que incluye este libro son reproducciones que se han realizado acogiendo al derecho de cita que aparece en el artículo 32 de la Ley 22/1987, de 11 de noviembre, de la Propiedad intelectual. Educàlia Editorial agradece a todas las instituciones, tanto públicas como privadas, citadas en estas páginas, su colaboración y pide disculpas por la posible omisión involuntaria de algunas de ellas.

Educàlia Editorial

Avda. de las Jacarandas 2 loft 327 46100 Burjassot-València

Tel. 960 624 309 - 963 768 542 - 610 900 111

Email: educaliaeditorial@e-ducalia.com

www.e-ducalia.com



ÍNDICE

BLOQUE 1

UNIDAD DE TRABAJO 1 *CIE-10-MC. Formato, estructura y normas de uso* 6

BLOQUE 2

UNIDAD DE TRABAJO 2 *Codificación de enfermedades infecciosas y parasitarias (a00-b99)* 40

UNIDAD DE TRABAJO 3 *Neoplasias*..... 58

UNIDAD DE TRABAJO 4 *Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan al sistema inmunológico (d50 -d89)* 83

UNIDAD DE TRABAJO 5 *Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas* 93

UNIDAD DE TRABAJO 6 *Trastornos mentales y del comportamiento* 108

UNIDAD DE TRABAJO 7 *Enfermedades del sistema nervioso - ojo y oído*..... 128

UNIDAD DE TRABAJO 8 *Codificación de las enfermedades del aparato circulatorio* 156

UNIDAD DE TRABAJO 9 *Enfermedades del aparato respiratorio*..... 175

UNIDAD DE TRABAJO 10 *Enfermedades del aparato digestivo* 194

UNIDAD DE TRABAJO 11 *Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo*..... 219

UNIDAD DE TRABAJO 12 *Enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo*..... 227

UNIDAD DE TRABAJO 13 *Enfermedades del aparato genitourinario*..... 238

UNIDAD DE TRABAJO 14 *Embarazo, parto y puerperio* .. 254

UNIDAD DE TRABAJO 15 *Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal y malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas* 278

UNIDAD DE TRABAJO 16 *Síntomas, signos y resultados anormales de pruebas complementarias, no clasificados bajo otro concepto (r00- r99)* 288

UNIDAD DE TRABAJO 17 *Lesiones, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas*..... 294

UNIDAD DE TRABAJO 18 *Causas externas de morbilidad* 313

UNIDAD DE TRABAJO 19 *Factores que influyen en el estado de salud y contactos con los servicios sanitarios* 322



INTRODUCCIÓN

La información es un recurso fundamental para el funcionamiento de la organización sanitaria. Todas las actividades administrativas y clínico asistenciales que en ella se realizan implican el registro y almacenamiento de datos, el tratamiento de éstos y su transmisión posterior para su conversión en información; información que a su vez es almacenada, procesada y transmitida.

La codificación sanitaria es una herramienta imprescindible para el sistema de información del Sistema Nacional de Salud. Tiene como finalidad proporcionar datos homologables y fácilmente comparables sobre la salud, a nivel nacional e internacional. Va a facilitar la comunicación entre sanitarios, usuarios, gestores, epidemiólogos, investigadores y responsables políticos, permitiendo la monitorización y seguimiento de los problemas de salud, así como la elaboración de estadísticas nacionales e internacionales que permitan comparar, evaluar y mejorar la sanidad.

Para llevar a cabo la codificación sanitaria se precisa la normalización del lenguaje clínico, unos criterios consensuados y la adopción de clasificaciones aceptadas y válidas para sus diferentes finalidades. En España, el encargado de liderar todas las actuaciones encaminadas a garantizar la normalización de los sistemas de información sanitaria, es el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

El 1 de enero de 2016 entró en vigor, la CIE-10- ES, después de treinta años de vigencia de la CIE-9-MC, como clasificación de referencia en la codificación clínica y registro de la morbilidad, coincidiendo con la implantación del nuevo modelo de datos de CMBD en atención especializada (RD 69/2015)

La figura de técnico superior en Documentación y Administración Sanitarias habrá de aunar los dos conocimientos que componen el concepto de sistema de información: tecnologías de la información y la comunicación e información sanitaria (que incluye circuitos, información clínica, historia clínica, bases de datos, organización de la información y de la actividad asistencial). En este sentido, ha de ser un profesional que esté en contacto directo con las áreas asistenciales de planificación y evaluación, y de informática, haciendo el papel de intermediario activo que propone soluciones a los problemas de información según las necesidades de los usuarios con las competencias asignadas. El título que regula esta figura viene recogida en:

- REAL DECRETO 543/1995, de 7 de abril, por el que se establece el título de Técnico Superior en Documentación Sanitaria y las correspondientes enseñanzas mínimas).
- REAL DECRETO 768/2014, de 12 de septiembre, por el que se establece el título de Técnico Superior de Documentación y Administración Sanitarias y se fijan sus enseñanzas mínimas.
- Orden ECD/1530/2015 de 21 de julio, por la que se establece el currículo del ciclo formativo de grado superior correspondiente al título de Técnico Superior en Documentación y Administración Sanitarias.

La competencia general de este título consiste en definir y organizar procesos de tratamiento de la información y documentación clínica, extrayendo y registrando datos, codificándolos y validando la información, garantizando el cumplimiento de la normativa, así como intervenir en los procesos de atención y gestión de pacientes y de gestión administrativa en centros sanitarios.

PRIMER BLOQUE

Corresponde a la Unidad de trabajo 1 en la que repasaremos el formato, estructura y normas de uso de la CIE-10-ES Diagnósticos y CIE-10-ES procedimientos. Y comprende:





UNIDAD DE TRABAJO 1

CIE-10-MC. FORMATO, ESTRUCTURA Y NORMAS DE USO.

EN ESTA UNIDAD TRABAJAMOS:

UC2075_3: Codificar los datos clínicos y no clínicos extraídos de la documentación sanitaria

Resultados de aprendizaje

1. Utiliza eficazmente las distintas partes que componen la clasificación internacional de enfermedades, aplicando cada uno de sus criterios de uso.

Contenidos	Criterios de evaluación
Uso de los componentes de la CIE: <ul style="list-style-type: none">• Índice alfabético de enfermedades.• Lista tabular de enfermedades.• Índice alfabético de procedimientos.• Lista tabular de procedimientos.• Convenciones en formato y tipografía.• Estructura de los códigos.• Abreviaturas, puntuación y símbolos.• Instrucciones, notas y referencias cruzadas.	Se han detallado las diferentes partes que componen la clasificación internacional de enfermedades.
	Se han establecido los términos principales, modificadores esenciales y no esenciales utilizados en los índices alfabéticos.
	Se han referido las diferentes partes en que se estructuran las listas tabulares.
	Se han utilizado las diferentes clasificaciones suplementarias.
	Se ha señalado la estructura de los diferentes códigos que se utilizan en la clasificación internacional de enfermedades.
	Se ha identificado las abreviaturas, puntuación, símbolos, instrucciones, notas, referencias cruzadas y términos relacionales, utilizados en la clasificación internacional de enfermedades



2. Selecciona los códigos de la clasificación internacional de enfermedades, extrayendo previamente del episodio asistencial, los diagnósticos y procedimientos realizados.

Contenidos	Criterios de evaluación
<p>Selección de códigos en la CIE. Procedimiento general de codificación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indización del episodio asistencial. • Fuentes documentales necesaria para el proceso de codificación. • Términos clave en la expresión diagnóstica y de procedimientos. • Selección de código del índice alfabético de enfermedades y procedimientos. • Selección de código de la lista tabular de enfermedades y procedimientos. 	Se han determinado las diferentes fuentes documentales utilizadas en el proceso de codificación.
	Se han extraído los términos clave de los diferentes documentos.
	Se han empleado los índices alfabéticos para la asignación de los códigos.
	Se han usado las instrucciones, notas, modificadores, etc., presentes en los índices alfabéticos y en las listas tabulares.
	Se han comprobado en las listas tabulares, los códigos obtenidos en los índices alfabéticos.
	Se ha asignado definitivamente los códigos adecuados.

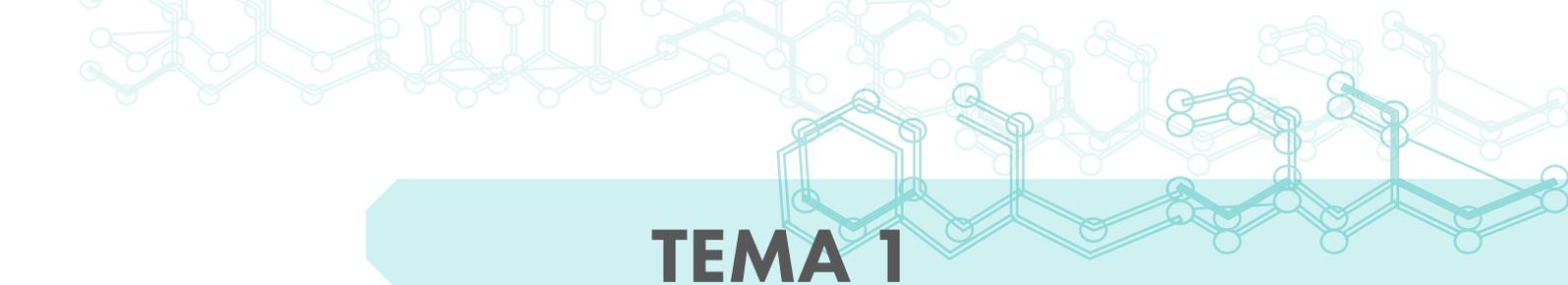
3. Realiza procesos de codificación de diagnósticos con la clasificación internacional de enfermedades en su edición vigente (CIE), aplicando la normativa general.

Contenidos	Criterios de evaluación
<p>Normas generales para la codificación de diagnósticos con la clasificación internacional de enfermedades en su edición vigente (CIE):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clasificación de diagnósticos. • Tipos de diagnóstico: <ul style="list-style-type: none"> » DP y DS » Diagnóstico AP • Códigos de combinación y codificación múltiple. • Procesos agudos, subagudos y crónicos. • Otros datos clínicos de interés: <ul style="list-style-type: none"> » Afecciones previas. » Hallazgos anormales. • Codificación utilizando marcadores de diagnósticos presentes al ingreso (Present on admission-POA). 	Se han detallado los conceptos de diagnóstico principal y otros diagnósticos.
	Se han asignado códigos de combinación y codificación múltiple cumpliendo con la normativa.
	Se han codificado los procesos agudos, subagudos y crónicos.
	Se ha reconocido la existencia de dos o más diagnósticos que cumplen la condición de ser diagnóstico principal.
	Se ha identificado más de una etiología como probable.
	Se han establecido los diagnósticos de sospecha descartados o no como diagnóstico principal.
	Se han considerado las afecciones previas y los hallazgos anormales.
	Se ha justificado la asignación de códigos present on admission.



4. Realiza procesos de codificación de procedimientos con la clasificación internacional de enfermedades en su edición vigente (CIE), aplicando la normativa general.

Contenidos	Criterios de evaluación
<p>Normas generales para la codificación de procedimientos con la clasificación internacional de enfermedades en su edición vigente (CIE):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clasificación de procedimientos. • Codificación múltiple y códigos de combinación. • Tipos de procedimientos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos no quirúrgicos. 2. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos quirúrgicos. 3. Biopsias. • -Procedimientos significativos: <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Técnicas implícitas en un procedimiento. Abordaje y cierre.</i> 2. <i>Procedimientos por laparoscopia, toracoscopia, artroscopia y otras endoscopias.</i> 	<p>Se ha detallado los conceptos de procedimiento principal y otros procedimientos.</p> <p>Se han asignado códigos de combinación y codificación múltiple cumpliendo con la normativa.</p> <p>Se ha justificado las técnicas implícitas en un procedimiento.</p> <p>Se ha identificado las técnicas endoscópicas y se ha aplicado la normativa.</p> <p>Se ha identificado el tipo de procedimientos diagnósticos.</p> <p>Se han identificado los procedimientos incompletos, no realizados, y los endoscópicos reconvertidos a abiertos.</p>



TEMA 1

USO DE LOS COMPONENTES DE LA CIE

1. INTRODUCCION

El uso de una clasificación internacional de enfermedades, 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, la cual es de aplicación en nuestro ámbito. Para facilitar la aplicación de dicha normativa, la Unidad Técnica ha participado, desde su creación, en la elaboración de manuales y boletines monográficos que abordan la codificación de las materias de especial complejidad.

En el año 1989 el Ministerio de Sanidad publicó la 1ª edición en castellano de la CIE-9-MC

En enero de 2016, entra en vigor para la codificación clínica una nueva clasificación de diagnósticos y procedimientos, la CIE-10 (Clasificación Internacional de enfermedades- 10ª- Revisión- Modificación clínica) que 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. También exige mayores 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. Por ello, es fundamental la colaboración de los clínicos para conseguir una documentación que describa completamente lo ocurrido durante el episodio asistencial para permitir una asignación precisa de los códigos.

Las actualizaciones de la Clasificación Internacional de Enfermedades las lleva a cabo la OMS, e inicialmente se llevan a cabo cada 10 años.

La CIE-10 Es la clasificación de referencia en todos los países para la notificación de causas de defunción.

Ya esta en marcha la CIE-11, pero en España no se conoce cuando será la fecha para su implementación.

La CIE-10 es un elemento fundamental en:

- Las aplicaciones que soportan el proceso de gestión del proceso asistencial y gestión de pacientes.
- En la utilización de otros sistemas de información:
- Aplicaciones de descarga del CMBD
- Cálculo de indicadores para el seguimiento del contrato programa de los centros
- Derivación de pacientes a centros hospitalarios



- Gestión de Lista de espera quirúrgica
- Descarga de Sistemas de Información Atención Especializada (SIAE)
- Conciertos externos.
- Facturación a terceros.
- Estadísticas y estudios epidemiológicos.

2. FORMATO de la CIE-10-MC

La CIE-10-MC está compuesta de dos tomos:

1. CIE-10- ES (Diagnósticos)
2. CIE-10- PCS (Procedimientos)

3. CONTENIDO Y ESTRUCTURA de los elementos de la CIE-10- ES (Diagnósticos)

1. ÍNDICE ALFABÉTICO	
CONTENIDOS	ESTRUCTURA
1. Índice de Enfermedades (I.A.E)	<p>Términos principales: aparecen impresos en negrita e identifica en cada diagnóstico la palabra clave. Ordenados alfabéticamente excepto los subtérminos “con” y “sin” que se encuentran debajo del término principal al que hacen referencia y no en el orden alfabético correspondiente a la “c” o la “s”.</p> <p>Ej. Busca la palabra: Mastoiditis</p>
	<p>Modificadores</p> <p>Esenciales: aparecen listados bajo el término principal en orden alfabético, con distintos niveles de sangrado y determinan código a asignar. Siempre se seleccionara el término con <u>mayor nivel</u> de sangrado que corresponderá a la información más específica.</p> <p>Ej: Mastoiditis</p> <ul style="list-style-type: none"> • aguda, subaguda H70.00- • complicada NCOC H70.09- • subperióstica H70.01-
2. Índice Alfabético de Causas Externas	<p>No Esenciales aparecen entre paréntesis detrás del término principal o modificador esencial. Dan información adicional sin modificar el código.</p> <p>Ej: Mastoiditis (coalescente)(hemorrágica)(supurativa)</p>



3-Tabla de neoplasias (incluida en el I. A.A) Consta de:	Filas: El termino principal es Neoplasia, neoplásico seguido de modificadores esenciales de localización anatómica ordenados alfabéticamente.											
	Columnas: que determinan el comportamiento de la neoplasia: <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="6">Maligna</td> </tr> <tr> <td style="width: 16.6%;">Primaria</td> <td style="width: 16.6%;">Secundaria</td> <td style="width: 16.6%;">In situ</td> <td style="width: 16.6%;">Benigna</td> <td style="width: 16.6%;">Comportamiento</td> <td style="width: 16.6%;">In cierto. Sin especificar</td> </tr> </table>	Maligna						Primaria	Secundaria	In situ	Benigna	Comportamiento
Maligna												
Primaria	Secundaria	In situ	Benigna	Comportamiento	In cierto. Sin especificar							
4-Tabla de Fármacos y Productos Químicos	Filas: El término principal es el fármaco o sustancia ordenado alfabéticamente											
	Columnas: la causa por la que provocan patología <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 16.6%;">Envenenamiento Accidental</td> <td style="width: 16.6%;">Envenenamiento Autolítico</td> <td style="width: 16.6%;">Envenenamiento Agresión</td> <td style="width: 16.6%;">Envenenamiento intencionado</td> <td style="width: 16.6%;">Efectos adversos</td> <td style="width: 16.6%;">Infradosificación</td> </tr> </table>	Envenenamiento Accidental	Envenenamiento Autolítico	Envenenamiento Agresión	Envenenamiento intencionado	Efectos adversos	Infradosificación					
Envenenamiento Accidental	Envenenamiento Autolítico	Envenenamiento Agresión	Envenenamiento intencionado	Efectos adversos	Infradosificación							
2. LISTA TABULAR DE ENFERMEDADES												
CONTENIDOS	ESTRUCTURA											
Capítulos	Consta de 21 capítulos ordenados según criterios anatómicos y nosológicos (ver CIE-10-ES) con los códigos que abarcan entre paréntesis. Cada capítulo viene indicado por una letra (de la A a la Z), aunque algunos abarcan más. Ej. CAPITULO II: NEOPLASIAS (C00-D49)											
Secciones	Cada capítulo se divide en secciones que aparecen en mayúsculas y letra roja, con los códigos que abarcan entre paréntesis. Ej. NEOPLASIAS MALIGNAS DE LABIO, CAVIDAD ORAL Y FARINGE (C00-C14)											
Códigos Son alfanuméricos que van seguidos de su literal correspondiente.	Categoría: compuesta de 3 caracteres. Ej. C00 Neoplasia maligna de labio Subcategoría compuesta de 4 – 5 caracteres, separados por un punto de la categoría. Ej. C00. 4 Neoplasia maligna de labio inferior, cara interna Código final es aquel con el que queda completamente codificado el diagnóstico y puede tener de 3 a 7 caracteres.											



<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">CATEGORIA</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">SUBCAT</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">S 7 2 . 1 0 9 B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Siempre letra</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Siempre número</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">↓</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">↓</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Siempre número</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">número o letra</td> </tr> </table>	CATEGORIA	SUBCAT	S 7 2 . 1 0 9 B		Siempre letra	Siempre número	↓	↓	Siempre número	número o letra
CATEGORIA	SUBCAT									
S 7 2 . 1 0 9 B										
Siempre letra	Siempre número									
↓	↓									
Siempre número	número o letra									
<p>OBSERVACIONES:</p> <p>El código correcto es el nivel final de subdivisión.</p> <p>Un código que tiene indicación de 7º carácter se considera inválido sin el 7º carácter.</p> <p>Al lado de cada código, con un recuadro rojo, nos va a indicar el número de caracteres y con un recuadro azul, el número de caracteres y una "x" si precisa marcadores de posición.</p> <p>EJ: x7º 5º</p>										

4. CONVENCIONES E INSTRUCCIONES de la CIE-10-MC

INDICE ALFABÉTICO DE ENFERMEDADES	LISTA TABULAR DE ENFERMEDADES
<p>ABREVIATURAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NCOC "No clasificable bajo otro concepto": representa "otro tipo especificado". Cuando la clasificación no dispone de un código específico para una afección determinada, el Índice Alfabético dirige al codificador a un código "otro especificado" en la Lista Tabular. • NEOM "No especificado de otra manera": equivalente a "no especificado". 	<p>ABREVIATURAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NCOC "No clasificable bajo otro concepto": representa "otro tipo especificado". • NEOM "No especificado de otra manera": equivalente a "no especificado".



PUNTUACIÓN:

[] Los **corchetes** se utilizan para identificar códigos de manifestación apareciendo el código de la etiología o enfermedad subyacente colocado en primer lugar y a continuación el código de la manifestación (incluido entre corchetes y en cursiva).
Ej A30.9 [M63.88]

Nunca lo que va entre corchetes puede ser considerado diagnóstico principal.

() Paréntesis:

- Incluir palabras complementarias que pueden estar presentes o ausentes en la expresión que describe una enfermedad sin afectar al código asignado (modificadores esenciales)
- Describir epónimos o siglas. Ej **Fong, síndrome de** (hereditaria osteo-onicodisplasia) Q78.5

: Dos puntos, aparece en las notas o notas de instrucciones

- Guión: significa que se necesitan más caracteres para completar el código. (S43.11-)

PUNTUACIÓN:

[] Los **corchetes** incluyen sinónimos, palabras alternativas o frases explicativas.

Ej. **K50 Enfermedad de Crohn [enteritis regional]**

() Paréntesis:

- Delimitar el intervalo de categorías que comprende un capítulo y una sección.
- Describir la categoría o código correspondiente a una entidad diagnóstica ubicada en otro capítulo o sección.

: Dos puntos, después de un término que necesita uno o más modificadores para poder asignar una categoría determinada y en las notas o notas de instrucciones .

-Guión: significa que se necesitan más caracteres para completar el código. (S43.11-)



INSTRUCCIONES

“Véase”: Indica que es necesario dirigirse a otro término principal más específico pues el elegido no aporta información suficiente sobre el código a asignar. Es de obligado seguimiento.

Ej. Exotropia – véase, Estrabismo divergente concomitante

“Véase categoría”, “Véase subcategoría”, “Véase nota”: Esta instrucción o nota envía directamente a una categoría o subcategoría de la L.T. Antes de la asignación de cualquier código deben seguirse las instrucciones existentes en dicha categoría o subcategoría.

Ej.

Esteroides

- efectos (adversos) (cortico suprarrenal)
- diabetes - véase categoría E09

Congestión, congestivo (-a)

- laberinto - véase subcategoría H83.8

Tubérculo

- Carabelli - véase Nota en K00.2

“Véase además”, “Véase también”: Esta instrucción indica que existe otro término principal que también puede ser consultado y que puede proporcionar información más específica. No es necesario seguir la instrucción “véase además” cuando el término principal original proporciona el código que necesitamos.

Nota: Proporciona información adicional sobre el contenido del término principal, modificadores esenciales o instrucciones que se deben tener en cuenta en el proceso general de la codificación clínica con esta clasificación. Ej.

INSTRUCCIONES

“Incluye”: Esta instrucción o nota aparece inmediatamente debajo del literal de los códigos de tres caracteres para definir mejor o proporcionar ejemplos del contenido de la categoría. Ej.

E84 Fibrosis quística

Incluye: mucoviscidosis

“Excluye”: La CIE-10-ES Diagnósticos tiene dos tipos de notas Excluye. Cada una de ellas tiene una definición y un uso diferente pero ambas son similares en la manera de indicar que los códigos excluidos en cada una de las notas son independientes entre sí.

- **Excluye 1** Las notas tipo Excluye 1 son notas de exclusión pura. Significan “no codificar aquí”. Indican que el código excluido nunca debe utilizarse junto al código afectado por dicha nota de exclusión. Esta instrucción se utiliza cuando dos afecciones no pueden darse a la vez, tal como ocurre con una forma congénita y una forma adquirida de la misma enfermedad. Las notas Excluye 1, van identificadas con un cuadro negro y el texto en cursiva. Ej.

D55 Anemia debida a trastornos enzimáticos

Excluye 1 anemia por déficit enzimático inducida por fármacos.



Epilepsia, epiléptica (-o) (ataque) (cerebral) (convulsión) (crisis) G40.909

Nota: los siguientes términos se consideran equivalentes a intratable:

Farmacorresistente (farmacológicamente resistente), resistente al tratamiento, refractario (médicamente) y mal controlado.

Al código que proporciona el índice alfabético a continuación de un término principal, se le denomina **código por defecto**. Representa aquella afección que normalmente está más frecuentemente asociada con el término principal, o es el código inespecífico de dicha afección. Si se documenta una condición en la HC (por ej. apendicitis) sin ninguna información adicional tal como aguda o crónica, se debe asignar el código que figura por defecto

- **Excluye 2** significa “no incluido aquí”. La afección excluida, no forma parte de la entidad representada por el código, pero cabe la posibilidad de que un paciente pueda presentar ambas afecciones al mismo tiempo y se pueden poner los dos códigos si las circunstancias así lo requieren. Las notas Excluye 2, van identificadas con un cuadro gris y el texto en cursiva.

F31 Trastorno bipolar

Excluye 2 *ciclotimia*

“Nota”: Estas notas pueden aparecer en cualquier nivel dentro de la L.T. Es información adicional, bien aclaratoria sobre el contenido del capítulo o sección en cuestión, o sobre instrucciones que se deben tener en cuenta en el proceso general de la codificación clínica con esta clasificación. Ej.

CAPÍTULO 15. EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (O00-O9A)

Nota:

“Instrucciones de codificación múltiple” **“Codifique primero”**
“Codificar además” **“Utilice código adicional”**

Los códigos de este capítulo son para uso exclusivo en la codificación del episodio de la madre, nunca en el del recién nacido.

Los códigos de este capítulo se utilizan para circunstancias y enfermedades relacionadas, o que complican o se agravan por el embarazo, parto o puerperio (causas maternas u obstétricas).

Instrucciones de codificación múltiple:

- **“Codifique primero”**: Esta instrucción aparece bajo ciertas patologías donde coinciden el proceso subyacente y manifestaciones diversas. Establece el orden de secuencia de los códigos en cuestión: primero será el del proceso etiológico y luego el de la o las manifestaciones. Así pues, los códigos bajo los cuales aparece esta instrucción no deben utilizarse como diagnóstico principal, salvo que solo se conozcan estos (y no la afección subyacente) y siempre y cuando no estén en cursiva. Ej.



I85.1 Varices secundarias

Codifique primero enfermedad subyacente.

- **“Codificar además”**: nos indica que se pueden necesitar dos códigos para describir completamente una afección, pero no proporciona directrices sobre la secuencia de los mismos. Ej.

J85.1 Absceso pulmonar con neumonía

Codifique además el tipo de neumonía

- **“Utilice código adicional”**: Esta instrucción significa algo similar a la de “Codificar además” salvo que esta instrucción sí proporciona el orden secuencial de los códigos. En este caso este código adicional iría tras el diagnóstico principal. Aparece en las afecciones con diversas etiologías posibles o con etiología desconocida.

K86.0 Pancreatitis crónica inducida por el alcohol

Utilice código adicional para identificar: abuso y dependencia

“Se debe añadir el 7º carácter”: Esta instrucción aparece en la L.T siempre que haya la necesidad de completar el código o los códigos listados en ella con un 7º carácter predeterminado.

x7º S12.9 Fractura del cuello, no especificada

Se debe añadir el 7º carácter apropiado a cada código de la subcategoría S12.9

- A contacto inicial
- D contacto sucesivo
- S secuela



	<p>“Marcador de posición” La CIE-10-MC utiliza la “X” como marcador de posición en ciertos códigos para permitir futuras ampliaciones. También cuando sea preciso utilizar un 7º carácter y el código no tenga desarrollados todos los caracteres previos, con el fin de completar los espacios vacíos.</p> <p>Ejemplo: Reacción alérgica a penicilina T36.0X5A</p>
--	--

AUTOEVALUACIÓN

Criterios de evaluación	SI	NO	A VECES
Has entendido las diferentes partes que componen la clasificación internacional de enfermedades.			
Has determinado los términos principales, modificadores esenciales y no esenciales utilizados en los índices alfabéticos.			
Has identificado las diferentes partes en que se estructuran las listas tabulares.			
Has utilizado las diferentes clasificaciones suplementarias.			
Has señalado la estructura de los diferentes códigos que se utilizan en la clasificación internacional de enfermedades.			
Has identificado las abreviaturas, puntuación, símbolos, instrucciones, notas, referencias cruzadas y términos relacionales, utilizados en la clasificación internacional de enfermedades			
DEBO MEJORAR EN:			