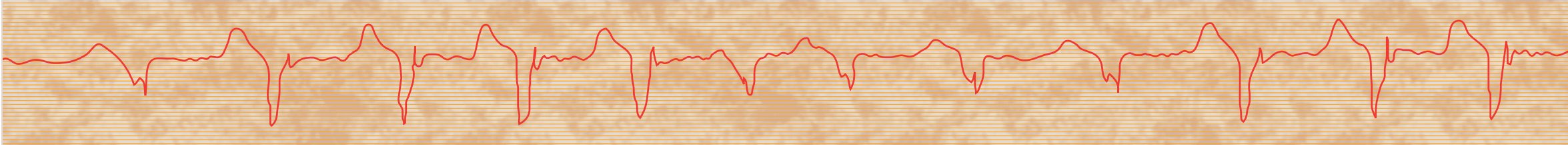


Boletín de codificación diagnóstica da Comunidade Autónoma de Galicia



Boletín Nº 10

Marzo 2004



XUNTA DE GALICIA

**BOLETÍN DE CODIFICACIÓN DIAGNÓSTICA
DA COMUNIDADE AUTÓNOMA DE GALICIA**

Nº 10, marzo 2004

**Xunta de Galicia
Santiago de Compostela
2004**

Título: Boletín de Codificación Diagnóstica da Comunidade Autónoma de Galicia, nº 10

Autor: Unidade de referencia da Codificación Diagnóstica de Galicia

Jorge Aboal Viñas

Subdirección Xeral de Atención Especializada

Consuelo Carballeira Roca

Subdirección Xeral de Información Sanitaria

Manuel Castro Villares

C.H.U. Juan Canalejo-Marítimo de Oza

José Antonio Falagán Mota

C.H. de Pontevedra

Enma Fernández Nogueira

Subdirección Xeral de Información Sanitaria

Margarita Lloria Bernacer

C.H. de Pontevedra

Pedro Molina Coll

C.H.U. de Santiago de Compostela

José Otero Varela

C.H. Xeral-Cíes

Gloria Rey García

H. Meixoeiro

Guillermo Rodríguez Martínez

C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos

Carmen Sixto da Silva

Subdirección Xeral de Información Sanitaria

Edita: Xunta de Galicia

Servizo Galego de Saúde

Secretaría Xeral. Subdirección Xeral de Información Sanitaria

Imprime: Tórculo

ISSN: 1697 – 4719

D.L.: C-933 / 2004

ÍNDICE

1.- Introducción	3
2.- Procedemento de envío de cuestións de codificación	7
3.- Sección preguntas/respostas	11

Segundo o capítulo do DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

2: Neoplasias:

Metástases de tumor neuroectodérmico primitivo de orixe pleural (PNET).....	13
Tumor carcinoide benigno de apéndice	14
Tumor de páncreas de evolución incerta.....	15

3: Enfermidades endócrinas, da nutrición, metabólicas, e trastornos da inmunidade:

Historia de transplante renopancreático en diabete mellitus tipo I.....	16
---	----

6: Enfermidades do sistema nervioso e dos órganos sensoriais:

Expulsión do cristalino	17
-------------------------------	----

7: Enfermidades do aparello circulatorio:

Cardiopatía isquémica.....	18
----------------------------	----

11: Complicacións da xestación, parto e puerperio

Luxación conxénita de cadeira e parto	19
---	----

15: Determinadas condicións con orixe no período perinatal:

Ingreso por traslado dun prematuro.....	21
---	----

17: Lesións e envelenamentos:

Ferida con sección do flexor pollicis longus.....	22
---	----

Segundo o capítulo do PROCEDEMENTO PRINCIPAL:

7: Operacións sobre o aparello cardiovascular:	
Uso do código “39.96 Perfusión de corpo enteiro”.....	23
10: Operacións sobre o aparello urinario:	
Cirurxía para a incontinencia urinaria de esforzo.....	24
12: Operacións sobre os órganos xenitais femininos:	
Implantación de DIU con xestáxenos	25
14: Operacións sobre o aparello musculoesquelético:	
Extracción de dispositivo implantado en tibia.....	26
Implantación de U interespiñosa L4-L5. Hernia discal.....	26
15: Operacións sobre o aparello músculoesquelético:	
Peche de orificio na lingua	28
Procedemento de lista de espera:	
Codificación da lista de espera de endoscopias.....	29
4.- Metodoloxía para unha avaliación da calidade da codificación do conxunto mínimo básico de datos (C. M.B. D.).....	31
5.- Listado de Procedementos de Cirurxía Maior Ambulatoria 2004.....	45
6. Índice para a axuda da busca de temas publicados nos boletíns de codificación diagnóstica.....	51

1.- INTRODUCCIÓN

Os boletíns de codificación son documentos técnicos que teñen como finalidade servir de apoio para os profesionais que desenvolven o seu labor nas unidades de codificación. Por este motivo preséntase en galego o texto e en castelán os literais dos códigos da CIE 9^a-MC 4^a edición posto que son termos moi específicos e a CIE está en castelán.

Neste novo número, ademais da sección fixa de casos de codificación, aportados polos codificadores da Comunidade Autónoma Galega e as súas solucións indicadas pola Unidade de Referencia de Codificación Diagnóstica de Galicia, inclúese a metodoloxía para unha avaliación da calidade da codificación do Conxunto Mínimo Básico de Datos (C.M.B.D.), elaborada no Servizo de Análise de Sistemas de información da Subdirección Xeral de Información Sanitaria.

A sección de preguntas / respostas foi elaborada coas aportacións dos centros: C. H. Arquitecto Marcide–Novoa Santos, C.H. de Pontevedra, F. H. Virxe da Xunqueira, Hospital do Meixoeiro, H. C. de Monforte, e Policlínico Vigo, S.A. (POVISA) que enviaron preguntas; e foron contestadas pola Unidade de Referencia da Codificación Diagnóstica en Galicia coas aportacións dos centros: C.H.U. Juan Canalejo, C.H. de Ourense, , C. H. Arquitecto Marcide–Novoa Santos, H. do Meixoeiro , e C. H. de Pontevedra.

2.- PROCEDIMIENTO DE ENVÍO DE CUESTIÓNS DE CODIFICACIÓN

O procedemento de envío de preguntas á Unidade de Referencia da Codificación Diagnóstica simplifícase e en lugar de enviar as antigas fichas en papel con dous formatos diferenciados para preguntas e respostas a partir de agora farase nun formato único e por correo electrónico.

Os codificadores dos hospitais da Comunidade Autónoma de Galicia, remitirán as súas preguntas á Unidade de Referencia da Codificación Diagnóstica, no novo impreso que se adxunta (o modelo farase chegar a tódalas unidades de codificación), por correo electrónico á Subdirección Xeral de Información Sanitaria.

As preguntas deben reunir as seguintes características:

1. Deben manter a confidencialidade do paciente.
2. Deben referirse a casos concretos de codificación diagnóstica.
3. Deben documentarse axeitadamente.

A Subdirección Xeral de Información Sanitaria recompilará e enviará aos codificadores dos hospitais a relación completa das preguntas.

1. Os codificadores elaborarán e remitirán, por correo electrónico, as respostas a todas as preguntas á Subdirección Xeral de Información Sanitaria.
2. E finalmente elaboraranse os correspondentes boletíns de codificación diagnóstica coas respostas correctas ou ben se contestarán directamente aos interesados.

CAPÍTULO CIE-9-MC (4ª edición):

- **DIAGNÓSTICOS:**
- **PROCEDIMENTOS:**

TEMA.

HOSPITAL: _____

DESCRIPCIÓN DO CASO.

PREGUNTA.

SOLUCIÓN.

PALABRAS CLAVE: _____

3.- SECCIÓN PREGUNTAS / RESPOSTAS

DIAGNÓSTICOS-CAPÍTULO 2

2.1- Metástases de tumor neuroectodérmico primitivo de orixe pleural (PNET)

Paciente co diagnóstico de tumor neuroectodérmico primitivo de orixe pleural con nódulos pulmonares metastáticos contralaterais. A morfoloxía do resultado da AP é M9363/0.

¿Como se poden codificar as metastases?

Os anatomopatólogos explicáronnos que é un tumor raro que ten o comportamento dun maligno.¿É correcto usar neste caso as morfoloxías M8000/3, M8000/6?

(Formulada por: Povisa)

Resposta:

Os tumores neuroectodérmicos primitivos conteñen células con capacidade para diferenciarse en distintas variedades histolóxicas de tumor maligno (meduloblastos, astrocitos, músculo-esqueléticas, ...). A asignación correcta dun código para o diagnóstico do PNET depende da información documentada no informe clínico sobre a histoloxía específica do tumor. Se a documentación é confusa, hai que preguntar ó clínico para tentar de clarificala.

Se hai metastases non utilizaremos o código de PNET: M9363/0 Tumor neuroectodérmico melanótico

Na cuestión exposta, a codificación correcta, para o tumor primario e metastático respectivamente, entrando polo índice alfabético de enfermidades e co literal do código da lista tabular, sería a seguinte:

Tumor primario: Código de localización anatómica e comportamento:

Neoplasia

-pleura, pleural (cavidade) maligna primaria 163.9

(Literal da lista tabular: Neoplasia maligna de pleura, parte no especificada)

Código de morfoloxía:

Tumor

-maligno (M8000/3)

Metastáse: Código de localización anatómica e comportamento:

Neoplasia

-pulmón maligna secundaria 197.0

Código de morfoloxía:

Tumor

-metastásico

--desde sitio especificado (M8000/6)

2.2- Tumor carcinoide benigno de apéndice

Paciente de 23 anos que ingresa de forma urxente con dor abdominal en FID de 24 horas de evolución, descartándose patoloxía xinecolóxica. É intervida cirúrxicamente baixo anestesia xeral realizándose unha apendicectomía regulada.

O estudo anatomopatolóxico da peza mostra cambios histolóxicos compatibles con tumor carcinoide benigno.

Entrada no índice alfabético:

Carcinoide

-benigno (M9091/0)

Este código de Morfoloxía non existe na táboa de morfoloxías das neoplasias da CIE-9-MC.

***¿É correcta esta codificación para o tumor carcinoide benigno de apéndice?.
(Formulada por: Hospital do Meixoeiro)***

Resposta:

Aínda que o tumor carcinoide benigno aparece no índice alfabético (M9091/0) non existe no Apéndice A da CIE-9-MC, táboa das morfoloxías das neoplasias (códigos M) nin na relación das morfoloxías da CIE Oncolóxica. Para resolvelo, se entramos polo índice alfabético:

Carcinoide

-tumor M8240/1 vease además Neoplasia, por sitio, comportamento incierto. Este código de morfoloxía corresponde ao tumor carcinoide NEOM. Buscando na lista tabular de enfermidades, na sección de neoplasias de evolución incerta, asignariamos o código “235.2 estómago, intestino y recto”.

2.3- Tumor de páncreas de evolución incerta

Paciente con masa en cabeza pancreática. Resécase e o resultado da anatomía patolóxica refire que é un tumor de evolución incerta. Creemos que a codificación correcta é a seguinte :

DP: 235.5

DS: M8000/1

PP: 52.51

¿Porqué asigna ao GRD 468?

(Formulada por: Povisa)

Resposta:

A codificación do episodio cos datos clínicos dispoñibles é correcta, e efectivamente a asignación de GRD é o 468, que trata dun GRD cirúrxico que agrupa a pacientes aos que se lle realizou unha intervención cirúrxica maior que non garda relación co motivo polo que ingresou.

DIAGNÓSTICOS-CAPÍTULO 3

3.1- Historia de transplante renopancreático en diabete mellitus tipo I

Paciente con antecedentes persoais de nefropatía diabética en diabete mellitus tipo I que foi sometido a transplante renopancreático no ano 2001, estando actualmente só con tratamento inmunosupresor, sen necesitar insulina e sen presentar complicacións.

¿Como se codificaría esta condición?

¿É correcta a codificación V42.0 + V42.83 + V12.2 ?

(Formulada por: C. H. Arquitecto Marcide - Novoa Santos)

Resposta:

Neste caso a codificación proposta é a correcta posto que, se a única manifestación da diabete que se presenta é a nefropatía (por outra parte, é moi pouco frecuente que se presente unha única manifestación crónica en solitario) e dado que a diabete tipo I co transplante pancreático non segue progresando, pódese codificar “V12.2 Historia personal de trastorno endocrino” xunto cos códigos “V42.0 Transplante de riñon” e “V42.83 Transplante de páncreas”. De todas formas, hai que ter en conta que incluso en ausencia dunha complicación diabética, a diabete mellitus pode estar presente despois do transplante pancreático. As manifestacións diabéticas deben codificarse sempre que o clínico as documente na historia clínica.

DIAGNÓSTICOS-CAPÍTULO 6

6.1- Expulsión do cristalino

Paciente que ingresa por presentar perforación ocular espontánea nun olho cego por glaucoma desde fai varios anos. Á exploración presenta unha solución de continuidade na córnea a través da cal saíu o cristalino opacificado, que a paciente portaba nunha gasa. Realízase recubrimento conxuntival.

Non existe entrada directa no índice alfabético para codificar a expulsión do cristalino, ¿considerase xa unha afaquia?. O cristalino está opacificado ¿ten unha catarata?.

¿Sería correcta a seguinte codificación?:

DP: 370.06 Úlcera corneana perforada

DS: 379.31 Afaquia

DS: 360.42 Ojo ciego hipertenso

DS: 366.9 Catarata no especificada

*PP: 11.53 Reparación de laceración o herida corneal con colgajo conjuntival
(Formulada por: Hospital do Meixoeiro)*

Resposta:

Na codificación non debe incluírse a catarata porque xa non a ten. O diagnóstico principal e os outros dous diagnósticos secundarios son correctos.

A codificación do procedemento é correcta.

DIAGNÓSTICOS-CAPÍTULO 7

7.1- Cardiopatía isquémica

Paciente que ingresa con anxina inestable. Realízaselle anxio-TAC de coronarias. Neste estudo obxectívase na CD proximal unha estenose significativa en torno ao 60%. Envíase ao paciente a outro centro a realizar unha coronariografía con vistas a decisións complementarias.

¿Sería correcta a seguinte codificación?

DP: 414.00

DS: 411.1

Segundo o boletín nº 1 de codificación diagnóstica da Comunidade de Galicia, no monográfico: codificación da cardiopatía isquémica, páx. 35, para poder ser codificada a aterosclerose coronaria 414.0X, debe constar no informe de alta de forma explícita ou ben ter realizado probas diagnósticas concluíntes que demostren a aterosclerose.

¿A anxio-TAC de coronarias pódese considerar unha proba diagnóstica concluínte? ¿Hai que esperar o resultado da coronariografía para poder codificar a aterosclerose como diagnóstico principal?.

(Formulada por: Povisa)

Resposta:

Ata este momento, a anxio-TAC non se considera unha proba concluínte, polo tanto no momento actual, só a coronariografía confirmaría o diagnóstico.

Respecto da segunda cuestión: si hai que esperar, salvo que conste o diagnóstico de aterosclerose de forma explícita na documentación clínica.

Polo tanto, como parece neste caso, o non ter realizado probas diagnósticas concluíntes que demostren a aterosclerose e non constar de forma explícita o diagnóstico de aterosclerose o diagnóstico principal sería a anxina inestable codificada como “411.1 Outras formas agudas o subagudas de cardiopatía isquémica. Síndrome coronario intermedio”.

DIAGNÓSTICOS-CAPÍTULO 11**11.1- Luxación conxénita de cadeira e parto**

Embarazada con luxación conxénita de cadeira bilateral, á que se lle practica unha cesárea, as súas indicacións son: luxación conxénita de cadeira bilateral e cesárea anterior. Con respecto á luxación conxénita de cadeira e entrando polo índice alfabético, poderíamos codificala de dous maneiras:

1ª. *Embarazo*
 -complicado por
 --anormal
 ---pelvis (ósea) 653.0* + 754.31

2ª. *Embarazo*
 -complicado por
 --enfermedad
 ---hueso y articulación 648.7* + 754.31

¿Cal das dúas sería a máis apropiada?

(Formulada por: C.H.Arquitecto Marcide – Novoa Santos)

Resposta:

É máis correcta a segunda, xa que a luxación conxénita de cadeira no é un problema óseo da pelve senón un problema articular. Polo tanto a codificación sería:

Índice alfabético:

Embarazo
 -complicado por
 --enfermedad
 ---hueso y articulación (miembro inferior) 648.7

Na lista tabular de enfermidades, o literal do código “648.7 Trastornos de los huesos y articulaciones de la espalda, pelvis y miembros inferiores”. O episodio actual de coidados engade o quinto dígito 1 de parto, con ou sen mención de estado anteparto.

Índice alfabético

Luxación

-cadera

--congénita

---bilateral 754.31

DIAGNÓSTICOS-CAPÍTULO 15

15.1- Ingreso por traslado dun prematuro

Recén nado que ingresa nun centro doutra localidade por prematuridade extrema con 1.100 gr. e 27 semanas de xestación. Por causas familiares, aos dous meses é trasladado ao noso centro con un peso de 1.700 gr.

Ao ser un traslado, e seguindo as normas de codificación o diagnóstico principal sería o mesmo que motivou o ingreso no primeiro centro: 765.04.

Facendo así, o agrupador, no noso episodio agrúpao no GRD 469 diagnóstico principal non válido como diagnóstico principal..

Se empregamos un código de baixo peso, en adultos: 783.22 non reflicte en absoluto a situación que estamos codificando.

¿ Como podería resolverse este caso?.

(Formulada por: C.H. de Pontevedra)

Resposta:

Neste caso, e a falta de máis información clínica, que debe intentarse acadar para descartar patoloxías, a codificación correcta sería, entrando polo índice alfabético:

Peso

-insuficiente 783.22

Estado (posterior)

-bajo peso en el nacimiento

--1000-1499 gramos V21.33

A norma de codificación que recolle que o diagnóstico principal sexa o mesmo no centro receptor que no centro de orixe só afecta aos infartos de miocardio. O resto das patoloxías deben ser analizadas e só se manterá o mesmo diagnóstico principal cando realmente persista a patoloxía e sexa o motivo do ingreso.

DIAGNÓSTICOS-CAPÍTULO 17

17.1- Ferida con sección do flexor pollicis longus

Paciente que sofre ferida incisa nunha man con sección do flexor pollicis longus e sección do paquete vasculonervioso radial.

¿Cómo sería a secuencia de códigos?

DP: 882.2 Herida abierta de mano, salvo dedo(s) de la mano exclusivamente, con afectación de tendón

DS: 882.1 Herida abierta de mano, salvo dedo(s) de la mano exclusivamente, complicada

DS: 955.3 Lesión del nervio radial

DS: 903.2 Lesión de vasos sanguíneos radiales

¿Ou non sería necesario utilizar o código “882.1 Herida de mano complicada”, e cos outros tres chegaría?.

(Formulada por: F.H. Virxe da Xunqueira)

Resposta:

Non é necesario codificar o código 882.1 dado que no código do diagnóstico principal xa se especificou a ferida da man e non é unha ferida complicada. A descrición de ferida complicada (páxina 1270 da CIE) inclúe aquelas feridas con mención de curación retardada, tratamento retardado, corpo extraño ou infección grave, e estas condicións non se describen neste caso.

A asignación de códigos da sección do paquete vasculonervioso radial é correcta.

PROCEDEMENTOS-CAPÍTULO 7

7.1- Uso do código “39.96 perfusión de corpo enteiro”

En que casos é correcto o uso do código de procedemento “39.96 Perfusión de cuerpo entero”?. Na Comunidade Autónoma de Galicia o uso é bastante desigual.

(Formulada por: C. H. de Pontevedra)

Resposta:

O código de procedemento secundario “39.96 Perfusión de cuerpo entero”, é adecuado para casos de pacientes sometidos a seroterapia acompañado da substancia de perfusión.

A súa utilización considerámola correcta, debe codificarse, ademais, a substancia de perfusión..

PROCEDEMENTOS-CAPÍTULO 10

10.1- Cirurxía para a incontinencia urinaria de esforzo

Paciente con incontinencia urinaria de esforzo, realízase uretropexia vaxinal T.V.T. que consiste en realizar unha incisión duns 2 cm. en vaxina ao nivel do tercio medio uretral, introducindo 2 agullas TVT, para colocación suburetral dunha malla, previa comprobación citoscópica da indemnidade vesical.

¿É correcto o código de procedemento 59.79?

“59.79 Outra reparación de incontinencia urinaria de esforzo”, para a técnica da uretropexia vaxinal T.V.T. na incontinencia urinaria de esforzo. (Formulada por: H. do Meixoeiro)

Resposta:

Sí, o código que debe asignarse a esta intervención é “59.79 Outra reparación de incontinencia urinaria de esforzo” ao que se chega mediante a seguinte entrada do índice alfabético de procedementos:

Reparación

-incontinencia por estrés (urinaria) NCOC 59.79

Esta pregunta está formulada no boletín nº 15 do Ministerio, na páxina 25.

PROCEDEMENTOS-CAPÍTULO 12

12.1- Implantación de DIU con xestáxenos

Paciente con menometrorraxias de longa evolución, que tras varios tratamentos se lle implanta un DIU MIRENA® con intención terapéutica. Este é un dispositivo que leva un reservorio de xestáxenos que se van liberando de forma progresiva. Este procedemento lévase a cabo na consulta, pero neste caso se realiza en quirófano polas malas condicións físicas da paciente.

¿Como codificaríamos este procedemento?

(Formulada por: C.H. Arquitecto Marcide – Novoa Santos)

Resposta:

Non hai entrada directa no índice alfabético, pero o código axeitado atópase na lista tabular de procedementos, na sección de “otras operacións sobre el útero y sus estructuras de soporte”, categoría de “otras operaciones sobre útero, cuello y estructuras de apoyo”, e subcategoría de “inserción de dispositivo terapéutico en útero”: 69.91

PROCEDEMENTO-CAPÍTULO 14

14.1- *Extracción de dispositivo implantado en tibia*

Paciente que ingresa por intolerancia ao cravo de Kuntscher en tibia. Baixo anestesia raquídea realízase intento de extracción do mesmo sen conseguirse. Cortase a parte proximal do cravo que produce a intolerancia.

Nun segundo ingreso, 5 meses máis tarde, extráeselle o cravo endomedular a causa dunha infección

¿ Cál é o código do procedemento no primeiro e segundo ingreso?

¿O código de procedemento é o mesmo para os dous ingresos?:

78.67 Extracción de dispositivo implantado en tibia

(Formulada por: H. do Meixoeiro)

Resposta:

O código de procedemento é o mesmo para os dous ingresos: “78.67 Extracción de dispositivo implantado en tibia”, porque este código non especifica se a extracción é total ou parcial.

Como diagnóstico no primeiro episodio debe codificarse “996.4 Complicación mecánica de dispositivo, implantación e injerto ortopédico interno” e no segundo o código “996.67 Reacción infecciosa e inflamatoria por outro dispositivo, implantación e injerto ortopédico interno”.

14.2- *Implantación de U interespiñosa L4-L5. Hernia discal*

Hernia discal L4-L5 con espondilose lumbar e estenose do canal lumbar.

É intervida, realizándose exérese da hernia discal e implantándose U interespiñosa ao nivel L4-L5

¿ Como sería o código do implante U interespiñoso?

(Formulada por: C. H. de Pontevedra)

Resposta:

A U interespiñosa é un fixador interno de columna, polo tanto o procedemento consiste nunha artrodese lumbar.

A entrada polo índice alfabético será:

Artrodesis

-lumbar : 81.08

PROCEDEMENTO-CAPÍTULO 15

15.1- Peche de orificio na lingua

Paciente que ingresa para pechar orificio cicatrizado na lingua trala infección debida á colocación dun piercing.

¿Como se codifica? ¿É unha secuela?

(Formulada por: C. H. Arquitecto Marcide – Novoa Santos)

Resposta:

Neste caso trátase dunha secuela xa que é un efecto tardío da infección da lingua pola colocación dun piercing.

A entrada polo índice alfabético pode ser:

Cicatriz

-lengua 529.8

ou:

Deformidad

-lengua

--adquirida 529.8

Esta lesión é un efecto tardío de unha ferida complicada na lingua:

Tardío

-efecto

--herida, aberta

---cabeza, cuello y tronco 906.0

A causa externa pode codificarse como “E959 Efectos tardíos de lesión autoinflingida” aínda que non existe un código que recolla exactamente esta circunstancia o do piercing

PROCEDEMENTO ANEXO: DE LISTA DE ESPERA**16.1- Codificación da lista de espera de endoscopias**

*Nas follas de inclusión de lista de espera, de endoscopias dixestivas, utilizan moito o termo: “risco de.....” (exemplo: risco de pólipos, risco de cancro). ¿Hai algunha maneira que codificar “risco de....”?. Creo que non.
(Formulada por: H. C. de Monforte)*

Resposta:

O “risco de” codificarase asignando o código do diagnóstico da enfermidade ou trastorno do órgano no que se fai a proba e como procedemento a endoscopia.

BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de Sanidad y Consumo. Manual del usuario. Normativa de Codificación Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª revisión, Modificación Clínica 4ª edición. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1997
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Clasificación Internacional de Enfermedades. 9ª revisión. Modificación clínica CIE-9-MC 4ª edición actualizada en castellano. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2002.
- Boletín de Codificación Diagnóstica. (Santiago de Compostela). 1995 – 2003, (0-9).
- Codificación Clínica con la CIE-9-MC. (Madrid). 2000, 6 (15):25.

4.- METODOLOXÍA PARA UNHA AVALIACIÓN DA CALIDADE DA CODIFICACIÓN DO CONXUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS (C.M.B.D.).

METODOLOXÍA PARA UNHA AVALIACIÓN DA CALIDADE DA CODIFICACIÓN DO CONXUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS (C.M.B.D.).

Servizo de Análise de Sistemas de Información
Subdirección Xeral de Información Sanitaria
Secretaría Xeral do Sergas

- INTRODUCCIÓN e OBXECTIVO
- MATERIAL e MÉTODOS
- PROCEDEMENTO DE REALIZACIÓN DA AUDITORÍA
- FORMALIDADES PREVIAS AO INICIO DO ESTUDO
- PRESENTACIÓN DOS RESULTADOS
- COMENTARIOS, CONCLUSIONS e RECOMENDACIÓNS

□ INTRODUCCIÓN e OBXECTIVO

Sendo conscientes da importancia de poder cuantificar a calidade e mellorar a fiabilidade dos datos administrativos e clínicos dos episodios de hospitalización dos que dispoñemos, preséntase a metodoloxía para realizar unha avaliación da calidade da codificación do conxunto mínimo básico de datos, entendida como unha ferramenta válida para a mellora da calidade do sistema, e non como un proceso “fiscalizador” ou “acreditador”.

Segundo a Orde de 7 de abril de 1993 da Consellería de Sanidade, todos os centros e establecementos sanitarios públicos e privados con réxime de

internamento da nosa comunidade deben elaborar o rexistro do Conxunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), para os pacientes dados de alta. O circuíto de recollida mensual dos CMBD dos centros públicos é por acceso directo aos sistemas informáticos dos hospitais dende servizos centrais, utilizando a rede de comunicacións do SERGAS. Cada mes, recóllense os datos correspondentes ao mes do que se trate, e a actualización dos meses anteriores, co que se recuperan altas que no seu momento non estaban aínda codificadas ou que tiveran algún erro, acadando nos últimos anos unhas porcentaxes de codificación sempre superiores ao 99,5%.

Para manter a normalización do C.M.B.D. e a unificación de criterios de codificación, créase a Unidade de Referencia da Codificación Diagnóstica en Galicia (Orde 4 maio de 1994. DOG 97/1994). Esta unidade será a que colabore na realización das auditorías propostas pola subdirección xeral de Información sanitaria, e de entre os seus compoñentes seleccionaranse aos técnicos que a levarán a cabo.

A realización dunha auditoría ten como obxectivo específico analizar a calidade da codificación (variables asistenciais e administrativas) realizada nos hospitais de agudos do SERGAS ou nos hospitais privados da nosa comunidade, e a súa repercusión na asignación das altas a un determinado GRD.

□ MATERIAL e MÉTODOS:

Ao non ser posible auditar todas as historias clínicas, para a realización dunha avaliación da calidade dos datos do conxunto mínimo básico de datos (C.M.B.D.), seleccionárase unha mostra representativa dos episodios con data de alta no ano de estudo, do citado rexistro.

Segundo as experiencias de auditorías anteriores, (1997: “Análisis y desarrollo de los GRD en el SNS”^{*} e no ano 2000: “Manual de auditoría” Servicio Andaluz de

^{*} *Manual del Auditor. Evaluación de la base de datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (C.M.B.D.) del Sistema Nacional de Salud. jdc (empresa adjudicataria de la gestión administrativa del proyecto de evaluación); 2002.*

Salud), o tamaño da mostra elixirase de tal maneira que se minimice o custo do estudo, utilizando as seguintes condicións para o seu cálculo:

1. Poboación de referencia = número de episodios con data de alta no ano que se vai auditar.
2. Nivel de confianza: 95,5%
3. Erro da mostraxe: 5%.
4. Distribución das proporcións a estudar no peor dos casos de 70-30% (Condicións de aplicación: 30/70).

Unha vez obtido o tamaño da mostra, para que esta reproduza no posible as características da poboación da que foi extraída, realizarase unha mostraxe estratificada para que estean representados os episodios das catro áreas funcionais existentes no centro auditado.

Incluiranse no estudo tantas historias como se precisen para acadar o número de episodios necesarios, engadindo un 10% de reserva, seleccionados (se hai menos de 2 episodios nalgún dos estratos) por mostraxe aleatoria simple.

A representatividade da mostra garantírase pola selección aleatoria da mesma. Dita mostra será elixida de tal maneira que todos os episodios informados no CMBD no ano de estudo, teñan a mesma probabilidade de ser incluídos.

Para garantir a existencia duns criterios correctos e homoxéneos de codificación, os técnicos auditores serán membros da Unidade de codificación diagnóstica de Galicia como codificadores expertos na revisión das historias clínicas.

Procederase á realización da valoración da concordancia interobservador, referida á consistencia entre dous ou máis observadores cando avalían unha mesma medida nun mesmo episodio (índice de Kappa). Nos casos onde se obteñan resultados dispares, discutiranse as diferentes posturas ata acadar un consenso. De ser necesario, repetirase a proba en aras a evitar os posibles sesgos ou erros sistemáticos.

É preciso fixar o ámbito e período de realización do estudo, así como o calendario de execución de cada unha das fases do estudo e a duración máxima da avaliación.

o PROCEDEMENTO DE REALIZACIÓN DA AUDITORÍA:

- O documento sobre o que se realizará a avaliación será a historia clínica. Nela, deberían atoparse o informe de alta, como documento principal e imprescindible, o parte de quirófano, a folla de evolución, follas de inclusión en lista de espera, o informe de anatomía patolóxica, as interconsultas, probas e outros informes das especialidades que prestaron os seus servizos ao paciente dende o ingreso ata a alta.

Se non é posible que o equipo auditor se desprace ao centro para realizar o estudo, que sería a opción idónea, un procedemento alternativo sería o seguinte:

- Ao hospital ou hospitais onde se vaia realizar a auditoría, enviarase unha relación das historias clínicas que conteñan os episodios da mostra, que unha vez seleccionados serán recollidos por persoal da Inspección Médica Provincial correspondente, quen os remitirá á SXIS (sen nome nin apelidos), para a súa distribución entre os distintos auditores membros da Unidade de Referencia.
- Os documentos que se remitirán aos auditores para proceder á realización da recodificación dos episodios da mostra, serán os seguintes:
 1. Unha relación dos números de historia asignados a cada auditor que realizará a recodificación.
 2. En soporte de papel, unha folla de recollida de datos para cada un dos episodios, coa codificación do hospital, e coas variables para validar esta información. Inclúese o peso medio e o peso medio axustado do GRD asignado ao episodio segundo a codificación do hospital e as correspondentes variables para introducir estes valores segundo os datos recodificados.
 3. Copia dos episodios seleccionados na mostra e correspondentes a cada auditor, recollidos pola inspección médica no hospital e enviados á

subdirección de Información Sanitaria, garantindo a confidencialidade das mesmas.

4. Un arquivo coas mesmas variables que a folla de recollida citada no punto 2. Neste arquivo informatizaranse os datos resultantes da recodificación de cada un dos episodios. Na variable observacións debe indicarse o tipo de erro (selección, ou codificación co seu nivel, ou ausencia).
- Recodificación dos episodios das historias clínicas da mostra por parte do equipo de codificadores.

Segundo consta na metodoloxía de avaliación publicada polo Ministerio de Sanidade e Consumo en: “Análisis y desarrollo de los GRD en el sistema nacional de salud”, considéranse episodios incorrectos, os que conteñen erros ou ausencias detectados nas seguintes variables:

A. Datos administrativos que inflúen na asignación do GRD:

- Idade
- Sexo
- Data de ingreso no hospital
- Data de alta hospitalaria
- Motivo de alta (engadido por acordo da Unidade de referencia)
- GNA e GFH de alta (engadidos por acordo da Unidade de referencia)

B. Información clínica:

I. Diagnóstico principal

- Erros de selección: considérase erro de selección aquel diagnóstico que non cumpra os criterios de diagnóstico principal, é dicir cando non se trate da afección que foi causa de ingreso no hospital.

- Erros de codificación: cando o diagnóstico correctamente seleccionado como principal atópase mal codificado a calquera nivel (categoría, subcategoría ou subclasificación).
- ii. Diagnósticos secundarios
- Erros de selección: considéranse erros de selección aqueles diagnósticos seleccionados erroneamente como secundarios.
 - Erros de codificación: calquera diagnóstico correctamente seleccionado como secundario que estea mal codificado a calquera nivel (categoría, subcategoría ou subclasificación).
 - Ausencias: Considéranse ausencias aqueles diagnósticos secundarios non codificados que coexistan no momento do ingreso.
- iii. Procedemento principal
- Erros de selección: considérase erro de selección aquel procedemento que non cumpra os criterios de procedemento principal, é dicir, que non se realice en quirófano ou sala de partos, que non se encontre documentado ou non pertenza o episodio avaliado.
 - Erros de codificación: cando o procedemento correctamente seleccionado como principal encontrase mal codificado a calquera nivel (sección, categoría ou subcategoría).
 - Ausencias: Considérase ausencia aquel procedemento principal que estando documentado non fora codificado e que se realizara no episodio avaliado.
- iv. Outros Procedementos
- Erros de selección: considéranse erros de selección aqueles procedementos que non se encontren documentados ou non pertencen ao episodio avaliado.

- Erros de codificación: aqueles procedementos correctamente seleccionados que se atopan mal codificados a calquera nivel (sección, categoría ou subcategoría).
- Ausencias: Considéranse ausencias aqueles procedementos que estando documentados non foron codificados, excluindo os procedementos rutineiros tal como radiografía, analíticas, electrocardiogramas, etc.

Se se detectase un erro de codificación e de selección nun diagnóstico ou procedemento contabilizaríase unha soa vez e como erro de selección.

Se un diagnóstico secundario se seleccionou como principal, contabilizarase como un só erro, omitíndose a posición errónea na que está o auténtico diagnóstico principal.

C. Asignación de GRD:

As altas nas que se detecten variacións que poidan afectar á asignación do GRD introducíranse no programa *DRG-finder* para coñecer se se produce algunha variación no GRD e polo tanto, no seu peso.

Unha vez realizada a recodificación por parte de cada un dos auditores, seleccionáranse aqueles episodios onde se detectou un erro no diagnóstico principal, no procedemento principal e/ou que tiñan un cambio na asignación do GRD.

A codificación destes episodios será consensuada polas persoas que realizan a auditoría.

□ FORMALIDADES PREVIAS AO INICIO DO ESTUDO:

Segundo consta no “Manual del auditor”.Evaluación de la base de datos del CMBD del sistema nacional de salud. Octubre 2002, formalizárase mediante documentos individuais de cada membro do equipo de validación, a cláusula de confidencialidade atendendo a todo o que recolle a lei orgánica de protección de datos de carácter persoal (L.O.P.C.P. 15/1999 do 13/12) publicada no BOE do 14 de decembro de 1999.

A subdirección xeral de Información Sanitaria será a encargada de formalizar este protocolo cos técnicos codificadores, mediante aceptación e sinatura da cláusula de confidencialidade, antes de iniciar o traballo de validación.

Se algún técnico codificador se negara á aceptación de todos os puntos incluídos na cláusula de confidencialidade, rexeitaríase como membro do equipo de avaliación.

Mostra da cláusula de confidencialidade:

O/A _____ abaixo _____ asinante,
con

D.N.I. nº _____, comprométome a cumprir a totalidade dos puntos que se numeran a continuación como natureza derivada da avaliación da calidade de codificación dos datos do conxunto mínimo básico de datos, para o que fun seleccionado pola subdirección xeral de Información Sanitaria:

1. Respetar a confidencialidade de toda a información contida nos documentos que se manipulen e non utilizar a mesma para fins distintos dos que motiven a execución da avaliación da calidade da codificación dos datos do conxunto mínimo básico de datos.
2. Non recompilar para min nin divulgar a terceiros a información contida en ditos documentos
3. Non realizar reproducións totais nin parciais de tal documentación nin transmitir, mediante calquera medio, copias da mesma para fins distintos

dos contemplados nos protocolos da avaliación da calidade da codificación dos datos do conxunto mínimo básico de datos.

4. Asumir os criterios que garanten a protección dos arquivos en soporte informático que inclúen datos persoais contra a súa abusiva manipulación.

Todo elo, acorde co recollido na lei orgánica de protección de datos de carácter persoal (L.O.P.C.P. 15/1999 do 13/12) publicada no BOE do 14 de decembro de 1999.

Queda facultada polo tanto, a subdirección xeral de Información Sanitaria, a propoñer as medidas legais pertinentes que se deriven do incumprimento do recollido na presente cláusula.

Queda tamén facultada dita subdirección, a facer uso dos meus datos persoais para a exclusiva finalidade da súa xestión administrativa, reservándome o exercicio dos dereitos ca Lei 15/1999 antes citada, me recoñece.

En _____,
a ____ de _____ de 20__.

Auditor/a

Pola subdirección xeral de Información Sanitaria

▫ PRESENTACIÓN DOS RESULTADOS:

Información administrativa do CMBD:

Nº e % de casos con discrepancias	Data de ingreso	Data de alta	idade	sexo	GNA alta	GFH alta	Motivo de alta	Total erros administrativos
Nº								
%	%	%	%					%

Información clínica do CMBD:

Valoración cuantitativa do *diagnóstico principal*:

% sobre o número de efectivos da mostra.

Erros N°(%)	Selección	N°(%)		
	Codificación	N°(%)	Categoría	
			Subcategoría	N°(%)
			Subclasificación	N°(%)

Valoración cuantitativa do *diagnóstico secundario*

% sobre o total de diagnósticos secundarios e ausencias.

Erros N°(%)	Selección	N°(%)		
	Ausencias	N°		
	Codificación	N°(%)	Categoría	N°(%)
			Subcategoría	N°(%)
			Subclasificación	N°(%)

Valoración cuantitativa do *procedemento principal*

% sobre o total de procedementos principais e ausencias.

Erros N°(%)	Selección	N°(%)		
	Ausencias	N°		
	Codificación	N°(%)	Sección	N°(%)
			Categoría	N°(%)
			Subcategoría	N°(%)

Valoración cuantitativa dos *procedementos secundarios*

% sobre o total de procedementos secundarios e ausencias.

Erros N°(%)	Selección	N°(%)		
	Ausencias	N°		
	Codificación	N°(%)	Sección	N°(%)
			Categoría	N°(%)
			Subcategoría	N°(%)

□ COMENTARIOS, CONCLUSIONS e RECOMENDACIÓNS.

Neste apartado, comentarase os resultados dos distintos apartados e se expresarán claramente as conclusións así como as recomendacións convenientes para obter unha mellora na calidade, e polo tanto na fiabilidade, dos datos administrativos e clínicos dos episodios de hospitalización da nosa Comunidade.

BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de Sanidad y Consumo. Análisis y desarrollo de los GRD en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
- Servicio Andaluz de Salud. Manual de auditoría. Conjunto Mínimo Básico de Datos Hospitalarios Andaluz (CMBDA). Proceso de Acreditación 2000. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2000.
- Manual del auditor. Evaluación de la base de datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (C.M.B.D.) del Sistema Nacional de Salud. JCD (empresa adjudicataria de la gestión administrativa del proyecto de evaluación); 2002.
- Consellería de Sanidade, Organización Panamericana de la Salud. Epidat 3.0: programa para análisis epidemiológico de datos tabulados [programa de ordenador]. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade; 2003.

5.- LISTADO DE PROCEDEMENTOS DE CIRURXÍA MAIOR AMBULATORIA 2004

PROCEDEMENTOS DE CIRURXÍA MAIOR AMBULATORIA PARA O ANO 2004:

Os procedementos de CMA son procedementos cirúrxicos que polas súas condicións poderían realizarse sen necesidade de hospitalización do paciente.

É interesante polo tanto, calcular o índice de substitución ou porcentaxe dos mesmos que se fan realmente de forma ambulatoria.

Para o cálculo deste índice son necesarios os datos extraídos do CMBD-HA que proporcionan o número dos mesmos que se realizan con hospitalización.

O listado que a continuación se presenta mostra os códigos seleccionados para a busca dos casos no ano 2004.

LISTADO DE PROCEDIMIENTOS POTENCIAIS DE CIRURXÍA MAIOR AMBULATORIA (12/04/2004)

	PROCEDIMIENTO	2004
C. VASCULAR	FÍSTULA AV PARA DIÁLISE RENAL	39.27 39.42
	CIRURXÍA DE VARICES EN M.I.	38.59
	FÍSTULAS ANAIS	49.1 49.73
	FISURA ANAL	49.3*
	ADENOMA PARA TIROIDEO / EXTIRPACIÓN	227.1 + 06.89
	QUISTE TIROGLOSO / EXCISSION	759.2 + 06.7
	HEMORROIDES	49.4*
	EXCISSION E INCISION DO SINUS PILONIDAL	86.21 86.03
C.XERAL	EXTIRP. DE TUMORACION DE MAMA (mastop.cist, fibroad, fibroesc) Exclúense as biopsias	610 + 85.21
	EXTIRP.PARCIAL DE MAMA CON ARPÓN (Exclúe a displasia mamaria benigna e as biopsias)	Agás 610 / 85.21+ 85.19 (Proc. secundario)
	MAMOPLASTIA DE REDUCCION E MASTECTOMÍA SUBCUTÁNEA	85.3*
	TUMORECTOMÍA DE CANCRO DE MAMA MALIGNO CON GANGLIO SENTINELA	174 / 85.21 + 40.23
	TUMORECTOMÍA DE CANCRO DE MAMA CON LINFADECTOMÍA AXILAR	174 / 85.21 + 40.51
	HERNIORRAFIA INGUINAL OU FEMORAL	53.00-53.39
	HERNIORRAFIA UMBILICAL OU EPIGÁSTRICA	53.41-53.69
	COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA	51.23-51.24
	CIRURXÍA DA ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR	76.5
	CIRURXÍA DE CORDAIS CON ANESTESIA XERAL	23.1 <i>Ver nota 1</i>
MAXILOFACIAL	REDUCCION PECHADA DE FRACTURAS FACIAIS SIMPLES DE ARCO CIGOMÁTICO E MALAR	76.71
	TRATAMENTO CIRÚRXICO DE TUMOR BENIGNO MAXILAR	76.6* (Agás 76.67, 76.68)
OFTALMOLOXÍA	CIRURXÍA CORRECCION DE ESTRABISMO	15.11 - 15.9
	CIRURXÍA SOBRE O POLO ANTERIOR DO OLLO (AGÁS GLAUCOMA)	12.** (Agás 12.2, 12.5-12.7)
	TRAT. CIRÚRXICO DE GLAUCOMA	12.5-12.7

	TRATAMIENTO CIRÚRGICO DAS CATARATAS (INCLÚE INSERCIÓN SECUNDARIA DE LENTE)	13.11 - 13.69 - 13.72
	VITRECTOMÍAS	14.7
	AMIGDALECTOMÍA OU ADENOIDECTOMÍA	28.2. 28.3 28.6
	ENDOSCOPIA NASOSINUSAL (Inf., Ectom. E polipose)	21.31 22.2
	FISTULA BRANQUIAL/EXCIÓN OU PECHE	744.41+29.2; 744.41+29.52
O.R.L.	MICROCIRURXÍA DE LARINXE (BIOPSIA PECHADA DE LARINXE: ENDOSCÓPICA)	31.43
	MIRINGOTOMÍA E DRENAXES TIMPÁNICOS	20.01-20.09
	MIRINGOPLASTIA	19.4
	QUISTE BRANQUIAL /EXCIÓN	744.42+29.2
	SEPTORRINOPLASTIA E SEPTOPLASTIA	21.5 21.84 21.88
	ARTROSCOPIA XEONLLO	80.26
	ARTROSCOPIA OMBRO	80.21
	BURSECTOMÍA OLECRANEANA	726.33 + 83.5
	BURSECTOMÍA ROTULIANA	726.65 + 83.5
	CIRURXÍA DE TENDÓNS (AGÁS 82.11,82.35,82.21,83.31,83.5)	VER TÁBOA ANEXA
	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EN RESORTE	82.11
	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DUPUYTREN	82.35
	EXTRACCIÓN DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESE	78.6*
	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE GANGLIÓN	82.21 83.31
	LIBERACIÓN DO TÚNEL CARPIANO	04.43
	TRATAMENTO DE HALLUX VALGUS	77.5* (Agás 77.56, 77.57, 77.58)
	BIOPSIA TESTICULAR ABIERTA	62.12
	CIRURXÍA DE HIDROCELE	61.2
	CIRURXÍA DE VARICOCELE	63.1
	CISTE DE EPIDÍDIMO	63.2
	ESCIÓN DE LESIÓN DE URETRA	58.3*
	UROLOXÍA	

	CIRURXÍA DE FIMOSE CON ANESTESIA XERAL	64.0 <i>Ver nota 1</i>
	ORQUIDOPEXIA	62.5
NEUROCIRURXÍA	TRATAMENTO CIRX. DA HERNIA DISCAL (AGÁS NUCLEOTOMÍA PERCUTÁNEA)	80.5* Agás 80.52
	HERNIA DISCAL (NUCLEOTOMÍA PERCUTÁNEA)	80.52
	RIZOLISE	03.6
	CIRURXÍA DE XENITAIS EXTERNOS FEMININOS (EXCLUÍDAS AS BIOPSIAS E VULVECTOMÍAS)	71.** (Agás 71.11, 71.5-71.6*)
	HEMIVULVECTOMÍA SIMPLE	71.61
XINECOLOXÍA	CIRURXÍA DO COLO DO ÚTERO (CONIZACIÓN)	67.** Agás 67.11-67.12
	DILATACIÓN E LEGRADO UTERINO	69.0*
	LAPAROSCOPIA XINECOLÓXICA (LIGADURA, ENDOCOAGULACIÓN, CISTE DE OVARIO)	66.2*, 65.01 65.23 65.24 65.25
	PLASTIA VAXINAL SEN PROLAPSO UTERINO	70.5*
	EXÉRESE DE CARCINOMA CUTÁNEO E PECHE CON PLASTIA	172-173+86.3
	EXÉRESE DE CARCINOMA CUTÁNEO E PECHE CON INXERTO	172-173+86.6
CIR. PLÁSTICA	REVISIÓN DE CICATRICES CON Z PLASTIA	86.84 86.3
	CIRURXÍA RECONSTRUCTIVA DO BEIZO	27.54-27.59
	CIRURXÍA RECONSTRUCTIVA DO PAVILLÓN AURICULAR	18.7*
	CIRURXÍA DE RINOFIMA	21.30 21.32

NOTA 1: SE SOLICITA LISTADO AO CST: DO APLICATIVO DE QUIRÓFANO (ANESTESIA XERAL)

CIRURXÍA DE TENDÓNS	
82.	32.33,41,42,43,44,45,51,52,53,55,56,57,71,79,84,85,86,99
83.	01,11,12,13,14,41,42,61,62,64,71,72,73,75,76,81,83,85,88,91,99

6.- ÍNDICE PARA A AXUDA DA BUSCA DE TEMAS PUBLICADOS NOS BOLETÍNS DE CODIFICACIÓN DIAGNÓSTICA

Índice Procedementos/capítulo	Boletín/páx.	Actualización
10. Operacións sobre o aparello urinario		
Cirurxía para a incontinencia urinaria de esforzo	B10/22	
Drenaxe percutáneo de urinoma perirrenal	B8/24	
Inserción de catéter urinario permanente	B2/29	
12. Operacións sobre órganos xenitais femininos		
Aspiración ovárica	B9/29	
Implantación de DIU con xestáxenos	B10/23	
Reparación cistocele e rectocele	B1/26	
13. Procedementos obstétricos		
Drenaxe de absceso de episiotomía	B4/26	B7/41
Inducción a parto dun feto morto	B3/22	
14. Operacións sobre o aparello músculo-esquelético		
Cepillado e lavado articulares	B2/30	
Cerclaxe de esteno	B9/30	
Cravo endomedular de Ender	B5/30	
Desviación de Orthofix	B8/25	
Excisión parcial de menisco	B2/30	
Extracción de dispositivo implantado en tibia	B10/24	
Extracción por artroscopia de mostra de cartilaxe para cultivo de condrocitos	B4/27	
Fistulografía de fistula de articulación a pel	B4/27	B7/42
Implantación de U interespiñosa L4-L5 hernia discal	B10/24	
Implante de condrocitos autólogos	B4/27	
Prótese de disco intervertebral	B2/30	
Recambio de prótese de cadeira	B1/27	
15. Operacións sobre o aparello tegumentario		
Peche de orificio na lingua	B10/25	
Plastia local de deslizamiento e rotación	B2/31	
16. Diversos procedementos diagnósticos e terapéuticos		
Citoloxía de esputo	B1/28	B7/26
Colanxio resonancia magnética	B9/30	
Embolización esplénica arterial	B9/31	
Faixas ortopédicas	B2/31	
Fistulografía	B5/31	
Manometría endoanal	B9/31	

Índice Procedementos/capítulo

Pielografía retrógrada

Boletín/páx. Actualización

B1/27

Profilaxe antibiótica

B2/31

Quimioembolización nun caso de hepatocarcinoma

B5/32

Procedemento anexo: de lista de espera

Codificación da lista de espera de endoscopias

B10/26

Monográficos, táboas e erros	Boletín/páx.
CIE-9-MC, 3ª edición en castelán. Modificación con respecto á edición anterior	B2/33
Cardiopatía isquémica	B1/29
Códigos V	B2/143
Complicacións do embarazo parto e puerperio	B8/27
Criterios para a codificación das colas de programación	B8/67
Diabete e alteracións da glicemia	B3/23
Enfermidades cardíacas e cerebrovasculares. Cardiopatías conxénitas	B7/49
Enfermidades infecciosas e parasitarias	B6/27
Erros atopados na publicación CIE 9 MC 4ª edición	B7/45
Erros na CIE-9-MC 4ª edición	B8/63
Metodoloxía para unha avaliación da calidade da codificación do C.M.B.D.	B10/29
Experiencia na explotación de datos a partires do CMBD-HA: Estudo cancro colo-rectal	B9/35
Índice para a axuda da busca de temas publicados nos boletíns de codificación diagnóstica	B10/51
Listado de procedementos de CMA 2003	B9/57
Listado de procedementos de CMA 2004	B10/45
Marcapasos cardíaco e revascularización miocárdica	B4/29
Neoplasias	B7/99
Novos erros detectados na CIE-9-MC, 2ª edición	B0/25
Procedementos en fracturas	B5/33
Relación de erros da 3ª edición en castelán da CIE-9-MC	B3/33
Situación do C.M.B.D. en Galicia anos 93-94	B0/31
Situación do C.M.B.D. en Galicia anos 94-95	B1/45
Táboa CIE-9-MC, 3ª edición controis de posición, idade e sexo	B4/47
Táboas de oftalmoloxía: cataratas, desprendemento de retina	B5/41