

## Newsletter Codificação #11 - 17/09/2007

Prezados Colegas:

Há vários motivos que justificam retomar a nossa Newsletter. Aqui fica um conjunto de notas e um desejo de que esta se possa manter com alguma regularidade.

### 1. 1ª Reunião Nacional dos Médicos Codificadores

Aproxima-se a data agendada para a 1ª Reunião Nacional dos Médicos Codificadores: 20/10/2007. Começaram os preparativos, há muito que fazer, e não existe uma comissão nomeada que tome a responsabilidade da organização. Por isso todos vamos ter de ajudar.

Enderecei pedidos directos aos colegas que se tinham mostrado disponíveis para ajudar, mas todos não seremos demais. Quem tiver ideias que ajudem na organização do evento, dê um passo em frente!

#### Áreas em que se poderá ajudar na organização do evento:

- **secretariado:** contactos; inscrições; correio electrónico; correspondência para os hospitais;
- **divulgação:** aos colegas no seu próprio hospital; um cartaz e um *flyer*, anúncio nos jornais?
- **logística:** café; reprografia; computador e projector para as apresentações; *cattering*?
- **mecenato:** algum laboratório querera aproveitar esta reunião de médicos codificadores? os colegas que têm contactos fortes com a indústria serão ouvidos!
- **estatutos:** revisão do *draft* existente;

#### Agenda:

- foi convidada a Dra. Margarida Bentes (durante muitos anos esteve no SIGSS/IGIF com os GDHs);
- foi convidada a Dra. Maria do Céu Valente (actual responsável do DDSFG da ACSS)
- irá abordar-se um tema de codificação da actualidade (por exemplo: sépsis, SIRS, MOF, que têm regras próprias e códigos novos);
- mas o principal será a discussão da proposta de estatutos;
- alguma sugestão?

### 2. ICD-9-CM

- como acontece todos os anos, a ICD-9-CM é actualizada em 1 de Outubro; os códigos novos (diagnósticos disponíveis nos [NCHS](#) e procedimentos nos [CMS](#)) aparecem nos livros que forem comprados este ano e, previsivelmente, poderão ser utilizados no Integrador de GDHs. A ACSS modificou este programa em Junho passado e, desde essa altura, temos podido utilizar os códigos de Out. 2005 e de

Out. 2006, os quais, até aí, precisavam de ser convertidos (mapeados) para os códigos anteriores.

Afixa-se no sítio dos codificadores ([Recursos de Codificação](#)) as listas destes códigos que esperam, ainda, pela rectificação das traduções para português.

### 3. Guidelines

- as [ICD-9-CM Official Guidelines for Coding and Reporting](#) também foram actualizadas. Convém verificar aquilo que diz respeito à sépsis pós-operatória, ao SIRS e à codificação da dor, entre outras. É um documento bem estruturado e uma excelente documento de referência.

### 4. Programa Integrador de GDHs

- temos recebido uma resposta extraordinária aos vários pedidos que fizemos de melhorias no programa Integrador. Já podemos utilizar códigos de Out. 2005 e Out. 2006, temos mais opções de exportação para auditoria (para além dos internamentos normais podemos exportar a cirurgia do ambulatório, o hospital de dia e os MCDTs);

### 5. - Relatórios de Retorno

- recebemos durante o mês de Agosto o Relatório de Retorno referente ao ano de 2006. É uma oportunidade para analisar, reflectir, avaliar estratégias, definir novas metas. Os indicadores utilizados na grelha de avaliação não tem todos o mesmo significado. Embora dum modo talvez um pouco simplista, aqui fica uma estratificação dos indicadores:

#### - **qualidade da informação clínica:**

O **diagnóstico principal inespecífico** e os **procedimentos cirúrgicos inespecíficos** são, em princípio, o resultado da falta de especificidade da informação registada na folha de alta ou no interior do processo clínico (embora também possam traduzir deficiente trabalho de pesquisa do codificador..). É necessário identificar e listar os registos com esta mensagem, de modo a desenvolver uma atitude formativa dos colegas (por exemplo, "não escreva só neoplasia da bexiga, diga a localização: cúpula, parede anterior, pavimento, etc."; "não registe apenas dor abdominal: identifique o(s) quadrante(s) atingidos"; ou então "registre, p.f., se a colostomia foi temporária ou definitiva... ou se a reparação da hérnia foi com prótese ou sem prótese...")

#### - **qualidade da codificação:**

A **manifestação** e o **efeito tardio como diagnóstico principal** são mesmo erros formais decodificação! Não há razão para deixarmos ficar registos com esta mensagem. Todos poderíamos ficar em primeiro lugar neste ponto. As auditorias estarão a funcionar ?...

### - de natureza administrativa / política de admissões:

O **diagnóstico principal inaceitável clinicamente**, a **admissão questionável** e os **internamentos prolongados sem complicações assinaladas**, podem corresponder a uma política de internamentos não conforme com a vocação dum hospital de agudos, ou seja, referir-se, por um lado, a episódios de internamento que poderiam ser realizados em regime de Hospital de Dia ou de Cirurgia de Ambulatório, ou, por outro, a internamentos com data de alta (administrativa) atrasada. nos internamentos prolongados sem CCs poderá estar também falta de informação clínica;

- Estamos a internar doentes só para terem direito ao transporte de ambulância? Ou para poderem fazer um exame subsidiário mais cedo?

- Já esgotámos as possibilidades das estruturas do Ambulatório? Não é possível tratar estes doentes sem ter de os internar? Alguns são para administração de terapêutica especial... dessensibilização a alérgenos... colheitas seriadas ao longo do dia... À Administração deverá ser explicado que o não enquadramento destas e de outras situações em regime de ambulatório (ou de hospital de dia) penaliza o hospital!

- Ou não será que são mesmo erros de codificação: V10.xx história pessoal de... V64.xx procedimento não realizado... como diagnóstico principal?

- E os internamentos são prolongados porque os médicos se esquecem de dar as altas?... ou porque os doentes estão muito tempo à espera de fazer exames?... ou porque há, de facto, comorbilidades e os médicos não as registam nos processos?... como é o caso duma coagulopatia, duma diabetes descompensada, duma infecção pós-operatória, etc...

- Não será também porque os doentes são internados à sexta-feira para serem operados na segunda e os limiares acabam por ser ultrapassados?...

### - possível penalização indevida:

O indicador **sintoma como diagnóstico principal** contabiliza as situações em que, em vez dum doença, existe um sinal ou sintoma como diagnóstico de saída; esta situação é frequente em hospitais de referência e não traduz, necessariamente, erro clínico ou de codificação quando o doente é estudado e um diagnóstico etiológico não é determinado;

- assim acontece com a "febre sem foco", a "dor abdominal", os "vómitos", as "tonturas"... em que, após o estudo do doente, não se determinou nenhuma causa responsável! A ACSS tem de repensar a utilização ou o peso deste indicador.

## 6. - programa Auditor

O programa Auditor há muito que precisa de ser actualizado. Uma das razões que têm atrasado a sua actualização é a evolução constante (e recente) que o Integrador tem sofrido. Para que os ficheiros de exportação do Integrador sejam reconhecidos pelo Auditor é necessário que os novos campos sejam identificados e previstos na lógica interna do programa.

Assim, a disponibilização da informação da data da urgência e das horas de entrada e de saída permitem corrigir as falsas mensagens de "internamento abaixo do limiar inferior..."

O número de episódio nas exportações dos MCDTs (não vão querer auditar os MCDTs e o Hospital de Dia como já auditam a Cirurgia do Ambulatório?) é do tipo carácter ("123456-RAD") em vez de ser numérico... E ainda a semana passada foram feitas modificações nos ficheiros de exportação. Tenham paciência durante mais algum tempo...

Entretanto foi criada uma nova funcionalidade nos relatórios estatísticos: a listagem ordenada dos diagnósticos ou procedimentos que originam as mensagens, incluindo aquelas que contam para o Relatório de Retorno. Eis um fragmento desta nova listagem, que é opcional, e que sai no fim do relatório estatístico:

[455] - diagnóstico principal inaceitável clinicamente

19 V071 NECESSIDADE INTERNAMENTO PARA DESSENSIBILIZACAO A ALERGENOS  
1 V072 NECESSIDADE INTERNAMENTO PARA IMUNOTERAPIA PROFILATICA  
1 V1005 HISTORIA PESSOAL DE NEOPLASIA MALIGNA DO INTESTINO GROSSO  
1 V103 HISTORIA PESSOAL DE NEOPLASIA MALIGNA DA MAMA  
15 V201 SUPERVISAO DE SAUDE - ASSISTENCIA A CRIANCAS SAUDAVEIS  
1 V4589 STATUS POS-CIRURGICO NAO CLASSIFICAVEL EM OUTRA PARTE  
(...)

[462] - diagnóstico principal inespecífico

17 1889 TUMOR MALIGNO DA BEXIGA URINARIA SOE  
10 78900 DOR ABDOMINAL, LOCAL NAO ESPECIFICADO  
8 1629 NEOPLASIA MALIGNA DE BRONQUIO OU PULMAO, LOCAL NAO ESPECIFIC  
8 2390 NEOPLASIA DE NATUREZA NAO ESPECIFICADA DO APARELHO DIGESTIVO  
8 3829 OTITE MEDIA NAO ESPECIFICADA  
7 4149 DOENCA ISQUEMICA CRONICA DO CORACAO, NAO ESPECIFICADA  
4 1991 NEOPLASIA MALIGNA DE LOCALIZACAO NAO ESPECIFICADA, NCOP  
(...)

[868] - sintoma como diagnóstico principal

74 78703 VOMITOS APENAS  
52 7806 FEBRE  
44 78903 DOR ABDOMINAL, QUADRANTE INFERIOR DIREITO  
39 7804 TONTURAS E VERTIGENS  
36 78906 DOR ABDOMINAL, EPIGASTRICA  
28 7880 COLICA RENAL  
(...)

Como se vê, para cada uma das mensagens mais significativas, é listado o número de casos, o código e a situação em causa.

## 7. - Um tema de codificação

Porque é nova, e não aprendemos no curso de formação, aqui ficam umas notas sobre a codificação da sépsis:

### Sépsis, septicemia, SIRS: conceitos e codificação

conceito	descrição	Codificação
<b>Septicemia</b>	Doença sistémica devida à presença de microrganismos ou de toxinas no sangue.	Exemplo: Septicemia estreptocócica: 038.0
<b>SIRS</b>	Resposta sistémica a uma agressão: infecção, trauma, queimaduras, cancro ... Manifesta-se por febre, taquicardia, taquipneia, leucocitose	<b>Código da causa</b> (infecção, trauma,...) <b>Código SIRS 995.9x</b>  NB: 995.9x nunca pode ser diagnóstico principal
<b>Sépsis</b>	SIRS devido à infecção	<b>Código da infecção sistémica</b> (038.xx, 112.5, ...) <b>Código da sépsis 995.91</b> <b>Código da(s) infecção(ões) localizadas</b> (486, 682.x ...)  Exemplo: Sépsis estreptocócica: 038.0 + 995.91
<b>Sépsis severa</b>	Sépsis com disfunção orgânica aguda associada	<b>Código da infecção sistémica</b> (... 038.9 se não especificada) <b>Código da sépsis severa 995.92</b> <b>Códigos das disfunções orgânicas</b> <b>Código da(s) infecção(ões) localizadas</b> (486, 682.x ...)
<b>Choque séptico</b>	Insuficiência circulatória associada com a sépsis severa  NB: choque séptico implica sépsis severa	<b>Código da infecção sistémica</b> (... 038.9 se não especificada) <b>Código da sépsis severa 995.92</b> <b>Código do choque séptico 785.52</b> <b>Códigos de outras disfunções orgânicas</b> <b>Código da(s) infecção(ões) localizadas</b> (486, 682.x ...)
Urossépsis	(termo inespecífico)	<b>Código de infecção urinária 599.0</b> <b>Código do microrganismo</b>
<b>Sépsis por infecção pós-op.</b>	Sépsis sucedendo a uma infecção pós-operatória	<b>Código de infecção pós-operatória</b> (998.59, 674.3x) <b>Código da infecção sistémica</b> (...) <b>Código da sépsis 995.91</b> ou da <b>sépsis severa 995.92</b> <b>Códigos de eventuais disfunções orgânicas (sépsis severa)</b>
<b>Sépsis por trauma ou queimadura</b>	Sépsis sucedendo a um processo não infeccioso	<b>Código do processo não infeccioso</b> (queimadura...) <b>Código da infecção sistémica</b> (...) <b>Código da sépsis 995.93</b> ou da <b>sépsis severa 995.94</b> <b>Códigos de eventuais disfunções orgânicas (sépsis severa)</b>

Notas:

1. Para se utilizar 995.91 tem que existir registo no processo clínico de "sépsis" ou de "SIRS"
2. Para se utilizar 995.92, sépsis severa, tem que existir o registo da relação entre a disfunção orgânica e a sépsis
3. O código da infecção sistémica pode ser o diagnóstico principal (motivo de internamento) ou um diagnóstico adicional (surgido durante o internamento); em qualquer dos casos deve manter-se a sequência 038.xx, 995.91, 866 ...
4. Para se codificar septicemia ou sépsis não é obrigatória uma hemocultura positiva

## Sépsis: codificação de casos especiais

Sepsis / following / abortion 639.0

Sepsis / following / ectopic or molar pregnancy: 639.0

**639.0 Complications following abortion and ectopic and molar pregnancies**

Sepsis / complicating labor 659.3

**659.3 Generalized infection during labor**

Sepsis / puerperal 670.0

**670.0x Major puerperal infection**

Sepsis / newborn 771.81

**771.81 Septicemia [sepsis] of newborn**

(NB: identificar o agente, 041.xx; não se codifica SIRS 995.9x nem 038.x)

(28/02/2007; última modificação em 28/04/2007)

## 8. - Agenda

Outubro 2 (3.<sup>a</sup> Feira): Reunião da equipa Formadores e Auditores

Novembro 13 a 16 e 20 a 23: Curso de Formação CID-9-MC

Novembro 29 a 30: Curso de Reciclagem CID-9-MC

Dezembro 12 (4.<sup>a</sup> Feira): Reunião da equipa Formadores e Auditores