

3. Manual de classificação de unidades nosológicas em SIGIC

1. Introdução	2
2. Episódio de SIGIC.....	3
2.1. Composição	3
2.2. A classificação como ferramenta instrumental do SIGIC	4
2.3. Determinação de GDH no âmbito do SIGIC	8
2.4. Modificação de GDH durante um episódio do SIGIC	12
3. Regras genéricas para a determinação de procedimentos múltiplos.....	13
3.1. Procedimentos cirúrgicos múltiplos independentes	13
3.2. Procedimentos não considerados independentes.....	15
3.3. Caso particular dos procedimentos cirúrgicos em patologia oncológica	17
4. Anexos	19
4.1. Regiões anatómicas e aplicação dos conceitos de bilateralidade e de procedimentos múltiplos.....	19
4.2. Casos particulares de codificação	23
4.2.1. Classificação do diagnóstico a nível das unidades nosológicas das neoplasias	23
4.2.2. Admissão para mamoplastia redutora ou de aumento (V50.1)	26
4.2.3. Colocação de Cateteres centrais.....	27
4.2.4. Fístulas artério-venosas para diálise.....	28
4.2.5. Complicações	29
4.2.6. Desbridamento excisional e não excisional	30
4.2.7. Remoção de dispositivo de acesso vascular / peritoneal / ventrículo-peritoneal.....	30
4.2.8. Remoção de material de osteossíntese	31
4.2.9. Reparação da incontinência urinária de esforço	31
4.2.10. Traqueostomias	32

1. Introdução

O Sistema Integrado de Gestão de Inscritos em Cirurgia (SIGIC) comporta uma metodologia que atravessa transversalmente o Ministério da Saúde, em particular ACSS, ARS e hospitais públicos e convencionados. Esta metodologia, concebida na lógica do acesso do cidadão aos serviços de saúde, centra-se no processo do utente nas suas diversas interacções directas e indirectas com os prestadores de cuidados e os organismos reguladores, analisa e avalia o impacto destas interacções, corrige ou propõe correcções nos desvios às normas e sustenta uma plataforma de conhecimento multifacetada de cariz abrangente.

A plataforma de conhecimento, como garante de transparência e base do processo de gestão e de decisão, tem como sustentáculo uma semântica, um sistema de classificação e fluxos normativos homogêneos em toda a rede do sistema de informação que sustenta a plataforma.

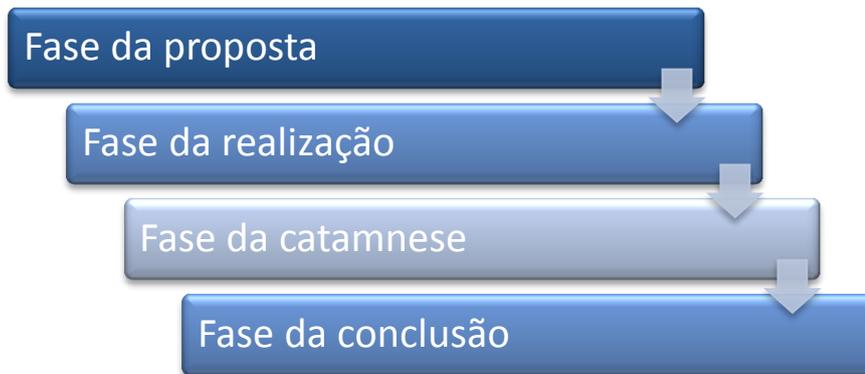
A homogeneização de conceitos e processos é progressiva, visando uma equidade crescente no tratamento dos casos e, conseqüentemente, na qualidade da informação. Neste contexto importa especificar com maior detalhe os aspectos da classificação das Unidades Nosológicas (UN)¹ através da codificação de diagnósticos e procedimentos no SIGIC.

¹ Caracterização clínica de um problema de saúde de um utente, resultante da sua avaliação, num determinado evento, adequadamente classificado com um conjunto de códigos de CID na versão em vigor.

2. Episódio de SIGIC

2.1. Composição

O processo de gestão do utente inscrito para cirurgia de um hospital envolve um conjunto de fases, todas elas compreendendo um processo de codificação:



A fase da proposta inclui o plano de cuidados e todos os eventos ocorridos até ao último evento anterior à admissão onde ocorre a realização do primeiro evento crítico (por exemplo a cirurgia), abrangendo consultas, MCDT e internamentos. Quer o plano de cuidados, quer cada evento clínico obriga à codificação das UN respectivas.

A fase da realização inicia-se com a admissão onde ocorre a realização do primeiro evento crítico (por exemplo a cirurgia) e termina com a alta hospitalar do último evento crítico (alta hospitalar da última cirurgia ou outra terapêutica crítica realizada). Todos os eventos clínicos nesta fase obrigam à codificação das respectivas UN.

A fase da catamnese corresponde ao conjunto de processos após a alta hospitalar do utente, incluindo todas as consultas/MCDT após a cirurgia, de acompanhamento do tratamento da doença. Também nesta fase é obrigatória a codificação das UN de cada evento clínico.

Por último, a fase de conclusão corresponde à conclusão do episódio funcional, com o objectivo da classificação final e encerramento do episódio único, com vista ao registo definitivo do episódio para memória futura e nos casos apropriados à facturação do episódio cirúrgico.

O episódio Terapêutico no SIGIC corresponde a um período temporal e aos acontecimentos e informações relativos a um utente, com problemas identificados aquando da referenciação inicial para o hospital para o qual se efectuou uma proposta de prestação de serviços (plano de cuidados) que vise a abordagem dos problemas. O episódio terapêutico quando circunscrito a um Serviço/Unidade funcional designa-se de episódio funcional. Não se confunde, pois, com o episódio de internamento. Inclui consultas, MCDT², cirurgias e internamentos. Este plano de cuidados pode ser mais ou menos formal, mais ou menos complexo. Assim sempre que o hospital – serviço/Unidade funcional toma a cargo um utente

² Meios complementares de diagnóstico e terapêutica

com o fim de abordar um conjunto (unitário ou não) de problemas presume-se a existência de um plano de cuidados. Caso contrário o utente terá alta do serviço/ unidade funcional o que corresponderá a uma conclusão do episódio que neste caso será de evento único. Assim o episódio inicia-se num evento clínico designado de primeiro (Ex. Primeira consulta) terá um conjunto finito de eventos subsequentes e terminará no evento de alta do Serviço/Unidade funcional a que se sucederá a conclusão do episódio.

Um internamento pode incorporar mais do que um episódio SIGIC, se no mesmo internamento forem resolvidas duas ou mais situações, em períodos temporais distintos não contíguos, quando para as mesmas existam planos de cuidados distintos (propostas). Se num evento cirúrgico único se resolverem duas ou mais propostas cirúrgicas, um dos episódios será cancelado com o motivo de resolvido no âmbito de um outro episódio, e o outro será realizado (registo da cirurgia) e concluído integrando todas as unidades nosológicas. Se a cirurgia associada a uma proposta não resolver parte das necessidades e estas mantiverem a sua pertinência, será sem mais formalismos elaborada novo plano de cuidados (proposta), com a data inicial de inclusão, para que se possam concluir as terapêuticas previstas.

2.2. A classificação como ferramenta instrumental do SIGIC

Para a prossecução dos seus objectivos, o SIGIC utiliza diversas ferramentas que adapta às suas necessidades. Uma das ferramentas utilizadas é a tabela de códigos CID³ e versão em vigor. No âmbito do SIGIC, esta tabela é utilizada em diversas ocasiões e com propósitos diferentes, designadamente no registo de documentos relativos à interacção entre o clínico e o utente, em particular na consulta onde é elaborado o plano de cuidados, no registo da cirurgia, nos registos relativos ao internamento e na conclusão do processo que ocorre no momento em que estão reunidas as informações relativas ao internamento e aos resultados dos exames, correspondendo ao resumo instruído do processo terapêutico e os seus resultados.

Para efeitos de cálculo de valores a facturar em entidades convencionadas e para efeitos de apuramento de valores a pagar às equipas em hospitais públicos, utiliza-se os sistemas de codificação e normas em vigor.

O Sistema Informático de Gestão de Listas de Inscritos em Cirurgia (SIGLIC) possibilita a execução de mapeamentos por forma a flexibilizar a utilização de versões posteriores do sistema de codificação CID, podendo dessa forma o hospital utilizar o sistema de codificação que pretender desde que o mapeie com a versão CID em vigor.

Nestes documentos o objectivo da codificação das UN (dos diagnósticos e dos procedimentos⁴ correspondentes) é essencialmente o de obter um registo sumariado e

³ CID Classificação Internacional de Doenças. O sistema actualmente requer a codificação em versão 9 mas está prevista a sua substituição para a versão CID 10 devendo desde já ser recolhidos e expressos todos os atributos necessários à futura forma de codificação.

⁴ No sentido lato - qualquer acção efectuada observação, prescrição, administração terapêutica, técnica cirúrgica, ...

normalizado dos problemas do utente, relevantes no evento da proposta e terapêutica subjacente. Trata-se pois da mais fiel possível transcrição do pensamento do clínico que interagiu com o utente.

Cada problema que o clínico considere individual deve, para além de o descrever da forma que lhe é habitual, sintetizá-lo através da utilização de um código CID na versão em vigor, podendo, no caso de ser pertinente, complementá-lo com outros associados (o código não pode ser colocado isoladamente, é essencial que além do código exista uma descrição completa do diagnóstico e do procedimento que será sintetizado no código – não se considera válido que seja apenas colocado o código ou o seu significado).

Em relação ao problema ou aos problemas identificados, o clínico associa a proposta terapêutica, sintetizando-a também através de um ou mais códigos CID. Neste contexto não se impõe qualquer restrição ou orientação que não seja a utilização do código que mais apropriadamente traduza o pensamento clínico. Não se aceitam códigos de bilateralidade ou simultaneidade já que cada situação deve ser individualmente descrita e bem caracterizada.

Decorre do anteriormente exposto que o clínico é livre de registar os códigos que entender de forma repetida se necessário desde que se adequem à situação do utente e correspondam a Unidades Nosológicas (UN) distintas.

No âmbito do SIGIC, são objecto de registo e classificação todos os eventos relativos à actividade cirúrgica nos hospitais e individualmente todas as UN independentemente abordadas, nos termos do regulamento em vigor. Será apenas considerada como actividade cirúrgica a actividade registada no SIGIC.

O hospital é responsável pelo correcto preenchimento dos documentos. A UCGIC⁵ recomenda que os mesmos sejam elaborados pelos clínicos responsáveis pelos respectivos documentos e que a codificação seja efectuada/revista por um médico codificador.

A disponibilidade de documentos em que procedimentos e diagnósticos estão codificados permite a sua gestão automatizada. Assim, fornece aos vários interlocutores do sistema a informação necessária para gerir episódios particulares, serviços, hospitais, regiões ou mesmo o país, nas vertentes a que se propõem. Permite ainda o conhecimento integrado da procura e oferta de cuidados, possibilitando a divulgação deste conhecimento e o planeamento a diversos níveis.

O conjunto ou agrupamento de códigos de diagnóstico e correspondentes códigos de procedimentos constituem a classificação da UN.

A UN é a caracterização clínica de um problema de saúde de um utente, resultante da sua avaliação, num determinado evento, adequadamente classificado com um conjunto de códigos CID na versão em vigor, sendo que um é classificado como principal, e com a descrição das acções subsequentes, também estas classificadas com um conjunto de códigos CID na versão em vigor.

⁵ Unidade Central de Gestão de Inscritos em Cirurgia

Na proposta recolhem-se as informações necessárias à caracterização do problema para o qual está a ser proposta uma terapêutica cirúrgica. É importante que haja uma descrição suficientemente pormenorizada para que um terceiro observador possa apreender a situação tal como foi observada e compreender a proposta terapêutica efectuada.

O quadro onde são apresentadas as UN que caracterizam os problemas e soluções propostas ao utente, contém os dados fundamentais do plano terapêutico. No conjunto de unidades nosológicas que representam a actual situação clínica, para a qual o plano pretende dar resposta, podem encontrar-se várias situações independentes, sendo que uma tem de ser identificada como principal. As restantes serão designadas como secundárias. As situações independentes correspondem, em regra, a atitudes terapêuticas distintas. Cada situação independente poderá ser melhor caracterizada pela junção, ao designado diagnóstico principal (o que melhor sintetiza cada quadro nosológico) de outros diagnósticos que facilitam o enquadramento do quadro nosológico e que serão designados de associados.

O médico descreverá a UN em linguagem clínica de forma integrada e deverá colocar o conjunto de códigos CID na versão em vigor, que reflectem a descrição efectuada. Os **procedimentos cirúrgicos** referem-se ao conjunto de procedimentos propostos para cada situação independente descrita nas UN. Designa-se, em cada UN, procedimento principal, aquele que melhor sintetiza as acções propostas nessa unidade. A cada procedimento principal corresponde um diagnóstico independente, podendo ser anexados outros para melhor caracterizar a acção proposta. Estes procedimentos serão designados de procedimentos associados.

A descrição dos diagnósticos e procedimentos deve ser integrada para cada UN e efectuada em linguagem clínica corrente caracterizando a situação clínica e atitudes terapêuticas de forma completa. A extensão da doença em volume ou diâmetro e a envolvência de órgãos/tecidos envolvidos têm sempre de ficar expressos. A descrição deve ser clara para que a leitura da proposta seja suficiente para a cabal compreensão da situação clínica e da proposta terapêutica. Não é necessário fazer uma descrição para cada código apresentado, mas apenas um relato integrado, relativo ao diagnóstico e ao procedimento, por cada UN.

A **localização** diz respeito aos diagnósticos e procedimentos. Nos casos apropriados deve-se localizar com precisão a lesão que se pretende tratar. Nos órgãos pares é obrigatório indicar a lateralidade.

Uma proposta tem obrigatoriamente que ter pelo menos uma UN. A codificação deve ser o mais completa possível quer para permitir uma gestão local mais adequada, quer para uma gestão de transferências mais correcta. A responsabilidade de uma transferência inadequada por conteúdos inapropriados ou incompletos ao nível da proposta é do hospital de origem (HO).

A estrutura de codificação de diagnósticos e procedimentos (UN) é a que se apresenta no seguinte quadro:



Ilustração 1 – Metodologia de codificação e agrupamento de GDH para efeitos de SIGIC. Associação com as unidades nosológicas

No SIGIC, os diagnósticos e a respectiva codificação são entendidos de forma abrangente e representam a definição de problemas relacionados com a saúde, no seu sentido lato, de utentes em concreto. A UN principal é a que o clínico, no evento em causa, estabelece como a mais relevante no contexto em que se insere. No caso de relevância equivalente, o clínico elege arbitrariamente um como principal. As UN secundárias correspondem a condições clínicas que se podem considerar de forma autónoma em relação à UN principal ou a outras secundárias. Esta autonomia significa que poderiam ser abordados, em boa prática, em eventos distintos, na perspectiva da construção diagnóstica ou das acções terapêuticas. Não devem ser considerados, para este efeito, como UN independentes situações para as quais se propõe ou executa o mesmo procedimento.

Os diagnósticos associados estão sempre na dependência de um diagnóstico principal e serve para melhor enquadrar ou definir o problema traduzido no código principal⁶. As unidades nosológicas secundárias só deverão ser codificadas se tiverem relevância no plano de cuidados, devendo na maioria das situações implicar a existência de procedimentos associados.

Os procedimentos correspondem necessariamente a um diagnóstico, sendo que se designa de procedimento principal o que corresponde ao diagnóstico principal e procedimentos associados os que completam a descrição da técnica.

Os procedimentos da UN secundária são necessariamente independentes dos da UN principal e de outras secundárias e, não obstante poderem ser executados num mesmo episódio cirúrgico, devem poder ser executados em episódios cirúrgicos distintos.

⁶ Os diagnósticos associados só devem ser codificados se tiverem relevância no evento ou na UN

Face ao exposto, conclui-se que no registo de códigos de diagnóstico e procedimento deve manter-se o nexo de causalidade estabelecido entre os problemas identificados e as acções propostas ou executadas. É também necessário explicitar a individualidade das situações e dos actos que lhes correspondem sempre que consideradas independentes.

2.3. Determinação de GDH no âmbito do SIGIC

A metodologia foi elaborada pelo SIGIC em concertação com o então IGIF sob os desígnios do Ministério da Saúde.

Tendo presente que o modelo de financiamento do SIGIC está orientado para a resolução de um episódio (conjunto de serviços organizados para abordar um conjunto definido de problemas de saúde) e que a capacidade de desnatação por parte dos prestadores é, nestas circunstâncias, muito superior, importava introduzir mecanismos que contrariassem a tendência de excluir nos serviços prestados a resolução de problemas múltiplos.

A classificação da conclusão do episódio reveste-se de particular importância, pois é baseado nela que serão calculados os GDH⁷, que no âmbito do SIGIC utilizam-se com o exclusivo propósito de permitir o cálculo de valores a facturar a entidades convencionadas e de apurar valores a pagar às equipas em hospitais do SNS pela produção MRA⁸.

A determinação de GDH obtidos para efeito de SIGIC, apresentam uma metodologia equivalente à utilizada para o cálculo de um GDH de um episódio de internamento para efeitos de facturação no âmbito de contrato-programa ou subsistemas, diferindo apenas pelo facto de que no SIGIC está orientada para classificar UN e não internamentos.

A determinação de cada GDH no SIGIC é efectuada em relação a cada UN, comportando diagnósticos e procedimentos principais e associados.

Um episódio SIGIC poderá comportar um ou mais GDH, conforme o número de unidades nosológicas independentes apuradas.

Foi criado o conceito de unidades nosológicas múltiplas independentes que incluía situações já previstas de bilateralidade e alarga a abrangência de forma a poderem ser incluídas outras situações similares. A definição constante na portaria que regula a tabela de preços do SIGIC e sua aplicação não é suficientemente clara, dando origem a dúvidas legítimas quanto à sua interpretação quando se pretende aplicá-la a situações concretas. O presente documento pretende fornecer directivas interpretativas da norma em vigor.

Em cada episódio é apurado um GDH por cada situação (UN) resolvida. Entende-se genericamente por situação independente a resolução cirúrgica de situações que poderiam normalmente ocorrer em eventos (internamentos, cirurgias) diferentes. No contexto de um episódio em que são resolvidas duas ou mais situações distintas (UN), será eleita como

⁷ Grupo de Diagnóstico Homogéneo

⁸ Modalidade Remuneratória Alternativa

principal para efeitos de pagamentos a que corresponder ao maior valor da portaria da tabela de preços SIGIC. Na construção do GDH da UN principal, concorrem os códigos de diagnóstico correspondentes aos problemas específicos dos procedimentos que se lhes associam, assim como os demais códigos de diagnóstico que informam sobre a caracterização clínica relevante para a execução da cirurgia e que não são específicos de uma UN secundária. Na construção do GDH as UN secundária concorrem apenas os códigos de diagnóstico correspondentes aos procedimentos que se lhes associam.

Os códigos referentes a procedimentos efectuados fora do bloco operatório, assim como os códigos dos diagnósticos que lhes correspondam, e os códigos de diagnóstico correspondentes a outras situações clínicas, nomeadamente, a intercorrências ou complicações, são registados em associação ao episódio de internamento e não concorrem para a determinação de GDH no âmbito do SIGIC (facturação de hospital convencionado e pagamento à equipa).

Pelo exposto conclui-se que no registo de códigos de diagnóstico e procedimentos tem de se manter o nexu de casualidade estabelecido entre os problemas identificados e as acções propostas ou executadas, é também necessário explicitar a individualidade das situações e dos actos que lhes correspondem sempre que consideradas independentes.

Um Exemplo:

Um doente recorre à consulta de cirurgia por varizes. Trata-se de um doente hipertenso controlado, diabético tipo 2, com insuficiência venosa periférica, varizes nos membros inferiores com úlcera varicosa e com um carcinoma basocelular do nariz. É proposto para cirurgia às varizes e ao carcinoma, que efectua. No pós-operatório tem um hematoma na coxa direita que é drenado na enfermaria e tem ainda um episódio convulsivo, que vem a enquadrar-se num quadro de epilepsia, não diagnosticado previamente. A organização dos códigos na cirurgia e conclusão do episódio SIGIC deve ser a seguinte:

Unidade Nosológica		
Principal	a. DP ⁹ - Varizes do Membro inferior direito do território da safena interna, com evidência de insuficiência dos vasos comunicantes com o sistema venoso profundo → 454.8	i. DA ¹⁰ - Diabetes tipo II controlada sem complicações → 250.00; ii. DA ⁹ - HTA controlada → 401.9
	b. PP ¹¹ - Streaping das Varizes → 38.59	i. PA ¹² - Desbridamento de úlcera varicosa → 86.22
Secundária I	a. DP ⁸ - Varizes do membro inferior esquerdo do território da safena externa → 454.8	
	b. PP ¹⁰ - Laqueação da crosse da safena externa → 38.89	
Secundária II	a. DP ⁸ - Carcinoma baso celular da asa direita do Nariz → 173.3	
	b. PP ¹⁰ - Exeresse radicar da lesão com margens de segurança de 5 mm → 86.4	i. PA - Reconstrução com retalho local → 21.89
Secundária III (não elegível para determinar pagamentos)	a. DP ⁸ - Hematoma do membro inferior → 998.12	i. Consequente a procedimento cirúrgico E878.8
	b. PP ¹⁰ - Drenagem → 86.04	
Secundária IV (não elegível para determinar pagamentos)	a. DP ⁸ - Epilepsia → 345.90	

Tendo presente a lógica exposta pode compreender-se que cada situação independente deve ser convenientemente descrita em linguagem médica convencional por forma a transmitir cabalmente o problema que justifica o evento em causa (consulta, internamento, cirurgia, etc.) assim como a proposta terapêutica subjacente.

A codificação é um passo consecutivo justificável pela necessidade de normalização, mas que não substitui a descrição em linguagem médica convencional. A codificação clínica é

⁹ DP- Diagnóstico Principal

¹⁰ DA- Diagnóstico Associado

¹¹ PP - Procedimento Principal

¹² PA – Procedimento Associado

em Portugal, uma responsabilidade médica que deve ser sempre apoiada e supervisionada por médicos codificadores.

No caso particular do tratamento de órgãos, estruturas ou regiões simétricas, não contíguas, afectadas, sempre que constituírem situações independentes devem ser codificadas de forma independente. Nestas situações mesmo que exista um código que se refira ao tratamento bilateral não poderá ser utilizado, uma vez que cada UN é codificada isoladamente.

Em cada episódio é apurado um GDH por cada situação independente (UN) abordada, entende-se genericamente por situação (UN) independente a resolução cirúrgica de situações que poderiam normalmente ocorrer em eventos (internamentos, cirurgias) distintos. No contexto de um episódio em que são resolvidas duas ou mais situações (UN) distintas será eleita uma como principal, que para efeitos de pagamentos é, a que corresponder ao maior valor da tabela de preços do correspondente GDH.

A determinação do GDH da UN é efectuado tendo em conta a codificação efectuada à UN. Em relação à codificação do episódio a única diferença é o universo a codificar, que no caso do episódio são todos os diagnósticos e procedimentos contidos no episódio e no caso da UN são os diagnósticos e procedimentos da UN.

A determinação do GDH referente ao episódio de internamento, acto necessário para a facturação em hospitais públicos, procede-se nos moldes habituais de acordo com as normas seguidas e praticadas pelos médicos codificadores.

A classificação de um evento deve iniciar-se sempre na identificação das Unidades Nosológicas (UN) independentes e respectiva classificação.

No caso de um episódio de internamento podemos obter a codificação desse episódio e determinação do respectivo GDH (tendente ao apuramento do valor do episódio de internamento em hospitais públicos) com a conjugação dos códigos das várias unidades nosológicas, salvaguardando nos casos necessários a conversão adequada, nomeadamente a identificação de 1 diagnóstico como principal, conversão para códigos de bilateralidade ou códigos compostos nos casos apropriados e a depuração de códigos excedentários.

A classificação de um evento deve iniciar-se sempre pela identificação das UN independentes e respectivas classificações no caso do episódio de internamento

A determinação de múltiplas UN e respectivos GDH para o episódio terapêutico, que como vimos, difere do conceito de episódio de internamento, implica, para efeitos de financiamento que um seja considerado principal (o de maior valor). Este conceito não se deve confundir com a determinação do diagnóstico principal de cada evento ou de cada UN, que deverá ser aquele que constitui a causa principal do evento/UN a que se associa, determinada à data do mesmo.

Chama-se a atenção que o UN principal assim definida pode não ser a que contém o designado diagnóstico principal do episódio de internamento. Neste contexto compreende-se que a UN principal à data da proposta possa, para um mesmo episódio, não ser a mesma que à data da cirurgia e ainda vir a diferir à data da conclusão. Não devem pois ser corrigidas *a posteriori* pois representam o conhecimento disponível à data da respectiva classificação.

2.4. Modificação de GDH durante um episódio do SIGIC

O registo da cirurgia deve ser efectuado com o máximo rigor de acordo com as normas enunciadas, quer no HO quer no hospital de destino (HD). Neste contexto, a informação é totalmente independente do constante da proposta, já que se limita a transcrever situações de facto. Tratando-se de um HD poderá colocar-se a questão de se, a execução de determinados procedimentos díspares dos constantes da proposta ou mesmo a mudança da interpretação clínica sobre o utente face ao descrito na proposta, é legítima. Se não o for, estão previstas sanções, não obstante os registos devem sempre traduzir a verdade dos actos realizados e as interpretações clínicas dos seus responsáveis.

No HD é legítima a execução de procedimentos distintos dos da proposta sempre que autorizados previamente pela UHGIC do HO, URGIC ou UCGIC. O pedido de alteração da proposta deve ser prévio ao acto cirúrgico e efectuado através do SIGLIC, na opção comunicação da rede. São ainda legítimos, a título excepcional, os procedimentos, que visem situações que, não podendo ser antecipadas, concorram inequivocamente para a melhor prestação de cuidados ao doente e que cumulativamente se demonstre que a não prestação destes procedimentos, contribuiria para a degradação do estado de saúde do doente.

3. Regras genéricas para a determinação de procedimentos múltiplos

Se é verdade que ninguém terá dúvidas que determinadas situações (UN) se justificam ser classificadas de independentes, como será o caso de por exemplo uma amputação de pé diabético simultânea com a exereses de basalioma da asa do nariz, também é compreensível admitir que existe uma panóplia de situações que se encontram num território cinzento em que o senso comum não será suficiente para dirimir. Para estes casos as normas gerais não são suficientes pelo que é necessário estabelecer directivas específicas que estabeleçam as condutas de registo nestes casos. Quando se estabelece, por necessidade, uma linha separadora numa variável contínua, pela necessária arbitrariedade do ponto estabelecido, ocorrerão certamente casos cuja análise pontual poderia demonstrar a injustiça da decisão, mas este é o preço a pagar pela sistematização dos processos, que em si mesma garante uma justiça global maior.

3.1. Procedimentos cirúrgicos múltiplos independentes

São procedimentos cirúrgicos¹³ múltiplos independentes (correspondendo a UN independentes) os seguintes:

- Procedimentos que ocorrem em *episódios cirúrgicos distintos*¹⁴ num mesmo internamento ou em internamentos distintos;
- Procedimentos que, ocorrendo num mesmo episódio cirúrgico, visam a resolução de problemas distintos ou fases individualizáveis da abordagem de um mesmo problema, dirigindo-se necessariamente a órgãos estruturas ou regiões distintas. Por exemplo:
 - i. Tratamento cirúrgico de hérnia da linha branca + colecistectomia;
 - ii. Glossectomia total + Gastrostomia;
 - iii. Procedimentos em dedos distintos;
- Procedimentos realizados por abordagens ou incisões distintas (excepto as videoscopias). Por exemplo:
 - i. Reparação de hérnias incisionais;
 - ii. Paratiroidectomia múltipla;
 - iii. Cervicotomia bilateral;
 - iv. Cervicotomia e esternotomia;

¹³ Procedimento cirúrgico -> conjunto de técnicas cirúrgicas coerentes entre si que visa a solução de um problema (um procedimento cirúrgico pode englobar múltiplos actos técnicos que se agregam em torno de um propósito comum)

¹⁴ Episódios cirúrgicos distintos -> intervenções cirúrgicas em tempos operatórios distintos; um episódio cirúrgico implica uma entrada e saída do bloco operatório e inclui todos os procedimentos que ocorreram neste período independentemente dos seus protagonistas (pode incluir uma ou mais equipas cirúrgicas a actuar em simultaneidade ou em continuidade).

- Cirurgias realizadas através de uma abordagem incisional única podem ser consideradas independentes quando dirigidas a estruturas distintas, desde que visem responder a problemas independentes (que podem surgir autonomamente), como é o caso de:
 - i. Colectomia + reparação de hérnia do hiato;
 - ii. Reparação de mais que uma válvula cardíaca;
 - iii. Reparação de válvula cardíaca + Bypass coronário;
- Procedimentos em nervos vasos ou tendões dos membros implicando neurtomias, neurorrafias, tenorrafias, anastomose de vasos, desde que não constituam procedimentos obrigatórios de uma determinada técnica cirúrgica orientada para a resolução de um problema determinado;
- Procedimentos em vértebras e discos não contíguos no tratamento de hérnias discais;
- Septoplastia e turbinectomia quando os diagnósticos forem desvio do septo e hipertrofia dos cornetos respectivamente;
- Retalhos e enxertos no âmbito de cirurgias reconstrutivas contínuas a procedimentos principais mutilantes;
- Os procedimentos realizados para o tratamento de lesões não malignas múltiplas, não contíguas da pele e tecido celular subcutâneo, de dimensões superiores a 15 mm na face, dedos, ânus e órgãos genitais, ou superiores a 30mm na restante superfície corporal;
- Os procedimentos realizados para o tratamento de lesões malignas múltiplas, não contíguas da pele e tecido celular subcutâneo;
- Celulectomias (linfadenectomias ou esvaziamentos ganglionares) em patologia neoplásica quando respeitantes a todo um território glanglionar, mesmo quando conjugadas com ressecção de órgão. Por exemplo:
 - i. Gastrectomia + celulectomia;
- As celulectomias bilaterais nos membros, regiões inguinais, axilares e cervicais mas não no tórax abdómen ou pelve;
- As celulectomias em territórios distintos, considerando-se para o efeito os seguintes territórios: cabeça e pescoço, membros superiores e axilas, tórax/mediastino, abdómen, região pélvica, membros inferiores e região inguinal;
- Ressecções síncronas de tumores e metástases, desde que não contíguas ou que envolvam órgãos distintos. Por exemplo:

- i. Ressecção do cólon por carcinoma + hepatectomia por metástases;
 - ii. Ressecção do útero por carcinoma e de segmento do cólon;
- Os procedimentos em órgãos ou regiões bilaterais ou simétricos excepto os próximos da linha média em que a patologia afecte habitualmente ambos os lados;
 - Os procedimentos dirigidos a mais do que uma das diferentes regiões listadas no anexo 4.1, quando não enquadradas numa restrição constante deste documento;
 - Nas seguintes regiões aplicam-se restrições:
 - ✓ Lábios – só podem ser considerados procedimentos independentes se referidos ao lábio inferior e ao superior, exceptuam-se retalhos em que um dos lábios serve de dador para o outro.
 - ✓ Dentes – só são considerados independentes procedimentos em quadrantes distintos.
 - ✓ Vasos, nervos e tendões – aplicam-se as restrições referidas nos pontos anteriores.

3.2. Procedimentos não considerados independentes

Não podem ser considerados independentes os seguintes procedimentos:

- Procedimentos interdependentes agregados a um quadro sinóptico coeso representado por uma patologia única:
 - ✓ O conceito de bilateralidade independente não se aplica em:
 - ✚ Turbinectomia;
 - ✚ Amigdalectomia;
 - ✚ Adenoidectomia;
 - ✚ Meringotomia com aplicação de tubos;
 - ✚ Simpatectomia;
 - ✚ Laqueação tubar;
 - ✚ Tireoidectomia.
 - ✓ O conceito de multiplicidade independente não se aplica a:
 - ✚ Diversos procedimentos nas narinas;
 - ✚ Procedimentos múltiplos nas fossas nasais, seios peri-nasais, rinofaringe;
 - ✚ Meringotomia + adenoidectomia em crianças (< 14 anos);

- ✚ Procedimentos no palato úvula, rinofaringe, no contexto do tratamento da roncopia;
 - ✚ Ressecção ou/e anastomose de múltiplos segmentos intestinais;
 - ✚ Lavagem peritoneal conjugada com qualquer outro procedimento que implique acesso à cavidade abdominal;
 - ✚ Secção de aderências associada a qualquer outro procedimento intra abdominal ou pélvico;
 - ✚ Reparação de múltiplas hérnias da linha branca;
 - ✚ Suspensão para-uretral e tratamento de cistocelo no contexto do tratamento da incontinência urinária;
 - ✚ Histerectomia, operações ao fundo de saco vaginal ou quaisquer exames ou procedimentos vaginais;
 - ✚ Histerectomia com anexectomia;
 - ✚ Reparação de ligamentos, menisco ou da cápsula articular do joelho;
 - ✚ Amigdalectomia com adenoidectomia;
 - ✚ Facioemulsificação (ou técnica equiparável) com inserção de lente protésica;
 - ✚ Excisão de disco intervertebral + artrodese de vértebras contíguas no tratamento de hérnias discais.
- Procedimentos em tecidos moles ou pele quando contíguos ou realizados através da mesma incisão;
 - Procedimentos únicos num mesmo órgão ou região ainda que visem a resolução de problemas/patologias distintas. Por exemplo:
 - ✓ Bócio + carcinoma da tiróide → tiroidectomia total (apesar de incluir diversos actos técnicos – cervicotomia, secção de vasos e outros tecidos, tiroidectomia propriamente dita, ráfia de tecidos e pele – uma vez que o objectivo técnico único é a exeresse da glândula o conjunto de actos técnicos é considerado um procedimento único.
 - Vias de abordagem (laparotomia, laparoscopia, cistoscopia, artroscopia,...) desde que completadas com outros procedimentos;
 - Procedimentos múltiplos em órgãos/regiões distintas não serão considerados independentes se decorrerem de necessidades impostas obrigatoriamente ou acidentalmente pela técnica. Por exemplo:

- ✓ Gastrectomia e jejuno-jenunostomia, patologia gástrica
- ✓ Gastrectomia e espenectomia acidental ou não.
- No caso de órgãos ou regiões bilaterais ou simétricas próximas da linha média, em que a patologia a ocorrer geralmente afecta ambos os lados. Por exemplo:
 - ✓ Amigdalectomia por amigdalite crónica;
 - ✓ Polipose nasal;
 - ✓ Intervenções nos cornetos.
- Celulectomias bilaterais no tórax/mediastino, abdómen ou pelve;
- Excisão de disco intervertebral (ou discos contíguos) + artrodese de vértebras contiguas;
- Procedimentos diversos em regiões ou órgãos classificados no anexo 8 com “Não”, excepto se previstos nos pontos da alínea A).

3.3. Caso particular dos procedimentos cirúrgicos em patologia oncológica

Os procedimentos envolvidos nestes casos têm propósitos distintos e em cada situação devem estar associados a códigos de diagnóstico que reflectam a intenção do procedimento. Apresentam-se os seguintes casos:

- 1) Exploração cirúrgica com biopsia para diagnosticar uma neoplasia ← diagnóstico: neoplasia maligna;
- 2) Ressecar o tumor ← diagnóstico: neoplasia maligna;
- 3) Ressecar a metástase ← metástase de neoplasia maligna;
- 4) Celulectomia para “profilaxia” duma metastização ganglionar provável ← diagnóstico: metástases ganglionares se positivo para metástases, código V50.49 se negativo;
- 5) Celulectomia para estadiamento e consequente determinação de terapias complementares ← diagnóstico: metastização ganglionar se positivo para metástases, código V50.49 se negativo;
- 6) Ressecção de órgão com intenção de favorecer o processo global terapêutico da neoplasia maligna ← diagnóstico: V50.4X (remoção profilática) (exemplo: tiroidectomia restante para permitir terapêutica com iodo 131, castração cirúrgica em neoplasias hormono-dependentes);

- 7) Ressecções alargadas pós biopsias excisionais mesmo quando já não se observe tecido neoplásico na peça ← diagnóstico: neoplasia maligna;
- 8) Cirurgias funcionais ou com a intenção de intervir nos sintomas (de bypass ou outras) ← diagnóstico: neoplasia maligna e disfunção ou sintoma. Por exemplo:
 - a. Gastrojejunostomia por obstrução intestinal (efectiva ou antecipada) associada a carcinoma da cabeça do pâncreas inoperável;
 - b. Gastrostomia por obstrução esofágica e disfagia total por tumor esofágico irressecável.
- 9) Reconstruções funcionais, morfológicas ou cirurgia estética na sequência imediata ou diferida de cirurgia mutilante ou disfuncionante ← diagnóstico: Cuidados posteriores envolvendo a utilização de cirurgia plástica – V51.X), *status* pós-cirurgia, história pessoal de neoplasia maligna. Por exemplo:
 - a. Reconstrução mamária pós mastectomia – V51.0;
 - b. Reconstrução de trânsito pós colostomia – Neste caso será encerramento de colostomia – V55.3.

4. Anexos

4.1. Regiões anatómicas e aplicação dos conceitos de bilateralidade e de procedimentos múltiplos

Aplicação do conceito de procedimentos múltiplos em função da região		
ID Região	Região de Diagnóstico/Procedimento	Procedimentos
R01	Sistema Nervoso Central	
R0101	Meninges	Não
R0102	Cérebro e cerebelo	Direito/Esquerdo
R0104	Ventrículos cerebrais	Não
R0106	Pituitária e pineal	Não
R0130	Vasos intracranianos	Direito/Esquerdo
R0160	Calote craniana	Múltiplos*
R02	Cabeça e Pescoço (excepto órgãos intracranianos)	
R0203	Amígdalas e adenóides	Não
R0206	Esófago cervical	Não
R020701	Laringe	Não
R020702	Traqueia	Não
R020901	Olho	Direito/Esquerdo
R020902	Pálpebras, órbita e aparelho lacrimal	Direito/Esquerdo
R021001	Nariz	Não
R021002	Seios perinasais	Não
R0211	Pavilhão auricular	Direito/Esquerdo
R021201	Ouvido	Direito/Esquerdo
R021202	Mastóide	Direito/Esquerdo
R021301	Parótida	Direito/Esquerdo
R021302	Glândulas submaxilares	Direito/Esquerdo
R021303	Glândulas sublinguais	Direito/Esquerdo
R021304	Glândulas salivares minor	Não
R0215	Tiróide	Não
R0216	Paratiróide	Múltiplos*
R0221	Couro cabeludo	Múltiplos*
R0220	Pele e partes moles cervicais	Múltiplos*
R0230	Vasos da cabeça e pescoço	Direito/Esquerdo
R0240	Linfáticos cabeça e pescoço	Direito/Esquerdo
R0250	Nervos e plexos nervosos da cabeça e pescoço	Direito/Esquerdo
R0260	Ossos da cabeça (excepto calote) e dentes	Múltiplos*
R026001	Dentes	Múltiplos - 4 quadrantes
R026002	Ossos da base do crânio	Direito/Esquerdo
R026003	Maxilar superior	Direito/Esquerdo
R026004	Maxilar inferior	Direito/Esquerdo

Aplicação do conceito de procedimentos múltiplos em função da região		
ID Região	Região de Diagnóstico/Procedimento	Procedimentos
R0271	Nasofaringe, orofaringe e hipofaringe	Não
R02721	Cavidade oral	Não
R02722	Lábios	Múltiplos (sup, inf)
R0273	Face (incluindo pele e tecidos moles)	Múltiplos*
R03	Região torácica e dorsal	
R0301	Mama	Direito/Esquerdo
R030201	Pulmão	Direito/Esquerdo
R030202	Brônquios	Direito/Esquerdo
R030203	Pleura	Direito/Esquerdo
R030301	Coração	Múltiplos
R030302	Pericárdio	Não
R0304	Mediastino (inclui órgãos linfáticos e timo)	Não
R0305	Esófago torácico	Não
R0320	Pele da região torácica e dorsal	Múltiplos*
R0330	Vasos da região torácica e dorsal	Múltiplos*
R0340	Linfáticos da região torácica e dorsal	Direito/Esquerdo
R0350	Nervos da região torácica e dorsal	Múltiplos*
R036101	Omoplata	Direito/Esquerdo
R036102	Clavícula	Direito/Esquerdo
R036103	Costelas	Múltiplos*
R0365	Partes moles da região torácica e dorsal	Direito/Esquerdo
R04	Região Abdominal, Retroperitoneal e Lombar	
R0401	Estômago	Não
R040203	Intestino delgado	Não
R04020301	Duodeno	Não
R04020302	Jejuno	Não
R04020303	Ileon	Não
R040204	Cólon	Não
R040205	Apêndice ileocecal	Não
R040301	Rim	Direito/Esquerdo
R040302	Cálice e uréteres	Direito/Esquerdo
R0406	Pâncreas	Não
R0407	Fígado	Não
R0408	Vesícula e vias biliares	Não
R0409	Baço	Não
R0410	Supra-renal	Direito/Esquerdo
R0430	Vasos abdominais	Múltiplos*
R0440	Linfáticos abdominais	Não
R0450	Nervos abdominais	Múltiplos*
R0465	Parede abdominal e lombar (pele, músculos, aponevrose, peritoneu parietal)	Múltiplos*
R05	Coluna vertebral	

Aplicação do conceito de procedimentos múltiplos em função da região		
ID Região	Região de Diagnóstico/Procedimento	Procedimentos
R0501	Coluna cervical	Múltiplos*
R0502	Coluna dorsal	Múltiplos*
R0503	Coluna lombar	Múltiplos*
R0504	Coluna sagrada	Múltiplos*
R06	Bacia e Cavidade Pélvica	
R0601	Bexiga e uretra	Não
R0609	Recto	Não
R0610	Ânus	Não
R0620	Pele da bacia	Múltiplos*
R0630	Vasos pélvicos	Múltiplos*
R0640	Linfáticos da pelve	Não
R0650	Nervos pélvicos	Múltiplos*
R0660	Ossos e partes moles da bacia	Múltiplos*
R07	Genitais Masculinos	
R0701	Próstata e vesícula seminal	Não
R0702	Testículo, epidídimo, canal deferente e escroto	Não
R0703	Pênis	Não
R08	Genitais Femininos	
R0801	Ovário e trompas	Não
R0802	Útero	Não
R0803	Vulva e Vagina	Não
R09	Membro superior	
R0920	Pele do membro superior	Múltiplos*
R0930	Vasos do membro superior	Múltiplos*
R0940	Linfáticos do membro superior	Direito/Esquerdo
R0950	Nervos do membro superior	Múltiplos*
R096101	Ossos do braço e antebraço	Múltiplos*
R096102	Articulação do ombro	Direito/Esquerdo
R096103	Articulação do cotovelo	Direito/Esquerdo
R096104	Articulação do punho	Direito/Esquerdo
R096105	Ossos da mão	Direito/Esquerdo
R0965	Partes moles do membro superior	Múltiplos*
R10	Membro inferior	
R1020	Pele do membro inferior	Múltiplos*
R103001	Artérias dos membros inferiores	Múltiplos*
R103002	Veias dos membros inferiores	Direito/Esquerdo
R1040	Linfáticos dos membros inferiores	Direito/Esquerdo
R1050	Nervos do membro inferior	Múltiplos*
R106101	Ossos da coxa e perna	Múltiplos*
R106102	Ossos do pé	Direito/Esquerdo
R106103	Articulação coxofemural	Direito/Esquerdo
R106104	Joelho	Direito/Esquerdo

Aplicação do conceito de procedimentos múltiplos em função da região		
ID Região	Região de Diagnóstico/Procedimento	Procedimentos
R106105	Artelho	Direito/Esquerdo
R1065	Partes moles dos membros inferiores	Múltiplos*
R11	Região axilar	
R1120	Pele da região axilar	Direito/Esquerdo
R1130	Vasos da região axilar	Múltiplos*
R1140	Linfáticos da região axilar	Direito/Esquerdo
R1150	Nervos da região axilar	Múltiplos*
R1165	Partes moles da região axilar	Direito/Esquerdo
R12	Região inguinal	
R1220	Pele da região inguinal	Direito/Esquerdo
R1230	Vasos da região inguinal	Múltiplos*
R1240	Linfáticos da região inguinal	Direito/Esquerdo
R1250	Nervos da região inguinal	Múltiplos*
R1265	Partes moles da região inguinal	Direito/Esquerdo
R13	Região perineal	
R1320	Pele da região perineal	Múltiplos*
R1365	Partes moles, nervos e vasos da região perineal	Não
	<ul style="list-style-type: none"> *Em tratamento de lesões distintas, individualizáveis, não contíguas, anastomoses, osteossínteses não contíguas, tenorragias ou neurorragias 	

4.2. Casos particulares de codificação

4.2.1. Classificação do diagnóstico a nível das unidades nosológicas das neoplasias

Admissão para	Associada a	Diagnóstico principal	Diagnóstico adicional
Avaliação / estudo de neoplasia existente		Neoplasia	
	QT ou RT	Neoplasia	V58.xx
Avaliação de fractura patológica	Metástase + neoplasia	Fractura patológica	Neoplasia metástase
Ciclo de Arédia	Metástases + neoplasia (mama, próstata)	Metástases	Neoplasia primária
Cuidados paliativos	Neoplasia	Neoplasia	V66.7 (cuidados paliativos)
<i>Follow-up</i>	História de neoplasia	V67.0x	V10.x
	História de neoplasia + neoplasia benigna	Neoplasia benigna	V10.x
	Metástase apenas	Metástase	V10.x
	Recidiva de neoplasia	Recidiva	
	Recidiva e metástase	Neoplasia primária	Neoplasia secundária
Imunoterapia (injection biological response modifier [BRM])	Neoplasia	Neoplasia	
Inserção acesso vascular (sem realização QT neste episódio)	Neoplasia	Admissão para acesso vascular	Neoplasia
Implante de iodo radioactivo	Neoplasia	Neoplasia	
Inserção de gastrostomia endoscópica percutânea	Neoplasia	Neoplasia	
Paracentese ou toracocentese	Neoplasia	Neoplasia	Ascite ou derrame

Admissão para	Associada a	Diagnóstico principal	Diagnóstico adicional
	Quimioterapia ou radioterapia	Neoplasia	
Quimio-embolização	Neoplasia	V58.11	Neoplasia
Quimioterapia	Neoplasia	V58.11	Neoplasia
	Inserção cateter vascular	V58.11	
	Radioterapia	V58.1	V58.0
Quimioterapia e/ou radioterapia	Complicações (náuseas, vômitos, desidratação)	V58.0 ou V58.11	Complicações
Radioterapia	Neoplasia	V58.0	Neoplasia
	Quimioterapia	V58.0	V58.1
Rastreio	História familiar de neoplasia	Rastreio	V16.x
	Descoberta de neoplasia benigna	Rastreio	Neoplasia benigna
Recolocação <i>pacemaker</i> (para posterior radioterapia)	Neoplasia da mama + BAV	Neoplasia	<i>Status de pacemaker</i>
Remoção de cateter vascular após QT	História de neoplasia	V58.81	V10.x
	Neoplasia residual		Neoplasia
Remoção profilática de órgão não atingido	História familiar de neoplasia	V50.4x	V16.x
Remoção terapêutica de órgão não atingido	Neoplasia de outro órgão (já ressecado ou não)	Neoplasia	
Segundo tempo de reconstrução mamária após mastectomia	História de neo mamário História de mastectomia História de TRAM flap	V51.0+ V45.71 (ausência adquirida de mama)	V10.3 (história de neoplasia da mama)
Transplante de medula óssea	Neoplasia	Neoplasia	

	Admissão para	Associada a	Diagnóstico principal	Diagnóstico adicional
Tratamento de	Anemia	Neoplasia	Anemia	Neoplasia
	Anemia	Quimioterapia ou radioterapia	Anemia	Neoplasia
	Bexiga neurogénica	Metástases espinais	Metástases	Bexiga neurog.
	Complicação	Cirurgia por neoplasia intestinal	Complicação	História de neoplasia
	Convulsões	Metástases cerebrais neoplasia	Metástases cerebrais	Convulsões + neoplasia
	Desidratação	Neoplasia e/ou seu tratamento	Desidratação	Neoplasia
	Doença de Paget perianal	Carcinoma in situ das glândulas anais	Carcinoma canal anal	Doença Paget perianal (pele)
	Dor intratável	Neoplasia	Neoplasia	
	Efeitos tóxicos de quimioterapia	Neoplasia (QT em ambulatório ou episódio anterior)	Efeitos tóxicos (manifestação)	Causa exterior de efeito adverso + neoplasia
	Fractura patológica	Neoplasia	Fractura patológica	Neoplasia
	Impotência, complicação pós-prostatectomia radical	História de neoplasia da próstata	Complicação 997.99	Impotência + V10.x
	Iodo radioactivo	Neoplasia	Neoplasia	
	Metástases ósseas com Arédia	Neoplasia primária (mama, próstata, ...)	Metástases ósseas	Neoplasia primária
	Neoplasia primária		Neoplasia	
	Neoplasia	Quimioterapia ou radioterapia	Neoplasia	
	Neoplasia secundária	História de neoplasia	Neoplasia secundária	V10.x
Neoplasia secundária	Neoplasia primária	Neoplasia secundária	Neoplasia primária	

Admissão para		Associada a	Diagnóstico principal	Diagnóstico adicional
	Obstrução ureteral	Metástase intra-abdominal história de neoplasia cólon	Metástase intra-abdominal	Obstrução ureteral V10.x
	Outra condição	História de neoplasia	Condição	V10.x
	Retenção urinária complicação pós-operatória	Neoplasia da próstata	Complicação 997.5	Retenção + neo próstata
	Retenção urinária	Adenoma próstata +focos adenocarcinoma (achado microscópico)	Adenoma da próstata	Retenção urinária; adenocarcinoma da próstata
	Sintomas, sinais ou condições mal definidas	Neoplasia	Neoplasia	Sintomas, sinais ...

4.2.2. Admissão para mamoplastia redutora ou de aumento (V50.1)

Na categoria v4th V50 de cirurgia electiva para outros propósitos que não o de remediar estados de saúde, classificam-se as admissões para cirurgia plástica por aparência cosmética inaceitável, como por exemplo os implantes mamários para aumento de mamas pequenas ou procedimentos de redução mamária para mamas grandes.

A mamoplastia de aumento implica a inserção de próteses por uma de várias incisões, entre as quais a peri-aureolar, a qual deixa cicatrizes imperceptíveis.

Se a situação for mais do que um problema cosmético, como seja uma "gigantomastia" causando sintomas ou sofrimento, não se codifica a "admissão para" a cirurgia de redução mamária, mas sim o problema (hipertrofia mamária, macromastia, obesidade) como diagnóstico principal.

Na codificação do procedimento, deve-se ter em atenção que o código 85.89 Other mammoplasty exclui a mamoplastia redutora (ver Mammoplasty / reduction).

Excluem-se também as admissões posteriores a traumatismo ou a cirurgia já cicatrizada para reconstrução mamária, as quais se classificam em V51.0, bem como a admissão para colocação e ajuste de implante ou prótese mamária (V52.4).

4.2.3. Colocação de Cateteres centrais

Os cateteres venosos centrais: destinam-se às veias cava, subclávia, bráquio-cefálica, inominada e ílíaca.

Os cateteres venosos centrais (CVC) são:

- Inseridos nas veias subclávia, jugular ou femoral, destinam-se à veia cava;
- Se por via percutânea, codificam-se apenas com **38.93**;
- Se incluírem incisão da pele (desbridamento para abordagem), para além do cateter, **38.93**, a incisão também deve ser codificada com **86.09**;
- Se para além da abordagem houver incisão da veia (*cutdown*), codificam-se com **38.94** (índice alfabético: *cutdown, venous*);
- Se destinados a hemodiálise, codificam-se com **38.95**;
- Se destinados a monitorização da pressão venosa central, codificam-se com **89.62**.

Se parcialmente implantados:

- Destinam-se a medicações EV de longa duração e/ou irritantes para as veias periféricas;
- Têm uma parte externa visível e fora da pele, afastada, por tunelização do tecido subcutâneo, da parte interna que entra na veia; não têm reservatório subcutâneo;
- Codificam-se com **38.93**.

Se inseridos periféricamente (Peripherally Inserted Central Catheter, **PICC**):

- São colocados numa veia do antebraço e encaminhados até à veia cava superior;
- Codificam-se com **38.93** (índice alfabético: **PICC**; e também: Insertion / catheter / central venous / Peripherally Inserted).

Se totalmente implantados (Totally Implantable Venous Access Device, **TIVAD**) (Port-A-Cath):

- Incluem um reservatório com diafragma para picadas (*port*) que fica debaixo da pele;

- Codificam-se com **86.07**;
- Se acompanhados por bomba perfusora, necessitam do código respectivo.

As bombas perfusoras são:

- ✚ Destinadas a manter uma perfusão contínua e regulada durante um período de tempo;
- ✚ Inserem-se numa bolsa criada debaixo da pele, por incisão, e necessitam de um cateter que as liga ao destino;
- ✚ Codificam-se com 86.06.

4.2.4. Fístulas artério-venosas para diálise

● Admissão para criação de fístula artério-venosa

Ao contrário da admissão para diálise, para colocação de cateteres de diálise extracorporal ou de diálise peritoneal, a admissão para criação da fístula artério-venosa para hemodiálise não é codificada com a categoria V56.

Nas admissões para criação de fístula artério-venosa para diálise o diagnóstico principal deve ser a insuficiência renal (crónica).

● Admissão para encerramento de fístula artério-venosa de diálise

Nos casos de transplante renal bem-sucedido, o doente pode ser internado só para encerrar a fístula artério-venosa de diálise.

Trata-se de uma situação de cuidados posteriores (encerramento) em doentes saudáveis já tratados (da insuficiência renal através do transplante) admitidos para lidar com estados residuais (a presença da fístula), que se classificará com os códigos:

- ✚ V58.49 Other specified aftercare following surgery;
- ✚ V42.0 Status de transplante renal e com o novo código;
- ✚ V58.73 Aftercare following surgery of the circulatory system, NEC.

4.2.5. Complicações

● Complicações anestésicas

As complicações relacionadas com a anestesia classificam-se, por defeito, na subcategoria 995.2 (**Complications** / anesthesia, anesthetic NEC (...) 995.2). Quando houver especificação da complicação, em vez de 995.2 - efeito adverso não especificado..., deve utilizar-se um código adequado à situação, sendo a identificação da substância implicada é feita através do código de causa externa: em uso terapêutico (reação adversa, por defeito), ou intoxicação (se devida a overdose), etc.

● Complicações de cuidados médicos e cirúrgicos NCOP (996. - 999.)

A CID-9-MC prevê um conjunto de códigos para a as complicações que incidem no sistema nervoso (997.0x), no coração (997.1), nos aparelhos respiratório (997.3x), digestivo (997.4), etc..

A primeira instrução que aparece a seguir à categoria **997.** diz para se utilizar um código adicional para identificar as complicações: a regra geral é codificar a complicação (99x.) e especificá-la (001 - 995), sempre que possível. Se a complicação é classificada na série 996. – 999 pode-se atribuir um código adicional para a complicação específica, mas atenção às várias complicações que têm código próprio quer entre 001 - 995, quer dentro de 996 - 999: esse código será único se referir a complicação. São exemplos destes casos:

- ✚ Atelectasia pulmonar pós-operatória: 997.3 + 518.0;
- ✚ Contractura capsular mamária peri-protésica bilateral e rotura dos implantes mamários com siliconomas peri-protésicos: 996.79 (contractura) + 996.54 (rotura);
- ✚ Hemorragia peri-operatória excessiva e anemia pós-operatória: 998.11 + 285.1;
- ✚ Hipertensão maligna, complicação de cirurgia vascular: 997.91 + 401.9;
- ✚ Hipotensão iatrogénica: 458.2;
- ✚ Infecção urinária pós-operatória: 997.5 + 599.0;
- ✚ Paragem cardíaca peri-operatória: 997.1 + 427.5;
- ✚ Pneumotórax pós-operatório: 512.1;
- ✚ Síndrome hepato-renal pós-operatório: 997.4 + 572.4.

4.2.6. Desbridamento excisional e não excisional

A limpeza dum ferida (escara, por exemplo), infecção ou queimadura pode ser feita com ou sem remoção de tecidos; e esta remoção pode ser cirúrgica, por excisão (utilizando um bisturi, por exemplo), codificada com 86.22, e mecânica, não cirúrgica (por escovagem, irrigação, raspagem ou lavagem), codificada com 86.28.

A remoção de tecidos desvitalizados, necróticos ou descamados não define, por si só, um desbridamento excisional: é o método, a excisão, que define o desbridamento excisional.

A importância destes conceitos baseia-se no facto do desbridamento excisional, 86.22, ser considerado um procedimento válido do bloco operatório.

4.2.7. Remoção de dispositivo de acesso vascular / peritoneal / ventrículo-peritoneal

A codificação do procedimento de remoção dum dispositivo implantável de acesso vascular depende do tipo de dispositivo e do tipo de procedimento necessário para a remoção:

	Remoção	
	Cirúrgica	Não cirúrgica
Cateter de Tenckhoff	(depende do procedimento)	97.82 <i>Removal of peritoneal drainage device</i>
Cateter vascular que se partiu e migrou para a artéria pulmonar		38.91 <i>Arterial catheterization</i> (realizada para apanhar e remover o cateter)
Cateter de diálise vascular		97.82 <i>Removal of peritoneal drainage device</i>
Cânula peritoneal permanente para diálise	54.95 <i>Incision of peritoneum</i>	97.82 <i>Removal of peritoneal drainage device</i>
Dispositivo de acesso vascular (<i>Vascular access device, VAD</i>)	86.05 <i>Incision with removal of foreign body from skin and subcutaneous tissue</i>	
Hickman	(depende do procedimento)	97.49 <i>Removal of other device from thorax</i>
<i>Shunt</i> ventrículo-peritoneal	Completa: 02.43 Parcial, por punctura: n/codif.	

4.2.8. Remoção de material de osteossíntese

Nestes casos a UN é constituída por:

- ✚ Um diagnóstico principal nos internamentos programados para remoção de material de osteossíntese que se procura em **Admission** / *for / removal of / device / fixation / external ... or internal*; e
- ✚ Um procedimento de remoção que se procura em **Removal** / *fixation device / external ... or internal*;
- ✚ Nos casos em que essa remoção não venha a ser conseguida estaremos num caso de **procedimento falhado**, no qual se aplica a regra de codificar apenas os componentes dos procedimentos que foram, de facto, realizados: incisão da pele... incisão dos músculos ou tecidos moles ... (*Incision / muscle ... Incision / soft tissue ...*);
- ✚ Podendo então haver interesse em assinalar um **corpo estranho** (material de osteossíntese) que ficou no osso: **Foreign body** / *in / bone* (residual).

4.2.9. Reparação da incontinência urinária de esforço

Existem vários tipos de reparações que são:

- Injecção de implante de colagénio (59.72);
- Injecção de silicone (59.72);
- Aplicação da junção uretro-vesical (59.3):
 - Sutura de uma dobra ou prega (*tuck*) nos tecidos à volta da junção uretro-vesical (técnicas de Kelly-Kennedy e Kelly-Stoechel);
- Suspensão uretral retro-púbica (59.5):
 - Suspensão da uretra através duma sutura à sínfise púbica (técnicas de Burch e Marshall-Marchetti-Krantz);
- Técnica de *sling* ("funda") com implante ou prótese (59.79):
 - Inserção de uma rede de material sintético (*Prolene; tension free vaginal tape* (TVT)) ou de uma faixa de fáscia (autóloga ou de cadáver), sob a metade distal da uretra;
- Outras técnicas de *sling* (59.4, 59.5).

4.2.10. Traqueostomias

Neste capítulo exemplificaremos a utilização da classificação de traqueostomias associadas a vários procedimentos e diagnósticos:

● Exemplo 1:

- Descrição: Neoplasia maligna da laringe com obstrução alta que condiciona dispneia
- Código principal: 161.9
- Procedimento – Traqueotomia

● Exemplo 2:

- Descrição: Dispneia por Compressão extrínseca da laringe por metástases cervicais
- Código principal: 196.0
- Procedimento – Traqueostomia

● Exemplo 3:

- Descrição: Dispneia por Compressão extrínseca da laringe por neoplasia cervical indiferenciada primária
- Código principal: 171.0
- Procedimento – Traqueotomia

● Exemplo 4:

- Descrição: Dispneia por Compressão extrínseca da laringe por neoplasia cervical indiferenciada secundária
- Código principal: 197.3
- Procedimento – Traqueotomia

● Exemplo 5:

- Descrição: Dispneia por Compressão extrínseca da laringe por neoplasia cervical por neoplasia benigna (Ex. Neurinoma)
 - Código principal: 229.8
 - Procedimento – Traqueotomia
- (o código poderá variar de acordo com o tipo e especificidade da neoplasia)

Exemplo 6:

- Descrição: Dispneia por Estenose rádica da laringe, pós radioterapia por carcinoma
- Código principal: 997.3 + E 879.2
- Código associado: 478.74
- Procedimento – Traqueotomia

Exemplo 7:

- Descrição: Dispneia por Edema da laringe, pós cirúrgico (independentemente da patologia de base – Ex. - exereses de quisto branquial)
- Código principal: 997.3 + E 878.8
- Código associado: 786.09
- Procedimento – Traqueotomia

Exemplo 8:

- Descrição: Dispneia por edema da base da língua pós biopsia da língua
- Código principal: 997.3 + E 878.8
- Código associado: 478.6
- Procedimento – Traqueotomia

Exemplo 9:

- Descrição: Dispneia por Paralisia iatrogénica das cordas vocais, na sequência de tireoidectomia por bócio
- Código principal:
 - Bilateral
 - Parcial – 478.33
 - Completo – 478.34
 - Unilateral
 - Parcial – 478.31
 - Completo – 478.32
- Procedimento – Traqueotomia

● **Exemplo 10:**

- Descrição: Dispneia por incapacidade de mobilizar adequadamente secreções brônquicas espessas.
 - Num contexto de edema ou estenose radica da laringe / traqueia
 - Código principal – 997.3 + E 879.2
 - Código associado - 478.74
 - Procedimento – Traqueotomia
 - Num contexto de caquexia e pneumonia
 - Código principal – 486
 - Caquexia – 799.4
 - Procedimento – Traqueotomia