



Pregunta a la Unidad 0.1

PREGUNTA

Códigos exactos en los siguientes casos:

- a) Se traslada enfermo por prematuridad, nalgas y no tener UVI neonatal.
- b) Se solicita cariotipo de la pareja.

RESPUESTA

a) La redacción de la primera parte de la pregunta no aporta información suficiente sobre el caso que debemos clasificar, ya que no se especifica si el enfermo que se traslada por prematuridad y presentación de nalgas es la madre, que ve complicado su embarazo, o el recién nacido, que se ve afectado por las complicaciones de la madre:

Si el enfermo que se traslada se refiere a la madre, como traslado antes del parto los códigos serían:

DxP: **652.23 Presentación de nalgas sin mención de versión**⁽¹⁾

DxS: **644.03 Amenaza de parto prematuro**⁽²⁾

Si el traslado de enfermo de la pregunta se refiere al niño ya nacido, y se documenta la afectación del recién nacido por la presentación de nalgas, los códigos serían:

DxP: **765.1x Otros niños nacidos antes del término**⁽³⁾

DxS: **763.0 Feto o recién nacido afectado por Parto y extracción con presentación de nalgas**⁽⁴⁾

b) El código que clasificaría el estudio del cariotipo de la pareja sería el **V26.3 Consejo genético**⁽⁵⁾, pero es preciso tener en cuenta que no se debe utilizar como código adicional en el ingreso del recién nacido, sino que clasificaría un episodio diferente de consulta ambulatoria por parte de los padres.

ENTRADAS:

(1) Pág. 233 IE

Embarazo (simple) (uterino) (sin enfermedad) V22.2

Nota - Emplear la siguiente subclasificación de quinto dígito con las categorías 640-648, 651-676:

- 0 *sin especificar el episodio de cuidados*
- 1 *parto, con o sin mención de afección anteparto*
- 2 *parto, con mención de complicación postparto*
- 3 *afección o complicación anteparto*
- 4 *afección o complicación postparto*

- complicado (por) 646.9
- - presentación
- - - nalgas 652.2

(2) Pág. 37 IE

Amenaza de

- parto prematuro 644.0

(3) Pág. 610 IE

Prematuro - véase además enfermedad específica

- niño NCO 765.1
- - - -

(4) Pág. 610 IE

Presentación, fetal

- nalgas 652.2
- - cuando obstruye el trabajo del parto 660.0
- - - que afecta al feto o recién nacido 763.0



(5-a) Pág. 23 IE

Admisión (consulta)

- para
- - asesoramiento, educación o instrucción sanitaria (de)
(del) (*véase además* Asesoramiento) V65.40
- - - genético V26.3

(5-b) Pág. 74 IE

Asesoramiento (de) (sobre) NCOC V65.40

- genético V26.3

Fichas relacionadas:

- Formación Continuada 4.6
- Formación Continuada 5.10
- Pregunta a la Unidad 1.4
- Pregunta a la Unidad 6.17

UNIDAD TÉCNICA
DE LA CIE-9-MC
PARA EL SNS



PREGUNTAS
A LA UNIDAD

Pregunta a la Unidad 0.2

PREGUNTA

En la hoja clínico-estadística, en el caso de recién nacidos, unas veces el médico expresa R.N. y después la patología por la que ingresa y, en otras ocasiones, no expresa más que la patología por la que ingresa. ¿Qué debo codificar primero, el código V30-V39 o el de la patología por la que ingresa?

RESPUESTA

La utilización de los códigos de la sección RECIEN NACIDOS CON VIDA SEGUN EL TIPO DE PARTO (V30-V39) de la clasificación suplementaria de códigos V, no depende únicamente del motivo de ingreso y de los diagnósticos indicados por el facultativo, sino que en España, sólo se emplean en el caso de que se cumplan las siguientes características:

- si el nacimiento del niño se produce en el hospital y
- si en el hospital se crea una HC a todo R.N. y
- si las cunas están incluidas en la dotación de camas del centro.

Por este motivo, si el hospital cumple estas características y el recién nacido nace en el hospital y tiene patología perinatal o congénita, se clasifica:

DxP: código V30-V39

DxS: patología perinatal o anomalía congénita

Por ejemplo: recién nacido que ingresa desde sala de partos por sufrimiento fetal observado en el parto por primera vez:

DxP: **V30.00 Niño único nacido con vida, sin mención de cesárea**⁽¹⁾

DxS: **768.3 Sufrimiento fetal observado por vez primera durante el parto en niño nacido vivo**⁽²⁾

Sin embargo, si el hospital no cumple las características, es decir: no crea HC a todo recién nacido ni tampoco sus cunas están incluidas en la dotación de camas del centro, el recién nacido con patología ingresado tras el parto se clasificará, como código principal, con el código de la patología del recién nacido

Por ejemplo: recién nacido que ingresa desde sala de partos por sufrimiento fetal observado en el parto por primera vez:

DxP: 768.3 Sufrimiento fetal observado por vez primera durante el parto en niño nacido vivo⁽²⁾

Observación: Como se puede apreciar, la diferencia entre los dos ejemplos anteriores no estriba en la información documentada por el facultativo en el expediente del recién nacido (en ambos casos el niño ha nacido en el hospital e ingresa por una patología perinatal), sino en el hecho de que el hospital cumpla o no con unas determinadas condiciones.

ENTRADAS:

(1) Pág. 647 IE

Recién nacido (nacido vivo)

- único
- - nacido en el hospital (sin mención de parto por cesárea) V30.00

(2) Pág. 708 IE

Sufrimiento

- fetal (síndrome) 768.4
- - niño nacido con vida 768.4
- - - observado por primera vez
- - - - durante el trabajo del parto o en el parto 768.3

Fichas relacionadas:

- Pregunta a la Unidad 1.2



Pregunta a la Unidad 0.3

PREGUNTA

Sugerimos la posibilidad de utilizar el código V20.1 como diagnóstico principal, para identificar a los recién nacidos sanos que ingresan al reingresar su madre durante el puerperio inmediato. Actualmente estos casos se identifican con el código V65.0, figurando como "acompañante sano de persona enferma, huésped o interno", lo que no se ajusta del todo a la realidad, ya que el R.N. recibe evidentemente cuidados, como reflejaría el código V20. 1.

RESPUESTA

La utilización del código V20.1 está indicada para aquellos casos de niños atendidos en instituciones que no son hospitales de agudos, cuando existen problemas de cuidados en su domicilio. Por el contrario el código **V65.0 Persona sana que acompaña a persona enferma**⁽¹⁾, se deberá utilizar cuando el niño acompaña a su madre enferma ingresada en el hospital. Por lo tanto en este caso el código correcto será V65.0.

ENTRADAS:

⁽¹⁾ Pág. 594 IE

Persona (con) (que)

- sana que acompaña a otra enferma V65.0

Fichas relacionadas:

-

UNIDAD TÉCNICA
DE LA CIE-9-MC
PARA EL SNS



PREGUNTAS
A LA UNIDAD

Pregunta a la Unidad 0.4

PREGUNTA

Creemos que sería interesante crear un código de procedimiento único para la atención del R.N. en incubadora.

RESPUESTA

No se deben crear o utilizar códigos no reconocidos oficialmente. El Ministerio de Sanidad y Consumo edita la CIE-9-MC como traducción de la ICD-9-CM. Al tratarse de una traducción, no puede modificar unilateralmente la clasificación añadiendo o eliminando códigos, ya que entonces se perdería homogeneidad con la ICD-9-CM y se estaría dejando de hablar un “lenguaje común”, malograrían las indudables ventajas que ello reporta.

Fichas relacionadas:

-

UNIDAD TÉCNICA
DE LA CIE-9-MC
PARA EL SNS



PREGUNTAS
A LA UNIDAD

Pregunta a la Unidad 0.5

PREGUNTA

El código 640.0 "amenaza de aborto" admite como 5.º dígito, 0, 1 y 3. Creemos que la expresión "amenaza de aborto, parida", que correspondería al código 640.01, carece de sentido, pues amenaza de aborto convertida en parto no será ya una amenaza, sino un aborto con producto vivo de la concepción.

RESPUESTA

Para comprender el sentido de esos quintos dígitos, es preciso tener en cuenta que durante unos años, para clasificar el episodio del parto, se debían incluir todas las complicaciones que se hubieran dado en cualquier momento del embarazo (aunque ya hubieran pasado). En este contexto es en el que cobraría sentido el código 640.01, que pretendería indicar no una paciente ingresada por amenaza de aborto que da a luz, sino que en este ingreso se ha producido el parto de una mujer que sufrió hace semanas una amenaza de aborto.

Afortunadamente, esta norma que obligaba al codificador a revisarse todo el expediente obstétrico en cada ingreso de la paciente, ya no sigue en vigor, y, a partir de la 3ª edición en castellano de la CIE-9-MC (enero 1997), se deben codificar únicamente aquellas complicaciones del embarazo, parto o puerperio que realmente hayan tenido lugar en el episodio de cuidados que se clasifica.

En este nuevo contexto, es verdad que el quinto dígito 1 de la subcategoría **640.0x Amenaza de aborto**⁽¹⁾ ya no tiene sentido, pero, al tratarse de una traducción, no podemos modificar unilateralmente la clasificación añadiendo o eliminando códigos, por lo que el código seguirá existiendo, aunque los codificadores sepan que no deben emplearlo.



ENTRADAS:

(1) Pág. 37 IE

Amenaza de

- aborto 640.0

- -

Fichas relacionadas:

- Pregunta a la Unidad 6.17

Pregunta a la Unidad 0.6

PREGUNTA

Debe eliminarse la entrada alfabética “Desnutrición 269.9” cuyo código corresponde realmente a la expresión diagnóstica “Carencias nutritivas no especificadas”. Es correcta la entrada alfabética anterior “Desnutrición (calórica) 263.9” y sus modificadores.

RESPUESTA

Este es un error de traducción que se dió en la primera edición en castellano de la CIE-9-MC y que ya quedó corregido en las posteriores ediciones de la misma, de modo que ya no existe este problema.

ENTRADAS:

⁽¹⁾ Pág. 200 IE

Desnutrición (calórica) 263.9

- . . .

Fichas relacionadas:

- Pregunta a la Unidad 6.2

UNIDAD TÉCNICA
DE LA CIE-9-MC
PARA EL SNS



PREGUNTAS
A LA UNIDAD

Pregunta a la Unidad 0.7

PREGUNTA

La expresión fototerapia del R.N. se puede encontrar en 99.82 y 99.83. El índice alfabético refiere exclusivamente a 99.82. Se sugiere eliminar dicha expresión en 99.83, sustituyéndola por “fototerapia NCOC”.

RESPUESTA

Este es un error de traducción de la Lista Tabular de procedimientos que se dió en la primera edición en castellano de la CIE-9-MC y que ya quedó corregido en las posteriores ediciones de la misma, de modo que ya no existe este problema. El código que se debe emplear para la fototerapia del recién nacido es el **99.83 Otra fototerapia**⁽¹⁾.

ENTRADAS:

⁽¹⁾ Pág. 412 IP

Fototerapia NCOC 99.83

- recién nacido 99.83
- ultravioleta 99.82

Fichas relacionadas:

- Pregunta a la Unidad 1.3

UNIDAD TÉCNICA
DE LA CIE-9-MC
PARA EL SNS



PREGUNTAS
A LA UNIDAD

Pregunta a la Unidad 0.8

PREGUNTA

La lista tabular incluye los términos "aborto" en 634 y "aborto NEOM" en 637, mientras que la entrada alfabética remite exclusivamente al 637. ¿Cuál es la referencia correcta?

RESPUESTA

En efecto, resulta paradójica la nota de inclusión de la categoría **634.xx Aborto espontáneo** que dice: "Incluye: aborto", ya que el aborto del que no se especifica el tipo se clasifica en la categoría **637.xx Aborto no especificado**, como bien apunta su nota de inclusión "Incluye: aborto NEOM".

Tal vez se deba a una inconsistencia en la traducción del término inglés "miscarriage" que es el que aparece en el incluye de la categoría 634.xx de la versión americana, y que se toma como sinónimo de aborto, pero que probablemente posea en sí mismo algún significado de "espontáneo" que se ha perdido en la traducción.

De todos modos el codificador experto no debe tener problema al clasificar, ya que el Índice de Enfermedades remite correctamente el aborto sin especificación a la categoría **637.xx Aborto no especificado**⁽¹⁾, y no a la **634.x.x Aborto espontáneo**⁽²⁾.



ENTRADAS:

(1) Pág. 2 IE

Aborto (completo) (incompleto) (inevitable) (con retención de productos de la concepción) 637.9

Nota - Emplear la siguiente subclasificación de quinto dígito con las categorías 634-637:

0 sin especificar

1 incompleto

2 completo

- . . .

(2) Pág. 2 IE

Aborto (completo) (incompleto) (inevitable) (con retención de productos de la concepción) 637.9

Nota - Emplear la siguiente subclasificación de quinto dígito con las categorías 634-637:

0 sin especificar

1 incompleto

2 completo

- espontáneo 634.9

Fichas relacionadas:

- Formación Continuada 7.8
- Pregunta a la Unidad 7.7

Pregunta a la Unidad 0.9

PREGUNTA

La entrada alfabética "cordón alrededor del cuello (con compresión) 663.lx" se transforma en la lista tabular en "cordón alrededor del cuello con compresión". La entrada alfabética "enredo alrededor del cuello con compresión" remite también a 663.lx. El término "con compresión" ¿es o no modificador esencial?

RESPUESTA

En la CIE-9-MC, un término modificador no es en sí mismo esencial o no, sino que depende para serlo del término principal al que modifica. De este modo, el término "con compresión" es un modificador esencial del término principal **Enredo, cordón**⁽¹⁾; sin embargo, en la entrada "**Cordón, alrededor del cuello**"⁽²⁾ es un modificador no esencial.

ENTRADAS:

(1) Pág. 267 IE

Enredo, cordón(es) umbilical(es) 663.3
- con compresión 663.2
- alrededor del cuello, con compresión 663.1
- ...

(2) Pág. 160 IE

Cordón - véase además enfermedad específica
- alrededor del cuello (apretado) (con compresión)
- - cuando complica el parto 663.1
- - - ...



Fichas relacionadas:

-

Pregunta a la Unidad 0.10

PREGUNTA

¿Cuál es la codificación correcta del síndrome tóxico por aceite de colza desnaturalizado como entidad clínica, como causa de secuelas o como historia personal y/o familiar?

RESPUESTA

Depende del episodio asistencial que estemos codificando:

- a) El Síndrome tóxico por aceite de colza desnaturalizado, como entidad clínica, se clasifica igual que las intoxicaciones:

DxP: **988.8 Efecto tóxico de otras sustancias nocivas especificadas e ingeridas como alimento**⁽¹⁾

DxS: código de la manifestación +

E865.8 Intoxicación accidental por otros alimentos especificados⁽²⁾

- b) Como causa de secuelas, lo clasificaremos con la misma secuencia de códigos que toda secuela::

DxP: código de la manifestación

DxS: **909.1 Efecto tardío de efectos tóxicos de sustancias no medicamentosas**⁽³⁾ +

E929.2 Efectos tardíos de envenenamiento accidental⁽⁴⁾

- c) Como historia personal, se clasifica como **V15.6 Historia personal de envenenamiento**⁽⁵⁾.

- d) Como historia familiar se codifica en el **V19.8 Historia familiar de otra enfermedad**⁽⁶⁾.



ENTRADAS:

(1) Pág. 789 TFSQ

Aceite (de) NCOC

- colza desnaturalizado (industrial) [Aceite-]. 988.8

[1ª columna = Envenenamiento]

(1) Pág. 789 TFSQ

Aceite (de) NCOC

- colza desnaturalizado (industrial) [Aceite-]. E865.8

[2ª columna = Accidente]

Observación: Por error tipográfico, en la TFSQ, el código de causa externa de envenenamiento accidental por aceite de colza desnaturalizado (industrial) aparece en la 6ª columna “Indeterminado” en lugar de en la 2ª columna “Accidente”, que es en la que debería aparecer.

(3) Pág. 713 IE

Tardío - véase además enfermedad específica

- efecto(s) (de) - véase además enfermedad específica

- - efecto tóxico de

- - - sustancia no medicamentosa (enfermedades clasificables bajo 980 - 989) 909.1

(4-a) Pág. 900 ICE

Efecto tardío de

- síndrome tóxico (por aceite de colza desnaturalizado)

[Efecto tardío-]

(4-b) Pág. 900 ICE

Efecto tardío de

- envenenamiento accidental (accidente clasificable bajo E850-E858, E860-E869) E929.2

Observación: Por error tipográfico en el ICE de la 3ª edición en castellano de la CIE-9-MC, no aparecen entre paréntesis los códigos de envenenamiento accidental actual (accidente clasificable bajo E850-E858, E860-E869), sobre los que se aplica el 929.2 como efecto tardío en esta entrada.

(5) Pág. 398 IE

- Historia** (personal) de
- envenenamiento V15.6

(6) Pág. 398 IE

- Historia** (personal) de
- familiar
 - - estado patológico NCOC V19.8

Fichas relacionadas:

- Formación Continuada 1.9
- Formación Continuada 1.10
- Formación Continuada 3.4
- Formación Continuada 4.7
- Formación Continuada 5.5
- Formación Continuada 6.16
- Pregunta a la Unidad 0.13
- Pregunta a la Unidad 1.11
- Pregunta a la Unidad 2.9
- Pregunta a la Unidad 5.8
- Pregunta a la Unidad 6.16

UNIDAD TÉCNICA
DE LA CIE-9-MC
PARA EL SNS



PREGUNTAS
A LA UNIDAD



Pregunta a la Unidad 0.11

PREGUNTA

La inducción al parto mediante la aplicación de un gel de prostaglandinas intracervicales, ¿cómo debe codificarse?

RESPUESTA

El parto no se induce con un gel, por lo tanto la aplicación de un gel de prostaglandinas para madurar el cuello uterino no hay que codificarla.

Fichas relacionadas:

- Pregunta a la Unidad 0.19

UNIDAD TÉCNICA
DE LA CIE-9-MC
PARA EL SNS



PREGUNTAS
A LA UNIDAD



Pregunta a la Unidad 0.12

PREGUNTA

¿Cuál es la codificación correcta de la úlcera de decúbito infectada?

RESPUESTA

El índice alfabético a través de la entrada “Infección piel ulcerada” remite a “Úlcera por localización”^(1-a), de donde se puede deducir que dentro del código **707.0 Úlcera de decúbito** queda incluido el concepto de infección de dicha úlcera. En el caso de que se conozca el germen, añadiremos el código de infección por dicho germen. Por ejemplo: úlcera de decúbito sobreinfectada por estafilococo aureus:

DxP: **707.0 Úlcera de decúbito**⁽¹⁾

DxS: **041.11 Infección por estafilococo aureus en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos y las de sitio no especificado**⁽²⁾

ENTRADAS:

(1-a) Pág. 419 IE

Infección, infectado, infeccioso (oportunista) 136.9
- piel (local) (estafilocócica) (estreptocócica) (NCOC)
686.9
- - úlcera (*véase además* Úlcera, piel) 707.9



(1-b) Pág. 763 IE

Ulceras, ulcerado, ulcerante, ulceración, ulcerativo

(véase además Llagas) 707.9

- decúbito (cualquier sitio) 707.0
- - con gangrena 707.0 [785.4]

(1-c) Pág. 460 IE

Llagas o úlceras

- presión 707.0
- - con gangrena 707.0 [785.4]

(1-a) Pág. 415 IE

Infección, infectado, infeccioso (oportunistas) 136.9

- estafilocócica NCO 041.10
- - aureus 041.11

Fichas relacionadas:

- Pregunta a la Unidad 3.2
- Pregunta a la Unidad 3.13
- Pregunta a la Unidad 6.7



Pregunta a la Unidad 0.13

PREGUNTA

La intoxicación digitalica, con prescripción correcta, implica codificación inadecuada, ya sea por pauta incorrecta o por control insuficiente. ¿Cuál es su codificación correcta?

RESPUESTA

La intoxicación digitalica con prescripción correcta se considera una reacción adversa a un fármaco y no un envenenamiento (a pesar de que la expresión diagnóstica diga intoxicación). Por este motivo, debe codificarse igual que cualquier efecto adverso de medicamento:

DxP: código de la manifestación (y si no está especificada, el código **995.2 Efecto adverso no especificado de fármaco, sustancia medicamentosa y sustancia biológica**⁽¹⁾)

DxS: **E942. 1 Efecto adeverso de glucósidos cardiotónicos y fármacos de acción similar**⁽²⁾

En el caso de que se tratara de una prescripción incorrecta, se codificaría como una intoxicación:

DxP: **972.1 Envenenamiento por glucósidos cardiotónicos y fármacos de acción similar**⁽³⁾

DxS: **E858.3 Envenenamiento accidental por agentes que afectan primordialmente al aparato cardiovascular**⁽⁴⁾



ENTRADAS:

(1) Pág. 227 IE

Efecto, adverso (a) NCOC

- drogas y fármacos NCOC 995.2
- - sustancia correcta administrada de forma correcta
995.2

(2) Pág. 817 TFSQ

Digitálicos, glucósidos. E942.1

Digitalina. E942.1

[3ª columna = Uso terapéutico]

(3) Pág. 817 TFSQ

Digitálicos, glucósidos. 972.1

Digitalina. 972.1

[1ª columna = Envenenamiento]

(4) Pág. 817 TFSQ

Digitálicos, glucósidos. E858.3

Digitalina. E858.3

[2ª columna = Accidente]

Fichas relacionadas:

- Formación Continuada 1.10
- Formación Continuada 4.6
- Formación Continuada 4.7
- Formación Continuada 5.5
- Pregunta a la Unidad 0.10
- Pregunta a la Unidad 0.14
- Pregunta a la Unidad 2.9
- Pregunta a la Unidad 2.10
- Pregunta a la Unidad 5.8

Pregunta a la Unidad 0.14

PREGUNTA

La "incorrecta dosificación de insulina", según el Manual del Usuario, 2ª ed. (azul) pág. 44/13, se codifica con el código de intoxicación + código de diabetes. Esta norma de codificación:

- a) ¿Es aplicable en todos los casos posibles?
- b) ¿Cómo ha de interpretarse en el caso de dosificación errónea por personal sanitario?
- c) ¿Y en el caso de prescripción errónea por personal facultativo, por ejemplo, por confusión en la transcripción de órdenes médicas en los historiales clínicos?

RESPUESTA

En efecto, el resultado de la incorrecta dosificación de insulina no es considerado como reacción adversa, sino como intoxicación, ya que cumple una de las circunstancias que pueden incluir una sustancia medicamentosa en la sección ENVENENAMIENTOS POR DROGAS, SUSTANCIAS MEDICAMENTOSAS Y SUSTANCIAS BIOLÓGICAS (960 - 979), que son:

- no hubo prescripción médica o ésta no fue correcta,
- la administración fue incorrecta en la pauta o dosis (sobredosificación),
- hubo error con respecto al paciente o al fármaco prescrito,
- cualquier otra circunstancia diferente a una correcta prescripción o una adecuada administración,
- interacción entre fármacos, cuando en alguno de ellos se dé una de las anteriores circunstancias.

De este modo, la intoxicación por insulina se debe clasificar como:



DxP: **962.3 Envenenamiento por insulinas y agentes anti-diabéticos**⁽¹⁾

DxS: código de la manifestación
código E de causa externa (**E858.0 Envenenamiento accidental por hormonas y sustitutos sintéticos**)⁽²⁾, en el caso de que sea accidental).

Por ejemplo: coma hipoglucémico en paciente diabético por sobredosificación accidental de insulina:

DxP: **962.3 Envenenamiento por insulinas y agentes anti-diabéticos**⁽¹⁾

DxS: **250.30 Diabetes con otro tipo de coma, tipo II [tipo NIDDM] o de tipo no especificado, no indicada como descompensada**⁽³⁻⁴⁾

E858.0 Envenenamiento accidental por hormonas y sustitutos sintéticos⁽²⁾

a) Esta norma puede aplicarse a todos los casos contemplados como intoxicación, si bien el código de la manifestación va a cambiar en función de que el paciente sea o no diabético (aunque la manifestación sea la misma). Por ejemplo: coma hipoglucémico debido a sobredosificación accidental de insulina en paciente no diabético:

DxP: **962.3 Envenenamiento por insulinas y agentes anti-diabéticos**⁽¹⁾

DxS: **251.0 Coma hipoglucémico**⁽³⁻⁴⁾

E858.0 Envenenamiento accidental por hormonas y sustitutos sintéticos⁽²⁾

b) y c) El caso de dosificación errónea por parte del personal sanitario se debe interpretar como intoxicación, ya que o bien es debido a un error de prescripción por parte del facultativo, o a un error de administración por parte del personal de enfermería y ambos se contemplan como circunstancias en las que considerar intoxicación.



Para clasificarlo, se deberá emplear la secuencia de códigos y a mencionada anteriormente.

ENTRADAS:

(1) Pág. 840 TFSQ

Insulina (amorfa) (globina) (isofánica) (Lente) (NPH)
(protamina) (Semilente) (Ultra-lente) (cinc).962.3
[1ª columna = Envenenamiento]

(2) Pág. 840 TFSQ

Insulina (amorfa) (globina) (isofánica) (Lente) (NPH)
(protamina) (Semilente) (Ultra-lente) (cinc).E858.0
[2ª columna = Accidente]

(3) Pág. 141 IE

Coma 780.01
- hipoglucémico 251.0
- - diabético 250.3

(4) Pág. 141 IE

Coma 780.01
- insulínico 250.3
- - no diabético 251.0

Fichas relacionadas:

- Formación Continuada 1.10
- Formación Continuada 4.1
- Formación Continuada 4.7
- Formación Continuada 7.9
- Pregunta a la Unidad 0.10



- Pregunta a la Unidad 0.13
- Pregunta a la Unidad 5.8
- Pregunta a la Unidad 8.4

Pregunta a la Unidad 0.15 

PREGUNTA

Sobre casos en los que se realiza laparoscopia diagnóstica + laparotomía:

- a) "Paciente a la que se realiza laparoscopia diagnóstica y posteriormente, en el mismo acto quirúrgico, se practica laparotomía y ovariectomía."
- b) ¿Cómo se refleja la laparoscopia realizada sin que se interprete como la vía de acceso a la ovariectomía?
- c) ¿Debe ignorarse para evitar la confusión?
- d) Codificación posible: 65.3, 54.21.

RESPUESTA

El acceso laparoscópico se está utilizando actualmente para diversos tipos de cirugía (histerectomía, colecistectomías), que hasta ahora se han realizado con procedimientos abiertos. En sucesivas ediciones, la CIE-9-MC va creando códigos combinados específicos para algunos procedimientos realizados mediante accesos laparoscópicos, toracoscópicos, artroscópicos o endoscópicos. Por ejemplo:

- colecistectomía laparoscópica:

51.23 Colecistectomía laparoscópica⁽¹⁾,

- polipectomía endoscópica de esófago:

42.33 Extirpación o eliminación (destrucción) endoscópica de lesión o de tejido del esófago⁽²⁾

Sin embargo, la creación de códigos combinados siempre irá por detrás de la realidad clínica, de modo que, en aquellos procedimientos en los que no exista código de combinación, en tanto se van creando, se empleará codificación múltiple:



Pr.1: código del procedimiento con acceso abierto +
Pr.2: código de endoscopia, laparoscopia, toracoscopia, artroscopia, etc.

Por ejemplo: apendicectomía laparoscópica:

Pr.1: **47.0 Apendicectomía**⁽³⁾

Pr.2: **54.21 Laparoscopia**⁽⁴⁾

En respuesta al caso concreto de la paciente a la que se realiza laparoscopia diagnóstica y posteriormente, en el mismo acto quirúrgico, se practica laparotomía y ovariectomía, se puede concluir que se trata de un procedimiento que comienza laparoscópico y termina a cielo abierto, por lo que se debe seguir la norma de codificación que dice que “todo procedimiento que comienza laparoscópico y termina abierto se codifica como abierto”. De este modo, deberemos clasificar sólo el procedimiento abierto **65.3 Ooforectomía unilateral**⁽⁵⁾, aunque se dificulte la recuperación de los procesos laparoscópicos.

Según lo anterior, ante procedimientos laparoscópicos se nos pueden plantear tres opciones:

- que exista código combinado: (se emplea 1 código combinado)
- que no exista código combinado: (se utilizan 2 códigos)
 - Pr.1: código del procedimiento abierto +
 - Pr.2: código de laparoscopia
- que comience laparoscópico y termine abierto: (se usa 1 código)
 - Pr.: código del procedimiento abierto

ENTRADAS:

(1) Pág. 361 IP

Colecistectomía (total) 51.22
- laparoscópica 51.23

(2-a) Pág. 468 IP

Polipectomía - véase además Excisión, lesión, por sitio
- esofágica 42.32
- - endoscópica 42.33

(2-b) Pág. 391 IP

Excisión
- lesión (local)
- - esófago 42.32
- - - endoscópica 42.33

(3) Pág. 342 IP

Apendicectomía (con drenaje) 47.0
- . . .

(4) Pág. 439 IP

Laparoscopia 54.21
- . . .

(5) Pág. 452 IP

Ooforectomía (unilateral) 65.3
- . . .

Fichas relacionadas:

- Formación Continuada 5.1
- Formación Continuada 6.8
- Pregunta a la Unidad 0.16
- Pregunta a la Unidad 7.16

UNIDAD TÉCNICA
DE LA CIE-9-MC
PARA EL SNS



PREGUNTAS
A LA UNIDAD

Pregunta a la Unidad 0.16 

PREGUNTA

En la situación de la pregunta 0.15 (paciente a la que se realiza laparoscopia diagnóstica y posteriormente, en el mismo acto quirúrgico, se practica laparotomía y ovariectomía), caso de haberse realizado una biopsia de ovario mediante la laparoscopia, y teniendo en cuenta que el Manual del Usuario, 2ª ed., pág. 69/3, obliga a hacer figurar la endoscopia como código primario con respecto al código de la biopsia ¿cómo reflejar la laparoscopia para que se asocie con la biopsia sin asociarla con la ovariectomía?

Codificación posible:

65.3.

54.21 ¿endoscopia diagnóstica?

65.12 ¿endoscopia para biopsia?

¿Y si la biopsia se hubiera realizado durante la laparotomía?

Codificación posible:

65.3.

65.12.

54.21 ¿endoscopia para 65.3 y 65.12?

 ¿endoscopia diagnóstica?

RESPUESTA

El código que se debe asignar a la biopsia de ovario varía en función de que ésta haya sido excisional (código **65.12 Otra biopsia de ovario**⁽¹⁾) o que se haya realizado por aspiración (código **65.11 Biopsia por aspiración de ovario**⁽¹⁾). Ambos tipos de biopsias se pueden realizar mediante laparoscopia, por lo que en ese caso, una vez establecido el código de la biopsia tras documentar en el expe-

diente su tipo, y dado que no existe código combinado, añadiremos el **54.21 Laparoscopia**⁽²⁾ como código de procedimiento.

Si en el mismo episodio se le realiza una ovariectomía (en el ejemplo era abierta), se agregará el código correspondiente al tipo de ovariectomía (en este caso al no estar especificada, la CIE-9-MC la supone unilateral, **65.3 Ooforectomía unilateral**⁽³⁾).

En estos casos, no existe posibilidad de diferenciar de un modo directo si el código de la laparoscopia se refiere a la biopsia de ovario, a la ovariectomía o a una laparoscopia diagnóstica, ya que únicamente se podrá diferenciar en aquellos procedimientos que dispongan de códigos combinados específicos para cada una de las situaciones.

La secuencia de codificación propuesta, en la que el código de laparoscopia sigue al del procedimiento realizado laparoscópicamente puede solucionar en parte el problema, ya que no existe norma que impida repetir el código 54.21 varias veces en un mismo episodio (tantas como procedimientos laparoscópicos), si bien puede resultar un tanto farragosa la recuperación, ya que un código de laparoscopia puede aparecer tras uno de ovariectomía sin que necesariamente se haya querido representar una ovariectomía laparoscópica, sino que también puede suponer una ovariectomía abierta y una laparoscopia diagnóstica realizadas en el mismo episodio.

ENTRADAS:

(1) Pág. 351 IP

Biopsia (por excisión)
- ovario 65.12
- - por aspiración 65.11



(2) Pág. 439 IP

Laparoscopia 54.21

- . . .

(3) Pág. 452 IP

Ooforectomía (unilateral) 65.3

- . . .

Fichas relacionadas:

- Pregunta a la Unidad 0.15

UNIDAD TÉCNICA
DE LA CIE-9-MC
PARA EL SNS



PREGUNTAS
A LA UNIDAD



Pregunta a la Unidad 0.17

PREGUNTA

Las laceraciones accidentales, ocurridas durante un procedimiento quirúrgico, deben codificarse:

- ¿Como mención de traumatismo abierto?
- ¿Sin mención de traumatismo abierto?
- ¿Depende del tipo de intervención practicada? (por ejemplo, laparotomía o laparoscopia).

RESPUESTA

Las laceraciones accidentales ocurridas durante un procedimiento quirúrgico se codifican como **998.2 Punción o laceración accidental durante un procedimiento**⁽¹⁾, independiente del procedimiento realizado. Si se conoce la causa externa que ha producido la laceración se codificará además con el código E correspondiente de la sección ACCIDENTES DE PACIENTES DURANTE CUIDADOS QUIRURGICOS Y MEDICOS (E870 a E876).

ENTRADAS:

⁽¹⁾ Pág. 442 IE

Laceración - véase además Herida, abierta, por sitio
- accidental, cuando complica cirugía 998.2

Observación: No se acude a la entrada "**Herida, abierta, por sitio**" a la que nos remite la referencia cruzada, ya que el concepto laceración accidental durante un procedimiento no se corresponde con el concepto de Herida abierta del IE de la CIE-9-MC (de hecho dentro de esta entrada no existe ningún modificador que especifique aquellas accidentales durante un procedimiento).



Fichas relacionadas:

- Formación Continuada 2.7
- Formación Continuada 2.10
- Formación Continuada 4.2
- Formación Continuada 4.9
- Formación Continuada 5.3
- Formación Continuada 7.2
- Formación Continuada 7.5
- Pregunta a la Unidad 1.10
- Pregunta a la Unidad 1.12
- Pregunta a la Unidad 3.13
- Pregunta a la Unidad 6.1
- Pregunta a la Unidad 6.7
- Pregunta a la Unidad 8.6



Pregunta a la Unidad 0.18

PREGUNTA

La entrada alfabética "maniobra de Kreisteller" se refiere al código 72.54, que corresponde a "otra extracción total con presentación de nalgas". Esta maniobra, ¿sólo debe codificarse en dicha presentación? ¿En caso de presentación cefálica se considera incluida en 73.59?

RESPUESTA

La maniobra de Kreisteller⁽¹⁾ no es específica de la presentación de nalgas. En el caso de que se indique en la presentación cefálica, dicha maniobra está incluida en el **73.59 Otro parto asistido manualmente**⁽²⁾. Cuando se realiza la maniobra de Kreisteller en presentación de nalgas el código que se debe emplear es el **72.54 Otra extracción total con presentación de nalgas**⁽¹⁻³⁾.

ENTRADAS:

(1) Pág. 438 IP

Kreisteller, maniobra de 72.54

(2) Pág. 466 IP

Parto (con)

- asistido manualmente (espontáneo) 73.59



(3) Pág. 466 IP

Parto (con)

- extracción, presentación de nalgas (asistido) 72.52
- - total 72.54
- - - . . .

Fichas relacionadas:

- Formación Continuada 7.6
- Pregunta a la Unidad 0.20
- Pregunta a la Unidad 8.5



Pregunta a la Unidad 0.19

PREGUNTA

En el curso de la cesárea es habitual la extracción manual de la placenta. ¿Debe codificarse la extracción o se puede considerar incluida en el código de cesárea?

RESPUESTA

La extracción de placenta está incluida en el código de cesárea, por lo tanto no se codifica.

Fichas relacionadas:

- Pregunta a la Unidad 0.11

UNIDAD TÉCNICA
DE LA CIE-9-MC
PARA EL SNS



PREGUNTAS
A LA UNIDAD



Pregunta a la Unidad 0.20

PREGUNTA

La entrada alfabética “parto asistido manualmente (espontáneo) 73.59” se transforma en la lista tabular en “Parto espontáneo asistido”. ¿Cuál es el correcto?

RESPUESTA

La CIE-9-MC es un lenguaje documental controlado en el que nos hemos puesto de acuerdo para denominar a los diagnósticos y procedimientos de un modo común.

Los diferentes Índices Alfabéticos de la CIE-9-MC (IE, ICE, TFSQ e IP) suponen un paso intermedio entre el lenguaje natural empleado por el facultativo en la expresión diagnóstica (libre, inexacto) y el código, con su descriptor correspondiente, que suponen un lenguaje común controlado y normativizado.

En este contexto resulta lógico que no siempre el lenguaje natural empleado en las expresiones diagnósticas (y en el que se han inspirado las entradas de los diferentes Índices Alfabéticos) coincida con el lenguaje controlado expresado en forma de códigos y descriptores en las Listas Tabulares. ¿Cuál es el correcto?: ambos. ¿Qué debemos utilizar como resultado final de nuestra tarea como codificadores?: el código y el descriptor. Por tanto, en este caso: **73.59 Otro parto asistido manualmente.**



ENTRADAS:

(1) Pág. 466 IP

Parto (con)

- asistido manualmente (espontáneo) 73.59

Fichas relacionadas:

- Formación Continuada 7.6
- Pregunta a la Unidad 0.18
- Pregunta a la Unidad 0.21
- Pregunta a la Unidad 8.5

Pregunta a la Unidad 0.21

PREGUNTA

La entrada alfabética “amniocentesis (diagnóstica) 75.1” se transforma en la lista tabular en “amniocentesis diagnóstica”, ¿cuál es el correcto?.

RESPUESTA

Ambos son correctos, ya que el paréntesis tiene un claro significado terminológico en las normas de codificación. Como resultado final de nuestra tarea como codificadores deberemos emplear el código y el descriptor, esto es: **75.1 Amniocentesis diagnóstica**⁽¹⁾. En este código la CIE-9-MC incluye tanto las amniocentesis diagnósticas como las no especificadas (que es lo que significa el que “diagnóstica” aparezca entre paréntesis en el IP, es decir, que se trata de un modificador no esencial, por lo que su presencia o ausencia en la expresión diagnóstica no va a afectar a la asignación de código).

ENTRADAS:

⁽¹⁾ Pág. 337 IP

Amniocentesis (transuterina) (diagnóstica) 75.1

- . . .

Fichas relacionadas:

- Pregunta a la Unidad 0.20
- Pregunta a la Unidad 7.7

UNIDAD TÉCNICA
DE LA CIE-9-MC
PARA EL SNS



PREGUNTAS
A LA UNIDAD

Pregunta a la Unidad 0.22

PREGUNTA

Referente a episodios de ingreso para la realización de pruebas diagnósticas (biopsia hepática, biopsia de próstata, mamografía diagnóstica).

Al ingresar el paciente sin un diagnóstico claro, realizándose algunas de las pruebas anteriormente descritas para la clarificación de su patología, deberíamos ponerlo como diagnóstico principal (código V). Sin embargo no encontramos código para identificarlo.

El problema es detectado al ver cómo la estancia media de las hiperplasias de próstata ingresadas en el Servicio de Urología era calculada en unos 7 días aproximadamente, cuando los urólogos aseguraban que ellos estimaban que debería de ser de 9 a 11 días. Descubrimos que codificábamos los ingresos para biopsia diagnóstica de próstata como procedimiento y el resultado anatomopatológico de hiperplasia de próstata como diagnóstico principal (estancia media de unos 2 días).

Al ser ingresado de nuevo el paciente, para ser intervenido quirúrgicamente de su hiperplasia prostática, tenía de nuevo el mismo Diagnóstico Principal, mientras que como procedimiento teníamos la RTU (estancia media de 9-11 días).

Al hacer el case -mix del servicio de Urología se nos unen ambos grupos por tener Diagnósticos Principales idénticos.
¿Qué código “V” debemos utilizar como Diagnóstico Principal en estos casos de ingresos para Biopsias Diagnósticas u otras situaciones similares?

RESPUESTA

En ningún caso está permitida la utilización de un código “V” para estos procesos. El código principal dependerá de la disponibilidad o no de los resultados de la prueba:

- a) si no se dispone de resultado alguno todavía, o éste es inespecífico, se codifica como enfermedad no especificada del órgano estudiado.

Por ejemplo: paciente ingresado para biopsia prostática que se realiza sin complicaciones; se le da de alta quedando pendiente de recibir el resultado de la misma:

DxP: 602.9 Trastorno prostático no especificado⁽¹⁾

PP: 60.11 Biopsia cerrada [con aguja] (percutánea) de próstata⁽²⁾

- b) si se dispone de un resultado anatomopatológico, éste será el diagnóstico principal.

Por ejemplo: paciente ingresado para biopsia prostática que se realiza sin complicaciones; el resultado se recibe antes del alta e indica que se trata de una hiperplasia benigna de próstata:

DxP: 600 Hiperplasia prostática⁽³⁾

PP: 60.11 Biopsia cerrada [con aguja] (percutánea) de próstata⁽²⁾

A la hora de calcular el case mix, el agrupador (GRD) trata de diferente manera a un paciente en función del procedimiento realizado, de manera que aunque tengan idéntico diagnóstico principal, no es lo mismo que se biopsie que se reseccione la lesión.

Por ejemplo: paciente diagnosticado de adenoma de próstata, ingresado para prostatectomía transuretral que se realiza sin complicaciones:

DxP: 600 Hiperplasia prostática⁽⁴⁾

PP: 60.29 Otra prostatectomía transuretral⁽⁵⁾

ENTRADAS:

(1) Pág. 260 IE

Enfermedad (de), enfermo - véase además Síndrome

- próstata 602.9

-- ...

(2) Pág. 351 IP

Biopsia (por excisión)

- próstata NCOOC 60.11

-- ...

(3) Pág. 385 IE

Hiperplasia, hiperplásico

- próstata (adenofibromatosa) (nodular) 600

(4) Pág. 19 IE

Adenoma (sesil) (M1840/0) - véase además Neoplasia,
por sitio, benigna

Nota - Salvo indicación al contrario, las variedades morfológicas de adenomas que figuran en la lista que sigue a continuación deben codificarse por sitio de la misma manera que "Neoplasia benigna".

- próstata (adenofibromatosa) (nodular) 600

Observación: No se acude a la entrada Neoplasia, por sitio, benigna, a la que nos remite la referencia cruzada, ya que para la CIE-9-MC el adenoma de próstata no se clasifica como neoplasia benigna (ver el *excluye* de la categoría 600).



(5) Pág. 471 IP

Prostatectomía (completa) (parcial) NCOC 60.69
- transuretral 60.29

- - - - -

Fichas relacionadas:

- Pregunta a la Unidad 1.1

Pregunta a la Unidad 0.23

PREGUNTA

Mujer que en un primer ingreso presenta los diagnósticos:

- Angor hemodinámico por fluter auricular (motivo del ingreso).
- Valvulopatía mitral y aórtica reumática.

Y diagnosticada con anterioridad:

- Insuficiencia tricúspide.
- Hipertensión pulmonar secundaria.

En un segundo episodio ingresa para envío a Madrid para cateterismo por sospecha de cardiopatía isquémica.

Resultado del cateterismo: Valvulopatía mitral y aórtica. Insuficiencia tricuspídea. Hipertensión pulmonar secundaria. Coronarias normales.

¿Cuál sería el diagnóstico Principal?

- ¿Angor hemodinámico? No, porque en el momento actual no lo tiene.
- ¿ Valvulopatía? Ya estaba diagnosticado.
- ¿Cardiopatía isquémica? Se ha descartado por las coronarias normales.
- ¿V71.7? ¿Observación de enfermedad cardiaca? No tiene enfermedad coronaria pero sí valvular, además el estudio se ha hecho en este centro.
- ¿V68.81? ¿Envío a otro centro sin estudio, sin tratamiento?.

RESPUESTA

No queda clara la redacción de la pregunta, ya que no parece lógico que un paciente ingrese en un centro para enviarse a otro.

Tampoco queda claro si el paciente, cuando es enviado al centro hospitalario de Madrid, causa alta administrativa en el hospital de origen o no, ni si ha sido ingresado en Madrid o no.



Si no ha causado alta administrativa en el hospital de origen y ha sido ingresado en Madrid, se está dando la situación de que un paciente está ingresado a la vez en dos hospitales, lo cual resulta incomprensible (lo lógico sería que si va a hospitalizarse en Madrid, el hospital de origen le diera el alta).

A pesar de que tenga otros diagnósticos, el motivo de este ingreso es la sospecha de cardiopatía isquémica que se descarta al alta tras haberle realizado un cateterismo (en otro centro), motivo por el cual se clasificará como diagnóstico principal el **V71.7 Observación para presunta enfermedad cardiovascular**, al que añadiremos como secundarios los diagnósticos anteriores que el facultativo nos documente como relevantes en episodio que nos ocupa, de modo que quedaría clasificado del siguiente modo:

- DxP: **V71.7 Observación para presunta enfermedad cardiovascular⁽¹⁾**
- DxS: **396.9 Enfermedades de las válvulas mitral y aórtica no especificadas⁽²⁾**
- 397.0 Enfermedades de la válvula tricúspide⁽³⁾**
- 416.8 Otras enfermedades cardiopulmonares crónicas⁽⁴⁾**

No se debe codificar procedimiento alguno por no haberse realizado en el centro que nos ocupa.

En este sentido, es preciso aclarar que no se deben codificar los procedimientos no realizados en el mismo hospital, ni siquiera cuando el paciente no haya sido dado de alta (ojo porque cambia la norma), ya que en el CMBD Nacional se están duplicando los procedimientos (los codifican el hospital que envió al paciente y el centro que realmente lo realizó), con lo que se asignan a GDR's de una mayor complejidad y mayor consumo de recursos de los que realmente corresponderían al hospital de origen, distorsionando todo ello el conocimiento de nuestra casuística.

ENTRADAS:

(1-a) Pág. 26 IE

Admisión (consulta)

- para
- observación (sin necesidad de posteriores cuidados médicos) (*véase además* Observación) V71.9
- sospecha de trastorno V71.9
- cardiovascular V71.7

(1-b) Pág. 550 IE

Observación (por) V71.9

- presunción de (no comprobado) (no diagnosticado)
- enfermedad NCOC V71.8
- cardiovascular V71.7

(2-a) Pág. 772 IE

Valvulopatía - *véase* Endocarditis

(2-b) Pág. 242 IE

Endocarditis (crónica) (esclerótica) (esclerosa) (indefinida) (intersticial) (marasmática) (trombótica no bacteriana) (residual) (senil) (valvular) 424.90

- mitral (con corea) (crónica) (doble) (fibroidea) (cardiaca) (inactiva) (válvula) 394.9
- con
- enfermedad (de válvula) aórtica 396.9
-



(3-a) Pág. 433 IE

Insuficiencia, insuficiente - véase además Fallo
- tricúspide (véase además Endocarditis, tricúspide)
397.0

-.

(3-b) Pág. 243 IE

Endocarditis (crónica) (esclerótica) (esclerosa) (inde-
terminada) (intersticial) (marasmática) (trom-
bótica no bacteriana) (residual) (senil) (valvu-
lar) 424.90
- tricúspide (con corea) (corazón) (crónica) (inactiva)
(reumática) (válvula) 397.0

-.

(4) Pág. 388 IE

Hipertensión, hipertensiva (arteria) (arteriolar) (cri-
sis) (degenerativa) (enfermedad) (esencial)
(fluctuante) (idiopática) (incontrolada) (inter-
mitente) (lábil) (ortostática) (paroxística) (pri-
maria) (renina baja) (sistémica) (vascular). .
- pulmonar (arteria) (idiopática) (primaria) (solitaria)
- - secundaria. 416.8

[3ª columna: No especificada]

Fichas relacionadas:

- Formación Continuada 7.10
- Pregunta a la Unidad 1.1
- Pregunta a la Unidad 1.6
- Pregunta a la Unidad 2.7
- Pregunta a la Unidad 4.4
- Pregunta a la Unidad 4.5



- Pregunta a la Unidad 5.5
- Pregunta a la Unidad 6.10
- Pregunta a la Unidad 6.15
- Pregunta a la Unidad 7.4
- Pregunta a la Unidad 8.1