

## Pregunta a la Unidad 4.1

### PREGUNTA:

Paciente con LNH (Linfoma no Hodgkin) tipo BURKITT en remisión, ingresa para trasplante autólogo de células progenitoras obtenidas de sangre periférica e injerto leucoplaquetario. ¿Qué código se asigna como principal? ¿Cómo se codifica el trasplante autólogo de células progenitoras?.

### RESPUESTA:

El hecho de que el paciente ingrese para continuar el tratamiento de su linfoma tipo Burkitt (aunque esté en remisión) mediante un trasplante de células progenitoras, nos lleva a codificar como diagnóstico principal dicho linfoma con el **200.20 Tumor o linfoma de Burkitt**<sup>(1)</sup> y como código de morfología **M9750/3 Tumor de Burkitt**<sup>(1)</sup>.

Como procedimiento, el trasplante autólogo de células progenitoras se clasifica como **41.04 Trasplante autólogo de células madre hematopoyéticas**<sup>(2)</sup>.

### ENTRADAS:

<sup>(1)</sup> Pág. 456 IE

**Linfoma** (maligno) (M9590/3) 202.8

*Nota - Emplear la siguiente sub clasificación de quinto dígito con las categorías 200-202:*

- 0 sitio no especificado
- 1 nódulos linfáticos de la cabeza, cara y cuello
- 2 nódulos linfáticos intratorácicos
- 3 nódulos linfáticos intraabdominales
- 4 nódulos linfáticos de la axila y miembro superior



- 5 *nódulos linfáticos de la región inguinal y de miembro inferior*
- 6 *nódulos linfáticos intrapelvianos*
- 7 *bazo*
- 8 *nódulos linfáticos de múltiples sitios*

- Burkitt, tipo de (linfoblástico) (no diferenciado)  
(M9750/3) 200.2

**(2) Pág. 508 IP**

### **Trasplante, trasplantación**

- células stem (autóloga) (hematopoyética) 41.04

### **Fichas relacionadas:**

- Formación Continuada 3.5
- Formación Continuada 6.4
- Pregunta a la Unidad 4.1
- Pregunta a la Unidad 4.3
- Pregunta a la Unidad 4.9
- Pregunta a la Unidad 8.2



## Pregunta a la Unidad 4.2

### PREGUNTA:

Paciente con ectromelia transversa bilateral, al que en un primer ingreso el tratamiento quirúrgico consistente en separación radiocubital de mano, colgajos triangulares y abdominales para el dedo. En una segunda admisión se le realiza separación del colgajo abdominal. Orden y secuencia de códigos de ambos ingresos.

### RESPUESTA:

En el primer ingreso se clasifica como diagnóstico principal la ectromelia transversa bilateral y como procedimientos los realizados en este primer tiempo:

DxP: **755.21 Deficiencia transversal de miembro superior<sup>(1)</sup>**  
Pr.: **82.69 Otra reconstrucción de dedo pulgar<sup>(2)</sup>**  
**86.73 Fijación de injerto de pedículo o colgajo a mano<sup>(3)</sup>**

El segundo ingreso se codifica como un segundo tiempo de intervención, por lo que el diagnóstico será el mismo, con el procedimiento quirúrgico de separación del colgajo abdominal:

DxP: **755.21 Deficiencia transversal de miembro superior<sup>(1)</sup>**  
Pr.: **86.75 Revisión de injerto o colgajo<sup>(4)</sup>**

### ENTRADAS:

**(1-a) Pág. 225 IE**

**Ectromelia 755.4**  
- miembro inferior 755.30  
- miembro superior 755.20

Observación: La entrada **Ectromelia** no nos proporciona el detalle suficiente de codificación, ya que perdemos la característica de que sea transversa. Por este motivo, aunque no exista referencia cruzada, se acude al término principal **Hemimelia**, que a efectos de la CIE-9-MC es sinónimo y que presenta mayor número de modificadores esenciales.

**(1-b) Pág. 358 IE**

**Hemimelia 755.4**

- miembro superior 755.20
- - transversal (completa) (parcial) 755.21

**(2) Pág. 477 IP**

**Reconstrucción** (plástica) - *véase además* Construcción y Reparación, por sitio

- pulgar (osteoplástica) (con injerto óseo) (con injerto de piel) 82.69

Observación: No se acude a los términos principales **Construcción**, ni **Reparación** a los que nos remite la referencia cruzada *véase además*, ya que ninguno de los dos términos tiene como modificador esencial “pulgar” “dedo” o “dedo pulgar”.

**(3) Pág. 428 IP**

**Injerto, injertación**

- piel (grosor parcial) (grosor fraccionado) 86.69
- - pedículo (colgajo) (tubo) 86.70
- - - fijación a sitio (avanzado) (deslizamiento) (doble) (rotatorio) 86.74
- - - - pulgar 86.73
- - - - - . . .



**<sup>(4)</sup> Pág. 493 IP**

**Revisión**

- injerto de colgajo o pedículo (piel) 86.75

**Fichas relacionadas:**

- Pregunta a la Unidad 4.7
- Pregunta a la Unidad 5.1

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



PREGUNTAS  
A LA UNIDAD

### Pregunta a la Unidad 4.3

#### PREGUNTA:

Niño diagnosticado de meduloblastoma en remisión completa, ingresa para trasplante de médula ósea. ¿Qué código se asigna?.

#### RESPUESTA:

El hecho de que el paciente ingrese para trasplante de médula ósea representa, a efectos de codificación, que el paciente continúa el tratamiento de su meduloblastoma (aunque esté en remisión completa), lo que nos lleva a codificar como diagnóstico principal el meduloblastoma. Dado que no se puede documentar en la información aportada la localización específica del meduloblastoma, se deberá clasificar como **191.6 Neoplasia maligna de cerebelo NEOM<sup>(1)</sup>**, con el código opcional de morfología **M9470/3 Meduloblastoma NEOM<sup>(1)</sup>**.

Como procedimiento, para clasificar el trasplante de médula ósea, es preciso buscar en la H<sup>a</sup>. Cl. el tipo; en caso de no disponer de esa información se clasificará como **41.04 Trasplante de médula ósea, no especificado de otra manera<sup>(2)</sup>**.

#### ENTRADAS:

<sup>(1)</sup> Pág. 476 IE

**Meduloblastoma (M9470/3)**

- sitio especificado - véase Neoplasia, por sitio, maligna
- sitio no especificado 191.6



**(2) Pág. 509 IP**

**Trasplante, trasplantación**

- hueso (*véase además* Injerto, hueso) 78.00

- - médula 41.00

- - - . . .

Observación: No se acude a la entrada **Injerto**, hueso a la que nos envía la referencia cruzada *véase además*, ya que dicho término no se refiere al concepto de trasplante de médula ósea que se quiere clasificar.

**Fichas relacionadas:**

- Pregunta a la Unidad 4.1

- Pregunta a la unidad 8.2

## Pregunta a la Unidad 4.4

### PREGUNTA:

Uso del código V71.1 (Observación para presunta neoplasia maligna).

### RESPUESTA:

El código **V71.1 Observación por presunta neoplasia maligna**<sup>(1)</sup>, se emplea para clasificar aquellos episodios de hospitalización en los que se especifica como motivo de ingreso la sospecha de neoplasia maligna y en los que, tras las oportunas pruebas diagnósticas, ésta queda descartada.

Los códigos de la categoría **V71.x Observación y evaluación de presuntas enfermedades no encontradas** sólo se pueden utilizar como diagnóstico principal y no podrán aparecer como diagnóstico secundario.

En el caso de que se confirme la sospecha, se codificará como diagnóstico principal la neoplasia en cuestión.

### 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
- - - - neoplasia maligna V71.1



(1-b) Pág. 550 IE

**Observación** (por) V71.9

- presunción de (no comprobado) (no diagnosticado)
- - neoplasia
- - - maligna V71.1

**Fichas relacionadas:**

- Pregunta a la Unidad 0.23
- Pregunta a la Unidad 1.1
- Pregunta a la Unidad 1.6
- Pregunta a la Unidad 4.5
- Pregunta a la Unidad 6.10



## Pregunta a la Unidad 4.5

### PREGUNTA:

Paciente con sospecha de hipersomnias - apnea del sueño, ingreso en la UCI para realización de polisomnografía. Durante la monitorización no se observan episodios de apnea. Diagnósticos al alta: NO APNEA, HIPERTROFIA DE AMÍGDALAS Y ADENOIDES. ¿Es correcto el código V71.8 como diagnóstico principal?

### RESPUESTA:

Tal y como está redactada la pregunta remitida no se dispone de información sobre si la hipertrofia de amígdalas y adenoides ya estaba diagnosticada previamente, o ha sido diagnosticada en este mismo ingreso, detalle que puede determinar la asignación de códigos:

- si el diagnóstico de hipertrofia de amígdalas y adenoides era previo al ingreso, se debe considerar que el ingreso ha sido por sospecha de una patología que se ha descartado al alta, por lo que se clasificará:

**DxP: V71.8 Observación para otras presuntas enfermedades especificadas<sup>(1)</sup>**

**DxS: 474.10 Hipertrofia de amígdalas con adenoides<sup>(2)</sup>**

- si el diagnóstico de hipertrofia de amígdalas y adenoides se realiza en este ingreso y se considera la causa de la sintomatología del paciente, se clasificará dicha hipertrofia como diagnóstico principal:

**DxP: 474.10 Hipertrofia de amígdalas con adenoides<sup>(2)</sup>**



## 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
- - - - enfermedad especificada NCOC V71.8

(1-b) Pág. 550 IE

### **Observación** (por) V71.9

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

(2) Pág. 389 IE

### **Hipertorfia, hipertrófico**

- amigdalar (faucial) (infecciosa) (lingual) (linfoide) 474.11
- - y adenoides 474.10

## Fichas relacionadas:

- Formación Continuada 3.7
- Formación Continuada 6.3
- Pregunta a la Unidad 0.23
- Pregunta a la Unidad 1.1
- Pregunta a la Unidad 1.6
- Pregunta a la Unidad 4.4
- Pregunta a la Unidad 6.10

PREGUNTAS  
A LA UNIDAD



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



## Pregunta a la Unidad 4.6

### PREGUNTA:

Tromboembolismo pulmonar por tromboflebitis. ¿Cuál es el diagnóstico principal?.

### RESPUESTA:

En general, en un tromboembolismo pulmonar por tromboflebitis en el que se tiene documentada tan claramente una relación causal, se debe clasificar como diagnóstico principal la tromboflebitis y como diagnóstico secundario el tromboembolismo pulmonar.

DxP: **451.x Flebitis y tromboflebitis**<sup>(1)</sup>

DxS: **415.19 Otro embolismo pulmonar e infarto**<sup>(2)</sup>

Ahora bien, si en el expediente clínico no se puede documentar claramente la relación causa-efecto entre la tromboflebitis y el tromboembolismo pulmonar (no se pueden considerar etiología y manifestación) y el motivo de ingreso es el tromboembolismo pulmonar, entonces éste será el DxP:

DxP: **415.19 Otro embolismo pulmonar e infarto**<sup>(2)</sup>

DxP: **451.x Flebitis y tromboflebitis**<sup>(1)</sup>

### ENTRADAS:

<sup>(1)</sup> Pág. 748 IE

**Tromboflebitis** 451.9

- . . .



(2-a) Pág. 748 IE

**Tromboembolia** - véase Embolia

(2-b) Pág. 237 IE

**Embolia, embolismo** (séptico) 444.9

- pulmonar (arteria) (vena) 415.19

- - - . . .

### Fichas relacionadas:

- Formación Continuada 5.4
- Formación Continuada 6.6

## Pregunta a la Unidad 4.7

### PREGUNTA:

Paciente que requiere varias intervenciones en diferentes admisiones en el hospital para tratamiento de su condición. ¿Cual sería el diagnóstico principal después de haber sido tratado por primera vez?. ¿Se codificaría su patología primaria? y, de ser así, ¿en qué orden?. ¿Habría que asignar un código en procedimientos quirúrgicos que reflejase la segunda etapa de la intervención?

### RESPUESTA:

Cuando el tratamiento quirúrgico de una enfermedad se establece en varios tiempos, se clasificará como diagnóstico principal en cada uno de los ingresos que requiera cada tiempo quirúrgico, el código de dicha enfermedad.

En lo que a procedimientos se refiere, se codificará el procedimiento quirúrgico que corresponda a lo realizado en cada tiempo, independientemente de que el código asignado refleje o no que se trata de un primer o segundo tiempo de una intervención.

### ENTRADAS:

#### Fichas relacionadas:

- Pregunta a la Unidad 4.2

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



PREGUNTAS  
A LA UNIDAD

## Pregunta a la Unidad 4.8

### PREGUNTA:

Ingreso por isquemia aguda debida a trombosis. Durante el ingreso se realiza trombectomía y posteriormente sufre nueva trombosis, independiente de la anterior y que no es consecuencia de complicación alguna. ¿Deben repetirse los códigos 444.22?.

### RESPUESTA:

Sí, deben repetirse los códigos para clasificar como diagnóstico secundario esa nueva trombosis:

DxP: **444.22 Embolia y trombosis de arterias de las extremidades inferiores<sup>(1)</sup>**

DxS: **444.22 Embolia y trombosis de arterias de las extremidades inferiores<sup>(1)</sup>**

### ENTRADAS:

<sup>(1)</sup> Pág. 749 IE

**Trombosis, trombótico** (marásmica) (múltiple) (progresiva) (séptica) (vena) (vaso) 453.9

- arteria(s) (posinfecciosa) 444.9

- - extremidades 444.22

- - - inferior 444.22

### Fichas relacionadas:

- Formación Continuada 4.1

- Formación Continuada 4.4

- Formación Continuada 6.6

- Pregunta a la Unidad 4.6

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



PREGUNTAS  
A LA UNIDAD

## Pregunta a la Unidad 4.9

### PREGUNTA:

Ingreso de paciente diagnosticado de linfoma gástrico. El índice alfabético indica codificar 202.8x más morfología. ¿Qué código se debe asignar al linfoma gástrico?. ¿Qué dígito se debe poner?. ¿Se tiene que poner la morfología y el código de neoplasia por sitio?.

### RESPUESTA:

El linfoma gástrico, al tratarse de un linfoma extraganglionar, se clasifica añadiendo un quinto dígito 0 al código de linfoma que le corresponda según su tipo en la clasificación general (200-202). Indicar la morfología del tumor mediante un código M es optativo para cada centro.

DxP: **202.80**      **Otros linfomas, sitio no especificado, extranodal y órganos sólidos excepto bazo**<sup>(1)</sup>

DxS: **M9590/3**      **Linfoma maligno NEOM**<sup>(1)</sup>

### ENTRADAS:

<sup>(1)</sup> Pág. 456 IE

**Linfoma** (maligno) (M9590/3) 202.8

*Nota - Emplear la siguiente sub clasificación de quinto dígito con las categorías 200-202:*

- 0 sitio no especificado
- 1 nódulos linfáticos de la cabeza, cara y cuello
- 2 nódulos linfáticos intratorácicos
- 3 nódulos linfáticos intraabdominales
- 4 nódulos linfáticos de la axila y miembro superior



- |   |   |
|---|---|
| 5 | <i>nódulos linfáticos de la región inguinal y de miembro inferior</i> |
| 6 | <i>nódulos linfáticos intrapelvianos</i>                              |
| 7 | <i>bazo</i>   |
| 8 | <i>nódulos linfáticos de múltiples sitios</i>                         |

- . . .

### **Fichas relacionadas:**

- Formación Continuada 3.5
- Pregunta a la Unidad 4.1



## Pregunta a la Unidad 4.10

### PREGUNTA:

Ingreso por conmoción cerebral más herida complicada (scalp). El motivo de la pregunta es que el código 850.x: Contusión excluye los códigos 870.0-873.9: Herida abierta de cabeza sin lesión intracraneal. ¿Incluye el código 850.x las heridas, a pesar de ser complicadas o deben ponerse en estos casos los códigos 850.x y 870.0-873.9 conjuntamente?.

### RESPUESTA:

Deben ponerse ambos.

En efecto, la sección LESIÓN INTRACRANEAL, SALVO AQUELLAS CON FRACTURA DE CRÁNEO (850-854), excluye las heridas abiertas de cabeza sin lesión intracraneal (870.0 - 873.9). El significado de este *excluye* es que el concepto de herida abierta sin lesión intracraneal se encuentra en los códigos 870.0-873.9, pero no que no se puedan utilizar juntos. Por este motivo, cuando en un mismo caso se dan ambas condiciones, heridas y conmoción, deben utilizarse ambos códigos.

Como norma general, la nota "Excluye" se refiere a los términos clínicos no incluidos en ese código. En ningún caso tiene la consideración de que los códigos afectados sean mutuamente excluyentes.

De este modo, el caso al que se refiere la pregunta se debe clasificar como sigue:

DxP: **850.9 Contusión, con contusión no especificada**<sup>(1)</sup>

DxS: **873.1 Herida en cuero cabelludo, herida complicada**<sup>(2)</sup>

Observación: Si bien la redacción del descriptor de la categoría **850 Contusión** y de la subcategoría **850.9 Con contusión no especificada** resultan desafortunadas y poco explícitas, si acudimos a la página 780 de la Lista Tabular, comprobaremos



que ambos se encuentran en la sección LESIÓN INTRACRANEAL, SALVO AQUELLAS CON FRACTURA DE CRANEO (850-854) y que la categoría 850 incluye la conmoción cerebral.

## **ENTRADAS:**

**(1-a) Pág. 153 IE**

### **Conmoción** (actual)

- cerebral (sin fractura craneal) (*véase además* Concusión, cerebro) 850.9
- cerebro (*véase además* Concusión, cerebro) 850.9

Observación: Por un problema de inconsistencia en la traducción de diferentes partes del IE, el concepto inglés “concusion” se ha traducido de manera diferente en la referencia cruzada que como término principal, de manera que si, atendiendo a la referencia cruzada de esta entrada acudimos al término principal **Concusión**, no lo encontraremos, ya que ha sido traducido como **Contusión**. Este es el motivo por el que en el IE, en las páginas 156 y 157 aparecen dos términos principales **Contusión**, con modificadores esenciales diferentes: el primero corresponde a la traducción del concepto inglés “Concusión” y el segundo a la de “Contusión”.

**(1-b) Pág. 156 IE**

### **Contusión** (actual) 850.9

- cerebral *véase* Concusión, cerebro
- cerebro o cerebral (sin fractura craneal) 850.9
- - con
- - - . . .

**(2) Pág. 370 IE**

**Herida, abierta** (arma de fuego) (con hemorragia inicial no interna) (cortante) (disección) (incisa) (laceración) (instrumento cortante o punzante) (penetrante) (perforante) (punción) 879.8

*Nota - Para heridas con fractura abierta, véase Fractura.*

*Para laceración, rotura traumática, herida penetrante o desgarradora de órganos internos tales como corazón, pulmón, hígado, riñón, órganos pélvicos, etc., acompañada o no de herida abierta o fractura en la misma región, véase Traumatismo interno.*

*Para heridas contusas, véase Contusión.*

*Para traumatismos por aplastamiento véase Aplastamiento. Para abrasión, picadura de insectos (no venenosos), ampollas o arañazos, véase Traumatismo superficial.*

*Incluye heridas complicadas con*  
*cuerpo extraño*  
*cicatrización retardada*  
*infección primaria*  
*tratamiento retardado*

*Para efecto tardío de herida abierta véase Tardío, efecto, herida, abierta, por sitio*

- cuero cabelludo 873.0

- - complicada 873.1

**Observación:** En la nota del término principal **Herida, abierta**, existen dos errores tipográficos: donde figura "... acompañada o no de herida abierta..." debería figurar "...acompañada o no de herida abierta..."; y donde figura "...Para efecto tardío de herida abierta véase cardío, efecto..." debería figurar "...Para efecto tardío de herida abierta véase Tardío, efecto...".



**Fichas relacionadas:**

- Formación Continuada 3.6
- Pregunta a la Unidad 1.8
- Pregunta a la Unidad 6.12

## Pregunta a la Unidad 4.11

### PREGUNTA:

¿Cual es la forma correcta de codificar un Neumotórax yatrogénico como complicación producida por una punción transparietal?

### RESPUESTA:

A la hora de clasificar un neumotórax como complicación de un procedimiento quirúrgico, ya sea debido a una punción o no, lo codificaremos como **512.1 Neumotórax iatrogénico**<sup>(1)</sup>, seguido del código E que corresponda a la causa del mismo (infortunio o reacción anormal a un procedimiento correctamente realizado).

A este respecto, es preciso recordar que no todas las complicaciones de procedimientos médicos o quirúrgicos se clasifican con códigos de la sección COMPLICACIONES DE CUIDADOS QUIRÚRGICOS Y MÉDICOS NO CLASIFICADOS BAJO OTROS CONCEPTOS (996-999), sino que muchas se encuentran clasificadas bajo otros conceptos dentro del capítulo correspondiente al aparato afectado, como es el caso del neumotórax yatrogénico.

### ENTRADAS:

<sup>(1)</sup> Pág. 541 IE

- Neumotórax** (agudo) (crónico) 512.8
- debido a traumatismo operatorio de la pared torácica o pulmón 512.1
  - - punción o laceración accidental 512.1
  - yatrogénico 512.1



**Fichas relacionadas:**

- Formación Continuada 4.2
- Pregunta a la Unidad 0.17
- Pregunta a la Unidad 7.5