

Pregunta a la Unidad 5.1

PREGUNTA

Paciente que ingresa por Diástasis de los Rectos, siendo intervenido quirúrgicamente con reparación de la fascia de los rectos e inserción de malla de Prolene en pared abdominal.

¿La inserción de malla de Prolene se codifica de forma específica?.

RESPUESTA

La secuencia de códigos sería:

DxP: **728.84 Diástasis muscular**⁽¹⁾

Pr.: **83.65 Otra sutura de músculo o fascia**⁽²⁾

83.82 Injerto de músculo o fascia⁽³⁾

ENTRADAS:

(1) Pág. 206 IE

Diastasis

- recto (abdomen) 728.84

- - - - -

(2) Pág. 482 IP

Reparación

- diástasis del recto 83.65

(3) Pág. 486 IP

Reparación

- músculo NCOC 83.87

- - por

- - - injerto o implante (fascia) (músculo)

- - - - -



Observación: para poder clasificar la inserción de la malla de Prolene, se ha considerado a ésta como un implante muscular.

Fichas relacionadas:

- Formación Continuada 3.4
- Pregunta a la Unidad 4.2



Pregunta a la Unidad 5.2

PREGUNTA

Paciente que ingresa el día 17-1-96 hasta el 21-2-96 (éxitus), en Cirugía Cardiovascular por IAM Anterior y Lateral y Aneurisma Cardíaco e intervenido quirúrgicamente de Doble Bypass Aortocoronario por Cirugía Extracorpórea y Aneurismectomía Cardíaca, siendo trasladado a la UCI para seguimiento posterior. Dada la evolución tiene varios ingresos en UCI hasta su fallecimiento.

¿Los IAM de localización extensa que abarcan a más de un código de subcategoría se rigen por el principio de codificación múltiple?.

¿Cual sería la indización y codificación de este episodio?.

RESPUESTA

En efecto, los IAM de localización extensa que abarca más de un código de subcategoría, se rigen por el principio de codificación múltiple, de modo que será preciso añadir tantos códigos de la categoría **410.xx Infarto agudo de miocardio** como localizaciones diferentes se vean afectadas por el infarto.

Según los datos aportados en la pregunta, el motivo del ingreso es el IAM anterolateral:

DxP: 410.01 Infarto agudo de miocardio, de la pared anterolateral, episodio de atención inicial⁽¹⁾

Sin embargo, a la hora de codificar los diagnósticos secundarios, la redacción de la pregunta resulta insuficiente, ya que no aporta información sobre la localización del aneurisma cardíaco ni si éste ya existía previamente a la aparición del infarto o no. De este modo, las diferentes situaciones que se pueden dar y que el codificador debe documentar son:

- si el aneurisma se localiza en la misma zona del infarto anterolateral y ha aparecido a raíz del infarto, dicho aneurisma queda



incluido en el código del IAM **410.01 Infarto agudo de miocardio, de la pared anterolateral**⁽²⁾

- si el aneurisma se localiza en la misma zona del infarto anterolateral, pero se documenta que ya existía previamente a éste (no se ha formado a causa del IAM), se codificará como:

DxP: **410.01 Infarto agudo de miocardio, de la pared anterolateral, episodio de atención inicial**⁽¹⁾

DxS: **414.10 Aneurisma cardíaco (pared)**⁽³⁾

- si el aneurisma tiene una localización diferente a la del IAM (es decir, se documenta que no tiene ninguna relación con dicho IAM), son dos patologías diferentes:

DxP: **410.01 Infarto agudo de miocardio, de la pared anterolateral, episodio de atención inicial**⁽¹⁾

DxS: **414.10 Aneurisma cardíaco (pared)**⁽³⁾

ENTRADAS:

(1) Pág. 411 IE

Infarto

- miocardio, miocárdico (agudo o de una duración indicada de 8 semanas o menos) (con hipertensión)
410.9

Nota - Use la subclasificación de quinto dígito con la categoría 410:

0 episodio no especificado

1 episodio inicial

2 episodio subsiguiente sin recurrencia

- - anterolateral (pared) 410.0



(2-a) Pág. 46 IE

- Aneurisma** (anastomótico) (arterial) (cirsoide) (difuso) (falso) (fusiforme) (múltiple) (rupturado) (sacular) (varicoso) 442.9
- corazón (crónico o con una duración declarada de más de 8 semanas) (infeccioso) (pared) 414.10
 - - agudo o con una duración declarada de 8 semanas o menos (*véase además* Infarto, miocardio) 410.9

(2-b) Pág. 411 IE

Infarto

- miocardio, miocárdico (agudo o de una duración indicada de 8 semanas o menos) (con hipertensión) 410.9

Nota - Use la subclasificación de quinto dígito con la categoría 410:

- 0 episodio no especificado*
- 1 episodio inicial*
- 2 episodio subsiguiente sin recurrencia*

- - anterolateral (pared) 410.0

(3) Pág. 46 IE

- Aneurisma** (anastomótico) (arterial) (cirsoide) (difuso) (falso) (fusiforme) (múltiple) (rupturado) (sacular) (varicoso) 442.9
- corazón (crónico o con una duración declarada de más de 8 semanas) (infeccioso) (pared) 414.10
 - - . . .



Fichas relacionadas:

- Formación Continuada 2.2
- Pregunta a la Unidad 2.3

Pregunta a la Unidad 5.3

PREGUNTA

La anemia hemolítica de origen vírico ¿como se codifica?

RESPUESTA

En la 3ª edición de la CIE-9-MC existe un código para las anemias hemolíticas infecciosas (ver entrada del IE), al que será preciso añadir como DxS el código de la infección que la ha provocado. De este modo, deberán utilizarse los códigos:

DxP: **283.19 Otras anemias hemolíticas no autoinmunes**⁽¹⁾

DxS: **079.99 Infección viral inespecífico**⁽²⁾

ENTRADAS:

(1) Pág. 42 IE

Anemia 285.9
- hemolítica 282.9
- - adquirida 283.9
- - - infecciosa 283.19
- - - - -

(2) Pág. 422 IE

Infección, infectado, infeccioso (oportunista) 136.9
- virus, viral, vírica 079.99
- - - - -



Fichas relacionadas:

- Formación Continuada 7.4
- Pregunta a la Unidad 7.5



Pregunta a la Unidad 5.4

PREGUNTA

En las admisiones, ya sea por Complicación Postoperatoria, o para tratamiento profiláctico de trasplantes (inmunoterápicos y/o gammaglobulinas), o bien por Enfermedad Injerto Contra huésped de paciente trasplantado de médula ósea por Leucemia aguda Linfoblástica, en la que no se menciona su situación de recidiva o remisión.

Duda: La situación de Leucemia aguda Linfoblástica se entiende como historia de... (V10.61), o como Leucemia aguda Linfoblástica actual (204. 0X).

RESPUESTA

En los casos descritos no se puede usar el concepto de "historia de ..." ya que la enfermedad continúa siendo tratada. Por tanto, habrá que emplear un código de la subcategoría **204.0x Leucemia linfoide, aguda**⁽¹⁾, opcionalmente acompañado del código de morfología **M9821/3 Leucemia linfoide aguda**⁽¹⁾.

El uso del 5º dígito 1 "en remisión" sólo se empleará en caso de que el clínico especifique de forma clara que el proceso está en dicha fase.

El hecho de que no pueda documentarse si la leucemia está en remisión o no, no supone una duda de codificación, sino una ausencia de información en la historia clínica que debe subsanarse consultando al facultativo y educándole en la conveniencia de que documente ese aspecto para una correcta codificación.



ENTRADAS:

(1) Pág. 452 IE

Leucemia, leucémico (congénita) (M9800/3) 208.9

Nota - Emplear la siguiente subclasificación de quinto dígito con las categorías 203-208:

0 sin mención de remisión

1 con remisión

- linfoblástica (M9821/3) 204.0

Fichas relacionadas:

- Formación Continuada 6.4

Pregunta a la Unidad 5.5

PREGUNTA

Los casos de Recién Nacidos con alto riesgo infeccioso que ingresan por sospecha de enfermedad transmitida por infección de la madre durante el embarazo, como el ejemplo actual, ya sea infección VIH, sífilis, que tras estudio es descartada. ¿Como se codifican?

RESPUESTA

En la nueva 3ª edición de la CIE-9-MC (vigente a partir del 1 de enero de 1997), aparece una nueva categoría **V29.x Observación y evaluación de recién nacidos y niños por sospecha de enfermedades no encontradas** para recoger aquellos casos de recién nacidos durante el período neonatal (primeros 28 días de vida) en los que se sospecha la presencia de alguna condición anormal como resultado de la exposición al embarazo o nacimiento, pero sin signos o síntomas, y que, después de ser examinados y observados, no fue encontrada.

En concreto, en este caso, dado que la enfermedad que se sospecha y descarta es infecciosa, se clasificará con el **V29.0 Observación por sospecha de enfermedades infecciosas**⁽¹⁾.

ENTRADAS:

⁽¹⁾ Pág. 550 IE

Observación (por) V71.9

- presunción de (no comprobado) (no diagnosticado)

-- enfermedad NCOC V71.8

--- recién nacido V29.9

---- infecciosa V29.0

Fichas relacionadas:

3ª ed. CIE-9-MC
(1 de enero 1997)

Pregunta a la Unidad 5.5 / **pág. 1**
Septiembre 1998



- 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 4.5
- Pregunta a la Unidad 6.10

Pregunta a la Unidad 5.6

PREGUNTA

¿La malformación arteriovenosa de tipo aneurismático, no congénita del cono medular, en que código se clasifica?.

Aneurisma - arteriovenoso - adquirido 447.0

Aneurisma - espinal (médula) 442.89

RESPUESTA

De la lectura de los informes enviados para documentar la pregunta, no se desprende que la malformación arteriovenosa sea “no congénita”, por lo que podemos emplear la entrada “Malformación” del IE, que nos lleva al código **747.82 Anomalía de los vasos espinales**⁽¹⁾.

No obstante, en el caso de que se pudiera documentar que fuera adquirido el código correcto sería **447.0 Fístula arteriovenosa adquirida**⁽²⁾.

ENTRADAS:

(1-a) Pág. 470 IE

Malformación (congénita) - véase además Anomalía

- ...

(1-b) Pág. 50 IE

Anomalía, anómalo (congénita) (tipo no especificado)

759.9

- arteriovenosa (congénita) (periférica) NCOC 747.60

- - espinal 747.82



(2) Pág. 45 IE

- Aneurisma** (anastomótico) (arterial) (cirsoide) (difuso)
(falso) (fusiforme) (múltiple) (rupturado) (sacul-
lar) (varicoso) 442.9
- arteriovenoso (congénito) (periférico) (*véase además*
Anomalía, arteriovenosa) 747.60
 - - adquirido 447.0

Fichas relacionadas:

- Formación Continuada 7.1
- Pregunta a la Unidad 7.4



Pregunta a la Unidad 5.7

PREGUNTA

En referencia al parto domiciliario con éxitus fetal, caso por otra parte que aparece en el último boletín, se indica que si se da complicación, debe codificarse con el quinto dígito "4" lo que es imposible dado que el dígito "4" no existe "656.44".

RESPUESTA

La categoría **656.xx Otros problemas fetales y de placenta que afectan al tratamiento de la madre** sólo se debe usar en caso de que el problema fetal afecte al tratamiento de la madre. Este no parece el caso.

En los partos extraclínicos, si no existe ninguna complicación y la madre es ingresada para recibir los cuidados postparto habituales se debe asignar el código **V24.0 Cuidados y examen postparto, inmediatamente después del parto**⁽¹⁾. En caso de existir alguna complicación que conlleve unos cuidados diferentes de la madre se asignará el código del capítulo 11 correspondiente a la complicación, con 5º dígito 4.

En ninguna de estas circunstancias se emplearán códigos de la categoría **V27.x Resultado del parto**, puesto que el nacimiento no se ha producido en el hospital.

ENTRADAS:

⁽¹⁾ Pág. 167 IE

Cuidado (de)

- posparto
- - inmediatamente después del parto V24.0



Fichas relacionadas:

- Formación Continuada 6.5
- Formación Continuada 7.6
- Formación Continuada 8.1
- Pregunta a la Unidad 1.5
- Pregunta a la Unidad 8.5
- Pregunta a la Unidad 8.9

Pregunta a la Unidad 5.8

PREGUNTA

En el caso de la sobredosis por droga, si utilizamos el índice alfabético y posteriormente el volumen 1, nos encontramos la exclusión de los códigos correspondientes a la dependencia, en cambio si utilizamos el programa 3M HIS (recomendado por el Ministerio) se codifican. Por ello la consulta que realizamos es: ¿qué método deberemos utilizar?.

RESPUESTA

Esta unidad no tiene constancia oficial de que el Ministerio haya recomendado ningún programa en particular, en todo caso esta recomendación ha podido ser realizada por el INSALUD, para los hospitales de su ámbito de gestión. De todos modos, las normas establecidas desde la Unidad Técnica deben ser seguidas, independientemente de las herramientas empleadas como apoyo a la codificación.

En cuanto al caso concreto objeto de la consulta, es cierto que en la sección ENVENENAMIENTO POR DROGAS, SUSTANCIAS MEDICAMENTOSAS Y SUSTANCIAS BIOLÓGICAS (960-979) de forma reiterada aparece una nota de exclusión, tanto al inicio de la sección como en diferentes categorías (965, 967, 968, 969), referente al abuso de drogas sin dependencia y a la dependencia de dicha droga. Sin embargo, es preciso tener en cuenta que las notas *Excluye* no siempre indican una exclusión absoluta o una incompatibilidad de códigos, sino que pretenden reflejar que el código excluido no recoge completamente el concepto en cuestión, sin que ello implique necesariamente que dicho código no pueda ser usado como adicional si ello clarifica o completa la información que pretendemos clasificar.



En el caso de admisiones por sobredosis utilizaremos el código adecuado de la sección antes referida en su secuencia correcta. (código de envenenamiento externa + manifestación/es + código E de causa).

Si existe constancia de dependencia o de abuso sin dependencia, estos códigos se utilizarán como complementarios. Si no existe abuso o dependencia no deben ser empleados. Por ejemplo: Paciente adicto a la heroína, ingresado por sobredosis accidental de heroína con coma.

DxP: **965.01 Envenenamiento por heroína**⁽¹⁾

DxS: **780.01 Coma**⁽²⁾

E850.0 Envenenamiento accidental por heroína⁽³⁾

304.01 Dependencia de tipo opioide, continua⁽⁴⁾

ENTRADAS:

(1) Pág. 837 TFSQ

Heroína 965.01

[1ª columna = Envenenamiento]

(2) Pág. 141 IE

Coma 780.01

- . . .

(3) Pág. 837 TFSQ

Heroína E850.0

[2ª columna = Accidente]

(4-a) Pág. 22 IE

Adicción - véase además Dependencia

- heroína 304.0



(4-b) Pág. 188 IE

Dependencia (a)

Nota - Emplear la siguiente subclasificación de quinto dígito con la categoría 304:

- 0 sin especificar*
- 1 continuo*
- 2 episódico*
- 3 en vías de remisión*

- heroína 304.0

- - . . .

Fichas relacionadas:

- Formación Continuada 1.10
- Formación Continuada 4.7
- Pregunta a la Unidad 0.10
- Pregunta a la Unidad 0.13
- Pregunta a la Unidad 0.14



Pregunta a la Unidad 5.9

PREGUNTA

Ingreso por desgarro de recto no traumático, ¿qué código debemos utilizar para dicha patología?

RESPUESTA

El código a emplear es el **569.49 Otros trastornos especificados rectales y anales, otros**⁽¹⁾.

En general, para clasificar aquellos desgarros no traumáticos de estructuras internas, en la actual edición, resulta más adecuado acceder mediante el término principal Ruptura que mediante el término Desgarro.

ENTRADAS:

⁽¹⁾ Pág. 664 IE

Ruptura, roto 553.9

- recto 569.49

- - - -

Fichas relacionadas:

- Formación Continuada 5.1



Pregunta a la Unidad 5.10

PREGUNTA

¿En el caso de coexistir en un mismo ingreso Infarto Cerebral y Hemorragia cerebral secundaria, deben codificarse ambos por separado o con uno de ellos incluimos al otro?.

RESPUESTA

Siempre que el facultativo documente que la hemorragia cerebral secundaria ha tenido relevancia clínica suficiente (o haya requerido cuidados o tratamiento específicos), será preciso clasificar ambos procesos, empleando tantos códigos de la sección ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR (430 -438) como sean necesarios (obviamente, evitando la categoría **436 Enfermedad cerebrovascular aguda mal definida**, que sólo se debe emplear cuando no se disponga de información más específica).

De este modo, suponiendo que en el caso que nos ocupa se documenta la relevancia de la hemorragia cerebral, se clasificaría:

DxP: **434.91 Oclusión de arteria cerebral no especificada, con infarto cerebral**⁽¹⁾

DxS: **431 Hemorragia intracerebral**⁽²⁾

No se clasificarán ambos procesos cuando no se pueda documentar esa relevancia clínica, por ejemplo, como ocurre en expresiones diagnóstica tales como “infarto cerebral hemorrágico”, que se clasificaría únicamente con el código del infarto cerebral.



ENTRADAS:

(1) Pág. 411 IE

Infarto

- cerebro (tronco) 434.91

- - . . .

(2) Pág. 360 IE

Hemorragia, hemorrágico (no traumática) 459.0

- cerebro (miliar) (no traumática) 431

- - . . .

Fichas relacionadas:

- Formación Continuada 2.5
- Formación Continuada 3.1
- Formación Continuada 4.3
- Pregunta a la Unidad 5.10
- Pregunta a la Unidad 6.14
- Pregunta a la Unidad 6.18

Pregunta a la Unidad 5.11

PREGUNTA

¿En el caso de la hipertensión arterial con manifestaciones sistémicas debe codificarse la misma como benigna o como maligna?. Consultado el Sº de Nefrología de nuestro hospital la respuesta ha sido que salvo en las ocasiones que se especifiquen como malignas (diagnóstico Anatomopatológico) deberá codificarse como benigna.

RESPUESTA

La CIE-9-MC sólo recoge una situación en la que la hipertensión debe ser codificada como maligna sin que se documente específicamente tal condición. Esto es cuando la misma es etiquetada como necrotizante (ver alfabético).

En el resto de casos la hipertensión sólo podrá ser clasificada como maligna cuando el clínico lo haya establecido de forma clara y se pueda documentar en el expediente.

Cuando existe una hipertensión maligna el hecho suele estar reflejado en el diagnóstico, pero no ocurre lo mismo con lo hipertensión benigna, puesto que la condición de benigna suele ser omitida por el clínico. Aun así toda hipertensión no catalogada como benigna ni como maligna debe ser clasificada con 4º dígito 9. No especificada⁽¹⁾.



ENTRADAS:

(1) Pág. 386 IE

Hipertensión, hipertensiva (arteria) (arteriolar) (crisis) (degenerativa) (enfermedad) (esencial) (fluctuante) (idiopática) (incontrolada) (intermitente) (lábil) (ortostática) (paroxística) (primaria) (renina baja) (sistémica) (vascular). . .

.....

- . . .

[1ª columna: Maligna]; [2ª columna: Benigna];

[3ª columna: No especificada]

Fichas relacionadas:

- Formación Continuada 6.1
- Formación Continuada 6.9