

Pregunta a la Unidad 6.1

PREGUNTA

Paciente portador de válvula de derivación ventrículo-peritoneal, al que se le recambia la válvula. El diagnóstico: “válvula corta”, que es la causa del recambio en este caso, ¿se considera complicación mecánica de dispositivo de sistema nervioso central? Durante el mismo ingreso se le recambia el extremo del catéter en la zona abdominal ¿qué código se le asigna?

RESPUESTA

En efecto, la válvula corta se considera como una complicación mecánica de dispositivo de sistema nervioso central. Por este motivo, los códigos precisos para clasificar este caso son:

DxP: **996.2 Complicación mecánica de dispositivo, implantación o injerto del sistema nervioso**⁽¹⁾

Pr: **02.42 Sustitución de derivación ventricular**⁽²⁾

En el caso de que también se le recambie el extremo del catéter abdominal, se debe añadir como segundo procedimiento el código **54.95 Incisión en peritoneo**⁽³⁾ (ver excluye categoría 02.4), ya que son dos tiempos quirúrgicos diferentes.

ENTRADAS:

⁽¹⁾ Pág. 145 IE

Complicación(es) (de) (por)

- mecánica(s)

-- dispositivo NCOC 996.59

--- sistema nervioso 996.2

(2) Pág. 498 IP

Sustitución

- catéter
- - derivación ventricular (cerebral) 02.42

(3) Pág. 493 IP

Revisión

- derivación
- - ventricular (cerebral) 02.42
- - ventrículoperitoneal
- - - a peritoneo 54.95
- - - a ventrículo 02.42

Fichas relacionadas:

- Pregunta a la Unidad 3.3
- Pregunta a la Unidad 3.6

Pregunta a la Unidad 6.2

PREGUNTA

Niño de 3 meses con malnutrición debido a la falta de nutrientes en la leche materna. Códigos y secuencias

RESPUESTA

No existe un código específico para clasificar la falta de nutrientes en la leche materna, por lo que este caso se codificará únicamente con el **263.9 Desnutrición proteico calórica no especificada**⁽¹⁾.

ENTRADAS:

⁽¹⁾ Pág. 200 IE

Desnutrición (calórica) 263.9

- . . .

Fichas relacionadas:

- Pregunta a la Unidad 0.6

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



PREGUNTAS
A LA UNIDAD

Pregunta a la Unidad 6.3

PREGUNTA

Paciente de dos meses de edad ingresado en UCI con síndrome de hipoventilación central congénita ¿cuál es el código correcto?

RESPUESTA

No existe entrada específica para la hipoventilación central congénita, pero este síndrome se puede equiparar a la insuficiencia respiratoria central (que sí dispone de entrada), con lo que se debe asignar al código **770.8 Otros problemas respiratorios después del nacimiento**⁽¹⁾.

Si bien el paciente ya no se puede considerar recién nacido por superar los 28 días de edad (tiene 2 meses), el hecho de que se califique la hipoventilación central como “congénita” nos da idea de que esta patología tuvo su origen en el período perinatal (no puede ser estrictamente congénita porque el feto no respira hasta después de nacer) y, tal y como dictan las normas generales de clasificación del capítulo **15. CIERTAS ENFERMEDADES CON ORIGEN EN EL PERIODO PERINATAL (760-779)**, se clasifican en sus códigos aquellas enfermedades originadas en dicho período, aunque la muerte o la enfermedad ocurran más tarde (ver Incluye del capítulo 15 en la página 691 de la Lista Tabular).

Esta Unidad Técnica no considera oportuno para clasificar este caso emplear el código **786.09 Disnea y alteraciones respiratorias, otro** al que nos lleva la entrada “Hipoventilación”, puesto que, al pertenecer al capítulo **16. SINTOMAS, SIGNOS Y ESTADOS MAL DEFINIDOS (780-799)**, resulta inadecuado como diagnóstico principal cuando existe una condición más específica para definir el proceso asistencial.



ENTRADAS:

(1) Pág. 304 IE

Fallo, fallido

- respiración, respiratorio 518.81
- - centro 348.8
- - - recién nacido 770.8

Fichas relacionadas:

- Pregunta a la Unidad 3.7
- Pregunta a la Unidad 7.3

Pregunta a la Unidad 6.4

PREGUNTA

Paciente de 8 años de edad ingresado en psiquiatría con el diagnóstico de potomanía ¿se clasifica dentro del código 307.59?

RESPUESTA

No existe en el IE el término principal **Potomanía** como tal, pero sí se puede acceder al código considerándola sinónimo de “ingestión de agua compulsiva”, que la CIE-9-MC clasifica en el **307.9 Otros síntomas o síndromes especiales y síntomas o síndromes no especificados, no clasificados bajo otros conceptos**⁽¹⁾.

ENTRADAS:

⁽¹⁾ Pág. 150 IE

Compulsión, compulsivo

- ingestión de agua NCOC (síndrome de) 307.9

Fichas relacionadas:

- Pregunta a la Unidad 1.13
- Pregunta a la Unidad 6.5

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



PREGUNTAS
A LA UNIDAD



Pregunta a la Unidad 6.5

PREGUNTA

Paciente ingresada en psiquiatría con diagnóstico de bulimarexia, ingresado actualmente con bulimia. En ingresos previos su diagnóstico fue anorexia. ¿Existe algún código que identifique la bulimarexia?

RESPUESTA

No existe un código único donde se pueda clasificar la bulimarexia, de modo que se deberá recurrir a la codificación múltiple, clasificando la bulimia en el código **307.51 Bulimia**⁽¹⁾ y la anorexia en el **307.1 Anorexia nerviosa**⁽²⁾.

ENTRADAS:

⁽¹⁾ Pág. 102 IE

Bulimia 783.6
- origen no orgánico 307.51

⁽²⁾ Pág. 59 IE

Anorexia 783.0
- nerviosa 307.1

Fichas relacionadas:

- Pregunta a la Unidad 1.13
- Pregunta a la Unidad 6.4

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



PREGUNTAS
A LA UNIDAD

Pregunta a la Unidad 6.6

PREGUNTA

¿Cómo se codifica el déficit de la colinesterasa plasmática?

RESPUESTA

La colinesterasa es una enzima, por lo tanto su carencia se clasificará en **277.6 Otros trastornos de enzimas circulatorias**⁽¹⁾.

ENTRADAS:

(1-a) Pág. 173 IE

Deficiencia - véase Carencia

(1-b) Pág. 117 IE

Carencia, carente

- enzimas, circulantes NCOC (véase además Carencia, por enzima específica) 277.6

Observación: No existe el modificador esencial “colinesterasa”, dentro del término principal **Carencia**, por lo que no es posible seguir la referencia cruzada “véase además” y debemos quedarnos con el código **277.6** propuesto.

Fichas relacionadas:

- Pregunta a la Unidad 3.2

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



PREGUNTAS
A LA UNIDAD

Pregunta a la Unidad 6.7

PREGUNTA

Paciente diagnosticado de gonartrosis de rodilla es intervenido realizándose sustitución de rodilla. El postoperatorio transcurre con signos inflamatorios y exudado positivo al estafilococo coagulasa negativo.

RESPUESTA

La información remitida no aporta detalle suficiente como para que el codificador pueda documentar si los signos inflamatorios y el exudado positivo constituyen para el facultativo una infección como complicación de la prótesis. De ser así, y documentada la relación causa-efecto entre la prótesis y la infección, se deberá codificar como secundario una complicación infecciosa de una prótesis ortopédica interna. Por otro lado, es preciso recordar que la gonartrosis, por defecto, se debe considerar como localizada, de modo que el caso quedaría clasificado como sigue:

DxP: 715.36 Osteoartritis localizada no especificada si es primaria o secundaria, pierna⁽¹⁾

DxS: 996.66 Reacción infecciosa e inflamatoria por dispositivo, implantación e injertos protésicos internos, por prótesis de articulación interna⁽²⁾

041.19 Infección bacteriana en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos y las de sitio no especificado, otros estafilococos⁽³⁾

Pr: 81.54 Sustitución total de rodilla⁽⁴⁾.

ENTRADAS:

Observación: Por error de imprenta, en la página 347 del IE, figura el término principal “*** Gonartrosis” sin letra negrita y precedido por 3 asteriscos, que no debe aparecer por no ser un término principal oficial de la CIE-9-MC, debiéndose emplear la entrada “**Osteoartrrosis**, localizada”.

(1) Pág. 560 IE

Osteoartrrosis (degenerativa) (hipertrófica) (reumatoide) 715.9

Nota - Emplear la siguiente subclasificación de quinto dígito con la categoría 715:

- 0 *sitio no especificado*
- 1 *región del hombro*
- 2 *brazo*
- 3 *antebrazo*
- 4 *mano*
- 5 *región pelviana y muslo*
- 6 *pierna*
- 7 *tobillo y pie*
- 8 *otros sitios especificados salvo columna vertebral*
- 9 *múltiples sitios*

- localizada 715.3

- - . . .

(2-a) Pág. 414 IE

Infección, infectado, infeccioso (oportunista) 136.9

- debida o como resultado de

- - dispositivo, implante o injerto (cualquiera) (presencia de) - véase Complicaciones, debida a (presencia de) cualquier dispositivo, implante o injerto clasificado bajo 996.0-996.5 NCOC

(2-b) Pág. 143 IE

Complicación(es) (de) (por)

- debida(s) a (presencia de) cualquier dispositivo, implante o injerto clasificado bajo 996.0-996.5 NCOC 996.7
- - con infección o inflamación - *véase además* Complicación(es), infección o inflamación, debida a (presencia de) algún dispositivo, implante o injerto clasificado en 996.0-996.5 NCOC 996.6

Observación: Por error tipográfico, no consta exactamente la referencia cruzada tal y como debería hacerlo, ya que falta el modificador esencial “infección e inflamación”, de modo que en lugar de:

“... - *véase además* Complicación(es), debida a (presencia de) algún dispositivo, implante o injerto clasificado en 996.0-996.5 NCOC 996.6”, debería decir:

“... - *véase además* Complicación(es), infección e inflamación, debida a (presencia de) algún dispositivo, implante o injerto clasificado en 996.0-996.5 NCOC 996.6”

Además, por error tipográfico, falta el código 996.6 en el modificador esencial “- - con infección o inflamación” del término principal **Complicación(es)**.

(2-c) Pág. 144 IE

Complicación(es) (de) (por)

- infección e inflamación
- - debida(s) a (presencia de) cualquier dispositivo, implante o injerto clasificado bajo 996.0-996.5 NCOC 996.60
- - - prótesis articular, interna 996.66

(3) Pág. 415 IE

Infección, infectado, infeccioso (oportunista) 136.9

- estafilocócica NCOC 041.10
- - especificada NCOC 041.19



(4) Pág. 499 IP

Sustitución

- rodilla (bicompartimental) (hemiarticulación) (parcial) (total) (tricompartimental) (unicompartimental) 81.54

Fichas relacionadas:

- Pregunta a la Unidad 0.12
- Pregunta a la Unidad 1.10
- Pregunta a la Unidad 3.2
- Pregunta a la Unidad 3.13

Pregunta a la Unidad 6.8

PREGUNTA

¿Cuál es el código para identificar la pancreatitis como de origen alcohólico, dado que ni en el informe adjunto ni en el resto de la documentación existe ninguna alusión a ingesta alcohólica, actual o antigua?

RESPUESTA

Dado que toda pancreatitis alcohólica precisa de un tiempo de evolución para que el alcohol dañe el páncreas, se considera como una pancreatitis crónica, de modo que por defecto se codificará como **577.1 Pancreatitis crónica**⁽¹⁾. No existe un código para relacionarla con el alcohol, en todo caso se podría añadir un código de la subcategoría **305.0x Abuso del alcohol**⁽²⁾, o de la **303.9x Otras dependencias alcohólicas y dependencias alcohólicas no especificadas**⁽³⁾, si se puede documentar en algún documento de la HC el abuso o la dependencia.

ENTRADAS:

⁽¹⁾ Pág. 567 IE

Pancreatitis 577.0
- crónica (infecciosa) 577.1
- - ...

⁽²⁾ Pág. 10 IE

Abuso
- alcohol (véase además Alcoholismo) 303.9
- - sin dependencia 305.0

3ª ed. CIE-9-MC
(1 de enero 1997)

Pregunta a la Unidad 6.8 / **pág. 1**
Septiembre 1998



(3) Pág. 186 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

- alcohol, alcohólica (etílico) (metílico) 303.9

- - - - -

Fichas relacionadas:

- Formación Continuada 4.2
- Pregunta a la Unidad 4.7
- Pregunta a la Unidad 5.8
- Pregunta a la Unidad 5.9
- Pregunta a la Unidad 6.20
- Pregunta a la Unidad 8.8

Pregunta a la Unidad 6.9

PREGUNTA

¿Cómo se codifica el que un paciente sea portador de una sonda urinaria permanente?

RESPUESTA

Como ya se respondió en la pregunta a la Unidad 6 del Boletín 2, no existe un código específico para clasificar la condición de un paciente que es portador de una sonda urinaria permanente. Sin embargo, dada la importancia de su recuperación, esta Unidad Técnica establece como código adecuado el **V47.4 Otros problemas urinarios⁽¹⁾**.

ENTRADAS:

⁽¹⁾ Pág. 613 IE

Problema (de) (con) V49.9
- urinario NCOC V47.4

Fichas relacionadas:

- Formación Continuada 4.5
- Pregunta a la Unidad 2.6

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



PREGUNTAS
A LA UNIDAD

Pregunta a la Unidad 6.10

PREGUNTA

Ingreso por sospecha, no confirmada al alta, de rotura prematura de membranas. ¿Qué código debe tener, el 658.13 ó la secuencia de códigos V71.8 y V22.2?

RESPUESTA

Si se documenta que la sospecha de rotura se ha descartado al alta, se deberá clasificar como DxP el código **V71.8 Observación para otras enfermedades especificadas**⁽¹⁾, utilizando adicionalmente el **V22.2 Estado de embarazo, incidental**⁽²⁾, para indicar que se trata de una paciente embarazada.

Sin embargo, si en un hipotético caso, la rotura prematura se confirma, el código correcto sería el correspondiente de la subcategoría **658.1x Ruptura prematura de membranas**⁽³⁾ (variando el 5º dígito según tenga lugar o no el parto en ese mismo ingreso).

ENTRADAS:

⁽¹⁾ Pág. 550 IE

Observación (por) V71.9

- presunción de (no comprobado) (no diagnosticado)

-- enfermedad NCOC V71.8

--- especificada NCOC V71.8



(2) Pág. 230 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*

- . . .

(3) Pág. 663 IE

Ruptura, roto 553.9

- membranas (espontánea)
- - prematura (menos de 24 horas antes del inicio del trabajo del parto) 658.1

- - - . . .

Fichas relacionadas:

- Formación Continuada 8.1
- Pregunta a la Unidad 1.1
- Pregunta a la Unidad 1.6
- Pregunta a la Unidad 4.5
- Pregunta a la Unidad 8.7

Pregunta a la Unidad 6.11

PREGUNTA

Paciente que ingresa para tratamiento quimioterápico, tiene un tumor de mama con metástasis en pulmón, tras estudios analíticos se decide posponer el tratamiento por valores bajos de leucocitos y neutrófilos. ¿Cuál es la opción correcta?

RESPUESTA

El hecho de que se haya decidido suspender el procedimiento por contraindicación no varía en modo alguno el que el motivo de contacto de ese paciente con el hospital haya sido la administración de quimioterapia y, por tanto éste deberá ser el diagnóstico principal. Por otro lado, se debe clasificar como diagnóstico secundario la circunstancia de que se ha suspendido el procedimiento para el que ingresó. De este modo, suponiendo que el facultativo documenta como leucopenia y neutropenia los valores analíticos bajos de la pregunta, el episodio quedaría clasificado como sigue:

- DxP: V58.1 Admisión para otros cuidados posteriores y cuidados posteriores no especificados, quimioterapia⁽¹⁾,**
DxS: 288.0 Agranulocitosis⁽²⁾,
174.9 Neoplasia maligna de mama (femenina), parte no especificada⁽³⁾,
197.0 Neoplasia maligna secundaria de pulmón⁽⁴⁾,
V64.1 Procedimiento quirúrgico o de otro tipo no realizado por contraindicación⁽⁵⁾.

ENTRADAS:

(1) Pág. 27 IE

Admisión (consulta)

- para
- - terapia
- - - quimioterapia NCOC V58.1
- - - - . . .

(2-a) Pág. 546 IE

Neutropenia, neutropénico (crónica) (cíclica) (esplénica) (esplenomegalia) (genética) (idiopática) (inducida por drogas) (infantil) (inmune) (maligna) (periódica) (perniciosa) (primaria) (tóxica) 288.0

- . . .

(2-b) Pág. 453 IE

Leucopenia 288.0

- . . .

Observación: Se han incluido las dos entradas **Neutropenia** y **Leucopenia**, para que se pueda apreciar como ambas se clasifican en el mismo código, por lo que sólo aparece una vez.

(3) Pág. 521 IE

Neoplasia, neoplásico

Nota-1. La lista que sigue a continuación proporciona los códigos numéricos por sitio anatómico. Para cada sitio existen seis codificaciones posibles, según la neoplasia en cuestión sea maligna, benigna, in situ, de comportamiento incierto o de naturaleza no especificada. La descripción de la neoplasia indicará a menudo cuál de las seis columnas es la apropiada; por ejemplo, melanoma maligno de la piel, fibroadenoma benigno de la mama, carcinoma in situ del cuello uterino.



Quando no se encuentran presentes tales calificativos, debe consultarse el resto del índice, ya que proporciona información sobre la columna conveniente para cada variedad morfológica (histológica) listada; por ejemplo, Mesonefroma - véase Neoplasia, maligna; Embrioma - véase además Neoplasia, comportamiento incierto; Enfermedad de Bowen - véase Neoplasia, piel, in situ. Sin embargo, la orientación suministrada por el índice podrá quedarse sin efecto en caso de que alguno de los calificativos mencionados más arriba se encontrase presente; por ejemplo, adenoma maligno del colon se codifica bajo 153.9 y no bajo 211.3, dado que el adjetivo “maligno” anula la entrada den el índice “Adenoma - véase además Neoplasia, benigna.

2. Los sitios marcados con un asterisco () (por ejemplo, “cara NCOC*”) deben clasificarse bajo la neoplasia maligna de la piel de dichos sitios si el tipo de neoplasia se corresponde a un carcinoma de células escamosas o un carcinoma epidermoide, y bajo neoplasia benigna de la piel de esos sitios si se trata de un papiloma (cualquier tipo).*

- mama (femenina) (partes blandas) (tejido conjuntivo)
(tejido glanular) 174.9

-- . . .

[1ª columna = maligna primaria]

(4) Pág. 529 IE

Neoplasia, neoplásico

- pulmón. 197.0

[2ª columna = maligna secundaria]

(5) Pág. 613 IE

Procedimiento (quirúrgico) no realizado NCOC V64.3

- a causa de

-- contraindicación V64.1



Fichas relacionadas:

- Formación Continuada 1.9
- Formación Continuada 2.9
- Formación Continuada 3.2
- Pregunta a la Unidad 2.10
- Pregunta a la Unidad 3.13
- Pregunta a la Unidad 6.16
- Pregunta a la Unidad 8.2

Pregunta a la Unidad 6.12

PREGUNTA

Ingreso por TCE más herida complicada (SCALP). El código 850.x 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 debe ponerse en estos casos los códigos 850.x y 870.x conjuntamente?

RESPUESTA

Esta misma duda se respondió en la Pregunta a la Unidad 4.10 (véase Boletín 4, pág. 20).

Deben utilizarse ambos códigos conjuntamente, de modo que la codificación correcta será:

DxP: 850.5 Contusión, con pérdida de conocimiento de duración no especificada⁽¹⁾ +

DxS: 873.1 Herida de cuero cabelludo, herida complicada⁽²⁾.

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 el que no puedan utilizarse 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.

ENTRADAS:

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 vene-

nosos), 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 cardio, 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 4.10

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



PREGUNTAS
A LA UNIDAD

Pregunta a la Unidad 6.13

PREGUNTA

¿Cómo codificar el efecto tardío de una enfermedad específica a la que el índice alfabético no te da acceso ni directa ni indirectamente como otra enfermedad especificada?. Ejemplo: Coxa vara como secuela de enfermedad de Perthes.

RESPUESTA

La Coxa vara se codificará en el **736.32 Coxa vara (adquirida)**⁽¹⁾, no existiendo en la CIE-9-MC código adicional alguno que nos pueda clasificar el que se trate de un efecto tardío de una enfermedad de Perthes.

En el supuesto caso de que la enfermedad estuviera presente (ya no sería efecto tardío de lesión curada), se codificará el **732.1 Osteocondrosis juvenil de cadera y pelvis**⁽²⁾.

ENTRADAS:

⁽¹⁾ Pág. 162 IE

Coxa

- vara (adquirida) 736.32

-- ...

⁽²⁾ Pág. 260 IE

Enfermedad (de), enfermo - véase además Síndrome

- Perthes (osteocondrosis capital femoral) 732.1



Observación: No se acude al término principal **Síndrome** al que nos remite la referencia cruzada “*véase además*”, ya que no dispone del modificador esencial “-Perthes”.

Fichas relacionadas:

- Formación Continuada 3.4
- Formación Continuada 5.5
- Pregunta a la Unidad 0.10
- Pregunta a la Unidad 2.14
- Pregunta a la Unidad 3.5
- Pregunta a la Unidad 6.18
- Pregunta a la unidad 6.21



Pregunta a la Unidad 6.14

PREGUNTA

Paciente ingresada en el servicio de medicina interna por cuadro compatible con A.C.V. Se realizó T.A.C. craneal en el que se aprecia infarto isquémico capsular derecho. El juicio clínico reflejado en el informe de alta es de ACV isquémico con hemiplejía izquierda residual del lado no dominante. Puesto que el informe no justifica la isquemia o el infarto como secundario a embolismo, trombosis u otra causa. ¿Cuál sería el código o los códigos a incluir?. ¿El infarto cerebral 434.9 ó enfermedad cerebrovascular aguda isquémica?. ¿Habría que incluir los dos códigos?, de ser así, ¿cuál de código principal?

RESPUESTA

El hecho de que la información determinante del diagnóstico no aparezca documentada por el facultativo en el juicio diagnóstico, aunque sí en otras partes de la HC, no supone estrictamente un problema de codificación, sino de cumplimentación de la documentación y únicamente se resolverá consultando al facultativo sobre si ese aspecto no documentado ha sido tenido en cuenta a la hora de emitir el juicio clínico o no, y educándole en la importancia y la necesidad de cumplimentar con mayor detalle los diferentes documentos de la HC.

En lo referente a codificación, no se debe asignar el código **436 Enfermedad cerebrovascular mal definida**⁽³⁾ salvo como último recurso ante una falta de información en la HC que nos pueda proporcionar mayor detalle de codificación. Un infarto cerebral es un tipo especificado de accidente cerebrovascular, por tanto, el codificador debe clasificar dicho infarto y no la enfermedad cerebrovascular aguda, que no debe aparecer ni como código adicional al del infarto

por resultar redundante y no aportar mayor especificidad de codificación.

De este modo el caso que nos ocupa se debe clasificar como sigue:

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

DxS: **342.92 Hemiplejía no especificada con afectación del lado no dominante**⁽²⁾.

Se debe clasificar la hemiplejía como código adicional, ya que al calificarse como residual, queda documentado que está presente en el momento del alta y, por tanto, debe ser codificada.

ENTRADAS:

(1) Pág. 411 IE

Infarto

- cerebro (tronco) 434.91

-

(2) Pág. 358 IE

Hemiplejía 342.9

-

(3) Pág. 248 IE

Enfermedad (de), enfermo - véase además Síndrome

- cerebrovascular NCOC 437.9

- - aguda 436

- - -



Observación: No se acude al término principal **Síndrome** al que nos remite la referencia cruzada “*véase además*”, ya que no dispone del modificador esencial “-cerebrovascular”.

Fichas relacionadas:

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

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



PREGUNTAS
A LA UNIDAD

Pregunta a la Unidad 6.15

PREGUNTA

El paciente ingresa para traslado al centro en el que se va a realizar un estudio hemodinámico. Se le realiza estudio hemodinámico, coronariografía y ACTP (angioplastia coronaria transluminal percutánea). Tras la realización de estas pruebas el paciente regresa al hospital de origen donde es dado de alta el mismo día del ingreso. ¿Cuál sería el diagnóstico principal?, ¿se deben poner los procedimientos realizados en el otro centro?, ¿debe llevar código V?

RESPUESTA

Esta misma cuestión ya se respondió en la Preguntas a la Unidad 2.7 y 0.23.

Los códigos de diagnóstico dependerán de los resultados de las pruebas disponibles o no, o que confirmen o descarten patología.

En cuanto a los procedimientos, sólo se codificarán aquellos realizados en el propio hospital, sin consignarse aquellos realizados en otros centros, ni siquiera en el caso de que el paciente no hubiera sido dado de alta del primer hospital mientras se realizaron.

ENTRADAS:

Fichas relacionadas:

- Pregunta a la Unidad 0.23
- Pregunta a la Unidad 2.7

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



PREGUNTAS
A LA UNIDAD

Pregunta a la Unidad 6.16

PREGUNTA

Paciente de 71 años que ha sido intervenido hace 9 años de melanoma maligno, se ha encontrado en el momento actual un melanoma metastásico (metástasis en hígado, páncreas, bazo y tejido subcutáneo) ¿qué códigos deben incluirse? ¿cuál sería el orden?. En el caso del PAAF que se realiza en el nódulo subcutáneo paraesternal ¿qué códigos lo identificarían?.

RESPUESTA

Dado que no se tiene documentada la recidiva del melanoma en el mismo lugar, sino la aparición de metástasis en diferentes localizaciones, se clasificará dichas metástasis y se añadirá el código de historia personal de melanoma. Los códigos a incluir serán:

Dx: **197.7 Neoplasia maligna secundaria, hígado, especificado como secundario**⁽¹⁾

197.8 Neoplasia maligna secundaria, otros órganos digestivos y bazo⁽²⁾

198.89 Neoplasia maligna secundaria de otros sitios especificados, otros⁽³⁾

V10.82 Historia personal de melanoma maligno de piel⁽⁴⁾

Pr: **86.11 Biopsia de piel y tejido subcutáneo**⁽⁵⁾.

En el caso de documentarse la recidiva, se clasificaría el código de la categoría **172.x Melanoma maligno de la piel**⁽⁶⁾, (pudiéndose añadir opcionalmente el código de morfología **M8720/3 Melanoma maligno NEOM**⁽⁶⁾) y no se emplearía el código de historia personal. Se clasificaría como DxP aquel al que se dedicara el procedimiento diagnóstico o terapéutico más complejo.



ENTRADAS:

(1-a) Pág. 485 IE

Metástasis, metastásico

- cáncer, neoplasia o enfermedad
- - hacia sitio especificado (M8000/6) con diseminación (hacia) - véase Neoplasia, por sitio, secundaria

(1-b) Pág. 513 IE

Neoplasia, neoplásico

Nota-1. La lista que sigue a continuación proporciona los códigos numéricos por sitio anatómico. Para cada sitio existen seis codificaciones posibles, según la neoplasia en cuestión sea maligna, benigna, in situ, de comportamiento incierto o de naturaleza no especificada. La descripción de la neoplasia indicará a menudo cuál de las seis columnas es la apropiada; por ejemplo, melanoma maligno de la piel, fibroadenoma benigno de la mama, carcinoma in situ del cuello uterino.

Cuando no se encuentran presentes tales calificativos, debe consultarse el resto del índice, ya que proporciona información sobre la columna conveniente para cada variedad morfológica (histológica) listada; por ejemplo, Mesonefroma - véase Neoplasia, maligna; Embrioma - véase además Neoplasia, comportamiento incierto; Enfermedad de Bowen - véase Neoplasia, piel, in situ. Sin embargo, la orientación suministrada por el índice podrá quedarse sin efecto en caso de que alguno de los calificativos mencionados más arriba se encontrase presente; por ejemplo, adenoma maligno del colon se codifica bajo 153.9 y no bajo 211.3, dado que el adjetivo "maligno" anula la entrada del índice "Adenoma - véase además Neoplasia, benigna.

2. Los sitios marcados con un asterisco () (por ejemplo, "cara NCOC*") deben clasificarse bajo la neoplasia maligna de la piel de dichos sitios si el tipo de neoplasia se corresponde a un carcinoma de células escamosas o un carcinoma epidermoide, y bajo neoplasia benigna de la piel de esos sitios si se trata de un papiloma (cualquier tipo).*

- hígado. 197.7

[2ª columna = maligna secundaria]

(2-a) Pág. 525 IE

Neoplasia, neoplásico

- páncreas. 197.8

-- . . .

[2ª columna = maligna secundaria]

(2-b) Pág. 505 IE

Neoplasia, neoplásico

- bazo, esplénica NCOC 197.8

-- . . .

[2ª columna = maligna secundaria]

(3-a) Pág. 531 IE

Neoplasia, neoplásico

- subcutánea (nódulo) (tejido) NCOC - véase Neoplasia,
tejido conjuntivo

(3-b) Pág. 534 IE

Neoplasia, neoplásico

- tejido conjuntivo (conectivo) NCOC

Nota - las neoplasias de tejido conjuntivo (vaso sanguíneo, bolsa sinovial, fascia, ligamento, músculo, nervios periféricos, nervios y ganglios simpáticos y parasimpáticos, sinovias, tendón, etc.) o las de tipo morfológico que indican algún tejido conjuntivo, deben codificarse según la lista que figura bajo "Neoplasia, tejido conjuntivo". En el caso de tejidos que no figuran en dicha lista, las neoplasias correspondientes deben codificarse según la neoplasia del sitio en cuestión, por ejemplo:

liposarcoma, hombro 171.2

leiomiomasarcoma, estómago 151.9

neurofibroma, pared torácica 215.4



Los tipos morfológicos que indican tejido conjuntivo aparecen en el lugar que les corresponde dentro del índice alfabético con la instrucción “véase Neoplasia, tejido conjuntivo...”.

-- tórax (pared) NCOC 198.89
[2ª columna = maligna secundaria]

(4) Pág. 400 IE

Historia (personal) de
- neoplasia maligna (de) V10.9
- - piel V10.83
- - - melanoma V10.82

(5) Pág. 352 IP

Biopsia (por excisión)
- tejido
- - subcutáneo (punción) 86.11

(6) Pág. 477 IE

Melanoma (maligno) (M8720/3) 172.9

Nota - Salvo indicación al contrario, las variedades morfológicas de los melanomas indicados en la lista que sigue a continuación, deben codificarse por sitio, del mismo modo como “Melanoma (maligno)”.

Los sitios internos deben codificarse como neoplasia maligna de dichos sitios

- . . .

Fichas relacionadas:

- Formación Continuada 1.9
- Formación Continuada 2.9
- Formación Continuada 3.2

PREGUNTAS
A LA UNIDAD



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

- Pregunta a la Unidad 6.11

Pregunta a la Unidad 6.17

PREGUNTA

Parto que tuvo una amenaza de parto prematuro. El índice alfabético pág. 233: Embarazo complicado por inicio precoz del parto te manda al 644.21, y con este código está significando un parto prematuro cuando ha sido a término, de la misma forma que la subcategoría 640.0 Amenaza de aborto, te permite la subclasificación 0,1 y 3. ¿Por qué la subcategoría 644.0 sólo te permite la 0 y la 3 ¿cuál sería la forma correcta de codificar este episodio?

RESPUESTA

La respuesta se da en la nota explicativa de la subcategoría **644.0x Amenaza de parto prematuro**⁽¹⁾, que dice textualmente:

“Inicio del trabajo de parto después de 22 semanas, pero antes de 37 semanas completas de gestación, sin que se produzca la expulsión del feto”.

Es preciso hacer hincapié en que para clasificar un episodio con un código de esta subcategoría no se ha debido producir expulsión del feto, lo que concuerda con el concepto de “amenaza” y con que sólo pueda aparecer con quinto dígito “0” ó “3”.

Si se diera la expulsión del feto, ya no se trataría de una amenaza de parto prematuro, sino de un parto prematuro, debiéndose entonces emplear el código **644.21 Inicio precoz del parto, parto, con o sin mención de estado anteparto**⁽²⁾.

La subcategoría **640.0x Amenaza de aborto**⁽³⁾ admite como quinto dígito [0,1,3], pero, a raíz del cambio de norma vigente a partir del 1 de enero de 1997, (en el que en el episodio del parto ya no se codifica toda complicación del embarazo, sino sólo aquella que afecte

a la dicho episodio del parto) resulta muy difícil que se deba emplear el 640.01.

ENTRADAS:

(1) Pág. 37 IE

Amenaza de

- parto prematuro 644.0

- - - - -

(2) 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

- - inicio precoz del parto (espontáneo) 644.2

(3) Pág. 37 IE

Amenaza de

- aborto 640.0

- - - - -

Fichas relacionadas:

- Formación Continuada 8.1
- Pregunta a la Unidad 0.1
- Pregunta a la Unidad 0.5

Pregunta a la Unidad 6.18

PREGUNTA

Referente al apartado 8.4.3 de la 3ª edición del manual del usuario (libro verde), donde dice la categoría 438 será incompatible con cualquier otro código de la sección 430-438 Enfermedad cerebrovascular ¿cómo podemos codificar las secuelas antiguas en un infarto cerebral actual?

RESPUESTA

Esta norma se ha modificado en la 4ª edición del Manual del Usuario (libro color hueso), vigente a partir del 1 de enero de 1997, que en su punto 8.4.4 reduce la incompatibilidad a los códigos 438 y V12.5 (no se puede tener a la vez el antecedente de enfermedad cerebrovascular con secuelas y sin secuelas). De este modo, se pueden codificar las secuelas de una enfermedad cerebrovascular previa, a la vez que una enfermedad cerebrovascular actual. Por ejemplo:

Paciente con antecedente de infarto cerebral con hemiplejía no dominante residual, que ingresa por Accidente Isquémico Transitorio con afasia que se resuelve al alta:

DxP: **435.9 Isquemia cerebral transitoria no especificada**⁽¹⁾

DxS: **342.92 Hemiplejía no especificada con afectación del lado no dominante**⁽²⁾

438 Efectos tardíos de enfermedad cerebrovascular⁽²⁻³⁾

ENTRADAS:

(1) Pág. 437 IE

Isquemia, isquémico 459.9

- cerebral (crónica) (generalizada) 437.1
- - transitoria (con déficit neurológico transitorio) 435.9

(2) Pág. 358 IE

Hemiplejía 342.9

- efecto tardío
- - lesión cerebrovascular - véase Categoría 438

(3) Pág. 411 IE

Infarto

- cerebro (tronco) 434.91
- - curado o antiguo - véase además Categoría 438
- - - - -

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 6.19

PREGUNTA

¿Es interesante recoger los antecedentes personales de EPOC?

RESPUESTA

La EPOC nunca podrá codificarse como “Historia de ...” , puesto que se trata de un proceso crónico por lo que deberá clasificarse como enfermedad actual con el código correspondiente a su tipo.

Fichas relacionadas:

- Pregunta a la Unidad 7.1
- Pregunta a la unidad 7.3

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



PREGUNTAS
A LA UNIDAD

Pregunta a la Unidad 6.20

PREGUNTA

¿Habría que codificar el hábito tabáquico en remisión?, si es así, ¿el código correcto es el 305.13?

RESPUESTA

En la 3ª edición de la CIE-9-MC vigente a partir del 1 de enero de 1997, el código **305.13 Trastorno por abuso de tabaco en remisión**, ya no existe, puesto que ya no dispone de subclasificación de 5º dígito.

En el caso de que se precise codificar tal circunstancia, es preciso recordar que deben pasar 10 años de remisión para que se pueda considerar “historia de abuso de tabaco” y clasificarlo como **V15.82 Historia de uso de tabaco**⁽¹⁾. En tanto transcurre ese tiempo, se debe clasificar al paciente con el **305.1 Trastorno por uso de tabaco**⁽²⁾.

De todos modos, es preciso recordar que los diagnósticos adicionales deben codificarse si tienen relación con el proceso siguiendo la definición del concepto de diagnóstico secundario.

ENTRADAS:

⁽¹⁾ Pág. 11 IE

Abuso

- tabaco 305.1



(2) Pág. 401 IE

Historia (personal) de

- uso de drogas
- - tabaco V15.82

Fichas relacionadas:

- Pregunta a la Unidad 7.1



Pregunta a la Unidad 6.21

PREGUNTA

¿Cómo se codificaría la secuela de labio leporino?

RESPUESTA

No existe código que clasifique el efecto tardío de labio leporino, de modo que, en el caso de que un paciente ingrese por una secuela de labio leporino, deberá clasificarla con el código de la secuela, sin añadir código alguno de efecto tardío.

Por otro lado, mientras el paciente se encuentre en diferentes fases de reparación de un labio leporino se seguirá codificando con el código de la subcategoría **749.1x Labio leporino**⁽¹⁾ correspondiente, como enfermedad actual.

ENTRADAS:

(1-a) Pág. 449 IE

Leporino, labio (*véase además* Hendido, labio) 749.10

(1-b) Pág. 366 IE

Hendido, hendidura (congénita) - *véase además* Imperfecto, cierre

- labio 749.10

- - - -



(1-c) Pág. 405 IE

Imperfección, imperfecto

- cierre (congénito)
- - labio 749.10 (*véase además* Hendidura, labio)
749.10

Fichas relacionadas:

- Pregunta a la Unidad 0.10
- Pregunta a la Unidad 2.14
- Pregunta a la Unidad 6.13
- Pregunta a la Unidad 6.18