

CIE 9 MC

Manual de Codificación

CIE 9 MC

Manual de Codificación

Edita y distribuye:
© MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD
Secretaría General Técnica
Centro de Publicaciones
Paseo del Prado, 18. 28014 Madrid

NIPO papel: 860-11-223-4
NIPO en línea: 860-11-222-9

Depósito Legal: M-45664-2011

Imprime: Estilo Estugraf Impresores, S.L.

<http://publicacionesoficiales.boe.es/>

Coordinación y dirección editorial:

M^a Dolores Pastor Sanmillán. Instituto de Información Sanitaria. MSPSI
Mercedes Álvarez Bartolomé. Instituto de Información Sanitaria. MSPSI

AUTORES

Belén Beneítez Moralejo

Representante Unidad Técnica CIE9MC (Extremadura).
Médico de Admisión y Documentación Clínica
Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

Manuel Castro Villares

Médico de Admisión y Documentación Clínica
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Araceli Díaz Martínez

Representante Unidad Técnica CIE9MC (Andalucía).
Jefe Servicio Documentación Clínica
Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Abel Fernández Sierra

Médico Documentación Clínica
Hospital General Yagüe de Burgos.

Gemma Gelabert Colomé

Jefe de servicio de Documentación Clínica y Archivo
Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

M^a Gala Gutiérrez Miras

Representante Unidad Técnica CIE9MC (Murcia)
Médico de Admisión y Documentación Clínica
Hospital Reina Sofía. Murcia.

Javier Mariñas Dávila

Médico de Admisión y Documentación Clínica
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

M^a Isabel Mendiburu Pérez

Representante Unidad Técnica CIE9MC (País Vasco)
Médico Documentación Clínica
Hospital Donostia.

Sonia Mercant Morro

Técnico superior Documentación
Unidad Sistemas de Información
Consejería Salud y Consumo. Baleares.

Rosa M^a Montoliu Valls

Representante Unidad Técnica CIE9MC (Cataluña)
Médico de Documentación e Información Clínica.
Instituto Catalán de Oncología.

M^a Dolores del Pino Jiménez

Representante Unidad Técnica CIE9MC (Aragón).
Jefe de Unidad de Codificación e Información Clínica
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Jorge Renau Tomas

Representante Unidad Técnica CIE9MC (Comunidad Valenciana)
Médico Admisión y Documentación Clínica
Hospital Provincial de Castellón. Castellón de la Plana.

Ángel Río Varona

Representante Unidad Técnica CIE9MC (Cantabria)
DUE. Unidad Codificación
Hospital de Laredo. Cantabria.

Isabel de La Riva Jiménez

Representante Unidad Técnica CIE9MC (SEDOM)
Médico responsable de UDCA
Hospital de Leganés. Madrid.

Ana Rocés Fernández

Representante Unidad Técnica CIE9MC (Principado de Asturias)
Responsable Documentación Clínica
Hospital Valle del Nalón. Asturias.

Guillermo Rodríguez Martínez

Representante Unidad Técnica CIE9MC (Galicia)
Médico de Admisión y Documentación Clínica
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

M^a Coromoto Rodríguez del Rosario

Representante Unidad Técnica CIE9MC (Canarias).
Jefe Servicio Gestión Sanitaria
Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Tenerife.

Blanca Salcedo Muñoz

Representante Unidad Técnica CIE9MC (Navarra)
Médico Codificación Clínica
Complejo Hospitalario de Navarra.

Miguel Ángel Santiuste de Pablos

Médico adjunto del Servicio de Psiquiatría
Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

M^a José Santos Terrón

Representante Unidad Técnica CIE9MC (Baleares)
Responsable Unidad Sistemas de Información
D G Planificación y Financiación
Consejería Salud y Consumo. Palma de Mallorca.

Jordi Semper Soler

Unidad de Admisión y Documentación Clínica
Centro de Especialidades Jaime I. Castellón de la Plana.

Ana Vara Lorenzo

Representante Unidad Técnica CIE9MC (Madrid)
Médico Responsable Departamento de Documentación Clínica
Sanitas S. A. Hospitales. Madrid.

Carmen Vílchez Perdigón

Subdirectora Médica
Hospital Ntra. Sra. del Prado. Talavera de la Reina. Toledo.

Unidad Codificación Hospital de Valdecilla**COLABORADORES****Lorenzo Echeverría Echarri**

Representante Unidad Técnica CIE9MC (La Rioja)
Médico responsable de UDCA
Hospital de San Pedro de Logroño.

Sara Hernández Gutiérrez

Representante Unidad Técnica CIE9MC (Madrid)
Médico Documentación Clínica
Hospital la Paz. Madrid.

M^a Paz Parras Partido

Representante Unidad Técnica CIE9MC (Castilla-La Mancha)
Médico de Admisión y Documentación Clínica
Complejo Hospitalario de Toledo.

Gloria Rey García

Médico Documentación Clínica
Hospital Meixoeiro. Vigo.

Arturo Romero Gutiérrez

Unidad Técnica CIE9MC. MSPSI

Carmen Salido Campos

Unidad Técnica CIE9MC. MSPSI

Teresa Santos Jiménez

Representante Unidad Técnica CIE9MC (Castilla y León)
Médico Admisión y Documentación Clínica
Hospital Universitario de Salamanca.

Secretaría:

M^a José Aguilera Molina. Instituto de Información Sanitaria. MSPSI

Ester Salmador Baraibar. Instituto de Información Sanitaria. MSPSI

PRESENTACION

El Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) es uno de los registros administrativos de mayor alcance dentro del conjunto de sistemas de información sanitaria siendo una de las principales fuentes de datos para los diferentes niveles de la organización sanitaria. A lo largo de los años, desde su implantación en el Sistema Nacional de Salud, la cobertura asistencial se ha ido ampliando desde la hospitalización a la cirugía ambulatoria, hospital de día, con el horizonte, cada vez más cercano de llegar a cubrir las urgencias y las consultas externas. El núcleo fundamental de la información que contiene el CMBD es la información clínica del episodio asistencial, los diagnósticos y procedimientos que son codificados, tras la evaluación de la historia clínica con la Clasificación Internacional de Enfermedades 9.ª Revisión Modificación Clínica (CIE9MC).

La CIE9MC constituye por tanto la base para la normalización de esta información y su utilización requiere de la existencia de reglas que unifiquen criterios de aplicación para lo cual en el año 1994 se creó la Unidad Técnica de la CIE9MC. En el año 1997 se llevó a cabo la última revisión del Manual de Usuario de la CIE9MC enfocando dicha revisión en aquellos aspectos concretos de la codificación que tuvieran una mayor complejidad. Desde entonces la Unidad Técnica de la CIE9MC (UT-CIE9MC) ha publicado numerosos boletines de codificación dedicados a capítulos concretos de la CIE9MC o a órganos y sistemas.

En el año 2010, la UT-CIE9MC decide abordar el proyecto de actualización del Manual de Usuario con el objetivo de realizar una revisión de las normas de codificación y su aplicación, acompañándolas no sólo de cuadros resúmenes si no también de ejemplos clarificadores que faciliten la comprensión de la normativa.

Mejorar la precisión y la exactitud de la codificación, ha sido el principal objetivo que se ha perseguido en la realización de este manual. Para ello ha sido preciso trabajar en la unificación de los criterios de codificación así como en la normalización del sistema de codificación. Dicha normalización requiere el aprendizaje de una metodología común para la codificación de diagnósticos y procedimientos.

Por otro lado es importante señalar el esfuerzo conjunto que deben realizar codificador y clínico para lograr una documentación de calidad que describa completamente todo lo ocurrido en el episodio asistencial y que permita realizar la asignación precisa de los códigos necesarios.

La publicación de este Manual ha podido realizarse gracias al trabajo y esfuerzo de todos los miembros de la UT-CIE9MC, autores materiales del mismo, que no solamente se han responsabilizado cada uno de ellos de un capítulo en particular, sino que han revisado de una manera exhaustiva y exigente lo realizado por el resto de los compañeros con el objetivo común de lograr una obra clara y precisa. Es importante señalar que la Unidad Técnica ha contado con la colaboración desinteresada de otros profesionales, expertos en codificación clínica, que se han sumado a este proyecto. Es por ello que agradecemos sinceramente la labor continuada desarrollada por este grupo de trabajo que garantiza la calidad, la homogeneidad y validez del CMBD.

Esperamos que los usuarios de este Manual de Codificación Clínica acojan esta obra con el mismo interés con el que ha sido concebida.

Mercedes Alfaro Latorre
DIRECTORA INSTITUTO INFORMACION SANITARIA

INDICE

1. CONCEPTOS GENERALES DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES 9ª REVISIÓN (CIE9MC).	
Mª Coromoto Rodríguez del Rosario, Abel Fernández Sierra	8
2. ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	
Araceli Díaz Martínez.....	28
3. NEOPLASIAS.	
Jorge Renau Tomás.....	36
4. ENFERMEDADES ENDOCRINAS, DE LA NUTRICIÓN Y METABÓLICAS y ALTERACIONES DE LA INMUNIDAD.	
Ana Rocés Fernández	46
5. ENFERMEDADES MENTALES	
Mª Gala Gutiérrez Miras, Miguel Ángel Santiuste de Pablos.....	52
6. APARATO CIRCULATORIO	
Guillermo Rodríguez Martínez, Javier Mariñas Dávila, Manuel Castro Villares.....	60
7. ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO	
Mª Dolores del Pino Jiménez.....	74
8. ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	
Mª Isabel Mendiburu Pérez.....	85
9. ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO	
Belén Beneítez Moralejo	93
10. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	
Ana Vara Lorenzo.....	106
11. ANOMALÍAS CONGÉNITAS	
Gemma Gelabert Colomé, Rosa Mª Montoliu Valls.....	117
12. CIERTAS ENFERMEDADES CON ORIGEN EN EL PERIODO PERINATAL	
Gemma Gelabert Colomé, Rosa Mª Montoliu Valls.....	119
13. SÍNTOMAS, SIGNOS Y ESTADOS MAL DEFINIDOS	
Jorge Renau Tomás, Jordi Semper Soler	124
14. LESIONES Y ENVENENAMIENTOS. EFECTOS TARDÍOS	
Blanca Salcedo Muñoz.....	129
15. COMPLICACIONES DE CIRUGÍA Y CUIDADOS MÉDICOS	
Unidad de Codificación Hospital de Valdecilla, Ángel Río Varona	141
16. CLASIFICACIÓN DE FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD	
Carmen Vílchez Perdigón, Isabel de La Riva Jiménez	150
17. CAUSAS EXTERNAS DE LESIONES E INTOXICACION (CÓDIGOS E)	
Mª José Santos Terrón, Sonia Mercant Morro.....	158

1. CONCEPTOS GENERALES DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES 9ª REVISIÓN (CIE9MC)

El estudio estadístico de enfermedades se inició en el siglo XVII por John Graunt quien realizó un tratado sobre las tablas de mortalidad de Londres en un intento de calcular la proporción de niños nacidos vivos que fallecieron antes de llegar a la edad de seis años. A pesar de que su clasificación era elemental y deficitaria, su estimación de que un 36% de la mortalidad infantil ocurría antes de los seis años se aproxima bastante a los trabajos posteriores.

En 1837 se funda la Oficina del Registro General de Inglaterra y Gales, encomendándose a un estadístico médico, William Farr (1807-1883), que tomando como base las clasificaciones previas, se dedicó a mejorarlas y a lograr que su uso y aplicación fueran uniformes desde el punto de vista internacional. En 1891, en Viena, se encargó a Jacques Bertillon la preparación de una clasificación de causas de defunción. La Lista se basaba en la Clasificación de Farr y representaba a su vez una síntesis de diversas clasificaciones usadas en este tiempo por diversos países.

En 1900, en la primera Conferencia Internacional para la revisión de causas de defunción, se estableció que era necesario ir más allá y realizar una clasificación de causas de morbilidad. Durante muchos años y en diferentes países se trabajó en esta idea hasta que en 1948, la Primera Asamblea Mundial de la Salud aprobó un reglamento específico para la edición del Manual de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción (CIE). A partir de aquí se comenzó a usar esta clasificación para la indización de las historias médicas en los hospitales, haciéndose diferentes revisiones.

En 1975, en la Conferencia Internacional para la Novena Revisión de la Clasificación se debatió sobre la conveniencia de realizar una serie de modificaciones que permitieran una clasificación más flexible y completa que se adaptase a las necesidades que las sociedades científicas planteaban, la propuesta final de la conferencia fue mantener la estructura básica de la CIE con categorías de tres dígitos desarrollando subcategorías de cuatro y algunas subclasificaciones de cinco caracteres. De esta novena revisión surgió la CIE9MC para dar respuesta a las demandas de mayor especificidad y permitir un uso más pertinente en la evaluación de la atención médica, especialistas

1. ESTRUCTURA DE LA CIE9MC

La CIE9MC está organizada en cinco tomos:

- **Tomo I: Índice alfabético (IAE)**

Contiene tres secciones:

Índice alfabético de enfermedades (incluye tabla de Hipertensión arterial y tabla de Neoplasias).

Tabla de fármacos y sustancias químicas

Índice alfabético de causas externas de lesiones y envenenamiento (Códigos E)

- **Tomo II: Lista Tabular de Enfermedades (LTE)**

Contiene tres clasificaciones:

Lista tabular de enfermedades (Categorías 001 a 999)

Clasificación suplementaria de factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios (Categorías V01 a V89)

Clasificación suplementaria de causas externas de lesiones e intoxicaciones (Categorías E800 a E999)

- **Tomo III: Índice alfabético de Procedimientos (IAP)**

- **Tomo IV: Lista Tabular de procedimientos (LTP)**

Lista tabular de procedimientos (Categorías 00 a 99)

- **Tomo V: Apéndices**

Morfología de las neoplasias (Categorías M8000 a M9970)

Subdivisiones de cuarto dígito para el código de causas externas (Código E)

La lista tabular de enfermedades consta de 17 capítulos, cada uno de los cuales se divide en secciones. Las secciones están formadas por categorías de tres dígitos que a su vez pueden subdividirse en subcategorías de cuatro y subclasificaciones de cinco dígitos. La lista tabular de procedimientos consta de 18 capítulos cada uno de los cuales se organiza en categorías de dos dígitos, subcategorías de tres y subclasificaciones de cuatro.

1.1. ÍNDICE ALFABÉTICO DE ENFERMEDADES

La estructura del IAE es similar a un diccionario organizado de forma alfabética, pero con algunas peculiaridades en cuanto a su ordenación:

- Los números se encuentran ordenados antes que los caracteres alfabéticos
- Los subtérminos “con” y “sin” se encuentran ordenados justo debajo del término principal y no en el orden alfabético correspondiente a la “c” o la “s”.

- **Término principal**

El término principal aparece impreso en negrita e identifica en cada diagnóstico la palabra clave que permitirá su codificación.

Neumoperitoneo, 568.89

Los términos principales pueden venir expresados con un nombre (hernia), un adjetivo (deficiente) o un epónimo. Los epónimos son nombres propios que designan un órgano, enfermedad, o síndrome. La descripción de la enfermedad está incluida habitualmente entre paréntesis a continuación del epónimo. Una vez localizado el término principal se deben leer los modificadores esenciales y no esenciales.

Morel-Moore, síndrome de (hiperostosis frontal interna) 733.3

▪ **Términos modificadores**

Son aquellos vocablos situados tras el término principal que deberán ser tenidos en cuenta para la asignación del código. Podrán ser de dos tipos:

- **Modificadores no esenciales:** Aparecen entre paréntesis tras un término principal o un subtérmino, dan información adicional sin modificar la asignación del código:

Neumotórax (agudo) (crónico): 512.8

- **Modificadores esenciales:** Aparecen listados bajo el término principal en orden alfabético, están indentados un espacio con respecto al término que modifican y determinan el código a asignar. Siempre se seleccionará el término con mayor nivel de sangrado que corresponderá a la información más específica:

Neumotórax (agudo) (crónico): 512.8
congénito 770.2

1.2. LISTA TABULAR DE ENFERMEDADES

Está compuesta por 17 capítulos que clasifican las enfermedades por etiología o por lugar anatómico. Cada título de capítulo está escrito en mayúsculas y negrita y bajo el mismo se indica entre paréntesis los límites de categorías que abarca.

Cada uno de los capítulos se divide en secciones. Bajo el título de la sección también están indicados entre paréntesis los límites de las categorías que contiene.

Las categorías son códigos de tres dígitos que se sitúan en el margen izquierdo de la página.

Cada categoría puede dividirse en subcategorías y cada subcategoría puede estar subdividida en subclasificaciones, que proporcionan mayor especificidad. Los códigos con dígitos de subcategoría 9 y subclasificación 0 suelen identificar códigos inespecíficos. Los códigos con dígitos de subcategoría 8 y con subclasificación 8 y 9 se denominan categorías residuales y solo se emplearán cuando no exista un código más específico para dicha entidad nosológica

Capítulo	1.	ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS (001-139)
Sección		ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES (001-009)
Categoría	003	Otras infecciones por salmonella
Subcategoría	003.2	Infecciones por salmonella localizadas
Subclasificación	003.20	Infección por salmonella localizada, no especificada

Clasificación suplementaria de factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios (V01-V89)

Los códigos V, describen aquellas circunstancias que sin ser enfermedades o lesiones, pueden influir en el estado de salud o el tratamiento de un paciente o bien generar un contacto sanitario. Esto implica que algunos códigos puedan ser utilizados sólo como diagnóstico principal, otros como principal o secundario y otros, solo como diagnóstico secundario.

Su estructura es similar a la de la clasificación de enfermedades: sección, categoría, subcategoría y subclasificación.

Clasificación suplementaria de causas externas de lesiones y envenenamientos (E800-E999)

La necesidad de conocer las condiciones en las que se producen muchas de estas circunstancias tales como accidentes laborales, accidentes de tráfico, intentos autolíticos etc., ha hecho necesario implantar la obligatoriedad de constatar todos los códigos E necesarios para describirlas, siempre que exista un código diagnóstico del capítulo 17, Lesiones y Envenenamientos o en aquellos diagnósticos de otros capítulos cuando así lo indiquen las normas, así como en la descripción de los efectos adversos (no envenenamientos) de fármacos. Por tanto desde 2010 su uso es siempre preceptivo.

1.3. ÍNDICE ALFABÉTICO Y LISTA TABULAR DE PROCEDIMIENTOS.

La clasificación de procedimientos de la CIE9MC es una modificación del Fascículo V “Procedimientos Quirúrgicos” de la Clasificación de Procedimientos en Medicina de la CIE 9.

La estructura de la clasificación se ha basado en la anatomía y no en la especialidad quirúrgica.

La LTP se organiza en 18 capítulos, bajo el título de cada uno de ellos se especifican los límites de la categorías que contienen. Las categorías están formadas por códigos de dos dígitos que a su vez se subdividen en subcategorías de tres y subclasificaciones de cuatro dígitos.

Los términos principales en el índice alfabético de procedimiento pueden buscarse por:

- Tipo de procedimiento realizado (incisión, fijación, injerto)
- Epónimos

Los capítulos 0, 3A y el 16 agrupan procedimientos misceláneos, el resto clasifican los procedimientos diagnósticos y terapéuticos por lugar anatómico.

Estructura de los códigos

Para asignar el código a una condición o a un procedimiento se elegirá siempre el código de mayor nivel de especificidad posible (mayor número de dígitos).

Tabla 1-I. Estructura de los códigos

TIPO DE CLASIFICACION	CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	SUBCLASIFICACIÓN
ENFERMEDADES 000 - 999	XXX	XXX.X	XXX.XX
CÓDIGOS V V01 - V89	VXX	VXX.X	VXX.XX
CÓDIGOS E E800 - E999	EXXX	EXXX.X	----
CÓDIGOS M M8000 - M9970	----	----	----
PROCEDIMIENTOS 00 - 99	XX	XX.X	XX.XX

1.4. CONVENCIONES

La CIE9MC utiliza una serie de convenciones para facilitar su uso, aclarar conceptos o establecer normas. Para la asignación de un código siempre ha de utilizarse de forma conjunta y secuencial primero el IA y a continuación la LT.

1.5. ABREVIATURAS, PUNTUACIÓN, SÍMBOLOS

NCOC (No clasificable bajo otro concepto). Esta expresión implica que la información existente no permite clasificar la patología en otra categoría más específica. Puede aparecer en el índice alfabético y en la lista tabular.

Laceración de párpado NCOC 870.8

NEOM (No especificado de otra manera). Esta abreviatura es el equivalente de “no especificado” Aparece en la lista tabular y de forma excepcional en el índice alfabético.

440.9 Arteriosclerosis generalizada y arteriosclerosis no especificada
Enfermedad vascular arteriosclerótica NEOM

[] Corchetes. Se emplea para incluir sinónimos, textos alternativos o frases explicativas.

270.1 Fenilcetonuria [PKU].

Los corchetes también se utilizan para especificar los rangos del 5º dígito que pueden ser asignados en la subcategoría. Solo se encuentran en la lista tabular

810 Fractura de clavícula:
810.0 Cerrada
[0-3]

[] Corchetes cursivos. Representa una instrucción de clasificación múltiple y de secuencia obligada.

Nefritis
-amiloidea 277.39 [583.81]

Sustitución de vejiga con asa ileal 57.87 [45.51]

() Paréntesis. Pueden encontrarse en la lista tabular y en el índice alfabético. Se emplean para:

- Encerrar conceptos o condiciones suplementarias que pueden estar presentes o ausentes en la definición de la enfermedad sin afectar al código asignado.

288.61 Linfocitosis (sintomática)

- Asignar el código correspondiente a la morfología de las neoplasias.

Adenofibroma (M9013/0)

- Indicar instrucciones de referencia cruzada, siempre que al término se le haya asignado un código.

Elefantiasis
arabicum (véase además Infestación, filárica) 125.9

- Describir epónimos o siglas.

272.6 Simons, enfermedad o síndrome de (lipodistrofia progresiva)

- Delimitar las categorías en las instrucciones de exclusión.

Excluye: ganglionectomía simpática (05.21-05.29)
neurectomía opticociliar (12.79)

: Dos Puntos. Se emplean en la lista tabular detrás de un término incompleto que necesita uno o más modificadores para clarificar la asignación de un código.

382.9 Otitis Media no especificada
Otitis media:
NEOM
Aguda NEOM
Crónica NEOM

□ Cuadrado. El símbolo cuadrado, indica una rúbrica de cuatro dígitos que o bien se emplea exclusivamente en la CIE9MC, o bien que los contenidos de dichas rúbricas en la ICD-9 han sido modificados. Este símbolo solo aparece en la Lista Tabular de Enfermedades.

□ 813.0 Extremo proximal, cerrada

§ Parágrafo. El símbolo de parágrafo advierte de la existencia de una nota a pie de página con una instrucción para el uso de quinto dígito y que es de aplicación a todas las subdivisiones de ese código.

§ 660 Parto obstruido

Nota al pie de página: § Requiere quinto dígito: los dígitos válidos están en corchetes bajo cada código. Véanse las definiciones al principio de la sección.

} Llave. Se utiliza para delimitar una serie de términos, que son modificados por la expresión que aparece a la derecha de la llave que los encierra.

242.1 Bocio uninodular tóxico

Nódulo tiroideo

Bocio uninodular



tóxico o con hipertiroidismo

(L) Localismo. Identifica términos frecuentes de uso local que no provienen de la traducción americana. No indica códigos nuevos sino sinónimos asociados a códigos ya existentes.

582 Glomerulonefritis crónica

Incluye: nefritis crónica

582.0 Con lesión de glomerulonefritis proliferativa

Glomerulonefritis mesangial (L)

Glomerulonefritis mesangial IgA (L)

Glomerulonefritis proliferativa (difusa) crónica

Glomerulonefritis segmentaria y focal (L)

*** Asterisco.** Aparece en la lista tabular señalando las secciones, categorías, subcategorías o subclasificaciones de nueva creación en la última edición de la CIE9MC.

+ Adición. Aparece delante de las secciones, categorías, subcategorías o subclasificaciones que han sufrido algún tipo de modificación (inclusión de nuevos modificadores, supresión de modificadores, etc.) con respecto a la anterior edición de la CIE9MC.

1.6. INSTRUCCIONES DEL ÍNDICE ALFABÉTICO

▪ **Referencia cruzada**

Envían a otro lugar del índice alfabético para completar la información del término.

- **“Véase”.** Envía a otro término principal más específico pues el elegido no aporta información suficiente sobre el código a asignar. Es de obligado seguimiento.

Seudogota – véase Condrocalcinosis

- **“Véase además” o “Véase también”**. Envía a otro término principal donde encontrar información más específica. Deberá consultarse siempre que no se halle el término que buscamos entre los modificadores esenciales o no esenciales.

Endoflebitis después de perfusión

Endoflebitis (véase además Flebitis).451.9

Flebitis

- después de infusión, perfusión, o transfusión 999.2

- **“Véase categoría”**. Envía directamente a una categoría de la lista tabular donde se encontrarán instrucciones concretas. Indica que antes de asignar un código debe revisarse la categoría correspondiente.
- **“Véase condición o enfermedad específica”**. Aparece en el índice alfabético cuando un término de entrada se corresponde a un adjetivo, a un órgano o a otro término que no figura como término principal.

Laceración

-peritoneo

- -con

- - - embarazo molar (véase además categorías 630 -632) 639.2

Agudo - véase además enfermedad específica

- abdomen NCOC 789.0

- vesícula biliar (véase además Colecistitis, aguda) 575.0

Notas

En el IAE aparecen dentro de un recuadro y en *itálica* e informan sobre definiciones de conceptos y contenidos, instrucciones de codificación o aclaraciones sobre el uso del cuarto y quinto dígitos.

Amputación

-Traumática (completa) (parcial)

Nota.- «complicada» incluye amputación traumática con curación retardada, tratamiento retardado, cuerpo extraño o infección

▪ Códigos en *itálica* y entre corchetes

Indican la necesidad de asignar más de un código a una expresión diagnóstica para su completa descripción estableciendo la secuencia de los mismos. Los códigos de diagnóstico escritos en *letra itálica* y entre corchetes nunca pueden ser utilizados como diagnóstico principal.

Retinopatía

- diabética 250.5 [362.01]

Pleurodesis

- química

- - con sustancia de quimioterapia para cáncer 34.92 [99.25]

1.7. INSTRUCCIONES DE LA LISTA TABULAR

▪ Incluye

Amplía el contenido de la descripción del capítulo, sección, categoría, subcategoría o subclasificación, definiendo posibles sinónimos o bien otros contenidos.

170 Neoplasia maligna de los huesos y de los cartílagos articulares.

Incluye: cartílago (articular) (de articulaciones)
periostio

▪ Excluye

Puede aparecer debajo de un capítulo, sección, categoría, subcategoría o subclasificación y es de aplicación a todas las subdivisiones de códigos contenidos en ellas, por lo que siempre se ha de comprobar la posible existencia de estas notas.

Define aquellos lugares anatómicos, procedimientos, causas o patologías que no quedan recogidas en el término y que deben ser codificadas en otro lugar. Así mismo indica determinadas condiciones específicas, que de presentarse no pueden ser incluidas en el código.

361.1 Retinosquisis y quistes retinianos.

Excluye degeneración microcistoide de la retina (362.62)
quiste parasitario de la retina (360.13)

En algunas ocasiones las notas de exclusión nos indican que dos condiciones aparentemente similares, tienen sin embargo códigos completamente distintos. Por ejemplo una misma condición se puede codificar de distinta manera según sea adquirida o congénita, o incluso si ocurre en un adulto o un recién nacido.

748.4 Pulmón quístico congénito

Enfermedad, pulmonar:
poliquística, congénita
quística, congénita
Pulmón en panal, congénito
Excluye: pulmón quístico adquirido o no especificado (518.89)

Hay otras instrucciones de exclusión que no son absolutas y códigos mutuamente excluyentes pueden asignarse juntos en algunos casos en los que es necesaria la codificación múltiple, por ejemplo un paciente con fractura distal de cúbito derecho y fractura distal de radio izquierdo precisara ambos códigos para su correcta codificación, la nota de exclusión hace referencia solo al caso de que sea una condición unilateral.

813.52 Otras fracturas del extremo distal de radio (exclusivamente)

813.53 Extremo distal de cúbito (exclusivamente)

813.54 Radio con cúbito, extremo distal

- **Notas**

Pueden existir notas en cualquiera de los diferentes niveles en los que el código se encuentre incluido: capítulo, sección, categoría, subcategoría o subclasificación. Son informaciones adicionales que en algunos casos son aclaratorias sobre las categorías y sus contenidos y en otras son instrucciones que deberán ser comprobadas antes de la asignación definitiva de códigos.

079 Infección viral y por Clamidia en enfermedades clasificada bajo otros conceptos y de sitio no especificado.

Nota: Se ha proporcionado esta categoría para que se emplee como código adicional cuando se desee identificar el agente viral en enfermedades clasificables bajo otros conceptos. Esta categoría también se empleará para clasificar las infecciones virales de naturaleza o de sitio no especificado.

- **Codificar primero**

Esta expresión se utiliza bajo ciertas patologías cuyos códigos no deben utilizarse como diagnóstico principal, indicando que debe completarse la información con otro código que identifique la etiología o afección principal que será secuenciada en primer lugar.

El código que representa la etiología o agente causal será el código principal y el código que clasifica la manifestación de dicha etiología, será registrado como código secundario. En la lista tabular este código secundario y su título siempre aparecen en cursiva.

Paciente con artropatía por cristales de pirofosfato:

712.2 *Artropatía por cristales de pirofosfato*
Codificar primero la enfermedad subyacente (275.4)

366.41 *Catarata diabética*
Codificar primero diabetes (249.5, 250.5)

En aquellos casos en los que no exista una afección fundamental responsable o bien esta no pueda ser identificada, esta instrucción debe ser obviada.

- **Codificar Además**

Esta instrucción aparece siempre en la lista tabular bajo un código y título que están en itálica, indicando que obligatoriamente debe utilizarse además de ese, otro código que deberá ser secuenciado primeramente.

484.1 *Neumonía en enfermedades de inclusiones citomegálica*
Codificar además la enfermedad subyacente (078.5)

En el caso de los procedimientos se usa como una instrucción de codificación múltiple, en dos situaciones específicas:

- Para avisar que un procedimiento puede a veces realizarse simultáneamente con otro y se expresa como “codifique también cualquier procedimiento simultáneo.”
- Para advertir que implica necesariamente la realización de otro que lo facilita o lo permite.

36.09 Otra eliminación de obstrucción de arteria coronaria

Angioplastia coronaria NEOM

Codificar además cualquier:

número de stents vasculares insertados (00.45- 00.48)

número de vasos tratados (00.40- 00.43)

procedimiento sobre bifurcación vascular (00.44)

▪ **Emplear código adicional**

Indica que para que el proceso este correctamente codificado, debe añadirse un código adicional que identifique si se conoce una condición más específica.

438.82 Disfagia

Emplear un código adicional para identificar el tipo de disfagia, si se conoce (787.20-787.29)

▪ **Omitir código**

Aparece tanto en el índice alfabético como en la lista tabular de procedimientos, indica que un código no debe ser asignado cuando este es la vía de abordaje ya implícita en el procedimiento, o es un procedimiento menor que no merece la pena ser recogido por separado. También puede aparecer como “no codificar”.

00.50 Implantación de marcapasos de resincronización cardíaca sin mención de desfibrilación, sistema total [CRT-P]

Nota: Comprobación de dispositivo durante el procedimiento- omitir código

1.8. CODIFICACIÓN CLÍNICA

Codificar significa traducir a un lenguaje documental y normalizado algo que se encuentra en lenguaje natural. Es una actividad compleja y requiere por tanto de una metodología y formación específica. Para poder realizar la codificación clínica es necesario conocer la terminología médica, entender la estructura, características, y terminología de la CIE y conocer la normativa que regula dicha codificación.

1.9. INDIZACIÓN DEL EPISODIO ASISTENCIAL

Indizar, consiste en identificar el diagnóstico principal, los diagnósticos secundarios y los procedimientos realizados, durante un episodio asistencial.

Para ello debemos comenzar por realizar una lectura completa del informe de alta. A continuación, se revisará el resto de la documentación contenida en la HC, haciendo hincapié en los siguientes documentos:

- Hoja de anamnesis
- Hoja de quirófano/partograma
- Informe anatomopatológico
- Informes médicos de urgencias
- Observaciones de enfermería
- Otros (informes Rx, informes de interconsulta....)

1.10. CONCEPTOS GENERALES PARA LA CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS.

▪ Diagnóstico principal.

Se define como el proceso patológico o circunstancia que después del estudio pertinente y según criterio facultativo, se establece como causa del ingreso en el hospital, aunque durante su estancia apareciesen otras complicaciones importantes o incluso otras enfermedades más severas independientes de la que motivó el ingreso.

Paciente que ingresa por Pielonefritis aguda por E. Coli. Durante el ingreso presenta IAM inferolateral.

DP	590.10	Pielonefritis aguda sin lesión de necrosis medular renal
	041.4	Infección E. Coli
	410.21	IAM inferolateral

▪ Diagnósticos secundarios.

Son aquellos diagnósticos que no siendo el principal, coexistan con él en el momento del ingreso o se desarrollen a lo largo de la estancia hospitalaria e influyan en la duración de la misma o en el tratamiento administrado. Deben excluirse los diagnósticos relacionados con un episodio anterior que no afecten al actual ingreso.

▪ Procedimientos (Ver punto 1.15)

1.11. PROCEDIMIENTO GENERAL DE LA CODIFICACIÓN

Para la correcta asignación de códigos se deberá seguir la siguiente secuencia:

1º Identificación del término clave en los diagnósticos y procedimientos indizados.

El término clave de una expresión diagnóstica será aquella palabra que sirva para acceder al índice alfabético. La búsqueda por localización anatómica no suele ser adecuada ya que la CIE9MC remite a la enfermedad específica.

Se buscará la correspondencia del término clave con un término principal del índice alfabético seleccionándolo con las siguientes prioridades:

- Patología o proceso.
- Adjetivo.
- Nombre o epónimo.

2º Localización del término principal (en negrita) en el índice alfabético.

3º Análisis de las notas contenidas en los recuadros.

- 4º Lectura de los modificadores no esenciales.
- 5º Análisis de los modificadores esenciales que se adecuen a la expresión diagnóstica alcanzando siempre el máximo nivel de especificidad.
- 6º Seguimiento de las referencias cruzadas.
- 7º Selección del código adecuado.
- 8º Búsqueda del código seleccionado en la lista tabular.
- 9º Análisis de las notas e instrucciones del capítulo, sección, categoría, códigos.
- 10º Asignación definitiva del código.

1.12. NORMAS PARA LA CODIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS

▪ **Codificación de dos o más procesos que cumplen la condición de principal**

Si dos o más diagnósticos cumplen los mismos criterios para ser designados como diagnóstico principal, cualquiera de ellos podrá ser elegido como tal excepto:

- Que el índice alfabético, la lista tabular o las normas de codificación indiquen cual debe ser la secuencia de los códigos.
- Que lo determinen las circunstancias del ingreso, o bien que los procedimientos diagnósticos o terapéuticos hayan estado dirigidos fundamentalmente hacia uno de los diagnósticos, en cuyo caso éste deberá ser designado como principal.

▪ **Codificación múltiple**

Se entiende por codificación múltiple la necesidad de asignar más de un código para identificar una expresión diagnóstica.

Existen ciertas patologías que tienen una causa fundamental (por ejemplo Diabetes Mellitus) y cursan con manifestaciones en múltiples sistemas o aparatos (nefropatía, polineuropatía...). Para estas condiciones la CIE9MC tiene una convención que exige que la afección etiológica fundamental sea codificada primero seguida por las manifestaciones.

Las instrucciones para codificación múltiple en la CIE9MC vienen identificadas con los siguientes términos.

- **“use código adicional”**. Aparece bajo los códigos que identifican la enfermedad subyacente principal o etiológica, indicando la necesidad de utilizar códigos adicionales para describir las manifestaciones de dicha enfermedad que estén presentes.
- **“codifique primero”**. Aparece bajo códigos que habitualmente son manifestación de otra patología indicando la necesidad de codificar dicha enfermedad subyacente o etiológica secuenciándola además en primer lugar.
- **“enfermedades clasificadas en otro lugar”**. Hay determinadas patologías o manifestaciones que aparecen clasificadas bajo este epígrafe indicando que la enfermedad subyacente se codifica en otro lugar.

Los códigos que identifican las manifestaciones de la enfermedad aparecen entre corchetes en el índice alfabético y en cursiva en la lista tabular y no pueden ser utilizados nunca como diagnóstico principal. El código que describe la afección etiológica fundamental se secuenciará

siempre en primer lugar. Si hubiera más de una manifestación se utilizarán tantos códigos como sea necesario para describirlas.

Hay determinadas afecciones simples que pueden requerir más de un código y también en estos casos podemos encontrar las notas “**use código adicional**” o “**codifique primero**” que nos indican que pese a no formar propiamente parte de una combinación etiología/manifestación, debemos utilizar más de un código para describirlas completamente. Sin embargo, no siempre existe una afección fundamental responsable o bien ésta a veces no puede ser identificada, en estos caso la nota “codifique primero” puede ser ignorada. Ambas instrucciones indican cual debe ser la secuencia correcta de los códigos en tales circunstancias.

303 Síndrome de dependencia del alcohol
 Emplear código adicional para identificar cualquier estado asociado, tal como:
 complicaciones físicas del alcohol, tales como:
 cirrosis del hígado (571.2)
 daños hepáticos NEOM (571.3)
 degeneración cerebral (331.7)

▪ **Codificación de estados agudos, crónicos y subagudos**

- **Estados agudos frente a estados crónicos:** Para condiciones descritas a la vez como agudas y crónicas, en ocasiones el índice alfabético proporciona códigos distintos a nivel de subtérmino o modificador esencial para identificarlas, cuando esto ocurra se utilizarán ambos códigos secuenciando en primer lugar el que identifique la condición aguda. Si el índice alfabético sólo proporciona un código a nivel de subtérmino o modificador esencial, se utilizará solamente dicho código ignorando la condición descrita (aguda o crónica) que puedan existir entre paréntesis como modificador no esencial.

Dolor(es) (de), doloroso (a)
 - agudo 338.19
 - - debido a traumatismo 338.11
 - crónico 338.29
 - - debido a traumatismo 338.21

- **Estados subagudos:** Se consideran agudos por defecto. En ciertas circunstancias la CIE9MC nos indica que deben ser consideradas crónicas.
- **Estados agudos, crónicos y subagudos cuando no son términos modificadores:** Si no aparecen estas condiciones como modificadores esenciales en el índice alfabético, los ignoraremos.

Vulvitis (aguda) (alérgica) (crónica) (gangrenosa) (hipertrófica) 616.10

▪ **Codificación de procesos con dos o más etiologías posibles**

Si un proceso tiene varias etiologías probables pero al alta no se ha confirmado ninguna de ellas, se codificará la enfermedad como de causa no especificada.

Neumonía bacteriana o viral
486 Neumonía, organismo no especificado

Si un proceso tiene varias etiologías confirmadas al alta se codificará cada una de ellas.

Hepatitis aguda alcohólica y vírica tipo A
571.1 Hepatitis aguda alcohólica
070.1 Hepatitis vírica tipo A:

▪ **Codificación de diagnósticos de sospecha**

Cuando en un episodio de hospitalización, un diagnóstico al alta venga reflejado en el informe como “sospecha de” éste deberá ser codificado como cierto.

Existen dos excepciones a esta norma, una es el caso de Infección HIV/SIDA y otra en el de la gripe aviar identificada H5N1 y virus de la gripe A/ H1N1, en ambos casos sólo pueden codificarse como ciertos cuando el facultativo explicita dicho diagnóstico.

▪ **Codificación de procesos sospechados y descartados como diagnóstico principal**

Estas categorías se utilizan cuando hay sospecha de un estado anormal en una persona que no tiene diagnóstico y que no presenta signos y síntomas, pero que han precisado asistencia y que tras los estudios pertinentes han sido descartados los diagnósticos sospechados

- **Categoría V29:** Observación y evaluación de recién nacidos y niños por sospecha de enfermedades no encontradas. Esta categoría debe usarse solo en recién nacidos durante el periodo neonatal es decir los primeros 28 días de vida.
- **Categoría V71:** Observación y evaluación de presuntas enfermedades, no encontradas (a partir de la edad perinatal). También se usarán para estados de observación legal y administrativa tras la cual no hay diagnóstico.
- **Categoría V89:** Sospecha de otras enfermedades no encontradas.

▪ **Codificación de signos y síntomas**

Los síntomas, signos o estados mal definidos se clasifican en el capítulo 16 de la LTE. Estos códigos sólo deberán utilizarse como diagnóstico principal en ausencia de un diagnóstico clínico más preciso, en estos casos se consignará como diagnóstico principal el síntoma más significativo o al que se hayan orientado la mayoría de las pruebas diagnósticas.

Los signos y síntomas que forman parte del cuadro sintomático propio de la patología principal no deben ser codificados, excepto en aquellos casos en los que por presentar una especial relevancia se convierten por si mismos en el objetivo de los cuidados o de los procedimientos.

Paciente que ingresa por dolor abdominal y fiebre. Tras exploración física y analítica es diagnosticado de apendicitis aguda.

540.9 Apendicitis aguda sin mención de peritonitis

Paciente con cirrosis hepática alcohólica que ingresa por ascitis para drenaje percutáneo.

571.2 Cirrosis hepática alcohólica
789.59 Otra ascitis

Los síntomas y signos también deben ser codificados cuando no están implícitos en la patología principal (no forman parte de la sintomatología habitual), y suponen un problema importante para el paciente o son causa atención clínica.

Paciente con obesidad mórbida que presenta hipersomnía.

278.01 Obesidad mórbida

780.54 Hipersomnía

Cuando un signo o síntoma sea atribuible a varias causas (expresado como diagnóstico diferencial) y al alta siga sin determinarse cuál de ellas es la responsable, el signo o síntoma será el diagnóstico principal y sus posibles causas se codificarán como diagnósticos secundarios.

▪ **Mismo diagnóstico codificado más de una vez**

Cada código de la CIE9MC solo puede ser utilizado una vez en cada registro. Esto es aplicable a las condiciones bilaterales y también a aquellas ocasiones en las que dos entidades diferentes se clasifican con el mismo código.

Paciente de 34 años, hipertenso en tratamiento que en este episodio es diagnosticado de absceso pituitario y distrofia adiposogenital.

253.8 Otros trastornos de la hipófisis

401.9 Hipertensión esencial no especificada

Paciente que presenta artrosis de cadera bilateral secundaria a artritis reumatoide

715.25 Osteoartrosis localizada secundaria

714.0 Artritis reumatoide

1.13. PROCEDIMIENTOS

1.13.1. CONCEPTOS GENERALES PARA LA CLASIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS.

▪ **Procedimientos significativos**

Deberán ser codificados aquellos procedimientos que cumplan al menos una de las siguientes condiciones:

- Quirúrgicos por naturaleza: incisión, escisión, destrucción, amputación, reparación, etc.
- Comportan un riesgo anestésico o precisan cualquier anestesia (no tópica).
- Intrínsecamente puede comportar un riesgo para el paciente.
- Requieran un adiestramiento especial, profesional especializado, técnicos cualificados, es decir, que implica una formación adicional sobre la que habitualmente es impartida a médicos, enfermeras o técnicos sanitarios.

▪ **Índice alfabético de procedimientos**

La búsqueda del término principal puede realizarse por:

- Procedimiento general: reparación, escisión, sutura, ligadura, etc.
- Procedimiento específico: biopsia, anastomosis, etc.
- Nombre específico por órgano o procedimiento: gastrectomía, histerectomía, etc.
- Para la extracción de un implante sintético o una prótesis, si no aparece el procedimiento específico en el índice alfabético, se buscará como término principal extirpación y como subtérmino cuerpo extraño.
- Epónimos. Nombre propio que designa una enfermedad o una técnica. En el índice alfabético de procedimientos estos epónimos pueden estar localizados de diferentes maneras:

- Bajo el propio epónimo

Nissen, operación de (funduplicatura del estómago) 44.66
-laparoscópica 44.67

- Bajo el término principal "Operación"

Operación (de)
-Nissen (funduplicatura del estómago) 44.66
- - laparoscópica 44.67

- Por la descripción de la intervención

Funduplicación (esofágica) (de Nissen) 44.66
-laparoscópica 44.67

1.13.2. NORMAS PARA LA CODIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS.

▪ **Procedimientos por laparoscopia, toracoscopia, artroscopia y otras endoscopias.**

Estas técnicas se utilizan para realizar numerosos procedimientos, en ocasiones solo como técnica de abordaje pero otras, permiten la escisión o la reparación de la estructura pertinente, pudiéndose dar diferentes situaciones:

- Existe código de combinación para describir la técnica de abordaje y la quirúrgica

65.31 Ooforectomía unilateral laparoscópica

- No existe código de combinación y deberemos utilizar codificación múltiple para reflejar adecuadamente la técnica realizada

Menissectomía artroscópica de rodilla
80.6 Escisión de cartílago semilunar de rodilla
80.26 Artroscopia de rodilla

- Para la clasificación de dos procedimientos realizados por vías endoscópica en el caso de que solo uno de ellos tenga código de combinación laparoscópica, se codificará primero el que tiene el código de combinación y a continuación el que no la tiene, sin añadir la laparoscopia.

- **Procedimientos endoscópicos reconvertidos a abiertos**

Se codificarán como abiertos. Se utilizarán, adicionalmente, códigos de la subcategoría **V64.4 Tratamiento quirúrgico cerrado convertido en procedimiento abierto** en las expresiones diagnósticas para reflejar la reconversión de la técnica.

- **Procedimientos bilaterales y técnicas repetidas**

En ocasiones, podemos encontrarnos códigos que expresan directamente la bilateralidad de la intervención como por ejemplo en las herniorrafias, salpinguectomías, mamoplastias, etc. En otras ocasiones no existe tal posibilidad y deberemos asignar el mismo código dos veces para reflejar bilateralidad.

Cuando un procedimiento quirúrgico se realiza dos o más veces en un mismo episodio de cuidados, se podrá codificar tantas veces como se realice.

- **Vías de abordaje y cierre**

Generalmente van implícitas en la técnica quirúrgica correspondiente por lo que no habrá que codificarlas. No obstante, deberán emplearse cuando la cirugía utiliza un abordaje o cierre excepcional no previsto en la técnica habitual. En el caso de las anastomosis termino-terminales que se consideran parte del cierre habitual (restitución del tránsito normal y de la integridad anatómica) no se codifican, considerándose incluidas en la resección. Sin embargo otros tipos de anastomosis que implican una variación en la disposición anatómica o en la restitución del tránsito habitual si deben ser codificadas.

Laparotomía exploradora y hemicolectomía derecha con anastomosis termino-terminal

45.73 Hemicolectomía derecha abierta y otras

Hemicolectomía derecha con anastomosis ileocólica terminolateral

45.73 Hemicolectomía derecha abierta y otras

45.93 Otras anastomosis de intestino delgado a intestino grueso

- **Biopsias**

Es la toma de tejido de una persona viva para examen microscópico. No se codificará como biopsia, la pieza extraída con fines terapéuticos que sistemáticamente se envía a Anatomía Patológica para examen. Por el contrario las biopsias intraoperatorias de cuyo resultado depende la realización o no de un procedimiento siempre deben codificarse.

Las biopsias pueden ser:

- Cerradas:

- Percutáneas: aguja, aspiración
- Endoscópicas

- Abiertas:

- la muestra se obtiene mediante incisión en la que se retira tejido para el análisis de anatomía patológica.

El tipo de biopsia lo determina la técnica de obtención del tejido, no la vía de abordaje. Por ejemplo podemos obtener una muestra de páncreas por aguja (cerrada) de un paciente en el transcurso de una laparotomía.

Colecistectomía abierta con biopsia por punción (aguja) del páncreas

- 51.22 Colecistectomía**
- 52.11 Biopsia (por aspiración) (aguja) cerrada de páncreas**

- En la codificación de las biopsias pueden darse una serie de circunstancias que hay que tener en cuenta:
 - El acceso está implícito. En estos casos no se codificará adicionalmente.
 - Biopsia incidental durante la escisión o la reparación de otro tejido. En estos casos es necesario utilizar dos códigos.

Biopsia ovárica en el transcurso de una hemicolectomía izquierda

- 45.75 Hemicolectomía izquierda**
- 65.12 Otra biopsia de ovario**

- La biopsia se realiza conjuntamente con una **laparotomía/toracotomía exploradora**. En estos casos se codifican ambas:

Laparotomía exploradora, por abdomen agudo. Se toman muestras de peritoneo y de nódulo linfático.

- 54.11 Laparotomía exploradora**
- 54.23 Biopsia peritoneo abierta**
- 40.11 Biopsia de estructura linfática**

▪ **Cirugía asistida por ordenador**

Consiste en la utilización de un mapa tridimensional creado por ordenador a partir de imágenes de TAC; RMN, fluoroscopia etc., que permite la “navegación”, planificación y visualización previa de la técnica por parte del cirujano.

Este tipo de cirugía se codifica con el código correspondiente del procedimiento diagnóstico o terapéutico realizado, junto con alguno de los códigos de las subcategorías siguientes:

- 00.31 Cirugía asistida por ordenador con TC/ATC**
- 00.32 Cirugía asistida por ordenador con RM/ARM**
- 00.33 Cirugía asistida por ordenador con radioscopia**
- 00.34 Cirugía asistida por ordenador sin imagen**
- 00.35 Cirugía asistida por ordenador con múltiples fuentes de datos**
- 00.39 Otra cirugía asistida por ordenador**

▪ **Procedimientos no realizados**

En ocasiones la decisión de cancelar un procedimiento realizado se realiza una vez que el paciente ya ha sido ingresado. En estos casos se codificará en primer lugar el diagnóstico por el cual se le prescribió la prueba añadiendo a continuación un código de la categoría **V64 Personas que entran en contacto con servicios sanitarios para procedimientos específicos, que no llegan a realizarse**. En el caso de que la cancelación del procedimiento sea debido a problemas religiosos además deberá añadirse el código **V62.6 Rechazo de tratamiento por**

motivos religiosos o de conciencia. En ninguno de estos casos debe codificarse el procedimiento si no se ha realizado

- **Procedimientos incompletos**

No se codificará la técnica inicialmente prevista sino hasta donde se ha llegado.

Tabla 1-II. Procedimientos incompletos

SITUACIONES	CODIFICACIÓN
Solo incisión	Incisión por sitio
Endoscopia que no llega al lugar previsto	Endoscopia hasta donde llegue
Se entró en la cavidad o espacio	Exploración por sitio
Fin terapéutico no conseguido con el procedimiento	Procedimiento realizado

- **Técnicas implícitas en el procedimiento**

Hay técnicas que son habituales y rutinarias y que están implícitas en la realización de determinados procedimientos, tal es el caso de drenajes, lavados, etc., que no deben codificarse. Por ejemplo, la anestesia y los procedimientos asociados a ella, como la intubación orotraqueal (IOT) o la ventilación mecánica, realizados con cualquier tipo de intervención se consideran incluidos en la misma, y por lo tanto no se codifican, salvo que por algún tipo de complicación se justifique la presencia de los mismos.

2. ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS

El Capítulo 1 de la CIE9MC clasifica las enfermedades infecciosas y parasitarias en las categorías comprendidas entre la 001 y la 139. Las secciones de este capítulo se organizan habitualmente por tipo de organismo y ocasionalmente por localización anatómica.

2.1. NORMAS GENERALES

- **Se recogerá la etiología y la localización, siempre que sea posible, ya sea mediante códigos de combinación o mediante codificación múltiple.**
- **Prioridad del capítulo 1 sobre otros capítulos para la misma condición.** Los códigos del capítulo 1 tienen prioridad sobre los códigos de otros capítulos para una misma condición. Por ejemplo la infección del tracto urinario por candidas, se debe interpretar como infección por candidas del aparato urinario.

Infección del tracto urinario por candidas

IAE

Candidiasis, cándida 112.9

- urogenitales 112.2

Infección

- urinaria (tracto) 599.

- - candidiásica 112.2

112.2 Candidiasis de otros órganos urogenitales

- **Prioridad del germen frente a otros modificadores.** Si la expresión diagnóstica incluye, además de la etiología, otras condiciones (como agudo o crónico), y en la búsqueda en el Índice Alfabético dichas condiciones están al mismo nivel de indentación pero llevan a diferentes códigos, el código de la etiología adquiere prioridad sobre cualquier otro.

Cistitis intersticial crónica por monilias (cándida)

IAE

Cistitis (bacilar...) 595.9

- crónica 595.2

- - del triángulo 595.3

- - intersticial 595.

- monilial 112.2

112.2 Candidiasis de otros órganos urogenital

2.2. INFECCIÓN. EVOLUCIÓN Y CONCEPTOS

- **Colonización y Portador:** La colonización es el establecimiento y proliferación de un microorganismo en el huésped sin causar enfermedad aunque potencialmente podría acabar desarrollándola. Portador se define como aquella persona que alberga y transmite el germen, no padece infección y no tiene síntomas. La CIE9MC clasifica a la colonización como portador.

Se codificará como **V02 Portador o sospecha de portador de enfermedades infecciosas.**

Paciente portador del virus de la hepatitis B que ingresa por cirrosis biliar
571.6 Cirrosis biliar
V02.61 Portador o sospecha de portador de virus de la hepatitis B

Como excepción a esta regla, la colonización e infección durante un ingreso por SAMR (Staphylococcus Aureus Metilcílín Resistente), requiere ambos códigos.

Paciente colonizado por SAMR que presenta una neumonía por SAMR durante el ingreso
V02.54 Portador o sospecha de portador de Staphylococcus aureus meticilina resistente (Colonización por SAMR)
482.42 Neumonía por SAMR.

- **Infección:** Es el proceso inflamatorio originado por la presencia de gérmenes o por la invasión de los mismos a los tejidos. Se codificará con el código específico para cada germen (ej. TBC pulmonar, candidiasis oral...).
- **Bacteriemia:** Es la presencia de microorganismos viables en el torrente sanguíneo sin repercusión clínica sistémica. Puede equipararse a la presencia de virus (viremia), hongos (funguemia). Se codificará como **790.7 Bacteriemia, 790.8 Viremia** o como funguemia específica añadiendo el correspondiente código de identificación del germen.
- **Septicemia o infección sistémica:** Es la presencia de microorganismos patológicos o de sus toxinas en el torrente sanguíneo con repercusión clínica sistémica. Esta infección sistémica a la que la CIE9MC llama **infección subyacente**, se codificará con códigos tales como 038.XX, 022.3, 027.0, 098.89, 112.5, 003.1, 036.2, 079.99... Se añadirá el código de la infección primaria o foco si se conoce.

Paciente que ingresa en UCI por septicemia por E.Coli. Tras estudio radiológico se diagnostica de neumonía por E. Coli.
038.42 Septicemia por E. Coli
482.82 Neumonía por E. Coli

- **Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS):** Es una reacción inflamatoria multiorgánica mediada por mecanismos humorales y celulares, y que puede estar originada por múltiples causas:
 - Politraumatismos
 - Eventos isquémicos (ACV, IAM, etc.)
 - Pancreatitis
 - Intoxicaciones
 - Infecciones

El SIRS debe estar debidamente documentado en la historia clínica para poder ser codificado. El código de la causa subyacente (tal como infección o traumatismo) siempre debe ser secuenciado antes que el código de la subcategoría **995.9 Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS)**.

- **Sepsis:** Cuando el SIRS es originado por un proceso infeccioso se denomina Sepsis. Los términos septicemia y sepsis son con frecuencia intercambiados por los clínicos aunque no son términos sinónimos, son conceptos diferentes con distinta codificación. Nunca debe presuponerse una sepsis si la expresión diagnóstica es “septicemia”. Ante cualquier duda se consultará al facultativo.

Se codificará como:

Septicemia + 995.91 Sepsis + código de la infección primaria o foco si se conoce

Si el organismo causal no está documentado, se asignará el código **038.9 Septicemia no especificada**.

Paciente que ingresa por infección del tracto urinario y sepsis secundaria de origen urológico por gram-negativos.

038.40 Septicemia por gram-negativos no especificado
995.91 Sepsis
599.0 Infección tracto urinario
041.85 Infección por otros organismos gram- negativos

- **Sepsis Severa:** Se trata de una sepsis asociada a disfunción orgánica aguda. Nunca debe presuponerse que una disfunción orgánica aguda se deba a sepsis si no se especifica claramente en la documentación.

Se codificará como:

Septicemia + 995.92 Sepsis Severa + disfunción(es) orgánica(s) + código de la infección primaria o foco si se conoce.

Si el organismo causal no está documentado, se asignará el código **038.9 Septicemia no especificada**.

Paciente que ingresa por sepsis grave, insuficiencia respiratoria aguda y neutropenia secundaria a sepsis debida a bronconeumonía viral.

079.99 Infección viral inespecífica (Valorar cambiar germen y ejemplo anterior)
995.92 Sepsis grave
518.81 Fracaso respiratorio agudo
288.04 Neutropenia debida a infección
480.9 Neumonía viral no especificada

- **Shock séptico o Shock endotóxico o Shock Gram Negativo:** Implica una sepsis severa en la cual la hipotensión y la disfunción orgánica no responden a tratamiento.

Se codificará como:

Septicemia + 995.92 Sepsis severa + 785.52 *Shock séptico* + disfunción(es) orgánica(s) si se identifican + código de la infección primaria o foco si se conoce

Paciente que ingresa en la unidad de cuidados intensivos (UCI) por shock séptico e insuficiencia respiratoria aguda secundaria a neumonía por *Hæmophilus influenzae*. A los 5 días de estancia sufre un infarto agudo de miocardio anterior y fallece.

038.41 Septicemia por H. Influenzæ.
995.92 Sepsis severa
785.52 Shock séptico
482.2 Neumonía debido a H. Influenzæ
518.81 Fracaso respiratorio agudo
410.11 IAM pared anterior, episodio inicial

2.3. NORMAS ESPECÍFICAS DE CODIFICACIÓN DE LA INFECCIÓN

- Los hemocultivos negativos o no concluyentes no excluyen un diagnóstico de septicemia o sepsis en pacientes con evidencia clínica de la afección; no obstante en caso de duda se consultará al clínico.
- Si hay un **SIRS de origen no infeccioso** (como quemaduras o traumatismos) y en su evolución se complica con una infección que acaba en sepsis o shock séptico, sólo se podrá utilizar un código de la categoría 995 para identificar el SIRS, y éste será el **995.91 Sepsis o 995.92 Sepsis severa**. También se añadirá el código E correspondiente que identifique la lesión (quemadura o traumatismo).

Paciente que ingresa en UCI por pancreatitis aguda y SIRS asociado a la misma. A los 6 días de estancia se diagnostica de neumonía nosocomial que evoluciona a shock séptico con fallo hepático e insuficiencia renal aguda y fallecimiento.

577.0 Pancreatitis aguda
038.9 Septicemia no especificada
995.92 Sepsis severa
785.52 Shock séptico
570 Necrosis hepática aguda y subaguda
584.9 Fallo renal agudo no especificado
486 Neumonía, organismo no especificado

- Si la sepsis o sepsis grave está documentada como asociada a una afección no infecciosa (quemadura o una lesión grave) que cumple la condición de diagnóstico principal, el código de la afección no infecciosa deberá ser secuenciado primero, seguido del código de la infección sistémica y a continuación el código **995.91 Sepsis** ó **995.92 Sepsis grave** . Sin embargo, si la sepsis o la sepsis grave cumplen también la condición de diagnóstico principal, la infección sistémica y los códigos de sepsis deberán secuenciarse antes que las afecciones no infecciosas.
- Se añadirá código E a los códigos **995.93 SIRS por un proceso no infeccioso sin disfunción orgánica aguda** y **995.94 SIRS por un proceso no infeccioso con disfunción orgánica aguda** si el paciente ingresa por un traumatismo y éste es el que origina el SIRS.
- En la sepsis debida a infección tras un procedimiento, al igual que todas las complicaciones por procedimiento, la relación causa-efecto ha de estar claramente documentada por el médico.
- En los casos de sepsis tras procedimiento, los códigos de complicación **996.6X Reacción infecciosa e inflamatoria por dispositivo protésico interno, implante e injerto** ó **999.3X Otra infección debida a complicaciones de cuidados médicos, no clasificados bajo otros conceptos** ó **998.59, Otras infecciones postoperatorias** ó **674.3X, Otras complicaciones de heridas quirúrgicas obstétricas** deben codificarse en primer lugar seguidos de la secuencia adecuada de la septicemia, sepsis, sepsis severa.

Paciente que ingresa en UCI desde urgencias por un cuadro de shock séptico postoperatorio tras colecistectomía hace 3 días.

998.59 Otras infecciones postoperatorias
998.0 Shock postoperatorio
038.9 Septicemia no especificada
995.92 Sepsis severa
785.52 Shock séptico
E878.6 Extirpación de otros órganos (parcial) (total)

- **Urosepsis.** Suele referirse a la presencia de gérmenes en la orina, por lo que se codificará como infección del tracto urinario (el Índice Alfabético envía por defecto al código **599.0 Infección del tracto urinario, sitio no especificado**) salvo que se documente la septicemia o sepsis.

2.4. VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) ataca el sistema inmunológico, causando deficiencia o daño en el mismo por pérdida de linfocitos CD4. La infección por VIH puede conducir al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Actualmente se sigue utilizando la clasificación de los CDC de 1993 que clasifica a los pacientes según los datos clínicos (categoría clínica) y el número de linfocitos CD4 (categoría inmunológica).

Tabla 2-I. Categorías clínicas para la codificación del VIH en mayores de 13 años

CATEGORÍAS INMUNOLÓGICAS*	A INFECCIÓN AGUDA ASINTOMÁTICA o LGP	B INFECCIÓN SINTOMÁTICA NO A NO C	C PROCESOS INCLUIDOS EN LA DEFINICIÓN DE SIDA
1	A1	B1	C1
2	A2	B2	C2
3	A3	B3	C3

***Categoría 1.** Linfocitos CD4 mayor o igual a 500/mm³ en número absoluto o bien CD4 mayor o igual al 29%.

Categoría 2. Linfocitos CD4 entre 200 y 499/mm³ o bien entre 14-28%.

Categoría 3. Linfocitos CD4 menor de 200/mm³ o bien CD4 menor del 14%.

- **Categoría A**

Se aplica a los pacientes con infección primaria y a los pacientes asintomáticos con o sin linfadenopatía generalizada persistente (LGP) asintomáticos.

- **Categoría B**

Se aplica a los pacientes que presentan o han presentado síntomas o enfermedades relacionadas con la infección por el VIH (no pertenecientes a la categoría C), o cuyo manejo o tratamiento puedan verse complicados debido a la presencia de la infección por VIH. Ejemplo de estas patologías son:

1. Angiomatosis bacilar
2. Candidiasis oral (muguet)
3. Candidiasis vulvo-vaginal persistente, frecuente (más de un mes), o que responde mal al tratamiento
4. Displasia cervical (moderada o grave) o carcinoma in situ
5. Fiebre (>38,5°C) o diarrea de más de un mes de evolución
6. Leucoplasia oral vellosa
7. Herpes zoster (2 o más episodios o 1 episodio multidérmico (que afecte a más de un dermatoma)
8. Púrpura trombocitopénica idiopática
9. Listeriosis

10. Enfermedad inflamatoria pélvica, sobre todo si se complica con absceso tuboovárico
11. Neuropatía periférica
12. Endocarditis bacteriana, meningitis, neumonía o sepsis
13. Otras complicaciones menores asociadas a la infección VIH-1

▪ **Categoría C**

Se aplica a pacientes que presenten o hayan presentado alguna de las complicaciones ya incluidas en la definición de SIDA cuando el paciente tiene una infección por el VIH demostrada y no existen otras causas de inmunodeficiencia que pueda explicarla. Son procesos oportunistas, infecciosos o neoplásicos, cuya presencia define SIDA en el paciente VIH positivo:

14. Candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar
15. Candidiasis esofágica
16. Carcinoma de cérvix invasivo
17. Coccidiomicosis diseminada o extrapulmonar (en una localización diferente o además de los pulmones y los ganglios linfáticos cervicales o hiliares)
18. Criptococosis extrapulmonar
19. Criptosporidiasis intestinal de más de un mes
20. Infección por citomegalovirus con afectación de órganos distintos a hígado, bazo o ganglios linfáticos, en un paciente de más de un mes de edad
21. Retinitis por citomegalovirus
22. Encefalopatía por VIH
23. Infección por virus del herpes simple que cause una úlcera mucocutánea de más de un mes de evolución, o bronquitis, neumonitis o esofagitis de cualquier duración, que afecten a pacientes de más de un mes de edad
24. Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar(en una localización diferente o además de los pulmones y los ganglios linfáticos cervicales o hiliares)
25. Isosporidiasis intestinal crónica (más de un mes)
26. Sarcoma de Kaposi
27. Linfoma de Burkitt o equivalente
28. Linfoma inmunoblástico o equivalente
29. Linfoma cerebral primario en menores de 60 años
30. Infección por *M. Avium-intracelulare* o *M. Kansasii* diseminada o extrapulmonares
31. Tuberculosis diseminada, pulmonar o extrapulmonar
32. Infección por otras micobacterias, diseminadas o extrapulmonar
33. Neumonía por *Pneumocystis Jiroveci* (anteriormente *P. carinii*)
34. Neumonía recurrente
35. Leucoencefalopatía multifocal progresiva
36. Sepsis recurrente por especies de *Salmonella* diferente a *S. Tiphy*
37. Toxoplasmosis cerebral en un paciente de más de un mes de edad
38. Enfermedad debilitante "Wasting Syndrome" debida al VIH

El estadiaje clínico para los niños menores de 13 años es diferente por su peculiar respuesta a la infección y su propio desarrollo inmunológico, y consta de 3 grupos más (N1, N2 y N3).

Tabla 2-II. Categorías clínicas en menores de 13 años

CATEGORÍAS INMUNOLÓGICAS	N (No signos ni síntomas)	A (Signos o síntomas leves)	B (Signos o síntomas moderados)	C (Signos o síntomas severos)
1: No evidencia de inmunosupresión	N1	A1	B1	C1
2: Evidencia de inmunosupresión moderada	N2	A2	B2	C2
3: Inmunosupresión severa	N3	A3	B3	C3

2.5. NORMAS ESPECÍFICAS DE CODIFICACIÓN DEL VIH

- La codificación del VIH es una **excepción a la norma general**, al igual que la codificación de la gripe A y gripe aviar, por lo que sólo se codificará como infección VIH cuando la existencia de la infección esté claramente documentada (no hace falta documentación de positividad serológica o de cultivo de VIH, es suficiente si el médico indica que es VIH positivo), no codificándose como cierta la sospecha.
- Una vez clasificado a un paciente VIH en la **categoría 042 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [HIV]**, ya siempre se codificará como 042 esta condición, ya que se trata de una **infección crónica**, que no desaparece.
- La asignación del código VIH dependerá de si el paciente presenta o no sintomatología documentada:
Si presenta sintomatología asociada a VIH y/o definitiva de caso de SIDA se asignará el código 042.
Si dicha sintomatología no existe ni ha existido previamente, se asignará V08, siempre que previamente no haya sido codificado como 042.
Si la documentación que tenemos es insuficiente o deja lugar a dudas, se consultará con el facultativo responsable.
- Si un paciente VIH ingresa por una patología relacionada con el VIH según los criterios de los CDC, o por una patología que el clínico la relacione como debida a su infección VIH, se secuenciará como código principal el código **042 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [HIV]**, y como códigos asociados, los de las enfermedades relacionadas.
- Si un paciente VIH ingresa por una patología que el clínico no relaciona con el VIH se secuenciará como código principal el código de dicha patología y como código secundario el 042 o V08.
- Si una paciente VIH ingresa por un proceso obstétrico se secuenciará en primer lugar un código de la subcategoría **647.6X Otras enfermedades virales** y como secundario la infección o enfermedad por VIH (V08 o 042).

- Si la enfermedad por VIH está producida por el virus **VIH tipo 2** se codifica con el código 042 en primer lugar y se le añade el **079.53 Virus de la Inmunodeficiencia Humana, tipo 2 [HIV2]**.
- Nunca podrá utilizarse junto a la categoría **042 Enfermedad por virus de la Inmunodeficiencia Humana** cualquier otro código que recoja circunstancias relacionadas con la infección VIH (**795.71** o **V08**), excepto el código **V01.79 Contacto o exposición a otras enfermedades víricas**, que se podrá utilizar cuando se refiera a otros virus distintos del VIH.

Tabla 2-III. Resumen de la codificación del VIH

CIRCUNSTANCIAS	CODIGO CIE
<p>VIH+ junto a cualquier enfermedad o sintomatología (actual o pasada) relacionada con la infección VIH o definitiva de SIDA.</p> <p>Cualquier VIH+ estadiado desde A1 a A3 sintomático.</p> <p>Cualquier VIH+ estadiado desde B1 a C3.</p> <p>Expresiones diagnósticas de SIDA.</p> <p>Codificación previa con 042.</p>	042 Enfermedad por virus de la Inmunodeficiencia humana
<p>Infección asintomática por VIH (pacientes VIH+ confirmados que nunca han tenido síntomas ni están estadiados desde B1 a C3).</p> <p>Pacientes VIH estadiados desde A1 a A3 que sean asintomáticos (nunca hayan sido sintomáticos).</p> <p>Niños > 18 meses, VIH+ confirmado, asintomáticos y no estadiados entre A1 a C3.</p> <p>Niños menores de 13 años con VIH+ confirmado y estadiado desde N1 a N3.</p>	V08 Estado de infección por virus de inmunodeficiencia humana, asintomático
<p>Pacientes con resultados analíticos especificados como no concluyentes.</p> <p>Niños < 18 meses con serología VIH+ y con madre VIH+.</p>	795.71 Evidencia serológica no específica de virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
<p>Contacto o expuestos al contagio de VIH (sin confirmación, diagnóstico ni evidencia serológica).</p> <p>Niños < 18 meses en entorno VIH (como ser hijo de madre VIH+) sin serología realizada o con serología negativa.</p>	V01.79 Enfermedades víricas (Contacto con o exposición a contagio)
<p>Enfermedad por VIH tipo II.</p>	042 Enfermedad VIH + 079.53 VIH tipo 2 [HIV-2]

Hepatitis vírica. Véase capítulo de digestivo.

3. NEOPLASIAS

3.1. CLASIFICACIÓN DE LAS NEOPLASIAS

Las neoplasias se clasifican el capítulo 2 de la CIE9MC, según su comportamiento y localización anatómica, en las categorías 140 a la 239.

Para una correcta codificación de las neoplasias es necesario determinar a partir de la información clínica disponible si la neoplasia es benigna, in-situ, maligna, o de comportamiento histológico incierto. La neoplasia de comportamiento incierto es aquella neoplasia histológicamente bien definida pero cuyo comportamiento no puede predecirse.

En el caso de neoplasia maligna debe diferenciarse si se trata de una localización primaria o secundaria.

La neoplasia secundaria (categorías 196 a 198) es la aparición de un tumor a partir de la extensión del tumor original. Esta extensión puede producirse:

- por crecimiento contiguo: el tumor primario invade e infiltra las estructuras adyacentes,
- a distancia: las células malignas desde el tumor primario desarrollan nuevos tumores.

Tres son las vías de diseminación:

- extensión linfática (las células tumorales infiltran los vasos linfáticos locales)
- diseminación hematológica (las células tumorales invaden el torrente sanguíneo)
- implantes (las células tumorales se desprenden y a modo de siembra se esparcen en el interior de cavidades corporales).

Invasión por contigüidad: Carcinoma de próstata que infiltra vejiga

185	Neoplasia maligna de la próstata
M8010/3	Carcinoma NEOM
198.1	Neoplasia maligna secundaria de otros órganos urinarios
M8010/6	Carcinoma metastático, NEOM

Extensión linfática: Carcinoma de cuadrante superoexterno de mama con infiltración de nódulos linfáticos axilares

174.4	Carcinoma cuadrante supero-externo de mama
M8010/3	Carcinoma NEOM
196.3	Neoplasia maligna secundaria de nódulos linfáticos de la axila y de los miembros superiores
M8010/6	Carcinoma metastático, NEOM

Diseminación hematológica: Carcinoma de lóbulo inferior de pulmón con metástasis hepática

162.5	Carcinoma de lóbulo inferior de pulmón
M8010/3	Carcinoma NEOM
197.7	Neoplasia maligna hígado, especificado como secundario
M8010/6	Carcinoma metastático, NEOM

Implante o siembra a distancia: Cáncer de páncreas con sembrado peritoneal y ovárico

157.9	Carcinoma de páncreas
M8010/3	Carcinoma NEOM
197.6	Neoplasia maligna secundaria de retroperitoneo y peritoneo
M8010/6	Carcinoma metastático, NEOM
198.6	Neoplasia maligna secundaria de ovario
M8010/6	Carcinoma metastático, NEOM

3.2. MORFOLOGÍA DE LAS NEOPLASIAS

La CIE9MC incluye una **adaptación de la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIE-O)** con la morfología de las neoplasias que contiene los denominados códigos M. El código de morfología consta de cinco dígitos precedidos por la letra M, los cuatro primeros identifican el tipo histológico de la neoplasia y el quinto indica su comportamiento. Es un código adicional y nunca se usa como código principal.

Tabla 3-I. 5º dígito códigos M: comportamiento

5º Dígito	COMPORTAMIENTO
0	Benigno
1	Sin certeza de si es benigno o maligno
2	In situ
3	Maligno, localización primaria
6	Maligno, localización metastásica

Aunque existe otro 5º dígito de comportamiento (/9, Maligno, sin certeza de que se trate de una localización primaria o metastásica) en la CIE-O y en la CIE9MC, no puede aplicarse en nuestro contexto, ya que todas las neoplasias se presumen primarias (/3) o secundarias (/6), según otros datos que figuren en el historial médico y normas de codificación.

El código de morfología se localiza en el índice alfabético de enfermedades. Aparece al lado derecho del nombre histológico de la neoplasia. En los casos donde el diagnóstico morfológico indique dos adjetivos y éstos tengan diferente código numérico, se usará el código de mayor valor numérico (de mayor especificidad).

Carcinoma papilar seroso de ovario: 183.0 **M8460/3**

Término histológico	Código morfología
Carcinoma	M8010/3
- Papilar	M8050/3
-- Seroso	M8460/3

3.3. NEOPLASIAS DE TEJIDOS LINFÁTICOS Y HEMATOPOYÉTICOS

Existen dos tipos básicos de neoplasias malignas:

- neoplasias o tumores sólidos (140-199, 209)
- neoplasias de tejidos linfáticos y hematopoyéticos (200-208).

Los tumores sólidos de una localización determinada, que se considera la neoplasia primaria, pueden crecer y extenderse dando lugar a las neoplasias secundarias o metástasis.

Por el contrario, las neoplasias linfáticas y hematopoyéticas se originan en una o en diversas localizaciones de forma simultánea y sus células neoplásicas pueden circular por el torrente sanguíneo y sistema linfático. Éstas se consideran siempre neoplasias primarias y por ello, existen ciertas peculiaridades en los códigos de estas neoplasias:

- Las categorías de las neoplasias malignas primarias de tejidos linfáticos (200-202) se completan con el cuarto dígito que especifica el tipo histológico de la neoplasia y el quinto dígito indica la localización afectada: nódulos linfáticos, tejido linfático extranodal, bazo u otros órganos.

Linfoma nodular mixto de ganglios mediastínicos

202.02 Linfoma nodular de ganglios linfáticos intratorácicos
M9691/3 Linfoma maligno nodular mixto, linfocítico-histiocítico

- Las neoplasias inmunoproliferativas, mieloma múltiple y leucemias utilizan un quinto dígito: "0" si no se ha alcanzado la remisión o ésta es fallida, "1" en remisión, "2" recidiva de la enfermedad.

Leucemia linfocítica crónica en remisión

204.11 Leucemia linfoide crónica en remisión
M9823/3 Leucemia linfoide crónica

3.4. NEOPLASIAS NO ESPECIFICADAS COMO PRIMARIAS O SECUNDARIAS

Cuando no se especifica si un tumor maligno es primario o secundario será considerado como primario excepto en los tumores de hígado y del sistema linfático.

- Hígado: Existe un código específico para esta circunstancia **155.2 Neoplasia maligna del hígado, no especificado como primario o como secundario**.
- Linfáticos: Las neoplasias malignas de nódulos o ganglios linfáticos, a menos que se especifique lo contrario, se consideran secundarias por defecto (196.0 – 196.9).

Cuando el diagnóstico incluye el término metastásico y no se especifica si el tumor maligno es primario o secundario, se debe:

1. Examinar la HC para identificar el/los lugar/es primario/s y secundario/s.

2. Verificar el tipo histológico de la morfología.
3. Si no obtenemos, a pesar de lo anterior mayor información, lo consideraremos primario, excepto si se trata de alguna de las siguientes localizaciones: cerebro, corazón, diafragma, hueso, linfáticos, mediastino, medula espinal, meninges, peritoneo, retroperitoneo, pleura o hígado que será considerado secundario.

Carcinoma femoral metastásico

198.5	Neoplasia maligna secundaria de huesos y médula ósea
M8010/6	Carcinoma, metastásico NEOM
199.1	Neoplasia maligna sin especificación del sitio, otros
M8010/3	Carcinoma NEOM

3.5. NEOPLASIAS DE LOCALIZACIÓN CONTIGUA

En el caso de una neoplasia primaria de localización conocida con extensión contigua codificable en la misma categoría, sólo se codificará el punto de origen de la neoplasia primaria.

Carcinoma epidermoide de base de la lengua que infiltra la superficie ventral de la misma

141.0	Neoplasia maligna de base de la lengua
M8070/3	Carcinoma de células escamosas NEOM

Las neoplasias contiguas en la misma categoría, con localización de origen no conocida, se codificará en la subcategoría XXX.8.

Carcinoma epidermoide de la lengua que engloba la base y la superficie ventral de la misma

141.8	Neoplasia maligna de otros sitios de la lengua
M8070/3	Carcinoma de células escamosas NEOM

En el caso de una neoplasia primaria conocida con neoplasias contiguas pertenecientes a distintas categorías pero a la misma sección, se codificarán la primera como primaria y las contiguas como metástasis.

Adenocarcinoma de ángulo hepático de colon que infiltra hígado

153.0	Neoplasia maligna de colon ángulo hepático
M8140/3	Adenocarcinoma NEOM
197.7	Neoplasia maligna secundaria de hígado, especificada como secundaria
M8140/6	Adenocarcinoma, metastásico NEOM

Las neoplasias contiguas de distinta categoría pero dentro de la misma sección, con localización de origen no conocida, se codificarán con los códigos específicos que la CIE9MC dispone en cada sección.

Adenocarcinoma que engloba hígado y ángulo hepático de colon

159.8 Neoplasia maligna de otros sitios del sistema digestivo de los órganos intraabdominales
M8140/3 Adenocarcinoma NEOM

3.6. SUBCATEGORÍAS NO MUTUAMENTE EXCLUYENTES

En el capítulo de las neoplasias existen dos categorías que contienen subcategorías que no son mutuamente excluyentes, pudiéndose asignar cualquiera de ellas para describir la misma neoplasia, dependiendo de la terminología utilizada por el clínico.

- **Neoplasia maligna de esófago**
 - 150.0 – Esófago cervical
 - 150.3 – Tercio superior de esófago
 - 150.1 – Esófago torácico
 - 150.4 – Tercio medio del esófago
 - 150.2 – Esófago abdominal
 - 150.5 – Tercio inferior del esófago
- Cada grupo representa una misma localización pero con nombre diferente
- **Enfermedad de Hodgkin.** En este caso los tipos histológicos se han clasificado en más de una subcategoría: un clínico puede describir la enfermedad de Hodgkin como paragranuloma de Hodgkin (201.00), mientras que el patólogo puede describirla como Enfermedad de Hodgkin, celularidad mixta (201.60).

3.7. TUMORES NEUROENDOCRINOS

Las neoplasias neuroendocrinas, tanto malignas como benignas se codifican en la categoría 209.

Si la neoplasia neuroendocrina se asocia a un síndrome de neoplasia endocrina múltiple (NEM), se codifica éste (258.01-258.03) como diagnóstico principal y la neoplasia neuroendocrina como código adicional. Si se asocia un síndrome endocrino, como síndrome carcinoide (259.2) asigne éste como código adicional.

Paciente con tumor carcinoide maligno de estómago, síndrome de Wermer y síndrome carcinoide

258.01 Neoplasia endocrina múltiple tipo I
209.23 Tumor carcinoide maligno de estómago
M8240/3 Tumor carcinoide maligno
259.2 Síndrome carcinoide

3.8. NORMAS DE CODIFICACIÓN DE LAS NEOPLASIAS

▪ Neoplasia primaria con neoplasia secundaria

Se asignará el código de la neoplasia primaria y el código de la neoplasia secundaria, siendo el diagnóstico principal el de aquella neoplasia a la que se dirijan las técnicas terapéuticas o diagnósticas más complejas con la excepción de que en dicho ingreso se produjese el diagnóstico inicial de la neoplasia primaria, en cuyo caso será éste el código principal.

Mujer de 48 años que acude por dolor y distensión abdominal. Es diagnosticada de carcinoma de mama con metástasis hepáticas.

174.9	Neoplasia maligna de mama (femenina) parte no especificada
M8010/3	Carcinoma NEOM
197.7	Neoplasia maligna secundaria de hígado
M8010/6	Carcinoma metastático NEOM

▪ Neoplasia recidivada

La neoplasia recidivada en el mismo tejido y localización se clasificará con el código de neoplasia primaria de la localización correspondiente y no se utilizará el código de historia de neoplasia maligna de dicha localización.

Recidiva de adenocarcinoma de colon ascendente

153.6	Neoplasia maligna de colon ascendente
M8140/3	Adenocarcinoma NEOM

▪ Neoplasia secundaria con neoplasia primaria de localización desconocida

Se asignará el código correspondiente a la neoplasia secundaria y el código **199.1 Neoplasia maligna sin especificación de sitio**, a la neoplasia primaria desconocida. El código principal será aquel al que se dirijan las técnicas terapéuticas o diagnósticas más complejas.

Paciente con metástasis óseas, se desconoce el tumor primario

198.5	Neoplasia maligna secundaria de huesos y médula ósea
M8000/6	Neoplasia, metastásica
199.1	Neoplasia maligna de sitio no especificado
M8000/3	Neoplasia, maligna

▪ Neoplasias primarias de localizaciones múltiples

En tumores sólidos, cuando coexistan dos o más localizaciones primarias, se codificarán como tales cada una de ellas.

Paciente con adenocarcinoma de próstata y carcinoma de células transicionales de pared lateral de vejiga urinaria

185	Neoplasia maligna de la próstata
M8140/3	Adenocarcinoma NEOM
188.2	Neoplasia maligna de pared lateral de vejiga urinaria
M8120/3	Carcinoma de células transicionales NEOM

- **Neoplasia de localización desconocida**

Si se desconoce la localización de una neoplasia ya sea primaria o secundaria, se utilizará el código **199.1 Neoplasia maligna sin especificación de sitio**.

Se utilizará el código **199.0 Neoplasia maligna sin especificación del sitio diseminado** cuando se trate de una enfermedad neoplásica diseminada o carcinomatosis.

El clínico documenta como diagnóstico carcinomatosis sin mención de localizaciones específicas

199.0	Neoplasia maligna sin especificación del sitio diseminada
M8010/6	Carcinoma metastásico NEOM

- **Neoplasia secundaria de una neoplasia primaria que ya no existe y que no recibe tratamiento para la misma**

Se asignará el código de la neoplasia secundaria añadiéndose como código asociado el que corresponda de la categoría **V10 Historia personal de neoplasia maligna**.

Metástasis óseas de un paciente al que se le practicó una prostatectomía radical por un tumor maligno de próstata y que en la actualidad no recibe tratamiento de su tumor primario ni presenta recidiva del mismo

198.50	Neoplasia maligna secundaria de huesos y médula espinal
M8000/6	Neoplasia, metastática
V10.46	Historia personal de neoplasia maligna de próstata

- **Neoplasia maligna en órgano trasplantado**

Se codifica como complicación de trasplante. Se asignará como principal el código apropiado de la subcategoría **996.8 Complicaciones de órgano trasplantado**, seguido del código **199.2 Neoplasia maligna asociada con órgano trasplantado**. Se debe asignar un código adicional para especificar el tumor.

Paciente trasplantado al que se le diagnostica un carcinoma hepatocelular primario en el hígado trasplantado.

996.82	Complicación de hígado trasplantado
199.2	Neoplasia maligna asociada a órgano trasplantado
155.0	Neoplasia maligna de hígado primario
M8170/3	Carcinoma hepatocelular NEOM

- **Antecedentes de enfermedad neoplásica**

Los códigos de la categoría **V10 Historia personal de neoplasia maligna** y el código **V12.41 Historia personal de neoplasia benigna de cerebro** se utilizan cuando la neoplasia no existe por haberse curado o extirpado y no precisa ningún tratamiento. Los códigos de la categoría V10 y V12.41 nunca pueden ser diagnóstico principal.

Paciente con antecedentes de cáncer de colon que ingresa con metástasis cerebrales

V19.02	Neoplasia maligna secundaria de cerebro y médula espinal
M8000/6	Neoplasia, metastásica
V10.05	Historia personal de neoplasia maligna de intestino grueso

▪ Seguimiento de neoplasia curada

La CIE9MC proporciona códigos para clasificar el seguimiento después de intervención quirúrgica (V67.00 a V67.09), radioterapia (V67.1) o quimioterapia (V67.2) de pacientes sin recidiva ni metástasis de la neoplasia. Antes de usar estos códigos es necesario verificar en la documentación clínica que no hay enfermedad neoplásica (recidiva o metástasis) o complicaciones (del tumor o de la técnica usada para su erradicación).

Estos códigos requieren el uso del código de antecedente de la neoplasia (V10.XX) como código adicional.

Se realiza una cistouretroscopia con biopsia de vejiga como seguimiento a un paciente con antecedentes de carcinoma de células transicionales de vejiga, sin que se encuentre recidiva tumoral.

V67.09	Examen de seguimiento después de otra intervención quirúrgica
V10.51	Historia personal de neoplasia maligna de vejiga
57.33	Biopsia [transuretral] cerrada de vejiga

▪ Sospecha de neoplasia maligna

El código **V71.1 Observación por presunta neoplasia maligna** únicamente puede utilizarse cuando tras el estudio se indica que la neoplasia queda descartada (probado que no existe), y que los signos o síntomas que llevaron a su estudio han desaparecido. Además ningún otro tratamiento o evaluación es requerido en el nivel de atención actual.

▪ Susceptibilidad genética a neoplasias

La categoría V84.0 se utiliza para registrar que una persona es portadora de un gen que aumenta el riesgo de desarrollar una neoplasia maligna. Por su parte el código V84.81 se utiliza para codificar la susceptibilidad genética a desarrollar un síndrome de neoplasia endocrina múltiple (NEM).

Mujer con antecedentes familiares de cáncer de mama y que presenta susceptibilidad genética a desarrollar cáncer de mama que se encuentra asintomático a la hora de su estudio.

V84.01	Susceptibilidad genética a neoplasia maligna de mama
V16.3	Historia familiar de neoplasia maligna de mama

3.9. SELECCIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

- **Ingreso para estudio diagnóstico o tratamiento del tumor.** El diagnóstico principal será la neoplasia excepto si el ingreso es para tratamiento con radioterapia, quimioterapia o inmunoterapia.
- **Ingreso exclusivamente para la administración de radioterapia, quimioterapia o inmunoterapia.** Se asignará como diagnóstico principal el código que proceda de las categorías **V58.0 Admisión para radioterapia**, **V58.11 Admisión para quimioterapia** o **V58.12 Admisión para inmunoterapia**. Se asigna como adicional el código de la neoplasia que está siendo tratada. Estos códigos V siempre se utilizan como diagnóstico principal. En el caso de que se administren dos tratamientos en el mismo ingreso, uno de ellos será secundario.
- **Ingreso para la administración de quimioterapia, inmunoterapia o radioterapia con realización de procedimientos diagnósticos para determinar la extensión del tumor.** Se codificará como diagnóstico principal la neoplasia y añadiendo los códigos correspondientes a los procedimientos realizados.
- **Ingreso para implante o inserción de elemento radioactivo o para tratamiento con radioisótopos.** No se considerará como ingreso exclusivo para una sesión de radioterapia. El código de la neoplasia será el principal y no se utiliza el código V58.0.
- **Ingreso para inserción de vía de acceso vascular para administración de tratamiento.** Si la quimioterapia o inmunoterapia no se administra durante el mismo ingreso, se codifica como diagnóstico principal la neoplasia. Sin embargo, si en el mismo ingreso, tras la colocación del acceso se le administra la quimioterapia o inmunoterapia, se asignará como diagnóstico principal el código V58.1X añadiéndose el de la neoplasia como código adicional.
- **Ingreso por dolor neoplásico.** La codificación del dolor asociado a una neoplasia se realiza con el código **338.3 Dolor (agudo) (crónico) relacionado con una neoplasia**. Cuando la razón del ingreso es el tratamiento del dolor, el código 338.3 será principal y la neoplasia código adicional.

3.10. COMPLICACIONES DE NEOPLASIAS Y POR SU TRATAMIENTO

- Las complicaciones o manifestaciones de las neoplasias producidas por su localización anatómica se codifican como diagnósticos adicionales, siendo la neoplasia diagnóstico principal.

Paciente que ingresa con obstrucción intestinal por carcinomatosis abdominal

195.2	Neoplasia maligna de abdomen
M8000/3	Neoplasia maligna
560.89	Otra obstrucción intestinal especificada

Como excepción a esta norma, existen ciertas complicaciones relacionadas con las neoplasias que sí que pueden ser diagnóstico principal cuando el motivo de ingreso sea únicamente, el tratamiento de las mismas. Estas complicaciones son:

- anemia en enfermedad neoplásica
- deshidratación
- dolor neoplásico
- tratamiento de una fractura patológica.

- Ingreso por complicación del tratamiento. La complicación se codificará como diagnóstico principal y la neoplasia como código adicional.

Paciente con carcinoma de células escamosas de la base de la lengua que ingresa por mucositis y ulceración en el paladar ocasionada por el tratamiento radioterápico.

528.01	Mucositis (ulcerosa) debida a tratamiento antineoplásico
E879.2	Técnica radioterápica, sin mención de accidente en el momento de practicarlas, como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior
141.0	Neoplasia maligna de base de la lengua
M8070/3	Carcinoma de células escamosas NEOM

- Ingreso para tratamiento del tumor con quimioterapia, inmunoterapia o radioterapia con manifestación de complicación durante el ingreso. El diagnóstico principal será el ingreso para el tratamiento (V58.11, V58.12 o V58.0) y los diagnósticos asociados serán la neoplasia y los códigos necesarios para describir las complicaciones.

Paciente con carcinoma de células transicionales de vejiga que ingresa para radioterapia tras la realización de la misma presenta cistitis hemorrágica postradioterapia

V58.0	Admisión para Radioterapia
595.82	Cistitis por radiación
E879.2	Técnica radiológica y radioterapia
188.9	Neoplasia de vejiga
M8120/3	Carcinoma de células transicionales
92.29	Otros procedimientos radioterápicos

- Ingreso por efecto tóxico de quimioterapia, inmunoterapia o radioterapia. Debe utilizarse la secuencia de códigos de reacción adversa a medicamentos (RAM): el diagnóstico principal es el de la complicación o manifestación tóxica, añadiéndose el del correspondiente código E de efecto adverso y como diagnóstico adicional se asignará el código de la neoplasia.

Paciente que ingresa a causa de una gastroenteritis ocasionada por el tratamiento quimioterápico de un carcinoma de sigma

558.2	Gastroenteritis y colitis tóxicas
E933.1	Agentes antineoplásicos e inmunosupresores
153.3	Neoplasia maligna de colon sigmoide
M8010/3	Carcinoma NEOM

4. ENFERMEDADES ENDOCRINAS, DE LA NUTRICIÓN Y METABÓLICAS Y ALTERACIONES DE LA INMUNIDAD

Las enfermedades endocrinas, de la nutrición y metabólicas así como las alteraciones de la inmunidad se clasifican en el capítulo 3 de la CIE9MC entre las categorías 240 a 279. De este capítulo solo se hará referencia a las alteraciones de la glucemia clasificadas entre las categorías 249 y 250.

La diabetes mellitus es un diagnóstico clínico que se realiza tras la detección de cifras elevadas de glucemia en determinadas circunstancias. Existen diferentes tipos y tiene múltiples causas.

- **Diabetes mellitus**, categoría 250: Es una alteración del metabolismo de la glucosa debido a un déficit de producción de insulina o una reducción de su efecto biológico en el organismo.
- **Diabetes gestacional**, subcategoría 648.8: Es una intolerancia anormal a la glucosa que aparece durante la gestación en mujeres sin diabetes previa.
- **Diabetes mellitus secundaria**, categoría 249: Es una alteración de la glucosa debida a:
 - Pancreatectomía.
 - Infecciones.
 - Neoplasia de páncreas.
 - Hemocromatosis.
 - Efectos adversos, intoxicaciones o secuelas por fármacos o drogas.
 - Otras causas.

4.1. DIABETES MELLITUS PRIMARIA. CATEGORIA 250.

▪ **Diabetes tipo I**

Es una enfermedad metabólica que se caracteriza por un fallo en la producción de insulina por el páncreas. La diabetes tipo I, aparece en general antes de los 40 años y más frecuentemente en la edad juvenil siendo frecuente la cetoacidosis.

Precisa de tratamiento regular con insulina por lo que en la codificación de la diabetes tipo I no se utilizará el código **V58.67 Uso prolongado de insulina**.

Conceptos relacionados: Diabetes mellitus tipo I. DM I, DB I, Tipo juvenil, de inicio juvenil.

▪ **Diabetes tipo II**

Existe producción de insulina, pero o es insuficiente o el organismo es incapaz de utilizarla adecuadamente. Aparece generalmente en adultos de mediana edad o más tarde. Pero también puede aparecer en individuos jóvenes, sobre todo asociada a la obesidad. Habitualmente no precisa tratamiento con insulina, controlándose con dieta, antidiabéticos orales y ejercicio. Sólo si estas medidas no son suficientes requerirá tratamiento con insulina.

En el caso de diabetes tipo II que precise tratamiento continuado con Insulina, se añadirá el código **V58.67 Uso prolongado de insulina**. Si la insulina es administrada ocasionalmente, por ejemplo durante un ingreso, este código no deberá ser utilizado.

El código **99.17 Inyección de insulina**, se podrá utilizar en aquellos pacientes que precisen puntualmente este tratamiento, tanto diabéticos tipo II en tratamiento con antidiabéticos orales, como cualquier otro tipo de pacientes no diabéticos. Su uso es incompatible con el código V58.67.

Conceptos relacionados: Diabetes mellitus tipo II (DM II), Diabetes mellitus no insulín-dependiente (DMNID), Diabetes mellitus del adulto, Diabetes mellitus (sin más especificación). Diabetes MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young).

El tratamiento con insulina no determina la clasificación en uno u otro tipo de diabetes. Actualmente el término diabetes descompensada se identifica con el cuarto dígito 9.

Uso del quinto dígito

- 0 - tipo II o tipo no especificado, no establecida como incontrolada
- 1 - tipo I (tipo juvenil), no establecida como incontrolada
- 2 - tipo II o tipo no especificado, incontrolada
- 3 - tipo I (tipo juvenil), incontrolada

4.2. DIABETES MELLITUS SECUNDARIA. CATEGORIA 249.

Se codifica en función de su etiología:

Tabla 4-I. Diabetes secundaria

CAUSA	NORMAS DE CLASIFICACIÓN
Diabetes secundaria inducida por esteroides (u otros fármacos) como efecto adverso	Código de diabetes secundaria 249.XX Código E932.0 Efecto adverso por uso de corticoesteroides (o código E de efecto adverso del fármaco correspondiente)
Diabetes secundaria por intoxicación por fármacos u otras sustancias	Código de intoxicación correspondiente a la sustancia. Código de diabetes secundaria 249.XX Código E de la intencionalidad.
Diabetes secundaria postpancreatectomía	Código 251.3 Hipoinsulinemia posquirúrgica. Código de diabetes secundaria 249.XX Código V88.11 ausencia adquirida total de páncreas o V88.12 otra ausencia adquirida parcial de páncreas
Diabetes secundaria a enfermedad , (ej. fibrosis quística, etc.)	Código de diabetes secundaria 249.XX Código de la causa (El orden de estos códigos lo determinará el motivo del ingreso)

Uso del quinto dígito

- 0 - no establecida como incontrolada o no especificada
- 1 - incontrolada.

4.3. CODIFICACION DE LAS COMPLICACIONES EN LA DIABETES

La Diabetes mellitus, tipo I o tipo II, sin mención de complicación (249.0X y 250.0X), no se deberá utilizar como diagnóstico principal excepto para el caso de debut diabético sin complicaciones.

Varón de siete años que acude a urgencias por poliuria, polidipsia e hiperglucemia. Se estabiliza en urgencias con insulina y se ingresa en planta para control y educación diabetológica. Diagnóstico: Debut diabético.

250.01 Diabetes mellitus tipo I sin mención de complicación Tipo I [tipo juvenil], no indicada como incontrolada

El cuarto dígito proporciona información sobre la presencia de las complicaciones que pueden acompañar a la diabetes (1-9). Si no se mencionan o no se relacionan con la diabetes, se utilizará el cuarto dígito 0.

Se pueden diferenciar dos tipos principales de complicaciones:

- **Complicaciones metabólicas agudas.** No precisarán de ningún código adicional.
 - Diabetes con cetoacidosis (249.1X o 250.1X). La cetoacidosis diabética, salvo que el clínico la identifique específicamente como diabetes tipo II, por defecto se clasifica como diabetes tipo I y por definición es incontrolada, por lo que se usará el código **250.13 Diabetes con cetoacidosis tipo I [tipo juvenil], incontrolada**.
 - Diabetes con hiperosmolaridad, con o sin coma hiperosmolar (249.2X o 250.2X). Esta entidad es más frecuente en pacientes con diabetes tipo II. El coma puede estar presente o no.
 - Diabetes con otro tipo de coma, cetoacidótico, hipoglucémico, insulínico, inespecífico (249.3X o 250.3X). La diabetes con otros tipos de coma incluye pacientes con cetoacidosis que progresan hasta el coma. Este código incluye el coma hipoglucémico y el coma insulínico no especificado de otra manera en pacientes con diabetes.
 - La hipoglucemia en diabetes se codificará con los códigos 249.8X o 250.8X (Diabetes con otras manifestaciones especificadas). No se precisa código adicional, aunque debe acompañarse del código E correspondiente si es causada por un fármaco.
- **Complicaciones y manifestaciones crónicas**
Las manifestaciones crónicas generadas por la diabetes se clasifican mediante codificación múltiple. Estas complicaciones pueden ser concurrentes y se codificarán todas las que estén presentes.

Código principal: categoría **249 Diabetes secundaria** o **250 Diabetes mellitus**

Código secundario: el correspondiente a las patologías asociadas

Puede haber condiciones listadas junto con el diagnóstico de diabetes que no sean complicaciones de ésta. Sólo se codificarán como complicaciones las descritas como tales por el clínico. Debe estar documentada la relación causa-efecto entre diabetes y complicación.

- Manifestaciones renales: 249.4x o 250.4x

Los pacientes con diabetes pueden desarrollar enfermedad renal crónica. En este caso los códigos serán el de la DM con enfermedad renal 249.4x o 250.4x junto a un código que identifique la manifestación renal.

Nefropatía diabética progresiva

- | | |
|---------------|--|
| 250.40 | Diabetes con manifestaciones renales tipo II o no especificado no establecida como incontrolada |
| 583.81 | <i>Nefritis y nefropatía, no especificadas como agudas o crónicas en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos</i> |

- Manifestaciones oftálmicas: 249.5X o 250.5X

La relación causa-efecto entre diabetes y cataratas sólo se considerará cuando así venga especificado en el diagnóstico.

Retinopatía diabética en paciente diabético tipo II

- | | |
|---------------|---|
| 250.50 | Diabetes con manifestaciones oftálmicas tipo II o no especificado no establecida como incontrolada |
| 362.01 | <i>Retinopatía diabética de fondo</i> |

Un paciente con diabetes y que presenta catarata senil no se debe codificar como una manifestación ocular de la diabetes, sino como entidades separadas.

- Manifestaciones neurológicas: 249.6x o 250.6x

Mononeuropatía de miembro inferior debida a DM tipo II

- | | |
|---------------|---|
| 250.60 | Diabetes con manifestaciones neurológicas tipo II o no especificado no establecida como incontrolada |
| 355.8 | Mononeuritis de miembro inferior, no especificadas |

- Manifestaciones vasculares periféricas: 249.7X o 250.7X

Aunque la arteriosclerosis aparece antes y más extensamente en pacientes diabéticos, manifestaciones como la enfermedad coronaria, cardiomiopatía y enfermedad cerebrovascular no son complicaciones de la diabetes y no se incluyen en los códigos 249.7X o 250.7X a no ser que así lo indique el clínico.

Un diagnóstico de gangrena diabética, sin más especificación, se clasificará en las subcategorías 249.7X o 250.7X con el código secundario **785.4 Gangrena**.

- Otras manifestaciones crónicas especificadas de la diabetes: 249.8X o 250.8X

Se incluyen todas las complicaciones crónicas de la diabetes que no pueden ser clasificadas en las anteriores subcategorías y aquellas que, pudiendo tener tanto un origen neuropático como vascular, éste no aparece en la expresión diagnóstica.

Impotencia orgánica diabética (no especificada como neuropática o vascular)

- | | |
|---------------|--|
| 250.80 | Diabetes con otras manifestaciones especificadas tipo II o no especificado no establecida como incontrolada |
| 607.84 | Impotencia de origen orgánico |

El Pie diabético puede deberse tanto a la neuropatía diabética (249.6X o 250.6X) como a la vasculopatía periférica diabética (249.7X o 250.7X). Para aquellas circunstancias en que no se pueda determinar el origen vascular o nervioso se utilizarán las subcategorías 249.8x o 250.8x Diabetes con otras manifestaciones especificadas. Si existieran úlceras se añadirán los códigos correspondientes **707.1X Úlcera de miembros inferiores, excepto de presión** (con el quinto dígito específico del lugar).

- Otras manifestaciones crónicas no especificadas de la diabetes: 249.9x o 250.9x

Se utilizará en los casos en los que en el juicio diagnóstico sólo se mencione una "Diabetes descompensada".

Paciente diabético conocido con edema macular diabético que ingresa por descompensación de su enfermedad de base

250.90	Diabetes con complicación no especificada tipo II o no especificado no establecida como incontrolada
250.50	Diabetes con manifestaciones oftálmicas tipo II o no especificado no establecida como incontrolada
362.07	Edema macular diabético
362.01	Retinopatía diabética de fondo

4.4. ALTERACIONES DE LA GLUCEMIA EN EL RECIÉN NACIDO

▪ Hipoglucemia en el Recién Nacido

Si la hipoglucemia se debe a madre diabética se utilizará la subcategoría **775.0 Síndrome de "hijo de madre diabética"**. Si no se especifica esta circunstancia se asignará la subcategoría **775.6 Hipoglucemia neonatal**.

▪ Hiperglucemia en el Recién Nacido

Una hiperglucemia transitoria del RN diagnosticada como diabetes mellitus neonatal, se codificará en la subcategoría **775.1 Diabetes mellitus neonatal**. No debe añadirse ningún código del grupo 250.XX. En cualquier otra hiperglucemia de esta etapa de la vida no especificada como diabetes mellitus neonatal, se utilizará el código **775.89 Otros trastornos endocrinos y metabólicos neonatales** junto con el **790.29 Otra glucosa anormal**.

Si un recién nacido de madre diabética ingresa para observación y no presenta ningún tipo de alteración de las mencionadas anteriormente, se asignará el código **V29.3 Observación por sospecha de enfermedad genética o metabólica** junto con el código **V18.0 Historia familiar de diabetes mellitus**.

4.5. HIPOGLUCEMIA EN PACIENTES NO DIABÉTICOS

La hipoglucemia en pacientes no diabéticos se codifica con los códigos **251.1 Otras hipoglucemia de causa especificada**, el **251.0 Coma hipoglucémico** y **251.2 Hipoglucemia de causa no especificada**. Si es debida al efecto adverso de un fármaco se añadirá el código E que lo identifique. Finalmente si la hipoglucemia cumple las condiciones de intoxicación o envenenamiento, se seguirá la secuencia determinada para estos casos.

4.6. BOMBA DE INSULINA

El fallo de una bomba de insulina se codificará con el código **996.57 Complicación mecánica de debida a bomba de insulina**. Si dicho fallo da lugar a un exceso de dosificación, además del código de complicación se añadirá la secuencia de códigos de intoxicación o envenenamiento por insulina (996.57, 962.3, 249.XX o 250.XX y E858.0).

Alteraciones de la glucemia y embarazo. Véase capítulo Embarazo, parto y puerperio.

5. ENFERMEDADES MENTALES

La CIE9MC clasifica las enfermedades mentales en tres grandes grupos, las Psicosis (290-299), los Trastornos neuróticos, trastornos de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos (300-316) y el Retraso mental (317-319).

5.1. TRASTORNOS MENTALES ORGANICOS

Son aquéllos cuya etiología es una enfermedad o lesión cerebral primaria o secundaria en el caso de la afectación cerebral en enfermedades sistémicas.

Cuando se codifica un síndrome cerebral orgánico lo primero es determinar si se trata de una psicosis o neurosis. Cuando en el diagnóstico se incluyan términos como “con demencia”, “delirium” o “psicótico” se deberá codificar como psicosis.

Psicosis debida a alcoholismo crónico

291.9 Trastornos mentales no especificados inducidos por alcohol

303.90 Otras dependencias alcohólicas y dependencias alcohólicas no especificadas

Síndrome cerebral orgánico, no psicótico, debido a antiguo TCE

310.2 Síndrome posconmoción cerebral

907.0 Efecto tardío de lesión intracraneal sin mención de fractura de cráneo

▪ Demencia

Es un síndrome debido a una enfermedad del cerebro en la que hay déficits de múltiples funciones corticales superiores, entre ellas la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia permanece clara. No debe confundirse con el trastorno cognitivo.

El 5º dígito de subclasificación de las demencias senil, presenil y vascular indica la presencia de delirium o estado confusional agudo, delirios o depresión.

Hay demencias que se asocian a otras enfermedades siendo necesario para codificarlas un primer código que identifica la enfermedad subyacente y otro código de la subcategoría **294.1 Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar**. El 5º dígito informa de la presencia o ausencia de alteraciones de conducta (conducta agresiva o violenta).

Es importante diferenciar entre **Demencia vascular 290.4X** y el deterioro cognitivo secuela de un ACV cuando no se especifique claramente que existe demencia que se codificará como **438.0 Deficiencias cognitivas efecto tardío de enfermedad cerebrovascular**.

Para la codificación de la demencia mixta o combinada (o de etiología múltiple) es necesario conocer el tipo de demencias que se combinan, aunque es cierto que lo más frecuente es la asociación de enfermedad de Alzheimer y demencia vascular pues son las dos causas principales de demencia.

- **Delirium no inducido por drogas**

Sinónimos: estado confusional (no alcohólico), psicosis infecciosa, reacción orgánica, síndrome psicoorgánico, síndrome confusional agudo.

La entrada en IA se realiza por estado confusional y por delirio.

En caso de encontrar en el informe de alta la existencia de agitación psicomotriz, sería conveniente indagar en la historia clínica pues muchas veces se trata de estados confusionales agudos.

- **Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática.**

Hay que codificar primero la causa física o neurológica causante del trastorno mental. Habitualmente la entrada en IA se realiza por trastorno mental, debido a proceso orgánico o síndrome psicoorgánico.

Paciente con ansiedad orgánica
293.84 Trastorno de ansiedad en enfermedades clasificadas en otro lugar

5.2. TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPICAS

El 5º dígito de subclasificación recoge las pautas de consumo con respecto al abuso o dependencia para las categorías **303 Síndrome de dependencia del alcohol**, **304 Dependencia de drogas** y **305 Abuso de drogas sin dependencia** (excepto subclasificación 305.1 Trastorno por uso de tabaco) siendo diferente su interpretación para alcohol y para otras drogas. El código de historia de alcoholismo o de adicción a drogas se usa raramente pues la recuperación completa también lo es. Lo más adecuado sería codificar alcoholismo o drogadicción en remisión.

Tabla 5-I. Pautas de consumo de alcohol y drogas

5º DÍGITO	TÍTULO	ALCOHOL	OTRAS DROGAS
0	No especificada	No especificada	No especificada
1	Continua	Ingesta de grandes cantidades de alcohol diario o durante los fines de semana o los días libres	Consumo de drogas diariamente o casi diariamente
2	Esporádica	Abuso de alcohol que dura semanas o meses seguido de largos períodos sin consumo	Períodos cortos entre consumo de drogas o consumo de fin de semana
3	En vías de remisión	Cese completo del consumo de alcohol o período de descenso de consumo que conducirá al cese	Cese completo del consumo de drogas o período de descenso de consumo que conducirá al cese

- **Intoxicación aguda**

Los trastornos están directamente relacionados con los efectos farmacológicos agudos de cada sustancia, con recuperación completa tras la misma excepto cuando se ha producido daño en los tejidos o surgen complicaciones. La entrada en el IA se realiza por intoxicación.

Intoxicación alcohólica aguda	
305.00	Abuso de alcohol

- **Intoxicación patológica**

La entrada por el IA se realiza por Psicosis, droga, patológica.

- **Intoxicación no patológica o sobredosis o envenenamiento**

La intoxicación no patológica por sustancias como alcohol o drogas se codificará con las pautas específicas para los envenenamientos.

La intoxicación por alcohol se codifica en la sección 980–989 Efectos tóxicos de sustancias primordialmente no medicamentosas con respecto a su origen (**980.0 Alcohol etílico**). Para la codificación de la intoxicación por otras drogas, se utiliza la sección 960–979 Envenenamientos por drogas, sustancias medicamentosas y sustancias biológicas. En ambas circunstancias se deberá añadir un código E para especificar la intencionalidad, así como los códigos de las manifestaciones de la intoxicación.

Si el paciente tuviese una relación previa de dependencia o abuso con el alcohol o las drogas se deberá añadir el código adecuado para esta circunstancia.

Niño con intoxicación accidental de marihuana	
969.6	Envenenamiento por psicodislépticos
E854.1	Intoxicación accidental por inhibidores de Psicodislépticos

- **Consumo perjudicial**

Otra forma de denominarlo es abuso de sustancias psicotrópicas siendo el término utilizado en la entrada del IA.

Abuso esporádico de barbitúricos	
305.42	Abuso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos episódica

- **Síndrome de dependencia**

En las dependencias a múltiples drogas especificadas hay que codificarlas cada una por separado no usando solo un código de combinación.

Politoxicómano dependiente de opiáceos (consumo diario) y cocaína (consumo diario)	
304.71	Dependencia a combinaciones de drogas de tipo opioide con cualquier otra
304.01	Dependencia de opiáceos continua
304.21	Dependencia de cocaína continua

Síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética secundario a alcoholismo crónico	
253.6	Otros trastornos de neurohipófisis
303.90	Otras dependencias alcohólicas y dependencia alcohólica no especificada

- **Síndrome de abstinencia**

Para realizar un diagnóstico de dependencia no basta la presencia de un cuadro de abstinencia ya que hay pacientes dependientes que no desarrollan abstinencia y otros que lo desarrollan sin serlo; este sería por ejemplo el caso de pacientes ingresados que requieren opiáceos para controlar unos días el dolor y que al retirarlos, desarrollan un cuadro de abstinencia siendo éste un efecto adverso del fármaco y no una dependencia.

- **Interacción de fármacos y drogas**

Siempre se considera como una intoxicación y se deberán recoger todas las sustancias que provocan el cuadro (fármaco, alcohol o droga).

Obnubilación en paciente con embriaguez y tratamiento crónico con benzodiazepinas	
980.0	Efecto tóxico de alcohol etílico
E860.0	Envenenamiento accidental por alcohol
969.4	Envenenamiento por benzodiazepinas
E853.2	Envenenamiento accidental por benzodiazepinas
780.09	Otras alteraciones de conciencia
305.00	Abuso de alcohol

Tabla 5-II. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol

CIRCUNSTANCIA	NORMAS DE CLASIFICACIÓN
Dependencia del alcohol (alcoholismo) con intoxicación alcohólica aguda (borrachera, embriaguez, resaca...)	Subcategoría 303.0 Intoxicación alcohólica aguda
Dependencia del alcohol (alcoholismo) sin intoxicación alcohólica aguda (borrachera, embriaguez...)	Subcategoría 303.9 Otras dependencias alcohólicas y dependencias alcohólicas no especificadas
Coma etílico	980.0 Efecto tóxico del alcohol 780.01 Coma E860.0 Envenenamiento accidental por bebidas alcohólicas
Abuso de alcohol (embriaguez, borrachera, ingestión excesiva de alcohol, efectos residuales de borrachera, resaca...) sin dependencia de alcohol (alcoholismo)	305.0 Abuso de alcohol
Deprivación alcohólica	291.0 Delirio por abstinencia de alcohol 291.3 T. psicótico con alucinaciones inducido por alcohol 291.81 Abstinencia de alcohol. Las tres subcategorías son mutuamente excluyentes con las siguientes prioridades: 291.0 sobre 291.3 y esta sobre 291.81 Se añadirá el código de la dependencia alcohólica (si existe)
Dependencia de alcohol y otras drogas	Se necesitará de codificación múltiple para ambas condiciones

Intoxicación o envenenamiento por alcohol	980.0 Efecto tóxico de alcohol etílico Código E para especificar la intencionalidad Códigos de las manifestaciones de la intoxicación. Se deberá añadir el código de abuso o dependencia, si la hubiera.
---	---

Tabla 5-III. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de drogas

CIRCUNSTANCIA	NORMAS DE CLASIFICACIÓN
Dependencia o adicción a drogas diferentes a alcohol	Categoría 304 Dependencia de drogas
Politoxicomanía incluyendo a drogas tipo opioide (no incluye al alcohol)	304.7 Combinación de drogas de tipo opioide con cualquier otra. Si se conocen cada una de ellas se codificarán por separado
Politoxicomanía excluyendo a drogas tipo opioide (no incluye al alcohol)	304.8 Combinación de dependencia de drogas con exclusión de drogas de tipo opioide Si se conocen cada una de ellas se codificarán por separado
Abuso de drogas (sin dependencia)	Categoría 305 Abuso de drogas sin dependencia
Síndrome por abstinencia de drogas (excluido el alcohol)	292.0 Síndrome de abstinencia de drogas Código asociado: El específico de la dependencia (si existe)
Ex ADVP en programa de desintoxicación con Metadona	304.00 Dependencia a opioide
Intoxicación o envenenamiento por drogas	960 – 979 Envenenamientos por drogas, sustancias medicamentosas y sustancias biológicas. Código E para especificar la intencionalidad Códigos de las manifestaciones de la intoxicación. Se deberá añadir el código de abuso o dependencia, si la hubiera

Tabla 5-IV. Selección del diagnóstico principal

CIRCUNSTANCIA	SECUENCIA DE CÓDIGOS
Paciente admitido por síndrome mental orgánico inducido por el alcohol u otras drogas	Código principal: Síndrome mental orgánico Código asociado: Dependencia o abuso de alcohol u otras drogas
Paciente admitido para desintoxicación o rehabilitación de dependencia de alcohol u otras drogas	Código principal: Dependencia o abuso de alcohol u otras drogas (No se empleará la categoría V57 Cuidados que implican el empleo de procedimientos de rehabilitación)
Paciente admitido por complicación orgánica debida a alcohol u otras drogas	Código principal: Patología orgánica Código asociado: Dependencia o abuso de alcohol u otras drogas

Tabla 5.V. Tabaquismo

CIRCUNSTANCIAS	NORMAS DE CLASIFICACIÓN
Paciente fumador o en tratamiento antitabáquico	305.1 Trastorno por uso de tabaco
Historia de uso de tabaco (exfumador)	V15.82 Historia de uso de tabaco
Fumador pasivo (usar sólo si es causante o está relacionada con un proceso)	E869.4 Secundario al humo de tabaco (envenenamiento accidental por otros gases y vapores)

▪ **Desintoxicación y Rehabilitación (Deshabitación)**

La dependencia puede tratarse con técnicas de desintoxicación, rehabilitación (deshabitación) o ambas. El que un paciente ingrese para desintoxicación generalmente lleva implícito que existe una dependencia. El código **V58.69 Uso prolongado (actual) de otros medicamentos** no se debe utilizar para el uso de la metadona en programas de deshabitación a opiáceos. Se podría utilizar en casos de tratamiento crónico del dolor con dicha sustancia.

5.3. ESQUIZOFRENIA

Se caracteriza por distorsiones de la percepción, del pensamiento y de las emociones así como manifestaciones afectivas inapropiadas. En general se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognitivos.

Tabla 5-VI. Uso del 5º dígito de subclasificación para la esquizofrenia

0	No especificada	No especificada La subcategoría 295.4. Trastorno esquizofréniforme será la única a la que podremos asignar este 5º dígito
1	Subcrónica	Duración > 6 meses y < 24 meses (antes de seis meses deberá consultarse al psiquiatra)
2	Crónica	Duración > 24 meses Deberá diferenciarse el concepto crónico referido al curso del proceso esquizofrénico de la forma de esquizofrenia llamada crónica incluida en 295.6 Esquizofrenia residual
3	Subcrónica con exacerbación aguda	Fase subcrónica no activa con reaparición de síntomas psicóticos
4	Crónica con exacerbación aguda	Fase crónica no activa con reaparición de síntomas psicóticos
5	En remisión	Historia de esquizofrenia y que actualmente no presenta signos de alteración esté o no con tratamiento

Ingreso por descompensación de esquizofrenia paranoide de paciente diagnosticado hace 10 años

295.34 Esquizofrenia paranoide crónica descompensada

5.4. TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)

Se caracterizan por una alteración del humor o de la afectividad, por lo general en el sentido de la depresión y en el de la euforia. La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes.

- **Trastorno bipolar (296.4X-296.8X)**

Sinónimos: trastorno maníaco-depresivo, psicosis maniaco-depresiva, reacción maniaco-depresiva, psicosis circular. La entrada en el IA se realizará por estos términos.

- **Otras formas de depresión**

- **Psicóticas**

- Depresión psicótica o psicógena reactiva: 298.0 Psicosis de tipo depresivo
- Demencia presenil, senil o vascular con características depresivas: 290.13, 290.21 y 290.43

- **No psicóticas**

- NEOM: 311 Trastorno depresivo no clasificado bajo otros conceptos
- Histórica: 300.11 Trastorno de conversión
- Neurótica: 300.4 Trastorno distímico
- Reactiva: 300.4 Trastorno distímico
- Carácter o personalidad depresiva: 301.12 Trastorno de personalidad con depresión crónica
- Síndrome ansioso-depresivo: 300.4 Trastorno distímico
- Depresión situacional o como reacción de adaptación: 309.0 T. Adaptación con humor deprimido y 309.1 Reacción de adaptación depresiva prolongada

5.5. TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS A DISFUNCIONES FISIOLÓGICAS Y A FACTORES SOMÁTICOS

Las enfermedades psíquicas con manifestaciones orgánicas pueden ser sin lesiones en los tejidos, **306 Disfunción fisiológica con origen en factores mentales** (la subcategoría indica el órgano o sistema afectado) o con lesiones en los tejidos, **316. Factores psíquicos asociados a enfermedades clasificadas bajo otros conceptos**, debiendo llevar asociado el código de la enfermedad física asociada.

Gastritis nerviosa o psicógena

306.4 **Disfunción fisiológica con origen en factores mentales, gastrointestinal**

Tortícolis psicógena

306.0 **Disfunción fisiológica con origen en factores mentales, musculoesquelética**

Asma psicógena	
316	Factores psíquicos asociados a enfermedades clasificadas bajo otros conceptos
493.90	Asma bronquial

▪ **Trastornos de la conducta alimentaria**

- **Anorexia nerviosa**

Se trata de una psicopatología caracterizada por la persistencia, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal. Generalmente existe desnutrición de grado variable con cambios endocrinos y metabólicos secundarios.

Hay que diferenciarla de la anorexia de causas fisiológicas (por ejemplo una gastroenteritis) que se caracteriza por la falta anormal de apetito y que desaparece cuando cesa su causa.

La entrada en el IA es anorexia, nerviosa.

En algunos pacientes la pérdida de peso es tan importante que causa desnutrición la cual deberá ser codificada para describir la severidad de la enfermedad.

- **Bulimia nerviosa**

Se caracteriza por episodios repetidos de ingesta excesiva y una gran preocupación por el control del peso, que conduce a continuación a vomitar o tomar purgantes. Los vómitos repetidos provocan trastornos electrolíticos y complicaciones físicas.

La entrada en el IA es por bulimia, nerviosa.

5.6. CODIFICACIÓN DE LOS INTENTOS DE SUICIDIO

La codificación del intento de suicidio se caracteriza por que las lesiones o manifestaciones del mismo serán diagnóstico principal cuando sean la causa del ingreso hospitalario, siendo la patología psiquiátrica causante del suicidio, diagnóstico secundario.

Si las lesiones o manifestaciones del intento de suicidio no justifican el ingreso hospitalario, el trastorno mental subyacente será diagnóstico principal pues su estudio o tratamiento es lo que justifica el ingreso.

En aquellos casos que la acción suicida no haya producido lesiones (por ejemplo ahorcamiento interrumpido precozmente), ni exista identificado por el clínico ningún trastorno psiquiátrico específico, se codificará el intento de suicidio como **300.9 Trastorno mental no psicótico, no especificado**, añadiendo el código E de suicidio y lesiones autoinflingidas (E950-E959).

Varón de 50 años que ingresa con fracturas costales múltiples y distress respiratorio tras saltar desde su casa (2º piso). Estaba diagnosticado desde hace 5 años de un trastorno delirante persistente

807.09	Fracturas costales múltiples
518.5	Insuficiencia pulmonar después de traumatismo o intervención quirúrgica
E957.0	Suicidio y lesiones autoinflingidas por saltar desde un lugar alto, local residencial.
E849.0	Lugar de acontecimiento, Hogar
297.1	Trastorno delirante

6. ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO

El capítulo 7 de la CIE9MC clasifica entre las categorías 390 y 459 los trastornos del aparato circulatorio excepto aquéllos que se clasifican en el capítulo 11 por ser condiciones obstétricas o en el capítulo 14 de anomalías congénitas.

6.1. ENFERMEDAD CARDIACA VALVULAR

En la enfermedad cardiaca valvular, cuando no se especifique en la expresión diagnóstica la condición de reumática o no de la valvulopatía, por defecto, la CIE9MC determina dicha condición en función la válvula afectada.

Tabla 6-I. Valvulopatías

VALVULOPATÍAS REUMÁTICAS POR DEFECTO	VALVULOPATÍAS NO REUMÁTICAS POR DEFECTO
TRICUSPÍDEA Cualquiera	PULMONAR Cualquiera
MITRAL Estenosis	MITRAL Insuficiencia
MITRAL / AÓRTICA Cualquier combinación de las mismas	AÓRTICA Cualquier tipo (excepto mitroaórticas)

Paciente con estenosis mitral e insuficiencia aórtica

396.1 Estenosis de la válvula mitral e insuficiencia de la válvula aórtica

6.2. ENFERMEDAD HIPERTENSIVA (HTA)

La CIE9MC clasifica la hipertensión por etiología (primaria o secundaria) y naturaleza (benigna, maligna o sin especificar). Las categorías 401 a 404 clasifican la hipertensión primaria jerárquicamente de acuerdo a si es de origen vascular (401), implica al corazón (402), al riñón (403) o al corazón y al riñón (404). La categoría 405 clasifica la HTA secundaria.

- **HTA benigna frente a maligna**

Asigne la hipertensión a las categorías 401-405 con el cuarto dígito adecuado para indicar maligna (.0), benigna (.1), o no especificada (.9). No se especificará la condición de maligna ni de benigna si la historia clínica no recoge dicha calificación.

- **HTA y enfermedad cardiaca**

No se debe presuponer relación causal entre HTA y enfermedad cardiaca cuando no se especifique en la expresión diagnóstica.

La categoría **402 Cardiopatía hipertensiva**, es código de combinación para el grupo de patologías cardíacas que se relacionan en su «incluye». Las patologías cardíacas no contempladas en la relación anterior necesitarán de codificación múltiple.

Mediante subclasificación se recogerá la presencia o no de insuficiencia cardíaca. Será necesario emplear códigos adicionales para especificar el tipo de insuficiencia cardíaca.

Paciente con cardiopatía hipertensiva con fallo cardíaco congestivo.

402.91	Cardiopatía hipertensiva no especificada con insuficiencia cardíaca
428.0	Insuficiencia cardíaca congestiva, no especificada

▪ HTA y enfermedad renal crónica

A diferencia de la hipertensión con la enfermedad cardíaca, la CIE9MC presume la relación causa-efecto y clasifica la Enfermedad Renal Crónica (ERC) como **403 Enfermedad del riñón hipertensiva crónica**.

Los quintos dígitos de la categoría 403 deben asignarse como sigue:

- 0 con ERC en estadio I a IV, o inespecífico.
- 1 con ERC en estadio V o enfermedad renal terminal.

Debe usarse el código adecuado de la categoría **585 Nefropatía crónica**, como diagnóstico secundario con un código de la categoría 403 para identificar el estadio de la enfermedad renal crónica.

Paciente con IRC estadio III. HTA

403.90	Enfermedad renal hipertensiva crónica no especificada con enfermedad crónica del riñón estadio I al estadio IV o sin especificar
585.3	Nefropatía renal crónica, Estadio III (moderada)

▪ HTA y enfermedad renal crónica y cardiopatía hipertensiva.

La categoría **404 Enfermedad renal crónica y cardiopatía hipertensiva** es código de combinación para la presencia conjunta de cualquier trastorno clasificable en la categoría **402 Cardiopatía hipertensiva** con otro clasificable en la categoría **403 Enfermedad del riñón hipertensiva crónica**.

Mediante subclasificación se contempla la existencia o no de insuficiencia cardíaca y el estadio de la nefropatía crónica.

Los quintos dígitos de la categoría 404 deben asignarse de la siguiente manera:

- 0 sin fallo cardíaco y con enfermedad renal crónica (ERC) en estadio I a IV, o inespecífico.
- 1 con fallo cardíaco y con enfermedad renal crónica (ERC) en estadio I a IV, o inespecífico.
- 2 sin fallo cardíaco y con enfermedad renal crónica (ERC) en estadio V o enfermedad renal terminal.
- 3 con fallo cardíaco y enfermedad renal crónica (ERC) en estadio V o enfermedad renal terminal.

Se asignara un código adicional de la categoría **428 Insuficiencia cardiaca** para identificar el tipo de fallo cardiaco. Puede ser asignado más de un código de la categoría 428 si el paciente tiene fallo sistólico o diastólico y fallo cardiaco congestivo.

Además debe usarse un código adecuado de la categoría **585 Nefropatía crónica**.

Paciente con cardiopatía hipertensiva. IRC.

404.90	Enfermedad renal crónica y cardiaca hipertensiva no especificada sin insuficiencia cardiaca y con enfermedad crónica del riñón estadio I a estadio IV o sin especificar
585.9	Nefropatía renal crónica no especificada

- **HTA y ERC debido a otra enfermedad**

Cuando el informe de alta incluye hipertensión y enfermedad renal crónica, la CIE9MC asume que hay una relación causa-efecto. En el caso de que se identifique una causa de ERC debe aplicarse igualmente esta regla de codificación, ya que se considera que además de la causa identificada, la presencia de HTA también contribuye al fallo renal. Solo en el caso que el clínico explícitamente excluyese la responsabilidad de la HTA en la insuficiencia renal, se codificaría sin aplicar la norma de combinación.

Paciente con IRC por nefropatía diabética. HTA.

250.40	Diabetes tipo II o de tipo no especificado no establecida como incontrolada con manifestaciones renales
583.81	Nefritis y nefropatía no especificadas como agudas ni como crónicas en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos
403.90	Enfermedad renal hipertensiva crónica no especificada con enfermedad crónica del riñón estadio I al estadio IV o sin especificar
585.9	Nefropatía renal crónica no especificada

- **Hipertensión secundaria**

Para su correcta codificación se requieren dos códigos: uno para identificar la etiología fundamental y otro de la categoría 405 para identificar la hipertensión. La secuencia de los códigos la determina la razón del ingreso.

- **Enfermedad cerebrovascular hipertensiva**

Se asignara primero el código apropiado de las categorías **430-438 Enfermedad cerebrovascular**, y a continuación el código apropiado de hipertensión de las categorías 401-405.

- **Retinopatía hipertensiva**

Se codificará en primer lugar el código **362.11 Retinopatía hipertensiva** y como asociado el que corresponda a la HTA.

- **HTA controlada/incontrolada, crisis hipertensiva**

La CIE9MC no clasifica estas condiciones por lo que se le asignará el código apropiado de la HTA.

- **HTA frente a elevación de presión arterial**

El hallazgo aislado de presión arterial elevada se incluirá en **796.2 Lectura de tensión arterial elevada sin diagnóstico de hipertensión**.

- **Tensión arterial y cirugía**

Tabla 6-II. HTA

CIRCUNSTANCIA	CLASIFICACIÓN
HTA postoperatoria documentada como complicación de cirugía	997.91 Hipertensión (Complicaciones que afectan a otros sistemas y aparatos corporales especificados, no clasificados bajo otros conceptos) Código secundario: El correspondiente a la HTA.
HTA postoperatoria no documentada como complicación de cirugía	Código correspondiente a la HTA
Elevación de la tensión arterial postoperatoria	796.2 Lectura de tensión arterial elevada sin diagnóstico de HTA
HTA o elevación de tensión arterial debida a anestesia	Al ser considerada como RAM se añadirá al código del trastorno de la tensión arterial un código de la categoría E938. Otros depresores del sistema nervioso central y anestésicos
Hipotensión postoperatoria documentada como complicación de cirugía	458.29 Otra hipotensión yatrogénica Hipotensión postoperatoria

Ante la expresión diagnóstica "hipertensión postoperatoria" no se debe presuponer ni la relación causal de la cirugía con la HTA ni que la elevación de la tensión arterial sea una HTA verdadera.

- **Historia de HTA**

Suele referirse a «HTA bajo control» por lo que se le asignará el código correspondiente de HTA.

- **HTA y embarazo**

Se utilizarán los códigos correspondientes de la categoría **642. Hipertensión que complica embarazo, parto o puerperio** del capítulo 11 seguido del código de la HTA, si corresponde.

Embarazada de 32 semanas con cardiopatía hipertensiva y ERC III.

642.23 Otra hipertensión preexistente que complica el embarazo, parto y puerperio, episodio anteparto

404.90 Enfermedad renal crónica y cardiaca hipertensiva no especificada sin insuficiencia cardiaca y con enfermedad crónica del riñón estadio I a estadio IV o sin especificar

585.3 Nefropatía renal crónica, Estadio III (moderada)

6.3. INSUFICIENCIA CARDIACA (FALLO CARDIACO)

Norma general

En nuestro ámbito los términos de insuficiencia y fallo son equivalentes. La CIE9MC clasifica la insuficiencia en principio en la categoría 428 atendiendo a dos ejes:

- origen derecho o izquierdo del fallo: Subcategorías **428.0 Insuficiencia cardiaca congestiva no especificada** y **428.1 Insuficiencia cardiaca izquierda**.
- naturaleza del fallo: subcategorías: **428.2 Insuficiencia cardiaca sistólica**, **428.3 Insuficiencia cardiaca diastólica** y **428.4 Insuficiencia cardiaca combinada sistólica y diastólica**. En estas subcategorías la subclasificación especifica la forma de presentación como aguda y/o crónica.

Estos dos criterios no son inherentes ni excluyentes por lo que se utilizará codificación múltiple en caso necesario.

Fallo cardíaco agudo derecho combinado sistólico y diastólico

428.41	Insuficiencia cardiaca combinada sistólica y diastólica aguda
428.0	Insuficiencia cardiaca congestiva no especificada

Si el fallo se da en un paciente afecto de una cardiopatía hipertensiva se utilizará el código de combinación correspondiente de la categoría 402 con 5º dígito que identifica tal condición. Análogamente se hará con la categoría 404, cuando además coexista una enfermedad renal crónica hipertensiva. En ambos casos se consignarán el/los código/s que especifique/n el tipo de fallo.

- Casos específicos
 - Fallo cardiaco en embarazo, parto o puerperio. Se utilizara el código correspondiente del capítulo 11 (**648.6 Otras enfermedades cardiovasculares**) seguido de la codificación del fallo cardíaco.

Fallo cardíaco sistólico agudo en embarazada de 32 semanas.

648.63	Otras enfermedades cardiovasculares que complican el embarazo, parto o puerperio, episodio anteparto
428.21	Insuficiencia cardiaca sistólica aguda

- Fallo cardiaco reumático. Se asignará el código **398.91 Insuficiencia cardiaca reumática (congestiva)** en aquellos casos en los que el fallo cardiaco coexista con una enfermedad cardiaca reumática documentada como tal, excepto que el médico indique una causa diferente del fallo. No se debe asumir la naturaleza del fallo cardíaco congestivo como reumático por la mera coexistencia de enfermedades valvulares que la CIE9MC clasifica como reumáticas a menos que el clínico especifique la naturaleza reumática del fallo. En caso de usar este código, no se utilizará en combinación con otros códigos de fallo cardíaco.

Estenosis mitral. ICC.

394.0	Estenosis mitral
428.0	Insuficiencia cardiaca congestiva no especificada

Fallo cardíaco sistólico en paciente con estenosis mitral reumática

398.91	Insuficiencia cardiaca reumática (congestiva)
394.0	Estenosis mitral

Fallo cardíaco reumático izquierdo en paciente con insuficiencia aórtica

398.91 **Insuficiencia cardíaca reumática (congestiva)**
424.1 **Trastornos de la válvula aórtica**

- Fallo cardíaco en el postoperatorio inmediato de una cirugía cardíaca. Se codifica con el **997.1 Complicaciones cardíacas** seguido de la codificación del fallo cardíaco.
- Fallo cardíaco como efecto a largo plazo de una cirugía cardíaca. Se asigna el código **429.4 Trastornos funcionales postcirugía cardíaca** seguido de la codificación del fallo cardíaco.
- Fallo cardíaco relacionado de forma explícita con la presencia de una prótesis valvular sin mención de complicación de ésta. Se asigna el código **429.4 Trastornos funcionales postcirugía cardíaca** seguido de la codificación del fallo cardíaco y el pertinente código V de estado de sustitución valvular.
- Fallo cardíaco relacionado de forma explícita con la presencia de una prótesis valvular complicada. Se listará primero el código referido a la complicación (996.02; 996.61; 996.71) seguido del **429.4 Trastornos funcionales postcirugía cardíaca** y después la codificación del fallo cardíaco.

Fallo cardíaco por la presencia de Válvula aórtica metálica.

429.4 **Trastornos funcionales postcirugía cardíaca**
V43.3 **Estado de sustitución de válvula cardíaca**

Fallo cardíaco sistólico agudo por estenosis de prótesis aórtica metálica.

996.71 **Otras complicaciones por prótesis de válvula cardíaca**
429.4 **Trastornos funcionales postcirugía cardíaca**
428.21 **Insuficiencia cardíaca sistólica aguda**

6.4. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

▪ **Infarto agudo de miocardio (IAM)**

Un IAM como causa de admisión será siempre diagnóstico principal aunque durante el episodio se determine su etiología, sin perjuicio de las normas específicas en embarazo y complicaciones, siendo esto una excepción a la norma general justificada por la propia entidad clínica del infarto.

IAM anterior debida a enfermedad de un vaso coronario demostrada por coronariografía

410.11 **IAM de otra pared anterior, episodio inicial**
414.01 **Arteriosclerosis de arteria coronaria nativa**

La categoría **410 Infarto agudo de miocardio** recoge en la subcategoría el área lesionada. Las subcategorías del IAM no son excluyentes entre si debiendo utilizarse tantos códigos como sean necesarios para describir completamente la zona afectada. El episodio de cuidados se identifica mediante la subclasificación:

- **1 (Episodio inicial)**. Empleése para designar la fase aguda de la atención de un episodio nuevo de infarto de miocardio. El quinto dígito 1 se asignará con

independencia de las veces que el paciente sea visto en uno u otro centro siempre que sea durante el episodio de cuidados inicial.

- **2 (Episodio Subsiguiente).** Empléese para designar un episodio de cuidados a continuación del episodio inicial cuando el paciente es ingresado para observación, evaluación o tratamiento de un infarto de miocardio que ya ha recibido tratamiento inicial, pero que todavía se encuentra dentro de las 8 semanas siguientes. La referencia a un IAM tras el episodio inicial y habiendo transcurrido más de 8 semanas se incluirá en **414.8. Otras formas especificadas de enfermedad cardíaca isquémica crónica**.
- **0 (Episodio No especificado).** Empléese de forma excepcional cuando la fuente documental no proporcione información suficiente para la asignación del quinto dígito 1 ó 2. Su uso en episodios de hospitalización es totalmente desaconsejable.

Paciente que ingresa en el Hospital A con el diagnóstico de IAM inferior, es trasladado a Hospital B donde se diagnostica mediante coronariografía de arteriosclerosis de 1 vaso tratándose con ACTP y stent y es alta a domicilio.

<u>Hospital A</u>	410.41	IAM de otra pared inferior episodio inicial
<u>Hospital B</u>	410.41	IAM de otra pared inferior episodio inicial
	414.01	Arteriosclerosis de arteria coronaria nativa
	00.66	Angioplastia coronaria transluminal percutánea [ACTP]
	00.40	Procedimiento sobre un solo vaso
	36.06	Inserción de stent(s) de arteria coronaria no liberador de fármacos
	00.45	Inserción de un stent vascular
	88.57	Otras coronariografías coronarias y arteriografía coronaria no especificada

Dos días más tarde ingresa en hospital A con diagnóstico de angina inestable.

<u>Hospital A</u>	411.1	Síndrome coronario intermedio
	410.42	IAM de otra pared inferior episodio subsiguiente
	V45.82	Estado de Angioplastia transluminal percutánea

Dos meses más tarde vuelve a ingresar en Hospital A también por angina inestable.

<u>Hospital A</u>	411.1	Síndrome coronario intermedio
	414.8	Otras formas especificadas de enfermedad cardíaca isquémica crónica
	V45.82	Estado de Angioplastia transluminal percutánea

El IAM sin onda q, IMNEST (Infarto de Miocardio no elevación del ST), IMSEST (Infarto de Miocardio sin elevación del ST), Infarto no transmural, se incluirán en la subcategoría **410.7 Infarto subendocárdico**. El uso de este código tiene prioridad sobre cualquier localización anatómica.

IAM no Q de pared anterior
410.71 **Infarto subendocárdico**

Si durante el proceso de cuidados en un IAM el paciente sufre un nuevo infarto se asignará el código correspondiente, a menos que se refiera a la localización inicial.

- **Infarto de miocardio antiguo.**

El antecedente de un IAM sin tratamiento actual, así como su hallazgo casual en un paciente sin otras manifestaciones cardíacas se recogerá con el código 412. En realidad se trata de un código de "historia" y no debería ser asignado cuando esté presente enfermedad cardíaca isquémica actual o síntomas relacionados con el mismo.

Paciente con neumonía y antecedentes de IAM hace un año.

486	Neumonía, organismo no especificado
412	Infarto de miocardio, antiguo

- **Arteriosclerosis coronaria**

- Angor y arteriosclerosis coronaria. Si la arteriosclerosis se diagnostica por primera vez en este episodio, ésta será el diagnóstico principal y el secundario la angina. Si el paciente ya está diagnosticado de arteriosclerosis, la angina será diagnóstico principal, cuando los principales recursos se dirijan sólo hacia su tratamiento.

Angina inestable debida a enfermedad de un vaso coronario demostrada por coronariografía

414.01	Arteriosclerosis de arteria coronaria nativa
411.1	Síndrome coronario intermedio

- Enfermedad de vasos coronarios. La denominada "enfermedad de vaso coronario" (uno o varios vasos) o "enfermedad de arteria coronaria" se clasificará mediante la subcategoría **414.0 Aterosclerosis coronaria**, con el 5º dígito adecuado a la naturaleza del vaso afectado (nativo, injerto,..). A estos códigos se les debe añadir la subcategoría **414.2 Oclusión total de arteria coronaria** en el caso de la obstrucción total o completa (100%) de la luz del vaso. Esta entidad no se debe confundir con la oclusión coronaria aguda sin infarto (411.81) o con el infarto (categoría 410).

- **Ángor**

- Angor preinfarto. Cuando este término hace referencia a la angina que desarrolla un infarto, se asigna únicamente el código del IAM. Si no desarrolla infarto, el código apropiado será el **411.1 Síndrome coronario intermedio**.
- Angor postinfarto. Se trata por definición de un angor inestable y se asignará el código **411.1 Síndrome coronario intermedio** tras el correspondiente al IAM.
- Angor de reposo. También se la considera una angina inestable y se asignará por tanto el código **411.1 Síndrome coronario intermedio**.

- **Síndrome Coronario Agudo (SCA).**

Bajo la denominación de SCA se incluyen entidades como la angina inestable o cualquier tipo de IAM. En ausencia de más información se codificará como **411.1 Síndrome coronario intermedio**. En relación a las alteraciones en el ECG se divide a su vez en:

- Síndrome Coronario Agudo Sin Elevación del ST (SCASEST), que incluye la angina inestable y el infarto no Q. En ausencia de más especificación, el SCASEST se clasifica en el **411.1 Síndrome coronario intermedio**.
- Síndrome Coronario Agudo Con Elevación del ST (SCACEST), donde se incluyen por una parte los IAM con onda Q (sinónimo de IMCEST), los cuales se clasifican bajo la categoría 410 (excepto la subcategoría de 4º dígito 7) y por otra parte la angina de Prinzmetal (413.1).

SCACEST inferior

410.41 IAM de otra pared anterior, episodio inicial

▪ Dolor precordial

Para el dolor precordial que no pueda ser considerado ángor se utilizará la subclasificación **786.51 Dolor precordial** si se realizan estudios cardiológicos o bien **786.50 Dolor torácico no especificado** si el estudio no se orientó hacia la patología cardíaca.

6.5. PARADA CARDIORRESPIRATORIA

Tabla 6-III. PCR

CIRCUNSTANCIA	CLASIFICACIÓN
Admitido por parada cardiorrespiratoria con resucitación exitosa	Diagnóstico principal: Patología de base causante de la parada cardiorrespiratoria* Diagnóstico secundario:427.5 Parada cardíaca
Parada cardiorrespiratoria durante el episodio con resucitación	Diagnóstico principal: Proceso causa del ingreso Diagnóstico secundario:427.5 Parada cardíaca
Parada cardiorrespiratoria como causa de fallecimiento	Diagnóstico principal: Proceso causa del ingreso No se utilizará 427.5 Parada cardíaca, para especificar el fallecimiento se utilizará el campo motivo de alta del CMDB
Parada cardiorrespiratoria en procesos obstétricos	Se aplicarán las pautas anteriores; además, al código 427.5 Parada cardíaca le precederá la subcategoría 648.6 Otras enfermedades cardiovasculares
Parada cardiorrespiratoria intra o postoperatoria	Se aplicarán las pautas anteriores; además, al código 427.5 Parada cardíaca le precederá la subcategoría 997.1 Complicaciones cardíacas.
Parada cardiorrespiratoria como complicación de cirugía y procedimientos obstétricos	Se aplicarán las pautas anteriores; además, al código 427.5 Parada cardíaca le precederá la subcategoría 669.4 Otras complicaciones de la cirugía y los procedimientos obstétricos.

* Si la patología de base conlleva en ausencia de tratamiento parada inmediata, tal como una fibrilación ventricular, no será necesario añadir el código de parada cardíaca.

Paciente que ingresa en PCR por FV

427.41 Fibrilación ventricular

Paciente que ingresa por fallo cardíaco congestivo. PCR al 2º día respondiendo positivamente a las maniobras de RCP

428.0 Insuficiencia cardíaca congestiva, no especificada**427.5 Paro cardíaco****99.60 RCP no especificada de otra manera**

El código **V12.53 Historia de personal de paro cardíaco súbito** se usa sólo para individuos que han tenido un episodio previo de paro cardíaco y que han sido resucitados con éxito. A estos pacientes generalmente se les encuentra alguna enfermedad cardíaca congénita tal como arritmias que no habían sido previamente diagnosticadas. Este código no se usa para identificar pacientes que hayan tenido historia de IAM, en este caso se usa el código **412 Infarto de miocardio, antiguo**. Estos códigos se pueden utilizar de forma conjunta.

6.6. TRASTORNOS CEREBROVASCULARES.

▪ **Infarto cerebral/ictus/accidente cerebrovascular (ACV).**

El término ictus y ACV son usados a menudo de manera indistinta para referirse al infarto cerebral. Los términos ictus, ACV e infarto cerebral NEOM están indexados en el código **434.91 Oclusión de arteria cerebral no especificada, con infarto**. El código **436 Enfermedad cerebrovascular aguda mal definida**, no debe usarse cuando en la documentación consta ictus o ACV.

Si la causa del infarto es conocida, trombosis o embolia, se registrará con el 4º dígito de subcategoría 0 o 1 (respectivamente).

ACV trombótico	
434.01	Trombosis cerebral con infarto cerebral

La transformación hemorrágica de un infarto cerebral se codificará como infarto seguido del código correspondiente de la hemorragia. No se debe confundir con el término ACV hemorrágico que hace referencia sólo a la hemorragia cerebral.

Afasia secundaria a ACV. Se trata con fibrinólisis y en RMN de control se observa transformación hemorrágica que el médico establece como secundaria al tratamiento recibido.

434.91	Oclusión de arteria cerebral no especificada, con infarto
784.3	Afasia
997.02	Hemorragia o infarto cerebrovascular yatrogénico
431	Hemorragia intracerebral
E934.4	Fármacos que afectan a la fibrinólisis que causan efectos adversos en su empleo terapéutico.

Hemiplejía flácida por infarto frontal agudo con conversión hemorrágica espontánea

434.91	Oclusión de arteria cerebral no especificada, con infarto
431	Hemorragia intracerebral
342.00	Hemiplejía flácida afectación de lado inespecificado

Coma por ACV hemorrágico.

431	Hemorragia intracerebral
780.01	Coma

El quinto dígito de subclasificación, en las categorías **433 Oclusión y estenosis de las arterias precerebrales** y **434 Oclusión de arterias cerebrales** identifica la presencia o no de infarto cerebral. Cuando un infarto cerebral coexista con una oclusión o estenosis de las arterias

precerebrales, sin relación causal especificada, se secuenciara en primer lugar el código **434.91 Oclusión de arteria cerebral no especificada con infarto cerebral** y a continuación el correspondiente a la oclusión o la estenosis de la arteria precerebral con 5º dígito 0.

Ictus. Estenosis carótida derecha.

434.91	Oclusión de arteria cerebral no especificada con infarto cerebral
433.10	Oclusión y estenosis de las arterias sin mención de infarto

Cuando un infarto cerebral es debido a la oclusión o estenosis de arterias cerebrales o precerebrales, y así está indicado en la documentación clínica, se usará el 5º dígito 1 “con infarto cerebral”.

▪ **Trastornos debidos a enfermedad cerebrovascular**

Cualquier déficit neurológico producido por un trastorno cerebrovascular agudo (excepto AIT) se codificará, incluso en el caso de que se haya resuelto en el momento del alta hospitalaria.

▪ **Efectos tardíos de la Enfermedad Cerebrovascular**

- Categoría 438, Efectos tardíos de enfermedad cerebrovascular.

La categoría 438 se utiliza para especificar algunos de los efectos tardíos producidos por las enfermedades incluidas en las categorías 430-437. Los déficits neurológicos causados por la enfermedad cerebrovascular pueden estar presentes desde su inicio o aparecer posteriormente, al momento del alta.

Se debe añadir un código adicional para la mayor especificación de la naturaleza de la secuela, en caso de que el literal del código 438 no recoja la misma.

Epilepsia efecto tardío de ACV

438.89	Otros efectos tardíos de enfermedad cerebro vascular
345.90	Epilepsia no especificada sin epilepsia no tratable

Afasia por ACV

438.11	Efecto tardío de enfermedad cerebrovascular, afasia
---------------	--

Los códigos de la categoría 438 pueden ser asignados en un episodio con códigos de 430-437, si el paciente tiene un accidente cerebrovascular (ACV) actual y déficits de un ACV antiguo.

- Código V12.54.

Asigne el código **V12.54 Historia personal de ataque isquémico transitorio (AIT) e infarto cerebral sin déficit residual** (y no un código de la categoría 438) como código adicional para una historia de enfermedad cerebrovascular aguda cuando no están presentes déficits neurológicos.

Los códigos 438 y V12.54 son incompatibles.

▪ **Accidente cerebrovascular postoperatorio**

La hemorragia o infarto cerebrovascular que ocurre como resultado de una intervención médica o quirúrgica se codifica en el **997.02 Hemorragia o infarto cerebrovascular yatrogénico**. La documentación de la historia clínica debería especificar claramente la relación causa-efecto entre la intervención y el accidente cerebrovascular a fin de asignar este código. Debe usarse un código adicional de las categorías 430 a 432 o bien de las categorías 433 o 434 con quinto dígito "1" para identificar el tipo de hemorragia o infarto.

6.7. PROCEDIMIENTOS

▪ **Marcapasos cardíaco.**

Los marcapasos pueden ser de doble cámara, lo que supone la utilización de dos electrodos o de cámara única, que implican la utilización de un solo electrodo. Estos a su vez, además, pueden ser especificados como «con respuesta en frecuencia». Habitualmente los diferentes tipos se clasifican según una sistemática de cinco letras.

- Inserción de un marcapasos permanente.

Requiere el uso de dos códigos: uno para el aparato o generador (37.80 - 37.83) y otro para el/los electrodo/s (37.70 - 37.74) de tal modo que haya coherencia entre ambos.

El diagnóstico principal para este ingreso será el de la patología cardíaca por la que se le implanta el marcapasos.

- Sustitución.

Se utilizarán uno o dos códigos en función de los elementos que se sustituyan (37.85 a 37.87 para generadores, 37.76 para electrodos transvenosos, 37.74 para electrodos epicárdicos).

Cuando un paciente ingresa sólo para extracción, reemplazamiento o reprogramación de un marcapasos cardíaco, se asignará como diagnóstico principal el código **V53.31, Colocación y ajuste de marcapasos cardíaco**, siempre que dicho ingreso no sea causado por una complicación del mismo.

Tabla 6-IV. Marcapasos

SIGLAS				GENERADOR		ELECTRODOS		
1ª	2ª	3ª	4ª	colocación	sustitución	colocación	sustitución	recolocación
A	*	*	*			37.73	37.76	37.75
V	no D	*	*			37.71	37.76	37.75
V ó D	D	*	*			37.72	37.76	37.75
V ó A	V ó A	*	no R	37.81	37.85			
V ó A	V ó A	*	R	37.82	37.86			
V ó D	D	D	*	37.83	37.87			

Ingreso para inserción de marcapasos VVIR por bloqueo AV de 2º grado	426.13	Otro bloqueo aurículo ventricular de 2º grado
	37.82	Inserción inicial de un aparato de cámara única con respuesta en frecuencia
	37.71	Inserción inicial de electrodo transvenoso en ventrículo
Ingreso para sustitución de marcapasos VVIR por agotamiento de batería	V53.31	Colocación y ajuste de marcapasos cardiaco
	37.86	Sustitución de cualquier tipo de marcapasos con aparato de cámara única, con respuesta en frecuencia
Ingreso para sustitución de electrodo de marcapasos VVIR por desplazamiento del mismo	996.01	Complicación mecánica por marcapasos cardiaco (electrodo)
	37.76	Sustitución de electrodo transvenoso en aurícula y ventrículo

▪ **Cateterismo cardiaco**

Existen diversas técnicas que suponen la cateterización de las cámaras cardiacas. Cuando constituya la vía de acceso para un procedimiento no se asignará el código del cateterismo.

Estudios electrofisiológicos invasivos por catéter	37.26	Estudio electrofisiológico invasivo por catéter
--	--------------	--

Por otro lado hay procedimientos que son codificados exclusivamente mediante el código del cateterismo con el que se realiza, fundamentalmente medición de presiones y determinación del gasto cardíaco.

Es importante aclarar que no existe relación entre el número de catéteres utilizados para la realización de la coronariografía y los usados para la cateterización cardiaca, siendo posible cualquier combinación.

- Angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP).

El código a asignar es **00.66 Angioplastia coronaria transluminal percutánea [ACTP] o aterectomia coronaria**. De modo obligatorio se codificará la información referida al número de vasos tratados, entre el **00.40 Procedimiento sobre un solo vaso** y el **00.43 Procedimiento sobre cuatro o más vasos**.

La colocación de stent sin fármaco o bien con recubrimiento pero sin sistema liberador se codifica mediante el **36.06 Inserción de stent(s) de arteria coronaria no liberador de fármacos**. Si se trata de un stent liberador de fármaco se utilizará el código **36.07 Inserción de stent(s) de arteria coronaria liberador de fármacos**. Además deberá utilizarse un código adicional de entre 00.45 y 00.48 que especifique el número de stents utilizados.

Si las técnicas mencionadas afectan a una bifurcación coronaria (ostium), se recogerá mediante el código **00.44 Procedimiento sobre bifurcación vascular** que se utilizará una sola vez.

Realización mediante cateterismo cardiaco de ACTP sobre DA y ACTP y colocación de stent sobre circunfleja

- 00.66** **Angioplastia coronaria transluminal percutánea [ACTP] o aterectomía coronaria**
- 00.41** **Procedimiento sobre dos vasos**
- 36.06** **Inserción de stent (s) de arteria coronaria no liberador de fármacos**
- 00.45** **Inserción de un stent vascular**

7. ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO

Con excepción de las enfermedades neoplásicas o de algunas enfermedades infecciosas mayores, las enfermedades respiratorias se clasifican en el capítulo 8 de la CIE9MC en las categorías 460 a la 519.

7.1. NEUMONÍA / BRONCONEUMONÍA/ NEUMONITIS.

La neumonía es una infección respiratoria habitual, y puede ser codificada en función de sus características de formas diferentes en la CIE9MC.

Cuando exista un **código de combinación**, se asignará el código correspondiente del **Capítulo 1: Enfermedades infecciosas o parasitarias** o del **Capítulo 8: Enfermedades del Aparato Respiratorio**, según indique el Índice Alfabético.

Neumonía por Estafilococo aureus
482.41 **Neumonía debida a Estafilococo aureus sensible a meticilina**

Cuando para describir el juicio diagnóstico sea preciso utilizar **codificación múltiple** se tendrá en cuenta la siguiente secuencia: El código principal será el correspondiente al **Capítulo 1, Enfermedades infecciosas o parasitarias** y el código secundario será un código correspondiente al **Capítulo 8, Enfermedades del Aparato Respiratorio**.

Neumonía en fiebre tifoidea
002.0 **Fiebre tifoidea**
484.8 **Neumonía en otras enfermedades infecciosas clasificadas bajo otros conceptos**

Los códigos **482.83 Neumonía por otras bacterias gram-negativas** y **482.89 Neumonía por otras bacterias especificadas** necesitan de un código adicional que identifique el organismo causal, siempre que exista un código específico para éste.

- En los casos de neumonía sin más especificación y donde no se identifique el microorganismo, se usará el código **486 Neumonía, organismo sin especificar**.
- **La Neumonía lobar**, por organismo no especificado se codifica como **481 Neumonía neumocócica [neumonía por *Streptococo pneumoniae*]**. No deben confundirse los términos lobar y lobular. Las neumonías que mencionan el lóbulo afectado no se codifican con este código, excepto si se indica la presencia del *Streptococo pneumoniae*.
- **Cuando se conoce el germen** o existe más información, deberán seguirse las indicaciones de los modificadores esenciales del Índice Alfabético, asignándose el código adecuado para la neumonía por germen específico.
- **Neumonía basal:** Se codificará como neumonía por el tipo o microorganismo especificado. Si el único modificador de la neumonía fuese término basal, entonces se codificará como neumonía no especificada.

Neumonía en lóbulo inferior
486 **Neumonía, organismo no especificado**

Neumonía basal por *Pseudomona aeruginosa*
482.1 **Neumonía por *Pseudomona***

- **Neumonía lobular o Bronconeumonía:** cuando no se conoce el germen causal, el código que debe asignarse es el **485 Bronconeumonía, organismo sin especificar**. Cuando se conoce el germen o existe más información, deberá seguirse las indicaciones de los modificadores esenciales en el Índice Alfabético, asignándose el código adecuado para la neumonía por germen específico.

Bronconeumonía por Estafilococo aureus
482.41 Neumonía por Estafilococo aureus sensible a metilina

- **Neumonía por aspiración NEOM: 507.X Neumonitis por sólidos y líquidos.** Si se produce sobreinfección, se añadirá un código de las categorías 480-486 para especificar el germen causante de la neumonía. En el caso de que la neumonía sea debida directamente a la aspiración de gérmenes se asignará únicamente un código de las categorías 480-486.

Neumonía por aspiración sobreinfectada por Pseudomona Aeruginosa
507.0 Neumonitis por inhalación de comidas y vómitos
482.1 Neumonía por Pseudomonas

La neumonía por aspiración fetal se clasifica en la categoría 770.

Cuando el diagnóstico clínico no especifique la presencia de neumonía, sino sólo “broncoaspiración”, deberán seguirse las instrucciones del Índice Alfabético bajo los términos “Aspiración” y “Asfixia”.

- **Neumonía obstructiva:** Cuando no se documenta el tipo de obstrucción y se desconoce el microorganismo causal, se codifica como **486 Neumonía, organismo sin especificar**. Si se identifica la causa de la obstrucción se codifican las dos patologías.
- **Neumonía bacteriana mixta:** Si se mencionan cada uno de los organismos implicados, se codifican todos ellos con el código correspondiente.

Neumonía por Proteus y por Klebsiella pneumonie
482.83 Neumonía por otras bacterias gram-negativas
041.6 Proteus (mirabilis) (morganii)
482.0 Neumonía por Klebsiella pneumonie

- **Neumonía intersticial (o Neumopatía intersticial): 516.8 Otras neumopatías alveolares y parietoalveolares especificadas.** No confundir con la entidad Neumonitis Intersticial NEOM: **515 Fibrosis pulmonar posinflamatoria.**

- **Neumonía asociada a ventilador 997.31,** precisa un código adicional para identificar el microorganismo causal (no asignar códigos secundarios de las categorías 480-484 para identificar el tipo de neumonía). Además, es necesario consignar el código **E879.8 Otras técnicas especificadas** de la categoría “Otras técnicas, sin mención de accidente en el momento de practicarlas, como causa de reacción anormal del paciente, o de complicación posterior”. La neumonía asociada a ventilador es una infección pulmonar que se desarrolla en personas que están con ventilación mecánica. La asignación de este código se basa en la documentación clínica y sólo debe ser asignado si se ha documentado dicha complicación.

- **Neumonía postoperatoria:** **997.39 Otras complicaciones respiratorias**, debe asignarse además el código o códigos adicionales que identifiquen el tipo de neumonía. La asignación del código se basa en la documentación clínica y debe ser asignada sólo cuando exista relación causal. Este código se utiliza también para identificar neumonías debidas a procedimientos como intubación orotraqueal, fibrobroncoscopia, sondaje nasogástrico, etc. El término “**neumonía nosocomial**” no implica que la neumonía sea postoperatoria o causada por un procedimiento, por lo que se seguirá la norma general de codificación.

7.2. ABSCESO PULMONAR.

Para codificar los abscesos pulmonares se necesita **codificación múltiple**:

Código principal: Categoría **513 Absceso de pulmón y mediastino**.

Código asociado: El del **germen**.

Absceso de pulmón producido por Pseudomonas

513.0 Absceso pulmón

041.7 Pseudomona

Sólo existe una entidad que queda descrita con un solo **código de combinación**:

006.4 Absceso amebiano pulmonar.

7.3. ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) O BRONCONEUMOPATÍA CRÓNICA OBSTRUCTIVA (BNCO) U OBSTRUCCIÓN CRÓNICA AL FLUJO AÉREO (OCFA)

- La EPOC en la que no se especifica la patología de base se codifica en la categoría **496 Obstrucción crónica de vías respiratorias no clasificadas bajo otros conceptos**.
- En caso de **reagudización** o **descompensación** de EPOC sin causa definida, se asignará la subclasificación **491.21 Bronquitis crónica obstructiva con exacerbación aguda**. En el resto de circunstancias en las que la causa de la EPOC está especificada (enfisema, bronquitis, bronquiectasias), se asignará el código correspondiente a la patología, sin diferenciar entre exacerbación o no.

Paciente con enfisema pulmonar que ingresa por reagudización de su proceso

492.8 Otros enfisemas

- En caso de EPOC **con bronquitis aguda** el código a utilizar será el **491.22 Bronquitis crónica obstructiva con bronquitis aguda**.
- El **broncoespasmo agudo** (**519.11 Broncoespasmo agudo**) y la **insuficiencia respiratoria NEOM**, sin criterios gasométricos (**786.09 Otra disnea y alteración respiratoria**) no se codifican por ser síntomas de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- **Hiperreactividad bronquial con broncoespasmo:** El código **519.11 Broncoespasmo agudo**, se utiliza cuando la causa del broncoespasmo o de la hiperreactividad bronquial no se ha identificado.

Bronquitis asmática con exacerbación aguda. Hiperreactividad bronquial

493.92 Asma no especificada con exacerbación (aguda)

La presencia de una **infección respiratoria** sin más especificación (**519.8 Otras enfermedades del aparato respiratorio, no clasificadas bajo otro concepto**) se codificará como secundaria a la EPOC. Podrá ser diagnóstico principal sólo cuando esté claramente definido el tipo de infección respiratoria (neumonía, absceso pulmonar).

Paciente con enfisema pulmonar con reagudización debida a infección respiratoria	
492.8	Otros enfisemas
519.8	Otras enfermedades del aparato respiratorio, no clasificadas bajo otros conceptos

7.4. BRONQUIECTASIAS

Se clasifican en la categoría **494 Bronquiectasia**, con un cuarto dígito que indica la existencia o no de exacerbación aguda.

En caso de EPOC NEOM o EPOC descompensado con bronquiectasias se asignará únicamente el código correspondiente a éstas.

Puede darse la codificación múltiple en caso de coexistir con alguna otra modalidad de EPOC (enfisema o bronquitis).

En caso de bronquiectasias infectadas o sobreinfectadas se utilizará la subcategoría **494.1 Bronquiectasias con exacerbación aguda** añadiendo el/los código/s adicional/es en caso de conocerse el/los germen/es causante/s.

7.5. ASMA BRONQUIAL

La condición de asma está clasificada en la categoría **493 Asma**.

El quinto dígito identifica la presencia o no de **estado asmático**. Este no es sinónimo de crisis asmática, sino de resistencia al tratamiento y deberá estar debidamente documentado. Se utilizarán códigos adicionales para el **fracaso respiratorio (518.8X)** y la **encefalopatía hipercápnica (348.31)** si así constan en la información clínica.

Si se informa un estado asmático con cualquier tipo de EPOC o bronquitis aguda, el estado asmático se debe codificar primero. Esto prevalece sobre cualquier tipo de EPOC incluyendo aquella con exacerbación aguda o bronquitis aguda. Si no existe estado asmático, la reagudización de la EPOC se secuenciará primero.

El **jadeo NEOM (786.07 Jadeo)** no es sinónimo de asma.

El asma con obstrucción crónica o con cualquier diagnóstico de enfermedad obstructiva crónica (EPOC), se clasifica sólo en la subcategoría **493.2 Asma obstructiva crónica**.

Bajo el término "Asma" no hay modificador esencial para el caso de que esté asociado a bronquitis crónica, por lo que la entrada al índice se realiza por el término:

Bronquitis

- asmática
- - crónica 493.2
- crónica
- - asmática 493.2

- Bronquitis asmática aguda con estado asmático:
493.91 Asma no especificada con estado asmático
- Asma infantil:
493.00 Asma extrínseca, no especificada
- Asma con EPOC:
493.20 Asma obstructiva crónica no especificada
- Bronquitis asmática crónica con exacerbación aguda:
493.22 Asma obstructiva crónica con exacerbación (aguda)
- Asma psicógena:
316 Factores psíquicos asociados a enfermedades clasificadas bajo otros conceptos + 493.90 Asma no especificada
- Exacerbación aguda de EPOC, bronquitis aguda y asma con estado asmático:
493.21 Asma obstructiva crónica con exacerbación + 491.22 Bronquitis crónica obstructiva con bronquitis (aguda)
- Exacerbación aguda de EPOC, bronquitis aguda y exacerbación aguda de asma:
491.22 Bronquitis crónica obstructiva con bronquitis (aguda) + 493.22 Asma obstructiva crónica con exacerbación (aguda)

Tabla 7-I. Exacerbación/Descompensación de enfermedad respiratoria crónica

	NEOM	REAGUDIZADO O DESCOMPENSADO POR INFECCIÓN RESPIRATORIA	DESCOMPENSADA
EPOC	496	491.21 + 519.8	491.21
EPOC tipo bronquitis crónica	491.20	491.21 + 519.8	491.21
EPOC tipo enfisema	492.8	492.8 + 519.8	492.8
Bronquiectasias	494.0	494.1 + 519.8	494.1
Asma bronquial + EPOC	493.20	493.22 + 519.8	493.22
Enfisema con Bronquitis crónica	491.20	491.21 + 519.8	491.21

7.6. LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA COMO FRACASO RESPIRATORIO

Es la situación en el que los mecanismos fisiológicos pulmonares son incapaces de mantener la pO₂ arterial por encima de 60 mm Hg.

Se considera insuficiencia respiratoria cuando los valores, determinados en sangre arterial son:

$$pO_2 < 60 \text{ mm Hg y/o } pCO_2 > 45 \text{ mm Hg y } pH < 7,35.$$

O cuando la saturación de oxígeno, medida mediante pulsioximetría, está por debajo del 90%.

Según la forma de presentación, la insuficiencia respiratoria/fracaso respiratorio puede ser:

- **Aguda:** Con los criterios gasométricos comentados, de instauración reciente (**518.81 Fracaso respiratorio agudo**).

- **Crónica:** Cuando la pO₂ es inferior a 50 mm Hg y es de larga evolución (**518.83 Fracaso respiratorio crónico**).
- **Crónica agudizada:** Episodio de descompensación de una insuficiencia de larga evolución (**518.84 Fracaso respiratorio agudo y crónico**).

Sólo se codificará la insuficiencia respiratoria cuando esté perfectamente documentada por el clínico (“insuficiencia respiratoria global”), aunque no se disponga de los datos gasométricos. Los criterios gasométricos deben considerarse únicamente como apoyo al diagnóstico clínico. Sin embargo, es preciso extremar las precauciones, ya que el término clínico “*insuficiencia respiratoria aguda*”, puede corresponder a una insuficiencia respiratoria global, a una insuficiencia respiratoria parcial o incluso a una dificultad respiratoria o, con menos frecuencia, a un distress respiratorio.

La entrada al Índice Alfabético se realiza por el término “fallo” con el modificador esencial “respiración, respiratorio”:

Fallo, fallido

- respiración, respiratorio 518.81
- agudo 518.81
- agudo y crónico 518.84
- central 348.8
- recién nacido 770.84
- crónico 518.83
- debido a traumatismo, cirugía o choque 518.5
- recién nacido 770.84

Se evitará utilizar la entrada alfabética “Insuficiencia, respiratoria” debido a que sus modificadores esenciales subordinados no proporcionan acceso adecuado a los códigos correctos. En cualquier caso, se aplicará de forma sistemática, la instrucción “*véase además Fallo*”.

Secuencia de códigos

La insuficiencia respiratoria será **diagnóstico principal** cuando el médico responsable establezca que es la condición que originó el ingreso.

Cuando un paciente es ingresado con insuficiencia respiratoria y otro proceso agudo la selección del diagnóstico principal dependerá de las circunstancias de admisión.

Paciente que llega a urgencias en fracaso respiratorio agudo siendo intubado e ingresado en el hospital. El paciente presenta, así mismo, insuficiencia cardíaca congestiva. El médico documenta, al alta, que la causa de ingreso fue el fracaso respiratorio agudo.

518.81 Fracaso respiratorio agudo

428.0 Insuficiencia cardíaca congestiva, no especificada

Si el fallo respiratorio no está presente en el momento del ingreso y aparece a lo largo de la estancia, se deberá codificar como secundario.

Paciente que ingresa por insuficiencia cardíaca congestiva debiendo ser intubado a los dos días por fracaso respiratorio agudo.

428.0 Insuficiencia cardíaca congestiva, no especificada

518.81 Fracaso respiratorio agudo

Existen instrucciones concretas para la secuenciación de códigos de capítulos específicos (obstetricia, envenenamientos, HIV, recién nacidos), de tal manera que en estas circunstancias, el fracaso respiratorio deberá figurar como **diagnóstico secundario**.

Paciente con síndrome de inmunodeficiencia adquirida que ingresa en el hospital con fracaso respiratorio agudo debido a *Pneumocystis carinii*.

042 **Síndrome de inmunodeficiencia adquirida**
518.81 **Fracaso respiratorio agudo**
136.3 **Pneumocistosis**

7.7. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA PARCIAL

La insuficiencia respiratoria parcial o hipoxémica se caracteriza por una pO₂ menor de 60mm Hg con una pCO₂ normal o baja. No hay fracaso respiratorio.

Se asignará el código **799.02 Hipoxemia**.

7.8. DISTRESS RESPIRATORIO DEL ADULTO

Se puede definir como una insuficiencia respiratoria aguda y refractaria a oxigenoterapia, en pulmones previamente sanos. No suele acompañarse de retención de CO₂.

Sinónimos: pulmón blanco, pulmón de shock, hipoxemia refractaria.

Se puede producir, a las 24-48 horas, en una serie de circunstancias patológicas diversas, de origen tóxico o por afecciones sistémicas como sepsis y shock, así como posteriormente a cirugía o trauma.

Los códigos correspondientes son:

518.82 Otras insuficiencias pulmonares no clasificadas bajo otro concepto
518.5 Insuficiencia pulmonar después de trauma e intervención quirúrgica

Paciente intervenido por una apendicitis con peritonitis que desarrolla distress respiratorio en el postoperatorio.

540.0 **Apendicitis aguda con peritonitis generalizada**
518.5 **Insuficiencia pulmonar después de trauma e intervención quirúrgica**

7.9. HIPERTENSIÓN PULMONAR Y COR PULMONALE

Se habla de hipertensión pulmonar cuando existen signos directos (cateterismo) o indirectos (ecocardiografía, técnicas de imagen) de elevación de la presión en arteria pulmonar por encima de los límites establecidos.

La consecuencia de la hipertensión pulmonar crónicamente mantenida es el **cor pulmonale crónico**, definido como la hipertrofia de cavidades cardiacas derechas por enfermedades respiratorias crónicas y excluyendo causas cardiacas. No incluye *per se* el concepto de Insuficiencia cardiaca derecha.

Paciente con bronquitis crónica, cor pulmonale e hipertensión pulmonar

491.9 **Bronquitis crónica no especificada**
416.8 **Otras enfermedades cardiopulmonares crónicas**

7.10. EDEMA AGUDO DE PULMÓN

Consiste en un exceso de líquido en los tejidos y espacios alveolares del pulmón y puede ser de origen cardiogénico o no cardiogénico.

Tabla 7-II. Codificación del Edema Agudo de Pulmón Cardiogénico

CIRCUNSTANCIA	CODIFICACIÓN
Edema agudo de pulmón cardiogénico NEOM	428.1
Insuficiencia cardiaca congestiva	428.0
Insuficiencia cardiaca izquierda	428.1
Cardiopatía hipertensiva con insuficiencia cardiaca	402.X1 + 428.X
Enfermedad cardiaca reumática	398.91
Enfermedad cardiaca y renal hipertensiva	404.X1 ó 404.X3 + 428.X + 585
Enfermedad cardiaca isquémica (410.XX, 411.XX, 414.XX)	428.1 ó 428.0

Ingreso por edema agudo de pulmón debido a fibrilación auricular no conocida

427.31 Fibrilación auricular

428.1 Insuficiencia cardiaca izquierda

Con los códigos de cardiopatía tales como los de infarto agudo de miocardio (**410.10-410.92**), enfermedad isquémica aguda o subaguda (**411.0-411.89**), o arteriosclerosis coronaria (**414.0X-414.8**) el edema agudo de pulmón no está incluido. Si éste se presenta con alguna de las condiciones mencionadas se considera debido a insuficiencia cardiaca izquierda (código adicional: **428.1**), excepto que esté documentado un fallo cardiaco congestivo, utilizando entonces el código **428.0 Insuficiencia cardiaca congestiva**.

Tabla 7-III. Codificación del Edema Agudo de Pulmón No Cardiogénico

CIRCUNSTANCIA	CODIFICACIÓN
Postoperatorio o de causa NEOM	518.4
Debido a radiación	508.0 + Cód. Causa Externa
Por inhalación de humos o vapores	506.1 + Cód. Causa Externa
Aspiración de agua en ahogamiento no fatal	994.1+ Cód. Causa Externa
Efectos de altitud o barotrauma	993.2 + Cód. Causa Externa
Sobredosis droga	Código envenenamiento + 518.4 + Código de dependencia o abuso + Código de Causa Externa

Ingreso por edema agudo de pulmón debido sobredosis de heroína en paciente heroinómano

965.01	Envenenamiento por heroína
518.4	Edema agudo de pulmón, no especificado
E850.0	Envenenamiento accidental por heroína
304.00	Dependencia de tipo opiode, no especificada

7.11. ENCEFALOPATIA HIPERCÁPNICA

Se codifica en la subclasificación **348.31 Encefalopatía metabólica**.

Una manifestación de dicha encefalopatía (no imprescindible para su definición) puede ser la aparición de delirio agudo. En caso de producirse éste, se utilizará como código adicional el **293.0 Delirium debido a enfermedades clasificadas en otro lugar**.

Ingreso por EPOC reagudizada. Durante su estancia, el paciente, desarrolla fracaso respiratorio y delirio agudo debido a encefalopatía hipercápnica

491.21	Bronquitis crónica obstructiva con exacerbación (aguda)
518.81	Fracaso respiratorio agudo
348.31	Encefalopatía metabólica
293.0	Delirium debido a enfermedades clasificadas en otro lugar

7.12. DERRAME PLEURAL

- **Derrame tuberculoso:**
012.OX Pleuresía tuberculosa.
010.1X Pleuresía tuberculosa en tuberculosis progresiva primaria
- **Derrame debido a otra enfermedad bacteriana:** **511.1 Derrame con mención de causa bacteriana, que no sea tuberculosis** con un código adicional para especificar el germen causal.
- **Derrame pleural maligno:** **511.81 Derrame pleural maligno**. Hay que codificar primero la neoplasia maligna. El derrame pleural maligno puede producirse debido a obstrucción del drenaje linfático por un tumor mediastínico (frecuentemente linfomas) y no sólo por invasión neoplásica de la pleura.

Paciente que ingresa por derrame pleural maligno debido a metástasis de pleura de adenocarcinoma de pulmón ya conocido.

197.2	Neoplasia maligna secundaria de pleura
M8140/6	Adenocarcinoma, metastásico
511.81	Derrame pleural maligno
162.9	Neoplasia maligna de bronquios y pulmón, parte no especificada
M8140/3	Adenocarcinoma, primario

- **Derrame de origen traumático:**
862.29 Lesión de otros órganos intratorácicos sin mención de traumatismo abierto de cavidad torácica o abdominal.
862.39 Lesión de otros órganos intratorácicos con traumatismo abierto de cavidad torácica o abdominal.

Se utilizarán, en ambos casos, códigos E adicionales para identificar la causa externa.

7.13. ATELECTASIA

Es el colapso de una parte o (con mucha menor frecuencia) de todo el pulmón, causada por una obstrucción de las vías aéreas (bronquios o bronquiolos) o por presión en la parte externa del pulmón.

El código **518.0 Colapso pulmonar** no se utiliza si es un hallazgo casual en una radiografía; la atelectasia sólo se codifica cuando el clínico identifica la condición.

7.14. SÍNDROME DE OBESIDAD-HIPOVENTILACIÓN

Algunos pacientes con obesidad presentan además, el Síndrome de Hipoventilación- Obesidad (SOH) o “Síndrome de Pickwick”, definido por la presencia de hipercapnia y disminución de la respuesta ventilatoria a la hipoxemia en presencia de parénquima pulmonar normal. Se codifica en la subclasificación **278.03. Síndrome de hipoventilación en obesidad**.

7.15. HIPOVENTILACIONES DEL SUEÑO

La **Apnea del sueño obstructiva (adulto)(pediátrica) 327.23** (SAOS) se caracteriza por un cuadro de somnolencia, trastornos neuropsiquiátricos y cardiorrespiratorios secundarios a episodios de apnea y/o hipopnea repetidos durante el sueño, que provocan constantes desaturaciones y despertares transitorios que no permiten un sueño reparador.

Los trastornos orgánicos del sueño se codifican en la categoría 327.

Las entradas al Índice Alfabético incluyen:

Apnea, apneico (intervalos)

- sueño
- obstructiva (adulto) (pediátrica) 327.23
- orgánica 327.20

Hipoventilación 786.09

- sueño asociado a hipoventilación, en enfermedades clasificadas bajo otro concepto 327.26

Si se conoce la causa, ésta deberá secuenciarse en primer lugar.

7.16. DEPENDENCIA A MÁQUINAS

Dependencia de respirador (ventilador) V46.1. Los códigos de la subcategoría V46.1 son mutuamente excluyentes.

- **V46.11 Estado de dependencia de respirador.** Es siempre un código secundario e indica que el paciente tiene un fallo respiratorio crónico, por lo que, por defecto, debe acompañarse del código **518.83 Fracaso respiratorio crónico**.
- **V46.12 Contacto por fallo de funcionamiento durante dependencia de respirador.** Es siempre un código principal y necesita, igualmente, codificar además el fallo respiratorio crónico o crónico reagudizado (**518.83 ó 518.84**).

- **V46.13 Admisión para deshabitamiento de respirador [ventilador].** Se utiliza sólo como código principal para proceder, en un paciente, a la retirada del respirador. Requiere el código **518.83** como adicional.
- **V46.14 Complicación mecánica de respirador [ventilador].** Se usa para los ingresos de pacientes con dependencia a respirador con un fallo de funcionamiento del mismo. Este código fue añadido bajo la subcategoría V46.1, en vez de bajo otros códigos de complicaciones mecánicas debido a la dependencia del ventilador de los pacientes. Aunque este código se ha añadido en la Tabla de Códigos V en la columna de principal o secundario, es más probable que sea un código de motivo de ingreso. Precisa código adicional para expresar el fallo respiratorio crónico o crónico reagudizado.
- La dependencia a ventilación mecánica no invasiva (tipo CPAP, BiPAP...) se codifica en la subcategoría **V46.8 Otras máquinas capacitantes.**
- La dependencia a oxigenoterapia domiciliar se codifica en la subcategoría **V46.2 Administración de oxígeno.**

8. ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO

La CIE9MC clasifica las enfermedades del aparato digestivo en el capítulo 9 entre las categorías 520 y 579.

8.1. MUCOSITIS

Es el proceso inflamatorio de la mucosa del tracto digestivo, que puede llegar a la ulceración. Puede afectar desde la boca hasta el ano y es un proceso frecuentemente asociado al tratamiento de las neoplasias. Si se debe a una causa externa, ésta precisará código E adicional.

Mucositis debida a quimioterapia

528.01 **Estomatitis y mucositis sin especificar**
E933.1 **Fármacos antineoplásicos e inmunosupresores que causan efectos adversos en su empleo terapéutico**

Mucositis intestinal posradioterapia

538 **Mucositis gastrointestinal (ulcerosa)**
E879.2 **Técnicas radiológica y radioterápicas, sin mención de accidente en el momento de practicarlas, como causa de reacción anormal del paciente, o de complicación posterior**

8.2. HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL

Es la pérdida de sangre que se origina en cualquier segmento del tubo digestivo, desde el esófago hasta el ano. Con frecuencia también la encontramos referida como: hematemesis, melena, rectorragia o "presencia de sangre oculta en heces".

Existen códigos de combinación para las hemorragias debidas a enfermedades digestivas: úlceras, gastritis, duodenitis, angiodisplasia, diverticulosis y diverticulitis, utilizando para ello un 4º o un 5º dígito. La entrada en el Índice Alfabético es a través de la enfermedad causante de la hemorragia. Es imprescindible que esta relación causal sea declarada por el facultativo.

Úlcera esofágica sangrante

530.21 **Úlcera de esófago con hemorragia**

Hematemesis por ulcus duodenal

532.40 **Úlcera duodenal crónica o no especificada con hemorragia sin mención de obstrucción**

Cuando no se conoce la causa o no se establece la relación causal con una o varias entidades que pudieran haber originado dicha hemorragia, esta se codificará en la correspondiente subcategoría de la categoría **578 Hemorragia gastrointestinal**.

Hemorragia digestiva

578.9 **Hemorragia del tracto gastrointestinal no especificada**

Hematemesis. Ulcus duodenal

578.0 **Hematemesis**
532.90 **Úlcera duodenal especificada como aguda ni como crónica sin mención de hemorragia ni de perforación. Sin mención de obstrucción**

La hemorragia digestiva por varices esofágicas se clasifica en el Capítulo 7 de Enfermedades del Aparato Circulatorio, en dos códigos:

- El código **456.0 Varices esofágicas con hemorragia** clasifica aquellos casos de hemorragia digestiva por varices esofágicas cuando se desconoce o no se especifica la causa de las varices. Este código sí puede ser diagnóstico principal.
- El código **456.20 Varices esofágicas, con hemorragia, en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos** clasifica la hemorragia digestiva debida a varices esofágicas, cuando dichas varices acompañan a enfermedades clasificadas bajo otros conceptos. En estos casos, se codifica siempre como diagnóstico secundario.

Hematemesis por varices esofágicas hemorrágicas por cirrosis hepática
571.5 Cirrosis hepática sin mención de alcohol
456.20 Varices esofágicas, con hemorragia, en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos
 Hemorragia digestiva, se aprecian varices esofágicas sangrantes
456.0 Varices esofágicas con hemorragia

Cuando la hemorragia forma parte del cuadro clínico de la enfermedad no se precisará código adicional. Este es el caso de enfermedades tales como el síndrome de Mallory-Weiss, la enfermedad de Dieulafoy, o en las enfermedades vasculares intestinales.

Hematemesis, con lesión de E. Dieulafoy en antro gástrico
537.84 Lesión de Dieulafoy (hemorrágica) de estómago y duodeno
 Rectorragia por isquemia mesentérica aguda
557.0 Insuficiencia vascular aguda del intestino

La rectorragia que acompaña a las hemorroides se codifica como "hemorroides complicadas".

Rectorragia, se aprecian hemorroides internas sangrantes
455.2 Hemorroides internas con otra complicación

8.3. ÚLCERAS DEL TRACTO GASTROINTESTINAL

Son erosiones producidas en la mucosa del tracto gastrointestinal. Pueden producir hemorragia y llegar a la perforación si la lesión afecta a todas las capas de la región anatómica afectada. Se expresan también como "ulcus" y "úlcera péptica". En ocasiones, las úlceras son producidas por una infección debida a *Helicobacter pylori* o por la ingestión de medicamentos erosivos. Estas condiciones se codificarán como diagnósticos secundarios.

Se utilizan los códigos apropiados de las categorías 531 a 534, según la localización anatómica. Estas categorías proporcionan códigos de combinación, indicando el 4º dígito si la condición es aguda, crónica o no especificada, si presenta hemorragia, perforación o ambas condiciones y precisando así mismo, un 5º dígito para indicar si el proceso se acompaña o no de obstrucción intestinal.

Ulcus gástrico agudo sangrante por aspirina

531.00 Úlcera gástrica aguda con hemorragia sin mención de obstrucción

E935.3 Fármacos y sustancias medicamentosas y biológicas que causan efectos adversos en su empleo terapéutico, salicilatos

Cuadro obstructivo por úlcera péptica duodenal perforada

532.51 Úlcera duodenal crónica o no especificada con perforación y con mención de obstrucción

Perforación por ulcus péptico sangrante

533.60 Úlcera péptica, sitio no especificado, crónica o no especificada con hemorragia y perforación sin mención de obstrucción

Úlcera duodenal crónica por H.pylori

532.70 Úlcera duodenal crónica sin mención de hemorragia ni perforación y sin mención de obstrucción

041.86 Infección por H pylori

8.4. OBSTRUCCION INTESTINAL

Es la interrupción del tránsito intestinal por causas mecánicas (tumor, bridas, etc.) o por supresión del peristaltismo (irritación peritoneal, drogas...).

La obstrucción intestinal se codifica con códigos propios de la **categoría 560 Obstrucción intestinal sin mención de hernia** o con códigos de combinación para describir la obstrucción que acompaña a las úlceras gastrointestinales y las hernias.

Obstrucción intestinal por ulcus duodenal agudo perforado

532.11 Úlcera duodenal aguda con perforación y con obstrucción

Obstrucción por hernia inguinal dcha. Estrangulada

550.10 Hernia inguinal obstructiva sin mención de gangrena unilateral o no especificada (no especificada como recurrente)

La suboclusión intestinal y la pseudoobstrucción intestinal en su forma aguda (Síndrome de Ogilvie) se codifican como oclusión intestinal. Por otro lado la pseudoobstrucción crónica o no especificada se codifican con el código **564.89 Otros trastornos funcionales del intestino**.

Ingreso por dolor abdominal agudo y vómitos debidos a pseudoobstrucción intestinal (Síndrome de Ogilvie)

560.89 Otra obstrucción intestinal especificada

Paciente diagnosticado de neumonía neumocócica y de pseudoobstrucción intestinal

481 Neumonía neumocócica [neumonía por S.pneumoniae]

564.89 Otros trastornos funcionales del intestino

8.5. PERITONITIS

Es la inflamación del peritoneo, membrana que recubre las vísceras intraabdominales y que limita, a su vez, la pared abdominal. Puede producirse por la perforación de una víscera hueca, por traumatismos abdominales, pancreatitis etc. o ser espontánea. Se codifica en la categoría 567, salvo cuando:

- afecta al peritoneo pélvico femenino,
- se produce en el embarazo, parto o puerperio
- y la que acompaña a la apendicitis.

Peritonitis diseminada	567.29	Otras peritonitis supurativas
Peritonitis puerperal	670.OX	Infección puerperal grave sin designar episodio de cuidados
Apendicitis con peritonitis	540.0	Apendicitis aguda con peritonitis generalizada
Peritonitis pélvica femenina aguda	614.5	Peritonitis pélvica aguda o no especificada femenina

8.6. HERNIAS ABDOMINALES

Se denomina hernia abdominal a la existencia de un defecto u orificio en la pared abdominal por el cual puede o no protruir un órgano digestivo u otras estructuras abdominales. La hernia diafragmática es el deslizamiento de una o más vísceras abdominales en el tórax a través de un defecto en el diafragma, anatómico o no.

Se clasifican en las categorías 550 a 553, especificando los diferentes códigos, el tipo y la localización anatómica, la coexistencia de gangrena y de obstrucción. En las hernias inguinales y femorales, el 5º dígito identifica si el proceso es unilateral o bilateral, así como si se ha establecido o no como recurrente.

Hernia inguinal derecha recurrente obstructiva	550.11	Hernia inguinal obstructiva sin mención de gangrena unilateral o no especificada, recurrente
Hernia diafragmática	553.3	Hernia diafragmática
Hernia femoral bilateral no complicada	553.02	Hernia femoral bilateral (no especificada como recurrente)

8.7. COMPLICACIONES DE CUIDADOS

Es una característica particular del capítulo 9 de la CIE9MC “Enfermedades del aparato digestivo”, la inclusión dentro de él, de códigos específicos para identificar las complicaciones de esofagostomía, gastrostomía, colostomía o enterostomía, así como los síndromes postcirugía gástrica o postcolecistectomía. Constituye una excepción a la codificación de complicaciones postoperatorias, que se codifican habitualmente en el capítulo 17 Lesiones y envenenamientos, entre las categorías 996 y 999.

Absceso de pared abdominal debido a infección de gastrostomía	
536.41	Infección de gastrostomía
682.2	Otra celulitis y absceso del tronco
Molestias abdominales por mal funcionamiento de colostomía	
569.62	Complicación mecánica de colostomía o enterostomía
Dumping tras gastrectomía	
564.2	Síndromes postcirugía gástrica

8.8. HEPATITIS

Es la inflamación difusa del hígado. La causa más frecuente es la infección por virus hepatotrópicos y, dentro de ellos, los denominados A, B y C son los más habituales. Aunque suelen ser procesos agudos benignos, algunas pueden cronificarse y producir daño hepático permanente o convertirse el paciente en portador crónico del virus. La hepatitis se puede producir en el curso de otras infecciones o ser de causa no infecciosa.

Las hepatitis por Virus A, B, C, D y E se clasifican en el Capítulo 1 "Enfermedades Infecciosas y Parasitarias", en la categoría **070 Hepatitis vírica**, que presenta subcategorías y subclasificaciones para identificar la condición de aguda o crónica, la coexistencia de virus delta, y la presencia o no de coma hepático. Todas las hepatitis víricas por virus hepatotropos tienen como modificador esencial, entre otros, el coma hepático, expresión que engloba fallo hepático (insuficiencia hepática) más encefalopatía, por lo que no se añadirán los códigos de insuficiencia hepática aguda o subaguda (**570 Necrosis hepática aguda y subaguda**), ni el de encefalopatía hepática o coma hepático (**572.2 Coma hepático**), aun cuando nos aparezcan como expresión diagnóstica.

Las hepatitis que se producen en el curso de otras infecciones, se codifican como diagnóstico secundario, siendo la infección el diagnóstico principal. Las hepatitis tóxicas precisan de un código E adicional para identificar la causa.

Hepatitis B aguda, que ingresa en coma	
070.20	Hepatitis vírica B con coma hepático aguda o inespecífica, sin mención de hepatitis delta
Hepatitis C crónica con hipertensión portal	
070.54	Hepatitis C crónica sin mención de coma hepático
572.3	Hipertensión portal
Hepatitis por citomegalovirus	
078.5	Enfermedad por citomegalovirus
573.1	Hepatitis en enfermedades virales clasificadas bajo otros conceptos
Hepatitis tóxica por eritromicina	
573.3	Hepatitis no especificada
E930.3	Fármacos y sustancias medicamentosas y biológicas que causan efectos adversos en su empleo terapéutico, eritromicina y otros macrólidos

El código **V02.6X Portador o sospechoso de ser portador de hepatitis vírica** se asignará a pacientes que albergan el virus en su organismo, que responden inmunológicamente ante él (se detectan anticuerpos específicos), que pueden contagiar, pero que no le produce alteraciones clínicas ni analíticas más allá de la normalidad o su límite.

Paciente que, tras pasar una hepatitis B, es portador crónico del virus
V02.61 Portador de hepatitis B

En el caso de las hepatitis crónicas que no se especifiquen como causadas por los virus A, B, C, D o E, se codificarán en la subcategoría **571.4 Hepatitis crónica**, que precisa 5º dígito. La hepatitis autoinmune se considera crónica, aunque no se especifique como tal.

8.9. CIRROSIS HEPATICA Y HEPATOPATÍAS CRONICAS

La cirrosis es la enfermedad hepática crónica más frecuente. La causa más frecuente es el consumo excesivo mantenido de alcohol, pero también puede ser debida a hepatitis crónica, enfermedades de depósito y otras.

Tanto la cirrosis (u otra hepatopatía crónica) como las complicaciones derivadas de ella pueden ser diagnóstico principal, excepto:

- las varices esofágicas, que en estos casos siempre serán diagnóstico secundario.
- los signos y síntomas que acompañan a las hepatopatías crónicas y que se clasifican en el Capítulo 16 de la CIE9MC “Síntomas, signos y síntomas mal definidos”. Estos sólo se codificarán cuando supongan una mayor gravedad o necesidad de cuidados como diagnósticos secundarios.

Ictericia. Se comprueba por biopsia cirrosis hepática

571.5 Cirrosis hepática sin mención de alcohol

Paciente alcohólico que ingresa por alteración analítica, diagnosticándose cirrosis hepática alcohólica

571.2 Cirrosis hepática alcohólica

303.90 Otras dependencias alcohólicas y dependencias alcohólicas no especificada

Varices esofágicas por hipertensión portal

572.3 Hipertensión portal

456.21 Varices esofágicas en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos sin mención de hemorragia

Atelectasia pulmonar por ascitis debida a cirrosis biliar

518.0 Colapso pulmonar

571.6 Cirrosis biliar

789.59 Otra ascitis

Cuando la cirrosis sea debida a varias etiologías, sólo se utilizara un código de cirrosis. Así, en el caso de coexistir una hepatitis vírica y otra causa (alcohólica, biliar, etc.), sólo se usara el código de la cirrosis no vírica.

Cirrosis alcohólica y por hepatitis C crónica

571.2 Cirrosis hepática alcohólica

070.54 Hepatitis C crónica sin mención de coma hepático

En el caso de que la única causa de la cirrosis sea una hepatitis vírica, la hepatitis vírica se codificará primero.

Cirrosis por hepatitis C crónica

070.54 Hepatitis C crónica sin mención de coma hepático

571.5 Cirrosis hepática sin mención de alcohol

El coma hepático debido a hepatitis vírica se codifica a nivel de 4º dígito de dicha categoría, no utilizándose código adicional para el coma, aunque exista también una cirrosis.

Hepatitis C crónica que ingresa por coma hepático
070.44 Hepatitis C crónica con coma hepático

Coma hepático por hepatitis C crónica con cirrosis
070.44 Hepatitis C crónica con coma hepático
571.5 Cirrosis hepática sin mención de alcohol

La hepatopatía crónica por hepatitis vírica crónica no precisa código adicional, ya que se considera incluida en dicho código.

Hepatopatía crónica por hepatitis B
070.32 Hepatitis viral B sin coma hepático, crónica, sin mención de hepatitis delta

8.10. COLECISTITIS Y COLELITIASIS

La coledocolitiasis consiste en la presencia de cálculos en la vesícula o en la vía biliar. Como consecuencia se producen procesos inflamatorios (colecistitis) que se van cronificando y que alteran la morfología de la vesícula. La colecistitis se puede presentar de forma aguda o crónica.

Para la codificación de la coledocolitiasis existen códigos de combinación en la categoría **574 Colelitiasis** que proporcionan información acerca de la localización del cálculo y la presencia simultánea o no de colecistitis (4 dígito) y la existencia o no de obstrucción de la vía biliar (5 dígito). La entrada al índice es por coledocolitiasis o colédocolitiasis.

Colecistitis aguda con coledocolitiasis múltiple
574.00 Cálculo de vesícula biliar con colecistitis aguda sin mención de obstrucción

Colecistitis con colédocolitiasis y obstrucción de vía biliar
574.41 Cálculo de conducto biliar con otra colecistitis con obstrucción

La colecistitis alitiásica o no especificada, tanto aguda como crónica, alitiásica o no especificada, se codifica en los códigos correspondientes de la categoría **575 Otros trastornos de la vesícula biliar**. La presencia de obstrucción de la vía biliar precisa de codificación múltiple.

Ictericia obstructiva debida a colecistitis
575.10 Colecistitis sin especificar
575.2 Obstrucción de vesícula biliar

El barro biliar a nivel de vías biliares se codifica como **576.2 Obstrucción del conducto biliar** si existe obstrucción y **576.8 Otros trastornos especificados del tracto biliar**, si no hay mención de obstrucción. El barro biliar sin obstrucción, a nivel de vesícula biliar se codificará como **575.8 Otros trastornos especificados de vesícula biliar** y con obstrucción, con el **575.2 Obstrucción de vesícula biliar**.

8.11. ENFERMEDADES DEL PÁNCREAS

La pancreatitis es la inflamación del páncreas, que puede aparecer de forma aguda o crónica. La forma aguda puede ser muy grave (pancreatitis necrotizante, hemorrágica) y acompañarse de fallo multiorgánico.

El código **577.0 Pancreatitis aguda**, contempla múltiples modificadores no esenciales. Si se produce en un paciente que también padece pancreatitis crónica, será diagnóstico principal la forma aguda.

Pancreatitis hemorrágica que provoca fallo multiorgánico agudo (fallo renal y respiratorio agudo)

- 577.0 Pancreatitis aguda**
- 995.94 Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica por un proceso no infeccioso con disfunción orgánica aguda**
- 584.9 Fallo renal agudo no especificado**
- 518.81 Fracaso respiratorio agudo**

Episodio de pancreatitis aguda en paciente con pancreatitis crónica por colelitiasis

- 577.0 Pancreatitis aguda**
- 577.1 Pancreatitis crónica**
- 574.20 Cálculo de vesícula biliar sin mención de colecistitis sin mención de obstrucción**

La fibrosis quística del páncreas, también denominada mucoviscidosis, es una enfermedad genética en la que existe un aumento de la viscosidad de las secreciones y afecta a múltiples órganos. Esta enfermedad se codifica en el Capítulo 3 de la CIE9MC “Enfermedades endocrinas, de la nutrición, metabólicas y de la inmunidad”, en la subcategoría **277.0 Fibrosis quística**, precisando 5º dígito para codificar sus manifestaciones.

Estudio por molestias digestivas, se diagnostica fibrosis quística de páncreas

- 277.00 Fibrosis quística sin mención de ileo meconial**

9. ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO

Las enfermedades del aparato genitourinario se clasifican en el capítulo 10 de la CIE9MC, entre las categorías 580 y la 629, excepto aquellas que son clasificadas por etiología como ciertas enfermedades infecciosas transmisibles, las enfermedades neoplásicas y las condiciones que complican el embarazo parto y puerperio.

9.1. INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO

Las infecciones del tracto urinario (ITU), engloban diversas patologías como la uretritis, cistitis (infección del tracto urinario inferior) y pielonefritis (infección del tracto urinario superior). Se codifican atendiendo a su localización, si se conoce.

Solo se debe asignar el código **599.0 Infección del tracto urinario, sitio no especificado**, si no hay más información sobre el lugar de la infección. Si coexisten una infección localizada con una infección urinaria inespecífica, solo se asignará el código de la infección específica (por ejemplo en una cistitis aguda y una infección del tracto urinario, sólo se asignará el código de la cistitis aguda).

Si la infección afecta a más de una estructura, deben codificarse todas las afectadas.

Cuando no exista código de combinación para identificar el organismo causal, se utilizará un código de las categorías 041 o 079 para identificar el germen.

Cistitis debida a Tricomonas

131.09 Otras Tricomoniasis

Cistitis aguda por proteus

595.0 Cistitis aguda

041.6 Infección por proteus (mirabilis) (morganii)

Cuando se produce una infección urinaria tras un procedimiento quirúrgico sobre el tracto urinario, hay que confirmar documentalmente que sea debida al mismo, en cuyo caso se codificará como **997.5 complicaciones urinarias** debiendo codificarse además la infección específica del tracto urinario, el organismo infectante y el código correspondiente de causa externa.

Cuando la infección se relaciona con la presencia de un injerto, o dispositivo (como un catéter), se codificará como **996.6X Reacción infecciosa e inflamatoria por dispositivo protésico interno, implante e injerto**.

Paciente con infección urinaria por E. Coli, debido a la presencia de catéter urinario

996.64 Reacción infecciosa e inflamatoria por catéter urinario residente

599.0 Infección del tracto urinario, sitio no especificado

041.4 Infección por Escherichia coli [E. coli]

E879.6 Cateterismo urinario como causa de reacción anormal del paciente, o de complicación posterior, sin mención de accidente en el momento de realizarse

9.2. HEMATURIA

La hematuria (sangre en orina), es un síntoma asociado a muchas patologías del aparato genito-urinario, no debiendo codificarse salvo que requiera medidas especiales diagnósticas o terapéuticas. Siempre se debe codificar la patología subyacente.

Hematuria debida a cálculo renal
592.0 Cálculo del riñón

La microhematuria es la presencia de hematíes en una orina aparentemente normal (más de dos hematíes por campo), se codifica como **599.72 Hematuria microscópica**, no debe confundirse con la **791.2 hemoglobinuria**, que hace referencia a la presencia de hemoglobina libre de orina.

Una hematuria después de un procedimiento del tracto urinario o tras una prostatectomía no es habitualmente una complicación postoperatoria y solo se codificará cuando esté reflejado en el informe clínico como complicación (**998.11 Hemorragia que complica un procedimiento**).

9.3. INCONTINENCIA URINARIA

La incontinencia urinaria, consiste en la pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable.

- La Incontinencia de esfuerzo o de stress es la pérdida de orina asociada a una tensión física como toser o estornudar, es más frecuente en la mujer. Los códigos que la identifican son **625.6 Incontinencia de estrés, femenina** y **788.32, Incontinencia de estrés, masculina**.
- Cuando están presentes más de un tipo de incontinencia se clasifica con el código **788.33 Incontinencia mixta (masculina, femenina)**.
- La Incontinencia funcional es la pérdida involuntaria de orina que se produce por existir algún tipo de impedimento (como deterioro cognitivo, físico o inmovilización). Se clasifica con el código **788.91 Incontinencia urinaria funcional**. Si se conoce la causa de la incontinencia se debe codificar ésta en primer lugar.

9.4. ENFERMEDAD RENAL

▪ Generalidades

La enfermedad renal se clasifica en las categorías 580 a 593.

La Infección renal (pielonefritis) se clasifica en la categoría **590 Infecciones renales**, seguida del código que identifica el organismo causal.

La enfermedad renal que complica el embarazo, el parto y el puerperio, se codifica con códigos del capítulo 11 de la CIE9CM.

Gestante de 30 semanas, no hipertensa, que ingresa por albuminuria.
646.23 Enfermedad renal NEOM embarazo, sin hipertensión complicación anteparto

La insuficiencia renal debida a un procedimiento se codifica **997,5 complicaciones urinarias**, seguido del correspondiente código de insuficiencia renal y la causa (código E correspondiente).

La codificación del cólico nefrítico dependerá de la información disponible, en los casos que no sea posible conocer el origen del cólico se utilizará **Cólico renal 788.0**, si la causa del cólico es conocida, secuenciaremos ésta en primer lugar y a continuación el cólico.

Cólico nefrítico por cálculo renal
592.0 Cálculo del riñón
788.0 Cólico renal

▪ **Glomerulopatías**

Son procesos patológicos que afectan fundamentalmente al glomérulo, Pueden ser primarias o secundarias a procesos sistémicos.

La entrada en el IA se puede hacer por: glomerulonefritis, nefritis, nefrítico.

La CIE9MC clasifica la enfermedad glomerular según la forma de presentación, aguda **580 Glomerulonefritis aguda**, crónica **582 Glomerulonefritis crónica**, o no especificada **583 nefritis y nefropatía no especificada como aguda ni crónica**. El cuarto dígito proporciona especificidad indicando el tipo de lesión glomerular. Cuando la glomerulopatía es debida a otras enfermedades, se requiere el uso de la codificación múltiple, asignando como primer diagnóstico el de la patología subyacente, seguido del código correspondiente de la glomerulopatía.

Glomerulonefritis crónica debida a amiloidosis
277.39 Otra amiloidosis
582.81 Glomerulonefritis crónica en otras enfermedades

Una dificultad para la codificación de los diferentes tipos de glomerulonefritis (GN) es que en ocasiones no hay correspondencia entre la terminología clínica, y los términos para su localización en el IA de enfermedades. Por ello además de la forma de presentación (aguda, crónica, no especificada aguda o crónica) es necesario conocer los sinónimos más frecuentes.

Glomerulonefritis mensangial, no es lo mismo que GN mesangiocapilar, término parecido, pero que no se corresponde con la patología a la que se refiere.

Entrada IAE,
Glomerulonefritis
 - mesangiocapilar, 583.2
 - proliferativa (difusa) 583.0

Tabla 9-I. Tipo de glomerulonefritis y sus sinónimos

TIPOS DE GLOMERULONEFRITIS	SINÓNIMOS
GN proliferativa	GN mesangial GN mesangial IgA
GN membranosa	Nefropatía membranosa Nefropatía extramembranosasa
GN membranoproliferativa GN endotelial	GN mesangiocapilar GN hipocomplementémica persistente GN lobular GN membranosa y proliferativa mixta
GN rápidamente progresiva o subaguda GN extracapilar	GN con lesión de glomerulitis necrotizante
GN con cambio mínimos	Enfermedad de cambios mínimos Nefrosis lipoidea Enfermedad de las células epiteliales Enfermedad de los podocitos
GN focal GN esclerosante GN crónica membranosa esclerosante	Hialinosis segmentaria y focal
GN aguda GN postestreptocócica	Síndrome nefrítico agudo GNpostinfecciosa

Sí la glomerulonefritis se acompaña de síndrome nefrótico, se clasifica en la categoría **581 Síndrome nefrótico**.

La nefropatía (nefritis) es un término general que indica la existencia de enfermedad renal debida o asociada a otra patología, cuando no existe documentación más específica se asignará el código **583.9, Nefritis y nefropatía no especificada como aguda ni crónica y lesión renal NEOM**.

▪ **Enfermedad renal crónica**

La enfermedad renal crónica (ERC) se considera un término más actual y preciso que el de insuficiencia renal crónica o fallo renal crónico. Se desarrolla como una complicación de otras enfermedades como la diabetes mellitus, hipertensión arterial primaria, glomerulonefritis, etc.

En función del filtrado glomerular (FG), la nefropatía crónica se puede clasificar en diferentes estadios (Tabla I).

Tabla 9-II. Codificación de Estadios ERC

ESTADIO	DESCRIPCIÓN	GFR (ML/MIN/1.73 M2)	CÓDIGO
I	Lesión renal con FG normal o alto	≥ 90	585.1
II (ERC Leve)	Lesión renal con FG ligeramente disminuido	60-89	585.2
III (ERC Moderada)	Disminución moderada del FG	30-59	585.3
IV (ERC Grave)	Disminución severa del FG	15-29	585.4
V (ERC)	Fallo renal	<15	585.5

Se asigna el código **585.6 Fase terminal de enfermedad renal**, para codificar la enfermedad renal terminal (ERT) o cualquier otro estadio de enfermedad renal crónica que requiera de diálisis crónica o un trasplante renal para mantener la vida. La secuenciación de códigos se hará teniendo en cuenta las instrucciones de la Lista Tabular. Cuando se describa conjuntamente, estadio final de enfermedad renal (ERT, en tratamiento con diálisis crónica) y el estadio de la ERC sólo hay que asignar el código 585.6.

▪ Enfermedad renal aguda

La insuficiencia renal aguda (IRA) es un síndrome clínico secundario a una pérdida o interrupción brusca de la función renal cuyo marcador habitual es el incremento de los productos nitrogenados en sangre.

Es un proceso muy diferente a la ERC, donde la incapacidad del riñón para funcionar adecuadamente se produce a largo plazo, por tanto la IRA no es una fase de la misma. Pueden causar insuficiencia renal aguda, tóxicos, shock traumático o quirúrgico, destrucción del tejido debido a una lesión o cirugía etc.

EL término **insuficiencia** en el índice alfabético, lleva la instrucción *Véase además* Fallo, por tanto la entrada en el índice alfabético es por Fallo renal,

IAE

Fallo

-renal

- -agudo 584.9

- - - con lesión de

La Insuficiencia renal aguda por afectación del parénquima y el fallo prerrenal o pósrenal agudo se codifican como **584.X. Fallo renal agudo (Insuficiencia renal aguda)**. El cuarto dígito, identifica el tipo de lesión renal.

El fallo extrarrenal (pre y posrenal) no especificado se codificará como **788.99 Otros síntomas que afectan al aparato urinario**. La insuficiencia renal aguda debida a un procedimiento se codifica con el código **997.5 Complicaciones urinarias**.

9.5. TRASPLANTE RENAL

Los pacientes que han sido sometidos a un trasplante renal pueden presentar alguna forma de enfermedad renal crónica debido a que el trasplante no siempre puede restaurar la función por completo. Es incorrecto asumir que una ERC leve o moderada, después de un trasplante es una complicación del mismo, a menos que esté documentado como tal. En estos casos se codifica el estado de trasplante con el código **V42.0 Riñón sustituido por trasplante** más la ERC actual.

El código **996.81 Complicaciones órgano trasplantado Riñón**, se utilizará si la ERC está calificada como grave o ERT y no se añadirá el código V42.0. Si el médico establece la presencia de un rechazo o fallo, se utilizará el código **996.81** seguido del código apropiado de su enfermedad renal crónica y además un código adicional para describir la complicación.

Paciente trasplantado de riñón hace tres meses que ingresa con ERC grave	
996.81	Complicaciones Riñón trasplantado
585.4	Nefropatía renal crónica. Estadio IV (grave)
E878.0	Intervención quirúrgica con trasplante de órgano completo como causa de reacción anormal del paciente.

La utilización del código **996.81 complicación de riñón trasplantado**, no tiene limitación en el tiempo transcurrido desde el trasplante.

Tabla 9-III. Codificación de ERC en Riñón Trasplantado

ESTADIO DE LA ERC	CODIFICACIÓN
Estadios I-III y NEOM	585.X + V42.0
Estadios IV-V y ERT	996.81 + 585.X

9.6. HIPERTENSIÓN Y ENFERMEDAD RENAL

La CIE9MC clasifica la hipertensión por tipo (primaria, secundaria) y por naturaleza (benigna, maligna o no especificada).

▪ Hipertensión esencial o primaria

Las categorías 401 a la 404 clasifican la hipertensión primaria de acuerdo a una jerarquía de la enfermedad desde su origen vascular, **401 Hipertensión esencial**, a la participación de órganos diana como el corazón, **402 Cardiopatía hipertensiva**, el riñón, **403 Enfermedad del riñón hipertensiva crónica** o la afectación de ambos, **404 Enfermedad renal crónica y cardíaca hipertensiva**.

La CIE9MC, presupone una relación causal entre la hipertensión y la enfermedad renal no aguda (categorías 585 y 587), esté o no expresado en la patología, es decir que en el caso de aparecer hipertensión arterial sin más especificación junto a alguna forma de enfermedad renal por defecto deben relacionarse ambas utilizando la categoría 403 (Tabla III).

Tabla 9-IV. Codificación de Hipertensión e ER

QUINTO DÍGITO	CATEGORÍA 403	CATEGORÍA 404
0	Con enfermedad crónica del riñón estadio I – IV, o sin especificar. Códigos adicionales: 585.1-585.4,585.9	Sin insuficiencia cardiaca y con enfermedad renal crónica estadio I a IV, o sin especificar. Códigos adicionales: 585.1-585.4,585.9
1	Con enfermedad crónica del riñón estadio V o estadio final de enfermedad renal. Códigos adicionales: 585.5-585.6	Con insuficiencia cardiaca, y con enfermedad renal crónica estadio I a IV, o sin especificar. Códigos adicionales: 585.1-585.4,585.9 428.0-428.43
2		Sin insuficiencia cardiaca y con enfermedad renal crónica estadio V o estadio final de enfermedad renal. Códigos adicionales: 585.5-585.6
3		Con insuficiencia cardiaca y con enfermedad renal crónica estadio V o estadio final de enfermedad renal. Códigos adicionales: 585.5-585.6 428.0-428.43

Los códigos de las categorías 403 y 404 **no se utilizarán** en las situaciones siguientes:

- Cuando la condición renal es únicamente el fracaso renal agudo
- Cuando la hipertensión se describe como secundaria
- Cuando La enfermedad del riñón se declara específicamente como no debida a hipertensión

Enfermedad del riñón hipertensiva con enfermedad renal crónica

403.90 Enfermedad del riñón hipertensiva crónica no especificada con enfermedad renal crónica estadio I a IV, o sin especificar

585.9. Nefropatía renal crónica, no especificada

Cardiopatía hipertensiva y enfermedad renal crónica

404.90 Enfermedad renal crónica y cardiaca hipertensiva no especificada sin insuficiencia cardiaca y con enfermedad renal crónica estadio I a IV, o sin especificar

585.9 Nefropatía renal crónica, no especificada

Cardiopatía hipertensiva y enfermedad del riñón crónica estadio V y fallo cardiaco congestivo

404.93 Enfermedad renal crónica y cardiaca hipertensiva no especificada con insuficiencia cardiaca y con enfermedad renal crónica estadio V, o estadio final de enfermedad renal

585.5 Nefropatía renal crónica, estadio V

428.0 Insuficiencia cardiaca congestiva no especificada

Fracaso renal agudo e hipertensión

584.9 Fallo renal agudo no especificado

401.9 Hipertensión esencial no especificada

- **Hipertensión secundaria**

Aunque la hipertensión secundaria tiene una prevalencia baja, su importancia radica en la posibilidad de curarla una vez conocida la causa.

La hipertensión secundaria se clasifica con el código **405.XX Hipertensión secundaria**, la búsqueda en el IA debe realizarse en la tabla de hipertensión, buscando el término Hipertensión secundaria.

Para su codificación se necesitan dos códigos, uno para identificar la enfermedad subyacente y a continuación otro código de la categoría 405 para identificar el tipo de hipertensión.

Tabla 9-V. Codificación de la Hipertensión secundaria

HIPERTENSIÓN SECUNDARIA	RENOVASCULAR	OTRA (PARENQUIMATOSA)
Maligna	405.01	405.09
Benigna	405.11	405.19
No especificada	405.91	405.99

Paciente con hipertensión secundaria a nefritis intersticial. ERC

583.89	Otra nefritis/nefropatía no especificada como aguda ni crónica con otra lesión renal patológica especificada
405.99	Otra Hipertensión secundaria no especificada
585.9	Nefropatía renal crónica no especificada

9.7. DIALISIS RENAL

La diálisis es un procedimiento que se utiliza para sustituir la pérdida de la función renal depurando de la sangre. Existen dos técnicas la diálisis peritoneal y la hemodiálisis o diálisis extracorporeal.

- **Ingreso para diálisis**

Tabla 9-VI. Admisión sólo para diálisis renal

EXTRACORPORAL	PERITONEAL
Diagnóstico principal: V56.0 Diálisis extracorporeal Diagnóstico secundario Enfermedad renal Procedimientos 39.95 hemodiálisis	Diagnóstico principal: V56.8 Diálisis peritoneal Diagnóstico secundario Enfermedad renal Procedimientos 54.98 diálisis peritoneal

Tabla 9-VII. Admisión para diálisis con realización de procedimiento de acceso o ajuste

EXTRACORPORAL	PERITONEAL
<p>Diagnóstico principal V56.1 Colocación y ajuste de catéter de diálisis extracorporal</p> <p>Diagnósticos secundarios V56.0 Diálisis extracorporal Enfermedad renal de base</p> <p>Procedimientos 38.95 Cateterismo venoso para diálisis renal+39.95 Hemodiálisis 39.27 Arteriovenostomía para diálisis +39.95 Hemodiálisis 39.42 Revisión de derivación arteriovenosa para diálisis renal+ 39.95 Hemodiálisis 39.43 Extracción de derivación arteriovenosa 39.94 Sustitución de cánula de vaso a vaso</p>	<p>Diagnóstico principal V56.2 Colocación y ajuste de catéter e diálisis peritoneal</p> <p>Diagnósticos secundarios V56.8 Diálisis peritoneal Enfermedad renal de base</p> <p>Procedimientos 54.93 Creación fístula cutaneoperitoneal +54.98 Diálisis peritoneal 97.82 Extracción de dispositivo de drenaje peritoneal(sin incisión)</p>

Tabla 9-VIII. Admisión para realización de procedimiento de acceso sin diálisis durante el ingreso

EXTRACORPORAL	PERITONEAL
<p>Diagnóstico principal Enfermedad renal de base</p> <p>Procedimientos 38.95 Cateterismo venoso para diálisis renal 39.27 Arteriovenostomía para diálisis ó 39.93 Inserción cánula vaso a vaso</p>	<p>Diagnóstico principal Enfermedad renal de base</p> <p>Procedimientos 54.93 Creación fístula cutaneoperitoneal</p>

Tabla 9-IX. Admisión por otra patología pero en tratamiento de diálisis crónica

EXTRACORPORAL	PERITONEAL
<p>Diagnóstico principal Enfermedad que motiva el ingreso</p> <p>Diagnósticos secundarios V45.11 Estado de diálisis renal 585.6 Enf. Renal terminal</p>	<p>Diagnóstico principal Enfermedad que motiva el ingreso</p> <p>Diagnósticos secundarios V45.11 Estado de diálisis renal 585.6 Enf. Renal terminal</p>

▪ **Complicaciones de la diálisis**

La dialisis puede producir distintos tipos de complicaciones

Tabla 9-X. Complicaciones de la diálisis

CIRCUNSTANCIA	CODIFICACIÓN Si la complicación es la razón para la admisión
Demencia (Especificada como debida a aluminio) o encefalopatía	Diagnóstico principal 985.8 Efectos tóxicos a otros metales <i>especificados</i> Diagnósticos secundarios 294.8 Otros síndromes cerebrales orgánicos especificados (crónicos) ó 293.9 Trastorno mental transitorio no especificado en enfermedades clasificadas en otro lugar. Enfermedad renal E879.1 Otras técnicas, sin mención del accidente en el momento de practicarlas, como causa de reacción anormal del paciente, o de complicación posterior. Diálisis renal
Demencia (No especificada como debida a aluminio)	Diagnóstico principal 294.8 Otros síndromes cerebrales orgánicos especificados (crónicos) Diagnósticos secundarios Enfermedad renal E879.1 Reacción anormal a diálisis renal
Demencia transitoria (no especificada como debida a aluminio):	Diagnóstico principal Enfermedad renal Diagnóstico secundario 293.9 Trastorno mental transitorio no especificado en enfermedades clasificadas en otro lugar E879.1 Reacción anormal a diálisis renal
Desequilibrio electrolítico por diálisis	Diagnóstico principal El tipo de alteración hidroelectrolítica. Códigos 276.X Diagnósticos secundarios Enfermedad renal E879.1 Otras técnicas, sin mención del accidente en el momento de practicarlas, como causa de reacción anormal del paciente, o de complicación posterior. Diálisis

9.8. ENFERMEDAD PROSTÁTICA

▪ Neoplasia intraepitelial de próstata (PIN)

El PIN I y PIN II se clasifican en el código **602.3 Displasia de de próstata**.

El PIN III se clasifica en el código **233.4 Carcinoma in situ de próstata**, precisando código secundario de morfología.

▪ Hipertrofia de próstata

- Hipertrofia de próstata, aporta información sobre la presencia o no de obstrucción urinaria (**600.1 Próstata nodular**), y otros síntomas del tracto urinario inferior (STUI) (subcategorías **600.0 Hipertrofia (benigna) de próstata**, **600.2 Hiperplasia localizada benigna de próstata** y **600.9 Hiperplasia de próstata, no**

especificada). En estas tres últimas, además se debe emplear código adicional para identificar la presencia de síntomas.

- La subcategoría **600.3 Quiste de próstata**, no tiene 5º dígito.

Paciente con hiperplasia benigna de próstata obstructiva y retención urinaria

600.21	Hiperplasia localizada benigna de próstata con obstrucción y otros síntomas de tracto urinario inferior (STUI)
788.20	Retención de orina, inespecificada
599.69	Obstrucción urinaria, no clasificada bajo otros conceptos

El término prostatismo hace referencia al conjunto de síntomas urinario que tienen su origen en el aumento de volumen de la próstata, se codifica en la subcategoría **600.9X Hiperplasia de próstata no especificada**, dependiendo de sí se acompaña o no de obstrucción urinaria u otros síntomas urinarios.

9.9. ENDOMETRIOSIS

Es la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina.

Se codifica en la categoría **617 Endometriosis**, el cuarto dígito identifica la estructura anatómica afectada. Para codificar la endometriosis del estroma se utilizan dos códigos, el **236.0 neoplasia de evolución incierta del útero** y el código de morfología **M 89311 Miosis estromal endolinfática**.

9.10. PROLAPSO GENITAL

El prolapso genital es el descenso o desplazamiento de los órganos pélvicos, como consecuencia del fallo de las estructuras de soporte y sostén. La nomenclatura clásica del prolapso se relaciona con la primera estructura genital visible a la exploración.

El término “**completo**” o “**incompleto**” en el prolapso úterovaginal debe de especificarlo el clínico en el diagnóstico. Si no es así el codificador no debe presuponerlo y asignará el código **618.4 Prolapso úterovaginal no especificado**.

Sólo en el caso del prolapso uterino grado IV o procidencia, el codificador debe asignar el código **618.3 Prolapso úterovaginal completo**, ya que por definición este grado se corresponde con un prolapso total de útero.

El prolapso del útero en una paciente obstétrica se clasifica en Capítulo 11, **654.4X Otras anomalías de la forma o posición de útero grávido y de las estructuras adyacentes**

Paciente con cistocele medial e incontinencia urinaria de esfuerzo que ingresa para colporrafia anterior

618.01	Cistocele medial
625.6	Incontinencia de estrés femenina
70.51	Reparación de cistocele

Paciente con cistorectocele y prolapso uterino de IV grado que ingresa para histerectomía vaginal y colporrafia anterior y posterior

618.3	Prolapso uterovaginal completo
68.59	Histerectomía vaginal y la no especificada
70.50	Reparación de cistocele y rectocele

9.11. HIPERPLASIA ENDOMETRIAL

Proliferación excesiva de las células del endometrio. Es un factor de riesgo importante en la aparición del cáncer de endometrio por lo que es esencial que las pacientes con hiperplasia endometrial sean especialmente controladas.

Se está incrementando el uso de una clasificación de la hiperplasia de endometrio orientada a la práctica, que diferencia los efectos hormonales benignos de los estrógenos sin oposición, **Hiperplasia benigna endometrial 621.34** de las lesiones precancerosas emergentes, **Neoplasia intraepitelial endometrial [EIN] 621.35**.

9.12. DISPLASIA DE CUELLO UTERINO Y VULVA

Se definen como alteraciones citológicas del epitelio escamoso o glandular que respetan la membrana basal. Son lesiones premalignas. La clasificación de enfermedades del epitelio de la vulva ha sido consensuada en la Sociedad Internacional para el Estudio de Enfermedades Vulvo-Vaginales, y aceptada por la OMS. En estas patologías se incluye el término trastornos epiteliales no neoplásicos (que sustituye al antiguo de distrofias de vulva) y neoplasia vulvar epitelial VIN.

Tabla 9-XI. Displasia de cuello uterino

DISPLASIA CUELLO UTERINO O NEOPLASIA EPITELIAL DE CUELLO DE UTERO (CIN)	
Displasia cérvix no especificada	622.10
CIN I: Displasia leve cérvix	622.11
CIN II: Displasia moderada cérvix, Neoplasia intraepitelial de cérvix II	622.12
CIN III: Displasia severa cérvix, Neoplasia intraepitelial de cérvix III, Carcinoma in situ de cérvix.	233.1 + código M

Tabla 9-XII. VIN

NEOPLASIA VULVAR INTRAEPITELIAL (VIN)	
VIN I: Displasia leve de vulva, Neoplasia vulvar intraepitelial I	624.01
VIN II: Displasia moderada de vulva, Neoplasia vulvar intraepitelial II	624.02
VIN III: Displasia grave de vulva, Neoplasia vulvar intraepitelial III Carcinoma in situ de vulva	233.32 + código M

Las lesiones vulvares epiteliales no neoplásicas, como la leucoplasia vulvar, el liquen escleroatrófico de vulva y la hiperplasia de células escamosas, se codifican con el código **624.09 Otra distrofia de vulva**.

Los Códigos **795.0 X Frotis cervical de Papanicolaou anormal y VPH cervical** y **795.1X X Frotis cervical de Papanicolaou anormal de vagina y VPH vaginal** se asignan en el caso de resultados anormales de la citología en ausencia de confirmación histológica.

10. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

Las circunstancias y enfermedades que afectan al embarazo, parto y puerperio, están clasificadas en el Capítulo 11 de la CIE9MC, en los códigos incluidos entre las categorías 630-679, Complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

10.1. CÓDIGOS DEL CAPÍTULO 11 Y PRIORIDAD EN LA SECUENCIA

Pueden usarse códigos adicionales de otros capítulos junto con los códigos del capítulo 11 para especificar más las afecciones. Los códigos del capítulo 11 tienen prioridad en la secuencia sobre los códigos de otros capítulos.

Cálculo ureteral e hidronefrosis que complica embarazo.

646.2X	Enfermedad renal no especificada en el embarazo
592.1	Cálculo de uréter
591	Hidronefrosis

Cualquier condición o circunstancia que suceda durante el embarazo, parto o puerperio, debe ser considerada, en principio, una complicación de ese periodo a menos que en la historia clínica se establezca que tal condición no ha afectado al embarazo o al tratamiento que la paciente ha recibido. En este caso, el código del proceso no obstétrico será código principal y se asignará como código adicional el **V22.2 Estado de embarazo incidental**, siendo el uso de éste incompatible con cualquier otro código del capítulo 11. La entrada en el índice alfabético será **Embarazo complicado o atención afectada por**.

Es responsabilidad del médico especificar si la afección que está siendo tratada no afecta al embarazo o el embarazo no complica dicha afección.

Los códigos del capítulo 11 sólo serán utilizados con la historia materna, nunca con la historia del recién nacido.

▪ Cronopatías del embarazo

La duración media del embarazo en la especie humana es de alrededor de 280 días, 9 meses o 40 semanas completas, contadas desde el primer día de la última menstruación. El período de gestación se expresa en días o semanas completas (ejemplo: los acontecimientos que ocurran entre los 280 y 286 días después del comienzo del último período menstrual normal se consideran como ocurridos a las 40 semanas de gestación).

Tabla 10-I. Cronopatías del embarazo

CIRCUNSTANCIA	SEMANAS DE GESTACIÓN
Pretérmino	22 + 1 día a < 37 semanas completas 644.21 Inicio precoz del parto
A término	37 a 40 semanas completas
Postérmino	40 + 1 día a 42 semanas completas 645.1X Embarazo postérmino
Prolongado	≥ 42 + 1 día 645.2X Embarazo prolongado

Embarazada de 40 semanas y 1 día de gestación que ingresa con dinámica uterina. Parto vaginal con recién nacido único vivo.

645.11 Embarazo postérmino
V27.0 Niño único nacido con vida
73.59 Otro parto asistido manualmente

▪ Uso del Quinto dígito

Las categorías 640-649, 651-679 requieren quinto dígito, que indica si el contacto ha sido anteparto, postparto o se ha producido parto durante el episodio hospitalario.

Los quintos dígitos, que son apropiados para cada código están listados entre corchetes bajo el mismo. Los quintos dígitos en cada episodio deben ser coherentes unos con otros. Los códigos con quinto dígito 1 deben preceder siempre a los de quinto dígito 2.

Tabla 10-II. Aplicación del 5º dígito de los códigos obstétricos

DIGITO	DEFINICION	COMPATIBILIDAD DE DIGITOS
0	Sin especificación con respecto a episodio de cuidados siempre deberá existir Información básica, por ello no está permitido su uso para embarazo, parto o puerperio	Incompatible con el uso de cualquier otro 5º dígito para un mismo proceso asistencial
1	Parto, con o sin mención de estado antepartum el parto se ha producido en este episodio de hospitalización (pero la condición obstétrica que recogemos puede haber aparecido con anterioridad o durante el mismo)	Compatibilidad sólo con el 5º dígito 2 para un mismo proceso asistencial
2	Parto con mención de complicación postparto Se ha producido el parto en este episodio de hospitalización y durante el mismo ha aparecido una complicación postparto	Compatibilidad sólo con el 5º dígito 1 para un mismo proceso asistencial
3	Estado o complicación anteparto La complicación se desarrolla durante el embarazo sin que durante el episodio actual se produzca el parto. Otro embarazo con resultado abortivo (634-639) Cuando deba determinarse su causa obstétrica (con códigos de las secciones (640-649) ó (651-659) (Excepto el código 650, Parto en un caso totalmente normal)	Incompatible con el uso de cualquier otro 5º dígito para un mismo proceso asistencial
4	Estado o complicación postparto El parto se ha producido en un episodio anterior de hospitalización y reingresa por una complicación del puerperio	Incompatible con el uso de cualquier otro 5º dígito para un mismo proceso asistencial

Diabetes Mellitus en paciente embarazada de 37 semanas, ingresa por cetoacidosis diabética. El cuarto día del ingreso la paciente se pone de parto. Se realiza fórceps bajo por sufrimiento fetal, durante el mismo, se produce un desgarro de tercer grado que se sutura. Recién nacido único vivo.

648.01	Diabetes Mellitus que complica embarazo, parto o puerperio
250.13	Diabetes con cetoacidosis
656.81	Otros problemas fetales y placentarios especificados
664.21	Desgarro perineal de tercer grado
V27.0	Niño único nacido con vida.
72.0	Aplicación de fórceps bajo
75.69	Reparación de otro desgarro obstétrico actual

▪ **Resultado del parto**

Cuando en el episodio de ingreso se produce el parto, se asignará junto a los códigos que describan el episodio del parto, un código de la categoría **V27.X Resultado del parto**, para indicar cuál ha sido el número y el estado del recién nacido. Estos códigos únicamente pueden ser usados en los episodios del historial clínico de la madre, nunca en el historial del recién nacido. Siempre son código adicional o secundario.

10.2. SELECCIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

▪ Seleccionaremos como diagnóstico principal la circunstancia del embarazo, parto o puerperio que haya motivado el ingreso o la complicación principal. Si hubiese más de una, y todas hubiesen sido tratadas, cualquiera de ellas podría ser diagnóstico principal.

Diabetes mellitus en paciente embarazada de 15 semanas que ingresa por pielonefritis aguda.

646.63	Infecciones del tracto genitourinario en el embarazo
590.10	Pielonefritis aguda
648.03	Diabetes Mellitus que complica embarazo, parto o puerperio
250.00	Diabetes Mellitus sin mención de complicación, tipo II o no especificada no establecida como incontrolada.

▪ En el caso de que se realice cesárea, el código principal corresponderá al motivo de indicación de la misma, salvo si el motivo del ingreso no tiene relación con la indicación de la cesárea.

Cesárea cervical baja programada por presentación de nalgas. Se extirpa un leiomioma submucoso uterino.

652.21	Presentación de nalgas sin mención de versión
654.11	Tumores del cuerpo uterino
218.0	Leiomioma uterino submucoso
M8890/0	Leiomioma
V27.X	Resultado del parto
74.1	Cesárea clásica baja
68.29	Otra escisión o destrucción de lesión del útero

10.3. PARTO OBSTRUIDO

La CIE9MC clasifica esta condición en la categoría **660 Parto obstruido**, se emplearán, además, códigos adicionales para identificar las causas siempre que sean conocidas, siguiendo las instrucciones bajo las subcategorías 660.OX, 660.1X y 660.2X de la lista tabular.

Se considera un parto obstruido aquel en el que, una vez iniciado el trabajo de parto, el feto no puede ser expulsado de manera natural a través del canal del parto, siendo necesaria la intervención mediante cesárea o parto instrumentado.

Si la cesárea es programada, el parto no se ha iniciado por lo que no da lugar a la obstrucción de trabajo de parto.

Embarazada de 39 semanas que ingresa por rotura de membranas y dinámica uterina. Tras dos horas de trabajo de parto no efectivo por desproporción cefalopelviana se decide realización de cesárea cervical baja y extracción de feto único vivo.

660.11 **Obstrucción causada por la pelvis ósea.**
653.41 **Desproporción fetopelviana**
V27.0 **niño único nacido con vida.**
74.1 **Cesárea clásica baja.**

Tabla 10-III. Obstrucción del parto

CÓDIGO PRINCIPAL PARA EL TIPO DE OBSTRUCCIÓN	CÓDIGO ASOCIADO PARA LA CAUSA ESPECÍFICA DE LA OBSTRUCCIÓN PERTENECIENTE A ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CATEGORÍAS
Subcategoría 660.0X , Obstrucción causada por posición defectuosa del feto al inicio del parto	652.XX Estática y presentación defectuosa del feto
Subcategoría 660.1X , Obstrucción por pelvis ósea	653.XX Desproporción
Subcategoría 660.2X , Obstrucción por tejidos blandos pélvicos anormales	654.XX Anormalidad de órganos y tejidos blandos anormales

10.4. AFECCIONES FETALES QUE AFECTAN AL TRATAMIENTO DE LA MADRE

▪ **Códigos de la categoría 655 y 656**

La categoría 655 Anormalidades fetales conocidas o sospechadas que afectan el tratamiento de la madre, y la categoría 656, Otros problemas del feto y de la placenta que afectan el tratamiento de la madre, se asignarán sólo cuando la afección fetal sea actualmente responsable de modificación en el tratamiento de la madre, esto es, por requerir estudios diagnósticos, observación adicional, cuidados especiales, o finalización del embarazo. El hecho de que la afección fetal exista no justifica asignar un código de este tipo a la historia de la madre.

Cesárea cervical baja por acidosis metabólica fetal en embarazo a término

656.31 **Sufrimiento fetal.**
V27.X **Resultado del parto.**
74.1 **Cesárea clásica baja.**

▪ **Cirugía intrauterina**

En los casos en que la cirugía se realiza sobre el feto, deben asignarse códigos de diagnóstico de la categoría **655, Anormalidades fetales conocidas o sospechadas que afectan el tratamiento de la madre**, para identificar la afección fetal. El código del procedimiento **75.36. Corrección del defecto fetal**, debe asignarse en la historia del ingreso hospitalario materno.

No deben usarse códigos del capítulo 15 Enfermedades del periodo perinatal en la historia de la madre para identificar las afecciones fetales. La cirugía realizada intraútero en el feto, se codifica como un contacto obstétrico.

La categoría 679 se usará en la historia de la madre para indicar que el embarazo actual se encuentra afectado por una complicación de una intervención intrauterina realizada durante dicho embarazo. La subcategoría clasifica dos tipos de complicaciones:

679.0 Complicaciones maternas de procedimientos sobre útero

679.1 Complicaciones fetales de procedimientos sobre útero

10.5. INFECCIONES POR VIH EN EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

Durante el embarazo, parto y puerperio, una paciente ingresada con una afección relacionada con VIH, se secuenciará, en primer lugar, un código de la subcategoría 647.6X, Otra enfermedad infecciosa o parasitaria especificada en la madre clasificada en otro sitio, que complica embarazo, parto o puerperio, y como código adicional, la infección o enfermedad por VIH (V08 ó 042) y los códigos de afecciones relacionadas con VIH. Esta es una excepción a la norma general de codificación de la infección VIH (véase cap 2.5).

Embarazada VIH+ con neumonía por *Pneumocystis carinii*

647.6X Enfermedades infecciosas y parasitarias de la madre, clasificables bajo otros conceptos que complican el embarazo con parto o el puerperio. Otras enfermedades virales.

042 Enfermedad por virus de inmunodeficiencia humana [VIH]

136.3 Neumocistosis.

Embarazada VIH+ asintomática.

647.6X Enfermedades infecciosas y parasitarias de la madre, clasificables bajo otros conceptos que complican el embarazo con parto o el puerperio. Otras enfermedades virales.

V08 Estado de infección por virus de inmunodeficiencia humana, asintomático [VIH]

▪ Portadora de *Streptococcus Agalactiae*

En las mujeres es frecuente el estado de portadora asintomática de estreptococo beta-hemolítico del grupo B (*Streptococcus Agalactiae*), en especial en vagina y recto. Se puede producir una transmisión fetal intraparto de la madre colonizada ocasionando una sepsis neonatal severa. Para evitar esta transmisión debe administrarse profilaxis antibiótica en el momento del parto a las mujeres portadoras. Se codificará:

648.9X Otras enfermedades actuales de la madre clasificables bajo otros conceptos, pero que complican el embarazo, parto o puerperio.+ V02.51 Portador o sospechoso de ser portador de enfermedades infecciosas. Estreptococo grupo B.

10.6. ENFERMEDADES ACTUALES QUE COMPLICAN EL EMBARAZO

Asigne un código de la subcategoría 648.x para pacientes que tienen enfermedades actuales que afectan el cuidado del embarazo, parto o puerperio. Use códigos secundarios adicionales de otros capítulos para identificar esas afecciones.

Mujer embarazada de 38 semanas con estenosis moderada de válvula mitral que ingresa para realización de cesárea cervical baja programada. Recién nacido único vivo.

648.61	Otras enfermedades actuales de la madre clasificables bajo otros conceptos que complican el embarazo, parto o puerperio. Otras enfermedades cardiovasculares.
394.0	Estenosis mitral
V27.0	Niño único nacido con vida.
74.1	Cesárea clásica básica.

▪ **Diabetes mellitus en el embarazo**

La diabetes mellitus es un factor de complicación significativo en el embarazo. A las mujeres embarazadas que tienen diabetes preexistente se les debe asignar el código 648.OX, Diabetes mellitus que complica el embarazo, y un código secundario de la categoría 250, Diabetes mellitus, o de la categoría 249, Diabetes secundaria, para identificar el tipo de diabetes.

El código **V58.67, Uso (actual) de insulina durante largo tiempo**, debe ser también asignado si la diabetes es mellitus tipo II y está siendo tratada con insulina.

Embarazada de 28 semanas de gestación que ingresa por descompensación hipoglucémica en diabetes mellitus tipo II incontrolada.

648.OX	Otras enfermedades actuales de la madre clasificables bajo otros conceptos que complican el embarazo, parto o puerperio. Diabetes Mellitus.
250.82	Diabetes con otras manifestaciones especificadas. Tipo 2 o tipo no especificado, incontrolada

▪ **Diabetes gestacional**

La diabetes gestacional se diagnostica por primera vez durante la gestación en curso. Suele aparecer en el segundo o tercer trimestre de gestación. La CIE-9-MC clasifica esta patología en la subcategoría **648.8, Tolerancia anormal a la glucosa**, sin que se deba añadir ningún código de diabetes.

Los códigos 648.OX y 648.8X no deben ser usados nunca juntos en el mismo episodio.

El código V58.67, debe ser también asignado si la diabetes gestacional está siendo tratada con insulina.

10.7. PARTO NORMAL, CÓDIGO 650

El código **650, Parto en un caso totalmente normal**, clasifica el ingreso por un parto sin complicaciones durante la hospitalización, aunque hayan podido existir durante el embarazo, e incluye sólo el parto a término, espontáneo con presentación cefálica, embarazo único y recién nacido vivo. No ha de tener ninguna complicación post-parto.

El código 650, siempre es código principal y su utilización es incompatible con el uso de cualquier otro código del capítulo 11.

Sin embargo, el código 650 sí puede ir acompañado de códigos de otros capítulos de la CIE9MC, siempre que el médico responsable de la paciente documente que tales condiciones no han complicado el episodio y no guardan relación con el embarazo.

Parto normal que a los dos días es visitada por el cirujano recomendando la próxima intervención de un lipoma cervical que no complica el episodio del parto.

650	Parto en un caso totalmente normal.
V27.0	Niño único nacido con vida
214.9	Lipoma de sitio no especificado
M8850/0	Lipoma NEOM.
73.59	Otro parto asistido manualmente

El código 650 puede ser usado en pacientes que han tenido una complicación en algún momento del embarazo pero dicha complicación no está presente en el momento del ingreso para el parto.

Parto normal, la paciente ingresó por un cólico nefrítico en el tercer mes de gestación, asintomática desde entonces.

650	Parto en un caso totalmente normal.
V27.0	Niño único nacido con vida
73.59	Otro parto asistido manualmente

▪ **V27.0, Nacido único con vida, resultado del parto**

El código V27.0, nacido único con vida, es el único código de producto del parto que puede usarse con el código 650.

Tabla 10-IV. Parto Normal

CONDICIONES ASOCIADAS A PARTO NORMAL (CODIGO 650)

- Sin complicaciones en el episodio del parto, aunque existieran durante el embarazo
- Parto vaginal. Espontáneo. A término (37 + 1 semanas hasta 40 semanas completas)
- Situación longitudinal
- Presentación cefálica, de vértice u occipital o de sincipucio
- Recién nacido único y vivo
- Ninguna complicación postparto
- V25.2 Esterilización

Tabla 10-V. Procedimientos en Parto Normal

PROCEDIMIENTOS ADMITIDOS EN PARTO NORMAL
<ul style="list-style-type: none"> • Episiotomía (73.6) • Amniotomía (rotura artificial de membranas) (73.09) • Administración de anestésicos y analgésicos (03.91) • Inducción del parto en ausencia de indicación médica (73.4) • Monitorización fetal (75.34) • Parto espontáneo o asistido manualmente (73.59) • Esterilización (66.2-66.3)

10.8. PERIODOS DE POSTPARTO Y PERIPARTO

El periodo postparto comienza inmediatamente después del parto y continúa durante las seis semanas siguientes al mismo. El periodo periparto es definido entre el último mes de embarazo y cinco meses tras el mismo.

Una complicación postparto es una complicación ocurrida durante el periodo del postparto (seis semanas siguientes al parto).

Los códigos del capítulo 11 pueden ser también usados para describir complicaciones relacionadas con el embarazo después del periodo del postparto si el médico documenta que esta afección tiene relación con el embarazo, parto o puerperio.

Las complicaciones postparto que ocurren durante el mismo episodio de parto están identificadas con el quinto dígito "2". Los siguientes episodios para complicaciones postparto deben ser identificados con el quinto dígito "4".

Ingreso por mastitis puerperal	675.24	Infecciones de la mama y del pezón asociadas con el parto. Mastitis no purulenta
Parto eutócico a la 38 semana de gestación, recién nacido único vivo. Hematoma en herida perineal (complicación postparto)	674.32	Otras complicaciones y complicaciones no especificadas del puerperio, no clasificadas bajo otros conceptos. Otras complicaciones de heridas por cirugía obstétrica.
	V27.0	Niño único nacido con vida.
	73.59	Otro parto asistido manualmente

▪ Sepsis puerperal

La sepsis cuando complica el puerperio deberá ser codificada con el código 670.2X Sepsis puerperal (con 5º dígito 2 ó 4 según tenga lugar en el mismo episodio del parto o en un reingreso tras el mismo) añadiendo el código correspondiente para identificar el organismo causal (ej.: código categoría **041 Infección bacteriana en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos y las de sitio no especificado**). No deberá usarse código de la categoría **038 Septicemia** en el caso de sepsis puerperal. Tampoco deberá usarse el código **995.91 Sepsis**

puesto que el código 670.2X describe el estado de sepsis. Si fuese necesario se deberán añadir los códigos adicionales correspondientes para identificar la sepsis severa (995.92) así como la disfunción orgánica aguda.

Mujer de 30 años con antecedente de cesárea sin complicaciones hace 7 días. Ingresar de urgencia con infección por estafilococo aureus meticilín resistente de herida quirúrgica con sepsis severa e insuficiencia renal aguda secundaria.

674.34	Otras complicaciones de heridas por cirugía obstétrica. Infección herida cesárea. Estado o complicación postparto
670.24	Sepsis puerperal
041.12	Estafilococo aureus resistente a meticilina
995.92	Sepsis severa
584.9	Fallo renal agudo no especificado

10.9. PARTO EXTRAHOSPITALARIO (EXTRAMUROS)

Parto que se produce previamente a la admisión de la paciente en el hospital. Se pueden dar las siguientes circunstancias:

- Alumbramiento (expulsión de la placenta) intrahospitalario, se codifica como parto intrahospitalario normal.
- Alumbramiento extrahospitalario. En este caso se pueden producir dos situaciones:
 - No existe ninguna complicación y el motivo del ingreso es la realización de cuidados rutinarios del postparto, en este caso, se asigna como código principal **V24.0, Cuidado y examen inmediatamente después del parto** y, si se realizara, el código de procedimiento **75.7, Exploración manual de la cavidad uterina después del parto**.
 - Está presente, en el momento del ingreso alguna complicación postparto o surge durante el mismo, en este caso se asigna el código de esa complicación con el quinto dígito "4" (estado o complicación postparto) y no se asignará el código V24.0.

En el alumbramiento extrahospitalario nunca se asignará un código de la categoría V27.

Paciente que ingresa en el hospital tras haber parido en su casa, el alumbramiento se produjo en el domicilio, al ingresar se observa un desgarro perineal de 2º grado que se repara.

664.14	Trauma del perineo y vulva durante el periodo expulsivo. Desgarro perineal de 2º grado.
75.69	Reparación de otro desgarro obstétrico actual.

10.10. CÓDIGO 677, EFECTOS TARDÍOS DE COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

El código **677, Efectos tardíos de complicaciones del embarazo, parto y puerperio**, se utiliza en casos donde la complicación inicial del embarazo desarrolla una secuela que requiere cuidados o tratamiento en una fecha futura.

El código puede ser usado en cualquier momento después del periodo inicial de postparto.

La secuencia de códigos sigue las normas de codificación de los efectos tardíos, es decir, en primer lugar el código que identifica la secuela y en segundo lugar el código 677.

Prolapso uterino secundario a trauma obstétrico durante el último parto hace dos años.
618.1 Prolapso uterino sin mención de prolapso de la pared vaginal
677 Efectos tardíos de embarazo, parto y puerperio

10.11. ABORTO

▪ Uso de quinto dígito

Para las categorías de aborto 634-637 se requieren quintos dígitos. El quinto dígito 1, incompleto, indica que el producto de la concepción no ha sido expulsado completamente del útero antes del episodio de cuidados. El cuarto dígito de estas categorías identifica los distintos tipos de complicaciones.

634.10 Aborto espontáneo con hemorragia excesiva
634.91 Aborto espontaneo incompleto
635.62 Aborto terapéutico, completo, con embolismo por líquido amniótico

▪ Complicaciones obstétricas como causa de aborto

Deben usarse códigos de las categorías 640-649 y 651-659 con quinto dígito "3" como códigos adicionales para indicar la complicación causante del aborto. Los códigos de las categorías 660-669 no pueden ser usados para complicaciones causantes del aborto.

Aborto terapéutico completo realizado a causa de anomalías cromosómicas del feto:
635.92 Aborto legalmente inducido, sin complicación. Completo.
655.13 Anormalidad cromosómica en el feto

▪ Categoría 639 para complicaciones

Los códigos de la categoría **639 Complicaciones después de aborto y embarazo ectópico o molar**, se emplean para codificar las complicaciones de un aborto sucedido en un episodio anterior y para codificar las complicaciones surgidas durante el mismo episodio en el caso del aborto diferido y del embarazo ectópico o molar que no puedan identificarse mediante el cuarto dígito. No debe asignarse con códigos de las categorías 634-638.

▪ Aborto inducido con resultado de feto vivo

Cuando un intento de finalización del embarazo da como resultado un feto vivo asigne el código **644.21, Inicio precoz del parto**, con el código apropiado de la categoría **V27, Producto del parto**. El código de procedimiento para la finalización de embarazo debe ser también asignado.

▪ **Productos retenidos de la concepción después de un aborto**

Los ingresos subsiguientes para productos retenidos de la concepción después de un aborto espontáneo o legalmente inducido, tienen asignados un código apropiado en la categoría **634, Aborto espontáneo**, ó **635, Aborto legalmente inducido**, con quinto dígito "1" (incompleto). Esto está indicado incluso si la paciente fue dado de alta previamente con diagnóstico de aborto completo. En caso de retención de restos después de un primer episodio por aborto diferido se asignará el código 634.X1.

Paciente ingresada por hemorragia debida a retención de restos placentarios tras realización de aborto terapéutico hace una semana:

635.11 Aborto legalmente inducido, complicado por hemorragia retardada o excesiva.

Tabla 10-VI. Complicaciones de aborto y embarazo ectópico

MOTIVO DE ADMISIÓN	SECUENCIA DE CÓDIGOS
Ingreso por embarazo ectópico o molar, que desarrolla complicación durante el ingreso.	Código principal: Sección Embarazo ectópico o molar (630 – 633) Código adicional: Complicación 639.X, complicaciones después de aborto y embarazo ectópico o molar
Reingreso por complicación de un embarazo ectópico o molar (Ha existido un ingreso previo donde se le diagnosticó y trató el embarazo ectópico).	Código principal: 639.X, complicaciones después de aborto y embarazo ectópico o molar
Ingreso por aborto con complicación dentro del ingreso	Código principal: Aborto (código de las categorías 634– 638) (el 4º dígito identifica la complicación)
Reingreso por complicación de aborto, tras aborto anterior al ingreso	Código principal: 639.X, complicaciones después de aborto y embarazo ectópico o molar
Aborto con resultado de feto vivo	Código principal: 644.21, Inicio precoz de parto Código secundario: V27.X producto del parto
Aborto diferido que desarrolla complicación durante el ingreso	Código principal: 632 Aborto diferido Código secundario: 639.X complicaciones después de aborto y embarazo ectópico o molar

11. ANOMALÍAS CONGÉNITAS

La mayoría de los códigos de anomalías congénitas se encuentran clasificados en el Capítulo 14, si bien, otros capítulos de la CIE9MC identifican algunas anomalías congénitas específicas como por ejemplo la sífilis congénita (cap.1, Enfermedades infecciosas y parasitarias) la poliposis colónica familiar (cap.2, Neoplasias, Tumores debidos a mutación de genes) o la anemia perniciosa (cap.4, Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos).

Las anomalías, defectos del nacimiento o malformaciones congénitas son definidas por la Organización Mundial de la Salud como «*anomalías o defectos del desarrollo (morfológicos, estructurales funcionales o moleculares) presentes al nacer, aunque las manifestaciones no tienen por qué aparecer en el nacimiento*». Las anomalías congénitas pueden ser externas o internas, familiares o esporádicas, hereditarias o no, únicas o múltiples. Ejemplos: síndrome de Marfan, enfermedad poliquística del adulto.

Las enfermedades hereditarias son un conjunto de enfermedades genéticas caracterizadas por transmitirse a los descendientes. Las enfermedades genéticas son un conjunto de enfermedades producidas por alteraciones en el ADN o genoma, pero no tienen por qué haberse adquirido necesariamente de los progenitores, de tal manera que todas las enfermedades hereditarias son genéticas, pero no todas las enfermedades genéticas son hereditarias. Es el caso de las mutaciones “de novo” (por ejemplo la acondroplasia), que sólo se transmiten a otras generaciones a partir del primer miembro de la familia afectado o el caso de determinadas neoplasias debidas a mutaciones por exposición ambiental.

Los códigos de las anomalías congénitas se pueden utilizar a cualquier edad, ya que las enfermedades congénitas pueden manifestarse en la edad adulta.

11.1. LOCALIZACIÓN DE LOS TÉRMINOS

En ocasiones, el índice alfabético proporciona diferentes códigos dependiendo de que la patología sea congénita o adquirida. Cuando el término principal tiene un modificador no esencial, la alternativa está localizada como subtérmino. En muchas ocasiones, el índice hace una presunción inicial de cuál de las dos situaciones es la más habitual.

IAE

Deformidad

- testículo (congénita) 752.9
- adquirida 608.89
- Tibia (adquirida) 736.89
- congénita 755.60

En el lista tabular hay notas aclaratorias de exclusión en caso de que la patología sea o no congénita, que deben seguirse. Por ejemplo, en la categoría **562 Divertículos intestinales** hay referencia al código **751.5 Otras anomalías de intestino**.

Algunas anomalías congénitas múltiples tienen código propio, por ejemplo el síndrome de Prader-Willi (759.81). No se añadirán códigos para las manifestaciones inherentes a la anomalía y sí para aquellos que no sean propios a la misma. Sin embargo, existen más de 4.000 anomalías congénitas descritas y es imposible tener un código específico para cada una de ellas. Si la patología es específica, pero no encontramos un código único, se aplicará la codificación múltiple.

Patología específica con código único específico: Síndrome del cromosoma X frágil
759.83 Síndrome de X frágil

Patología específica con código único inespecífico: Síndrome de Cornelia de Lange
759.89 Otras anomalías congénitas especificadas

Patología específica sin código: Síndrome de Williams, debida a alteración del cromosoma 7 que cursa con defecto coronario, estenosis aórtica supravalvular, estenosis arteria pulmonar, retraso mental y puede aparecer hipercalcemia transitoria

758.5 Otras afecciones por anomalías autosómicas
747.22 Atresia y estenosis de aorta
746.85 Anomalía de arteria coronaria
747.3 Anomalías de arteria pulmonar
319 Retraso mental de grado no especificado
275.42 Hipercalcemia

Algunos de los términos que nos pueden ayudar a realizar la búsqueda en el índice alfabético son:

- Malformación
- Anomalía
- Deformidad
- Síndrome
- Displasia
- o el propio epónimo de la enfermedad

11.2. DEFORMIDADES CONGÉNITAS VERSUS DEFORMIDADES PERINATALES

Algunas deformidades musculoesqueléticas son consecuencia de factores mecánicos durante la gestación (malposiciones o presiones uterinas) y se codifican dentro de la categoría **754 Ciertas deformidades musculoesqueléticas congénitas**, indicando la localización de la patología con el cuarto y quinto dígito.

En caso de que la lesión se haya producido durante el momento del parto, habrá que codificarlo en el capítulo 15 de la CIE9MC de condiciones perinatales, en la categoría **767 Traumatismo del nacimiento**.

11.3. ENFERMEDADES CONGÉNITAS Y EDAD

Los códigos del capítulo 14 se pueden utilizar a cualquier edad, ya que tal y como se ha mencionado anteriormente, las enfermedades congénitas pueden manifestarse en la edad adulta. Por ello, la edad del paciente no es un factor determinante en la adjudicación de estos códigos.

12. CIERTAS ENFERMEDADES CON ORIGEN EN EL PERIODO PERINATAL

Las enfermedades desarrolladas en el periodo perinatal se clasifican en el capítulo 15 de la CIE9MC, en las categorías 760 a 779 e incluye las afecciones o complicaciones que se han originado en el período perinatal y las causas maternas que originen patologías en el recién nacido. Es importante aclarar que los códigos de este capítulo nunca se utilizan en la codificación del episodio asistencial de la madre.

Se define el período perinatal como el comprendido entre la semana 28 de gestación y el 28º día de vida. Este concepto es importante para la correcta utilización de los códigos de este capítulo.

Todas las condiciones y afecciones clínicamente significativas observadas en el recién nacido se deben codificar. No deberán codificarse las condiciones insignificantes o transitorias que se resuelven sin tratamiento, tales como erupciones finas o ictericia leve, salvo que requieran tratamiento futuro, evaluación, pruebas diagnósticas o incidan en los días de estancia.

12.1. NORMAS DE CODIFICACION

La búsqueda en el índice alfabético de enfermedades de las patologías contenidas en este capítulo se realiza fundamentalmente con los términos “nacimiento” y “recién nacido” con los modificadores esenciales de descripción de la patología.

Los modificadores esenciales más frecuentes son "Afecta al feto o recién nacido", "Neonatal" e "Infantil".

Cuando el índice alfabético no tenga una entrada específica para la patología que se necesite codificar dentro de los códigos perinatales, se asignará el código **779.89 Otras enfermedades especificadas con origen en el período perinatal**, al que se añadirá un código adicional de otro capítulo que especifique la condición correspondiente.

Una excepción a esta regla es la afección neonatal a la que no se ha llegado a un diagnóstico definitivo y se diagnostica un síntoma que no tiene código recogido en el capítulo 15. En este supuesto, se utilizará un código del capítulo 16.

Otra excepción es cuando el índice alfabético asigna a la condición neonatal directamente un código específico de otro capítulo, en este caso tampoco se empleará código adicional del capítulo 15.

En el periodo perinatal también pueden presentarse complicaciones producidas por procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos realizados al neonato con lo que se codificarán como tales, con códigos pertenecientes a capítulos distintos del capítulo 15.

Cuando un recién nacido se vea afectado por una patología de la madre, se codificará como código principal el que describa la patología neonatal, de la sección **Otras enfermedades con origen en el período perinatal (764-779)**, y como código secundario el que describa la causa materna de la alteración, si existe, de la sección **Causas maternas de morbilidad y mortalidad perinatales (760-763)**.

Es posible que se requiera el uso de códigos de otros capítulos, siguiendo la normativa de codificación múltiple.

Algunas condiciones originadas durante el período perinatal son transitorias, y sólo se pueden codificar en este período, pero otras pueden persistir e incluso manifestarse posteriormente, independientemente de la edad que tenga el paciente. Estas condiciones persistentes se codificarán con códigos del capítulo 15 a cualquier edad del paciente, siempre que el clínico establezca la relación.

Niño de 3 años de edad que presenta parálisis braquial originada en el nacimiento
767.6 Lesión del plexo braquial

Si una enfermedad o condición aparece antes de los 28 días de vida y no se indica si es adquirida en la comunidad o perinatal, se considerará, por defecto, perinatal.

12.2. CODIFICACIÓN DE MOTIVOS DE INGRESO DE RECIÉN NACIDOS

- En la norma americana, todo recién nacido en su primer contacto hospitalario, debe codificarse con un diagnóstico principal de las categorías **V30-V39 Recién nacidos con vida según el tipo de parto**. Estos códigos sólo se utilizan en el episodio de nacimiento del niño y no en posteriores reingresos del recién nacido. Esta norma, sólo será de aplicación cuando se cumplan dos condiciones: que se realice apertura de historia clínica a todo recién nacido en el hospital y que la dotación de cunas esté incluida en la dotación de camas del hospital. Dado que en nuestro sistema de salud no se dan estas circunstancias, los códigos de las categorías V30-39 no deben utilizarse.
- **Ingreso de recién nacido para estudio de una patología que se descarta. El diagnóstico principal será un código de la Categoría V29 Observación y evaluación de recién nacidos y niños por sospecha de enfermedades no encontradas.** No se utilizará un código de esta categoría cuando en el paciente se identifique signos o síntomas del problema sospechado. En estos casos, se codificará el signo o síntoma.

Ingreso de un recién nacido de dos días de vida por sospecha de patología respiratoria, que no se confirma.

V29.2 Observación por sospecha de enfermedad respiratoria

Ingreso de un recién nacido de dos días de vida por sospecha de patología respiratoria confirmándose un síndrome de distress respiratorio.

769 Síndrome de distress respiratorio

- Ingreso de Recién nacido para estudio de una patología que se descarta con aparición de otra patología durante el ingreso. En este caso se utilizará en primer lugar el código correspondiente de la categoría V29 seguido del código que identifica a la patología desarrollado durante el ingreso.

Sólo las subcategorías V29.0-V29.2 y V29.8 son admisibles como diagnóstico principal en hospitalización, como causa de reingreso para observación durante el periodo perinatal. El resto de subcategorías pueden utilizarse solo como diagnóstico principal en contactos ambulatorios.

Aunque la categoría V29 no precisa de códigos adicionales, si existe una anomalía congénita que durante la estancia hospitalaria se encuentre en terapia continuada o monitorización, se

puede acompañar a la categoría V29 de dichos códigos de anomalías como diagnósticos secundarios.

- Ingreso de Recién nacido trasladado desde otro hospital. El código principal será la patología que origina el ingreso.
- Supervisión sanitaria del bebé o niño. La categoría V20 se utiliza para identificar atenciones a niños que no presentan un problema definido o bien para identificar episodios de exámenes rutinarios del recién nacido, fundamentalmente en consultas externas. Se podrá utilizar un código adicional para establecer el tipo de examen de screening (subcategorías V73.0-V82.9).
- Las condiciones o afecciones insignificantes, así como los signos y síntomas que se resuelven sin tratamiento, no se codifican.

12.3. PREMATURIDAD, BAJO PESO AL NACER Y POSMADUREZ

Los códigos de la categoría **764 Crecimiento intrauterino retardado y desnutrición fetal**, así como los de la categoría **765 Trastornos relacionados con gestación acortada y bajo peso en el nacimiento** no deben asignarse basándose únicamente en el peso del recién nacido al momento de nacer o en la edad gestacional estimada. El facultativo deberá haber realizado una evaluación clínica de la madurez del recién nacido.

Si un recién nacido presenta un bajo peso al nacer y es trasladado a otro centro para tratar esta misma condición, el quinto dígito debe indicar el peso que tenía en el momento de nacer y no el que presenta en el momento de la nueva admisión, siempre que el médico responsable especifique que el bajo peso condiciona el tratamiento ulterior del paciente.

Se define como postérmino al recién nacido de entre 40 y 42 semanas completas de gestación **766.21 Recién nacido postérmino**.

Se define posmadurez o niño de gestación prolongada al neonato nacido tras un periodo gestacional superior a 42 semanas completas **766.22 Recién nacido de gestación prolongada**.

El código **V21.3X Estado de bajo peso al nacer**, se utiliza en pacientes que habiendo nacido con bajo peso ya no tienen dicha condición, pero que aún pueden continuar manifestando las consecuencias de dicho estado al nacer.

12.4. PROBLEMAS RESPIRATORIOS

▪ Distress respiratorio del recién nacido

Hay que diferenciar el síndrome de distress respiratorio tipo I o enfermedad de la membrana hialina **769 Síndrome de distress respiratorio**, muy asociado a la prematuridad del neonato del síndrome de distress respiratorio tipo II o **770.6 taquipnea transitoria del recién nacido**, que resulta de una alteración transitoria en la adaptación respiratoria neonatal y que es más frecuente en el recién nacido a término y en los nacidos por cesárea.

▪ Hipoxia intrauterina y asfixia intraparto

La terminología empleada por neonatólogos para describir estas condiciones es muy variada. Se considera poco apropiado el término de “sufrimiento fetal”. La intervención del neonatólogo es por el riesgo de daño hipóxico en las fases finales del embarazo o intraparto siendo más adecuado adoptar el término “Riesgo de Pérdida de Bienestar Fetal” (RPBF) que viene definido por los signos clínicos de desaceleraciones tardías, taquicardia fetal, prolapso del cordón, alteración del registro tococardiográfico, etc.

La asfixia perinatal es un estado de severa hipoxemia e hipotensión que puede producirse en el feto generalmente alrededor del momento del parto. Se puede definir como una hipoxia (deficiencia del aporte de oxígeno), asociada o no con isquemia (fallo de la perfusión). Puede ocurrir durante el embarazo, antes del nacimiento, durante el parto, o después del nacimiento y afecta a distintos tejidos y órganos, asociándose a acidosis metabólica y, eventualmente, a acidosis respiratoria.

La encefalopatía hipóxico-isquémica es el síndrome producido por la disminución del aporte de oxígeno y/o reducción mantenida del flujo sanguíneo cerebral al encéfalo, que provoca daño neuronal produciendo secuelas como retraso mental, parálisis cerebral infantil, ataxia, epilepsia, etc. Se asigna el código **768.7 Encefalopatía hipóxico-isquémica**, que hay que diferenciar del código **768.5 Asfixia grave al nacer** que identifica la asfixia al nacer con afectación neurológica y del código **779.2 Depresión cerebral, coma y otros signos cerebrales anormales** que clasifica la isquemia del recién nacido.

Ingreso de recién nacido, por sufrimiento fetal debido a compresión de cordón, diagnosticado durante el trabajo del parto.

- 768.3 Sufrimiento fetal observado por primera vez durante el parto en niño nacido vivo**
- 762.5 Otras compresiones del cordón umbilical**

12.5. INFECCIONES ORIGINADAS DURANTE EL PERIODO PERINATAL

Algunas infecciones específicas del período perinatal se consideran congénitas y se clasifican en el capítulo 15 de patología perinatal, como es el caso de la infección antes del nacimiento producida por transmisión umbilical (p. ej., **771.0 Rubéola congénita**) o bien el caso de la infección por transmisión por vía vaginal durante el parto (p. ej., herpes simple **771.2 Otras infecciones congénitas**).

Algunas infecciones perinatales como la **090 Sífilis congénita**, se codifican con códigos del capítulo 1 de la CIE9MC.

▪ Recién nacido de madre con infección VIH

El recién nacido de madre con infección VIH se codificará:

- Si el resultado de los anticuerpos de la infección VIH es positivo, se asigna el código **795.71 Evidencia serológica no específica de virus de inmunodeficiencia humana (VIH)**. El recién nacido puede negativizar más tarde estos anticuerpos, lo que significa que nunca hubo infección real.

- Si el resultado de los anticuerpos del VIH del neonato no es conocido o es negativo, se asigna el código **V01.79 Contacto con o exposición a enfermedades contagiosas. Otras enfermedades víricas.**

- **Sepsis neonatal**

La sepsis del recién nacido se codifica con los siguientes códigos:

771.81 Septicemia (sepsis) del recién nacido y un código adicional de la categoría **041 Infección bacteriana en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos y las de sitio no especificado** para identificar el germen causante de la sepsis. No deben emplearse códigos de la categoría **038 Septicemia**.

No debe emplearse el código **995.91 Sepsis** en un registro de recién nacido, dado que el código 771.81 ya describe la situación de septicemia-sepsis. En el supuesto de sepsis grave se añade el código adicional **995.92 Sepsis severa** y cualquier disfunción orgánica aguda asociada.

13. SÍNTOMAS, SIGNOS Y ESTADOS MAL DEFINIDOS

Las categorías 780-796 de este capítulo clasifican signos y síntomas, resultados anormales de exploraciones complementarias y estados morbosos poco específicos, cuando no es posible llegar a un diagnóstico más preciso que pueda clasificarse en otros capítulos.

13.1. GENERALIDADES

Las circunstancias en las que puede ser necesario recurrir a estos códigos deberían ser excepcionales en los episodios de ingreso hospitalario, e incluyen:

- Casos en los que no es posible llegar a un diagnóstico más específico a pesar de haber realizado un estudio adecuado.
- Signos y síntomas transitorios, presentes al principio del episodio asistencial pero que desaparecen posteriormente sin llegar a dilucidar sus causas.
- Pacientes que interrumpen su seguimiento sin tener un diagnóstico establecido o de sospecha.
- Pacientes que se derivan a otros centros sanitarios para exploraciones o tratamiento antes de poder precisar un diagnóstico.
- Casos en los que ciertos síntomas suponen un problema asistencial relevante y resulta apropiado recogerlos de manera diferenciada además de clasificar la causa conocida de los mismos.

En los cuatro primeros puntos un síntoma puede incluso llegar a ser considerado como diagnóstico principal, mientras que en el último apartado siempre será secundario.

Aun así, debe insistirse en la necesidad de recabar toda la información más específica y fiable antes de optar por asignar un código de este capítulo (p. ej., pruebas diagnósticas practicadas durante el ingreso cuyos resultados puedan ser conocidos después del alta).

En general, la CIE9MC recoge en el capítulo 16 los síntomas, signos y afecciones que pueden atribuirse de entrada a más de una enfermedad o relacionarse con más de un aparato o sistema, mientras que los síntomas más propios de un solo aparato o sistema se encuentran en los capítulos específicos respectivos, habitualmente dentro de apartados residuales (subcategorías de número .9 o subclasificaciones de número .0). Conviene por ello consultar el índice alfabético y las notas e instrucciones de la lista tabular para dar con el código más apropiado.

13.2. ESTRUCTURA DEL CAPÍTULO

Consta de tres secciones:

- | | |
|---|-----------------------|
| 1) SÍNTOMAS | (Categorías 780-789) |
| 2) HALLAZGOS ANORMALES NO ESPECÍFICOS | (Categorías 790- 796) |
| 3) CAUSAS DE MORBILIDAD Y MORTANDAD
DESCONOCIDAS Y MAL DEFINIDAS | (Categorías 797-799) |

13.3. NORMA GENERAL DE CODIFICACIÓN DE SÍNTOMAS

- Se establece que los signos y síntomas implícitos en un diagnóstico no deben codificarse, dado que resultan redundantes

Paciente que ingresa con fiebre y dolor pleurítico, es dado de alta con el diagnóstico de neumonía

486 Neumonía, organismo no especificado

(La fiebre y el dolor pleurítico forman parte del cuadro sintomático de la neumonía y por tanto no se codifican)

- Si los síntomas no están implícitos en el diagnóstico o constituyen un problema asistencial diferenciado (es decir, influyen sobre el tratamiento, el pronóstico o los recursos sanitarios empleados) se incluirán como diagnósticos secundarios:

Coma por sobredosis de heroína (accidental)

965.01 Envenenamiento por heroína

780.01 Coma

E850.0 Envenenamiento accidental por heroína

(El coma no está implícito en la intoxicación y denota su gravedad)

Paciente cirrótico con ascitis al que se practica una paracentesis evacuadora

571.5 Cirrosis hepática sin mención de alcohol

789.59 Ascitis

54.91 Drenaje abdominal percutáneo

La ascitis no siempre está presente en la cirrosis y además requiere una actuación específica

- Un síntoma no implícito puede llegar a ser diagnóstico principal cuando la enfermedad de base por sí sola no motive el ingreso siempre y cuando no sea del capítulo 16.

13.4. CODIFICACIÓN DE LOS SÍNTOMAS SEGÚN EL ENTORNO ASISTENCIAL

En un entorno de asistencia ambulatoria es más frecuente codificar síntomas, dado que el nivel de incertidumbre es mayor y de acuerdo con la normativa, a diferencia de lo que ocurre en hospitalización, los diagnósticos expresados como inciertos no se codifican:

Dolor abdominal por posible gastritis aguda

Hospitalización:

535.00 **Gastritis aguda sin mención de hemorragia**

Asistencia ambulatoria:

789.00 **Dolor abdominal de localización inespecífica**

13.5. SÍNTOMAS COMO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Hay circunstancias en las que se debe utilizar un código del capítulo 16 como diagnóstico principal.

- **Síntoma atribuible a dos o más enfermedades sin que haya podido establecerse un diagnóstico diferencial definitivo entre ellas durante el episodio**

Suele expresarse con el síntoma seguido de los diagnósticos contrapuestos o alternativos (versus, y/o). El síntoma será el diagnóstico principal y los diagnósticos alternativos se reflejarán como secundarios.

Dolor abdominal generalizado debido a pancreatitis y/o a colecistitis

789.07 **Dolor abdominal generalizado**

577.0 **Pancreatitis aguda**

575.10 **Otras colecistitis**

Si el síntoma es debido **simultáneamente a dos enfermedades coexistentes**, aun expresadas en términos de probabilidad, se codifican ambas enfermedades y el síntoma no se codificará salvo que cumpla con los requisitos necesarios (especial relevancia, etc.), en cuyo caso será siempre diagnóstico secundario.

En este mismo caso, si el síntoma o signo estuvieran incluidos en un código de combinación que incluyera también la posible enfermedad causante, no se registrará el síntoma de manera independiente.

Hemorragia digestiva por gastritis aguda y angiodisplasia gástrica

535.01 **Gastritis aguda con hemorragia**

537.83 **Angiodisplasia de estómago y duodeno con hemorragia**

Ambas enfermedades pueden ser diagnóstico principal. La hemorragia no se codifica separadamente porque está incluida en las categorías de combinación

Dolor abdominal generalizado por colecistitis aguda litiásica y pancreatitis biliar

577.0 **Pancreatitis aguda**

574.00 **Cálculo de vesícula biliar con colecistitis aguda**

(El dolor abdominal no se codifica porque se considera implícito en ambos cuadros y no supone un problema asistencial diferenciado)

- **Síntoma que no puede atribuirse a ninguna enfermedad**

El síntoma será diagnóstico principal y las enfermedades presentes, si las hubiera, se reflejarán como diagnósticos secundarios, dado que no se relacionan con el síntoma.

Paciente con diabetes tipo I que ingresa por taquicardia. Las exploraciones no muestran indicios que permitan caracterizar la taquicardia ni una posible enfermedad causante. Durante el ingreso se revisan los valores de glucemia y continua tratamiento habitual con insulina.

785.0	Taquicardia no especificada
250.01	Diabetes tipo I sin complicación, no indicada como incontrolada

- **Síntoma como única manifestación de una reacción adversa medicamentosa o como secuela de una enfermedad aguda que ya no está presente**

Paciente en tratamiento con digitálicos que presenta un cuadro de náuseas y vómitos (intoxicación digitálica).

787.01	Náuseas y vómitos
E942.1	Glucósidos cardiotónicos y fármacos de acción similar que causan efectos adversos en su uso terapéutico

- **Síntoma como una manifestación no implícita de un diagnóstico subyacente conocido que no justifica por sí solo el ingreso**

Lactante de 10 meses que ingresa por convulsiones febriles mantenidas en el contexto de infección O.R.L. inespecífica, ya tratado por el pediatra de zona

780.31	Convulsiones febriles (simples), no especificadas
465.9	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de localización no especificada

13.6. SÍNTOMAS COMO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO

Se codificarán como diagnósticos secundarios aquellos síntomas que no estén implícitos en los diagnósticos del paciente así como aquellos síntomas que constituyan un problema asistencial diferenciado y no estén recogidos por ningún código de combinación.

Paciente que ingresa por una neumonía neumocócica y que es dado de alta con los diagnósticos de Neumonía neumocócica y Hepatomegalia

481	Neumonía neumocócica
789.1	Hepatomegalia

13.7. HALLAZGOS ANORMALES

Debe evitarse la codificación de resultados analíticos aislados fuera de los rangos de normalidad directamente a partir de los informes de laboratorio y sin que medie una valoración clínica del médico.

Los hallazgos casuales comunes que sólo aparecen en informes de pruebas diagnósticas y no tienen ninguna repercusión en la asistencia prestada, ni se destacan como merecedores de valoración o tratamiento no deben codificarse (p.ej., la observación de signos de espondiloartrosis en un paciente anciano al que se realiza una radiografía de tórax por otro motivo)

Las categorías 790-796 solo deben emplearse en la codificación de episodios hospitalarios sólo si:

- El médico no establece ningún diagnóstico que justifique el hallazgo, pero lo recoge en el alta como merecedor de atención o de seguimiento posterior.

Paciente diagnosticado desde hace años de esquizofrenia paranoide que ingresa por exacerbación aguda de su esquizofrenia. En el informe de alta se indica que el paciente presenta además una hipertransaminasemia que debe evaluarse

295.34 **Esquizofrenia paranoide crónica con exacerbación aguda**
790.4 **Elevación no específica de niveles de transaminasas o lactodeshidrogenasa**

Paciente que presenta una fractura diafisaria de tibia y peroné al que se le realiza una reducción cerrada con fijación interna. En el preoperatorio se realiza una radiografía de tórax en la que aparece una sombra pulmonar que motiva una interconsulta a Neumología: sin llegar a un diagnóstico más específico se acuerda su seguimiento en consulta externa.

823.22 **Fractura cerrada de tibia y peroné**
E877 **Fractura, causa no especificada**
793.1 **Sombra base pulmonar derecha**
79.16 **Reducción cerrada de fractura con fijación interna**

13.8. ESTADOS MAL DEFINIDOS

Las categorías 797-799 expresan conceptos escasamente informativos que sólo deben emplearse como categorías residuales a falta de un diagnóstico más explícito.

14. LESIONES Y ENVENENAMIENTOS. EFECTOS TARDÍOS

Las lesiones, envenenamientos y efectos tardíos se clasifican en el Capítulo 17 entre las categorías 800 y 995.

14.1. NORMAS GENERALES

La CIE9MC clasifica las lesiones, primero por el tipo de lesión y después por lugar anatómico.

Se utilizarán los principios de codificación múltiple. La CIE9MC proporciona algunas categorías combinadas que sólo se usarán cuando no se tenga información para codificar esas lesiones por separado o cuando deba utilizarse sólo un código para informar la lesión múltiple.

En la descripción de lesiones múltiples, cuando se usa el término “con” se codifican siempre ambos lugares anatómicos. Con el término “y” según las circunstancias, se codificarán ambos lugares anatómicos o cualquiera de ellos.

Si el motivo de la admisión es por lesiones, se considerará diagnóstico principal, aquel que identifique la lesión más grave determinada por el médico.

El 5º dígito está presente en gran número de categorías, clasificando unas veces una localización anatómica más precisa y en otras añadiendo información más específica a la subcategoría.

Se usarán códigos E de causas externas para identificar tanto la causa y propósito de la lesión o envenenamiento (E800-E999) como para el lugar donde ha ocurrido (E849).

14.2. FRACTURAS (800-829)

Sólo incluye las fracturas traumáticas. Estas fracturas se codificarán como agudas (categorías 800-829) mientras el paciente está recibiendo tratamiento activo para la misma.

Las fracturas están clasificadas según su localización anatómica:

- El cuarto dígito indica si la fractura es abierta o cerrada.
- El quinto dígito puede indicar un hueso específico, parte del mismo o el estado de conciencia del paciente.

Reducción abierta y fijación interna con aguja de Kirschner de fractura cerrada del cuello anatómico del húmero

812.02	Fractura húmero extremo proximal parte no especificada, cerrada
E887	Fractura, causa no especificada
79.31	Reducción abierta con fijación interna de húmero

Cuando el paciente ha completado el tratamiento activo de la fractura y se admite para cuidados rutinarios de la misma durante las fases de curación o recuperación, esos contactos se codificarán utilizando los códigos de cuidados posteriores (subcategorías V54.0, V54.2, V54.8 o V54.9).

Se utilizarán los códigos V54.10–V54.29 para especificar la localización anatómica de la fractura así como diferenciar si fue traumática o patológica.

Paciente tratado de una fractura traumática de tobillo, acude para retirada placa de osteosíntesis

V54.01	Contacto para extracción de dispositivo de fijación interna
V54.16	Cuidados posteriores para la consolidación de fractura traumática de la parte inferior de la pierna
78.67	Extracción de dispositivo de fijación interna de tibia y peroné

Las complicaciones del tratamiento quirúrgico de la reparación de fracturas durante las fases de curación o recuperación deben codificarse con el código correspondiente a dicha complicación. Las fracturas con complicaciones, tales como “mala unión” o “no unión”, deben codificarse con los códigos, **733.81 Unión defectuosa de fractura** ó **733.82 No unión de fractura**.

- **Fracturas cerradas y fracturas abiertas**

Cuando no consta especificación al respecto, por defecto siempre se considerarán cerradas. Si son descritas como abierta y cerrada se clasificarán como abiertas.

- **Fracturas – luxaciones**

Se clasificarán como fracturas cuando la lesión descrita implica ambos conceptos en la misma localización.

- **Fracturas patológicas y espontáneas**

Las fracturas patológicas requerirán codificación múltiple siendo diagnóstico principal la patología de base y secundario un código de la subcategoría **733.1 Fractura patológica** (con su 5º dígito correspondiente que identifica el lugar anatómico). Si ingreso se realiza para el tratamiento de la fractura y la enfermedad de base ya está previamente diagnosticada, se codificará en primer lugar la fractura patológica.

Si la fractura patológica fue causada por un trauma mínimo, deben usarse los códigos de causas externas de accidentes (códigos E) para identificar la naturaleza de dicho trauma.

- **Fracturas por sobrecarga**

La fractura por estrés o sobrecarga es una fisura delgada en el hueso que se desarrolla por la aplicación prolongada o repetitiva de fuerza sobre el mismo (p. ej. fractura por estrés en los pies de los corredores). Se asignará el código apropiado de la subcategoría **733.9 Otros trastornos y trastornos no especificados de hueso y cartílago**. Se precisa código adicional de causa externa para identificar la causa de la fractura por sobrecarga.

Fractura por sobrecarga del segundo metatarsiano del pié derecho como resultado de movimiento e impacto repetitivo en paciente jugador de baloncesto.

733.94	Fractura por sobrecarga de los metatarsianos
E927.3	Traumatismo acumulado por movimiento repetitivo
E927.4	Traumatismo acumulativo por impacto repetitivo

▪ **Fracturas múltiples en un mismo episodio**

Se codificarán por separado salvo que el índice alfabético indique la existencia de código de combinación (categoría 811, 813 y 823).

Fractura de tibia y peroné
Fractura
 - tibia
 - - con peroné 823.82
823.82 Fractura de tibia con peroné, parte no especificada

▪ **Fracturas múltiples unilaterales o bilaterales del mismo hueso**

Las fracturas múltiples unilaterales o bilaterales del mismo hueso pero clasificadas en diferentes cuarto dígitos dentro de la misma categoría se codificarán individualmente por sitio.

Fractura conminuta de la diáfisis del húmero con fractura- luxación cerrada de hombro derecho que afecta a la tuberosidad mayor.
812.21 Fractura diáfisis del húmero, cerrada
812.03 Fractura de tuberosidad mayor, cerrada
E887 Fractura, causa no especificada

Las fracturas bilaterales pero de la misma localización se codifican sólo una única vez. Sin embargo, si el procedimiento se ha realizado bilateralmente, deberá codificarse dos veces.

Fractura de la diáfisis tibial derecha e izquierda. Reducción de fractura de la diáfisis tibial derecha e izquierda.
823.20 Fractura diáfisis de tibia cerrada
E887 Fractura, causa no especificada
79.06 Reducción cerrada de fractura sin fijación interna de tibia y peroné
79.06 Reducción cerrada de fractura sin fijación interna de tibia y peroné

14.3. PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON FRACTURAS Y LUXACIONES

▪ **Reducción abierta y reducción cerrada**

- Cerrada: Es la colocación de los fragmentos óseos de una fractura en posición anatómica sin exposición del foco de fractura.
- Abierta: Es la corrección de la fractura mediante incisión y exposición del foco de fractura.

▪ **Reducción de una fractura-luxación.**

Se codifica sólo como reducción de fractura sin que sea necesario código adicional para la reducción de la luxación a no ser que se realicen en distinto acto operatorio en cuyo caso se codifica la reducción de la luxación y la reducción de la fractura.

▪ **Desbridamiento del sitio de fractura**

Cuando en una fractura abierta sea necesario realizar un desbridamiento para limpiar el hueso de suciedad o de otro material, se utilizará el código **79.6X Desbridamiento de sitio de fractura abierta** acompañando al código de la reducción abierta. No deberá utilizarse el código **86.22 Desbridamiento escisional de herida abierta**.

14.4. LESIONES Y HERIDAS

Las heridas abiertas se codifican en las categorías 870-879. El 4º dígito identifica el tipo de complicación. Estos códigos no serán usados para la cicatrización normal de heridas quirúrgicas o para identificar complicaciones de heridas quirúrgicas.

Herida complicada es aquella que: tarda en curar, presenta un cuerpo extraño, tiene infección requiere tratamiento retardado.

Las heridas asociadas a fracturas y luxaciones no se codifican y tampoco las lesiones superficiales (910-919) cuando están asociadas a lesiones más graves de la misma localización.

Al codificar lesiones de distintas estructuras anatómicas la secuencia de códigos dependerá de la gravedad de las mismas.

La categoría **958 Ciertas complicaciones precoces de los traumatismos** recoge ciertas circunstancias que no están incluidas en los códigos para traumatismos, clasificando enfermedades que no son las propias lesiones traumáticas, pero que pueden darse en los primeros momentos tras un traumatismo (entendiendo por traumatismo el concepto CIE-9-MC que incluye también las quemaduras). Sólo podremos utilizarlos como diagnóstico principal cuando la complicación haya sido el único motivo del ingreso.

Anuria debida a traumatismo de riñón	
866.00	Lesión NEOM de riñón sin traumatismo abierto de cavidad abdominal
958.5	Anuria traumática
E928.9	Accidente no especificado

14.5. TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS

La entrada por el Índice Alfabético de Enfermedades se hace por el término conmoción.

Los traumatismos craneoencefálicos, se clasifican en:

- TCE sin fractura de cráneo: **LESIÓN INTRACRANEAL SALVO AQUELLAS CON FRACTURA DE CRÁNEO (850-854)**.
- TCE con fractura de cráneo: **FRACTURA DE CRÁNEO (800-804)** que recoge mediante códigos de combinación ambas circunstancias, no añadiéndose por tanto códigos de las categorías 850-854.

Tabla 14-I. TCE

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO		
	SIN FRACTURA (850-854)	CON FRACTURA (800-804) (para cada localización de la fractura)
Con hemorragia	1 código	1 código
Con contusión/laceración	1 código	1 código
Con contusión/laceración + hemorragia	1 código (hemorragia modificador no esencial)	2 códigos (cod. "con hemorragia" + cod. "con contusión/laceración")
Sin hemorragia/contusión/laceración	1 código	1 código

El código **310.2 Síndrome de postconmoción cerebral** no deberá emplearse durante las primeras 48 horas tras el traumatismo craneoencefálico.

14.6. QUEMADURAS (940-948)

Están clasificadas por localización, profundidad y extensión. Precisa de un código E para indicar el agente externo causante.

Las quemaduras se codifican en las categorías 940 a 947 según el lugar anatómico afectado, excepto las de sol que se codifican con los códigos **692.71 Quemadura solar**, **692.76 Quemadura solar de segundo grado** y **692.77 Quemadura solar de tercer grado** y las de fricción categorías que se codifican en las categorías 910-919.

El 4º dígito de las categorías 941-946 clasifica el grado de gravedad de la quemadura:

- **Secuenciación de códigos de quemaduras y afecciones relacionadas**
 - Se codificarán individualmente las quemaduras de distintas localizaciones secuenciándose como código principal el que corresponda a la quemadura de mayor grado.
 - Se deberá evitar el uso de las categorías **946 Quemaduras de múltiples sitios especificado** y **949 Quemadura, no especificada** y usarse solo si la localización de las mismas no está documentada.
 - Si las quemaduras múltiples fuesen de igual localización, clasificadas en la misma categoría y presentasen diferentes grados, sólo se recogerá el código correspondiente al grado mayor.

Quemaduras de primer y segundo grado del pulgar y dos dedos
944.24 Quemadura de 2º grado de > 1 dedo, incluyendo el pulgar
E899 Accidente causado por incendio no especificado

- **Cuantificación de la extensión de las quemaduras**

La extensión y el grado de las quemaduras se definen mediante la categoría **948 Quemaduras clasificadas según la extensión de la superficie corporal implicada**, que sólo se utilizará como

código principal cuando no se tenga información específica sobre la localización de la quemadura. En el resto de los casos será código asociado al del código específico de localización.

Quemaduras de primero, segundo y tercer grado de tronco, 10% de primer grado, 15% de segundo grado y 32% de tercer grado.

- 942.30 Quemaduras de 3er grado en sitio NEOM del tronco**
- 948.53 Quemaduras en 50-59% del cuerpo/3er grado en 30-39%**
- E899 Accidente causado por incendio no especificado**

Cuando se asigna un código de la categoría 948:

- El cuarto dígito se usará para identificar el porcentaje de superficie total afectada en la quemadura (suma de todas las superficies).
- Los quintos dígitos se asignan para identificar el porcentaje de superficie total afectada de quemadura con tercer grado.
- El quinto dígito (0) es asignado cuando es menor del 10 por ciento o cuando no hay superficie afectada con tercer grado.
- La superficie determinada mediante este quinto dígito no podrá expresar una superficie mayor a la contemplada mediante la subcategoría.

Cuando el clínico no indique la superficie afectada se utilizará la “Regla de los 9” para estimar la superficie afectada.

Tabla I4-II. Regla de los 9

SUPERFICIE AFECTADA	ADULTOS	NIÑOS (hasta 9 años)
CABEZA (anterior / posterior)	4,5 % + 4,5 %	9% + 9%
TRONCO (anterior / posterior)	18 % + 18 %	18 % + 18 %
EXTREMIDADES SUPERIORES (anterior / posterior)	(4,5 % + 4,5 %) + (4,5 % + 4,5 %)	(4,5 % + 4,5 %) + (4,5 % + 4,5 %)
EXTREMIDADES INFERIORES (anterior / posterior)	(9 % + 9%) + (9% + 9%)	(6,75 + 6,75) +(6,75 + 6,75)
GENITALES	1 %	1 %

▪ **Quemaduras no curadas**

Las quemaduras no curadas son codificadas como quemaduras agudas. La necrosis de piel quemada debe ser codificada como quemadura no curada.

▪ **Quemaduras con infección**

Las quemaduras infectadas requieren de codificación múltiple mediante un código principal para la quemadura y otros asociados para la infección **958.3 Infección de herida postraumática, no clasificada bajo otros conceptos** y el germen causal de la infección, si se conociera.

▪ **Ingreso para tratamiento de efectos tardíos de quemaduras**

Si en un mismo ingreso se simultanea el tratamiento de quemaduras aún no curadas y el de secuelas de otras ya curadas se utilizarán los códigos de la sección QUEMADURAS (940 - 949) junto al correspondiente de la categoría **906 Efectos tardíos de lesiones de la piel y tejidos subcutáneos**. Se añadirá así mismo un código E de efecto tardío. El diagnóstico principal vendrá condicionado por las circunstancias del ingreso.

Retracción palmar como consecuencia de quemadura por incendio, el paciente presenta así mismo quemadura de segundo grado con necrosis de piel de antebrazo. Ingresó para desbridamiento escisional de la piel necrosada.

943.21	Quemadura de 2º grado de antebrazo
E988.1	Lesión por quemadura, no determinada si accidental o intencionada
709.2	Estados cicatriciales y fibrosos de la piel
906.6	Efecto tardío de quemadura de muñeca y mano
E929.4	Efecto tardío de accidentes causados por incendio
86.22	Desbridamiento escisional de herida, infección o quemadura

14.7. DESBRIDAMIENTO DE HERIDA, INFECCIÓN O QUEMADURA.

El desbridamiento escisional de herida infección o quemadura implica un desbridamiento quirúrgico se clasifica en el código **86.22 Desbridamiento escisional de herida, infección o quemadura**. Si el desbridamiento afecta estructuras más profundas (músculo, hueso) se codificará el desbridamiento de la estructura afectada. Cuando el desbridamiento es no escisional o mecánico (cepillado, frotado, lavado), se asignará el código **86.28 Desbridamiento no escisional de herida, infección o quemadura**.

14.8. INTOXICACIONES

▪ **Intoxicaciones y envenenamientos**

Son sinónimos aunque la CIE9MC utiliza el término envenenamiento a lo largo de este texto se utilizará el de intoxicación más común en nuestro ámbito.

▪ **Intoxicaciones por sustancias terapéuticas**

Para considerar que una sustancia terapéutica se puede incluir en la sección ENVENENAMIENTOS POR DROGAS, SUSTANCIAS MEDICAMENTOSAS Y SUSTANCIAS BIOLÓGICAS (960-979) deben darse algunas de las siguientes circunstancias:

- La prescripción médica no fue correcta.
- La administración fue incorrecta en la pauta o dosis (sobredosificación).
- Hubo error con respecto al paciente o al fármaco prescrito.
- Interacción entre fármacos cuando en alguno de ellos se dé una de las anteriores circunstancias.

Cuando se codifica un envenenamiento o reacción por uso inapropiado de una medicación (Ej. administración equivocada) el código de envenenamiento debe ser secuenciado en primer lugar, seguido del código de la manifestación. Si coexiste un diagnóstico de abuso de medicamentos o dependencia a sustancias, el abuso o la dependencia se codificarán como código adicional.

Paciente que ingresa por náuseas, vómitos ataxia y visión borrosa por sobredosis de difenilhidantoina. El paciente admite que está tomando doble dosis de la pauta.

966.1 Intoxicación por difenilhidantoina
787.01 Náuseas con vómitos
781.3 Falta de coordinación
368.8 Otras perturbaciones visuales especificadas
E980.4 Envenenamiento no determinado por otros fármacos y sustancias medicamentosas especificadas.

▪ **Interacción entre fármacos y alcohol**

La interacción entre fármacos y alcohol se considera una intoxicación debiéndose codificar como intoxicación tanto la del fármaco como la del alcohol.

▪ **Sobredosis de insulina por fallo de la bomba de insulina**

Cuando un mal funcionamiento de la bomba de insulina da lugar a una sobredosis se utilizará el código **996.57, Complicación mecánica debida a bomba de insulina**, seguido de los códigos **962.3, Envenenamiento por insulina y agentes antidiabéticos**, **E858.0 Envenenamiento accidental por hormonas y sustitutos sintéticos**, y el código adecuado de la diabetes mellitus.

14.9. REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS (RAM)

RAM y efectos adversos son sinónimos. Se consideran RAM aquellas manifestaciones que son producto de una sustancia terapéutica correctamente prescrita y adecuadamente administrada. Los efectos adversos de sustancias terapéuticas correctamente prescritas y apropiadamente administradas (toxicidad, reacción alérgica, reacción sinérgica, hipersensibilidad, efectos colaterales, reacción paradójica y reacción idiosincrásica) pueden ser debidos a:

- diferencias entre pacientes, tales como edad, sexo, enfermedades o factores genéticos
- factores relacionados con los medicamentos, tales como tipo de fármaco, vía de administración, duración del tratamiento, dosis y biodisponibilidad

Los efectos adversos no esperados que se producen tras la ingesta de fármacos que no precisan prescripción facultativa obligatoria (aspirina por ejemplo) y han sido ingeridos a las dosis correctas y por la vía correcta de administración son también considerados RAM.

Las **Reacciones alérgicas** se consideran RAM salvo que el clínico indique lo contrario. La **Interacción entre fármacos** será considerada también RAM excepto cuando no se den en las circunstancias de prescripción y administración adecuadas.

▪ **Efectos acumulativos de sustancia terapéutica**

Las sustancias con estrecho margen terapéutico (litio, digital, ACO...etc.), siempre se considerarán RAM aunque en el diagnóstico esté expresado como intoxicación, excepto que se haya documentado un error de prescripción o de administración.

Hematuria debida a intoxicación por acenocumarol como consecuencia de su efecto acumulativo	
599.70	Hematuria no especificada
E934.2	Efecto adverso de anticoagulantes
V58.61	Uso prolongado de anticoagulantes (actual)
Hematuria debida a intoxicación por acenocumarol. El paciente reconoce que está tomando equivocadamente más dosis de la dosis de la prescrita.	
964.2	Envenenamiento por anticoagulantes
599.70	Hematuria no especificada
E858.2	Envenenamiento accidental por fármacos que afectan a la sangre
V58.61	Uso prolongado de anticoagulantes (actual)

Tabla 14-III. Secuenciación de códigos en intoxicaciones y RAM

INTOXICACIÓN	RAM
<p>Primer código:</p> <ul style="list-style-type: none"> Por Sustancias medicamentosas: Envenenamientos por drogas, sustancias medicamentosas y sustancias biológicas (960-979) Por Sustancias <u>no</u> medicamentosas: Efectos tóxicos de sustancias primordialmente no medicamentosas con respecto a su origen (980-989) 	<p>Primer código:</p> <ul style="list-style-type: none"> Si se conoce la manifestación de la RAM: Cualquier código del 001 al 999 que la describa Si no se conoce la manifestación de la RAM: 995.2X Efecto adverso no especificado de fármaco, sustancia medicamentosa y sustancia biológica.
<p>Código secundario Causa externa de la intoxicación (código E correspondiente)</p> <p>Manifestación producida por la intoxicación.</p>	<p>Código secundario: Causa externa de la RAM. (Código E930-E949)</p>

Tabla 14-IV. Clasificación de envenenamientos junto con las causas que lo derivan

Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Columna 7
Sustancia	Envenenamiento	CAUSAS EXTERNAS (CÓDIGOS E)				
		Accidente	Uso terapéutico	Intento suicidio	Agresión	Indeterminado
1-propranolol/ Zygadenus	960-989	E850-E869	E930-E949	E950-E952	E961-E962	E980-E982

14.10. OTROS EFECTOS DE CAUSAS EXTERNAS

Los códigos de la sección OTROS EFECTOS Y EFECTOS NO ESPECIFICADOS DE CAUSAS EXTERNAS (990-995) clasifican manifestaciones producidas por agentes físicos, de uso terapéutico o no, como temperatura, presión, luz, etc. y las producidas por otras causas externas no clasificadas en

otro sitio. Para su uso se deberá tener especial cuidado buscando mayor información en la historia clínica para asignar códigos más específicos.

14.11. MALOS TRATOS DE NIÑOS Y ADULTOS

- Los malos tratos infligidos a niños y adultos se codifican en las subcategorías **995.5 Síndrome de malos tratos de niños** y **995.8 Otros efectos adversos, especificados, no clasificados bajo otros conceptos**, la subclasificación de 5º dígito indica el tipo de maltrato.
- Cuando el resultado del maltrato son lesiones u otras condiciones médicas, los códigos de las subcategorías 995.5 y 995.8 deben ir secuenciados primero, seguidos de los códigos de las lesiones o condiciones médicas resultantes.
- Deben utilizarse códigos E para indicar la intencionalidad y el autor del maltrato. En los casos de negligencia cuando se determina que el propósito es accidental codifique **E904.0, abandono o descuido infantil o persona indefensa**.

Niño de seis meses traído por sus padres con golpe de calor. Lo dejaron sólo en el coche mientras hacían compras.

995.52	Abandono de niños
E900.0	Golpe de calor e insolación
E904.0	Abandono o descuido de niños y personas imposibilitadas

- Cuando la causa de una lesión/herida o negligencia sea un maltrato/abuso intencional al menor o adulto, el primer código E listado debería asignarse a las categorías E960-E968 (excepto la categoría E967). Un código E de la categoría E967 debería añadirse como un código adicional para identificar al responsable, si es conocido.

Mujer que refiere malos tratos por su marido, acude a nuestro hospital por herida en la frente tras recibir una paliza por su pareja

995.81	Malos tratos físicos a adultos
873.42	Herida abierta de frente sin complicación
E960.0	Pelea o reyerta sin armas
E967.3	Apaleamiento y otros malos tratos por el cónyuge o pareja

14.12. EFECTOS TARDÍOS

Son las secuelas producidas por una patología aguda padecida con anterioridad.

Resuelta la patología aguda, no existe un período de tiempo que condicione la aparición de un proceso que pueda ser definido como efecto tardío. El diagnóstico podrá estar expresado como:

- Tardío
- Debido a una lesión o enfermedad anterior
- Después de una lesión o enfermedad anterior
- Secuela de

▪ **Clasificación de los efectos tardíos**

La codificación de los efectos tardíos precisa el uso de tres códigos (codificación múltiple) para identificar los siguientes elementos:

- La secuela: Proceso actual debido a una patología previa ya resuelta. La búsqueda en el I.A., se realiza por el término de la afección actual
- La causa de la secuela: El efecto tardío de la patología original resuelta. La búsqueda en el I.A., se realiza por Tardío efecto.
- La causa externa: Código E de efecto tardío de la causa externa de la patología original ya resuelta. La búsqueda se realiza en el I.A. de causas externas por el término Efecto tardío.

Cicatriz retráctil de mano izquierda debida a quemadura por fuego

IAE:

Cicatriz (adherente) (contraída) (dolorosa) (viciosa) 709.2

Tardío véase además enfermedad específica

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

-- quemadura (traumatismo clasificable bajo 948 – 949)

--- extremidades

---- mano o muñeca (traumatismo clasificable bajo 944) 906.6

IACE:

Efecto tardío de

- fuego, accidente causado por (accidente clasificable bajo E890 – E899) E929.4

709.2 Estados cicatriciales y fibrosis de piel

906.6 Efecto tardío de quemadura de muñeca y mano

E929.4 Efectos tardíos de accidentes causados por incendio

- Habitualmente la secuela es el primer código en secuenciarse, pero existen excepciones en las que el índice alfabético proporciona la instrucción de secuenciar las secuelas a continuación de determinadas patologías. Cuando la secuela no esté descrita, el primer código corresponderá al del efecto tardío de la patología causal.

Las condiciones resultantes tras procedimientos quirúrgicos y médicos no complicados en el momento de su realización, no se consideran efectos tardíos y se clasifican en las categorías **E878 Intervención quirúrgica y otros procedimientos como causa de reacción anormal del paciente, o de complicación posterior, sin mención de accidente en el momento de realizarse** y **E879 Otras técnicas sin mención de accidente en el momento de practicarlas como causa de quirúrgicas y médicas como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior.**

▪ **Efectos tardíos de intoxicaciones y RAM**

Los efectos tardíos de reacciones adversas a medicamentos tienen peculiaridades en su clasificación frente a la norma general.

Tabla 14-V. Clasificación de efectos tardíos de RAM

CODIFICACIÓN DE LOS EFECTOS TARDÍOS DE REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOS	
Secuela	Código correspondiente de la secuela
Causa de la secuela	Código 909.5 Efecto tardío de reacción adversa a drogas, sustancias medicamentosas o sustancias biológicas
Causa externa (código E)	No existe código E de efecto tardío para esta condición. En su lugar se utilizará de forma obligatoria, un código de la sección FÁRMACOS Y SUSTANCIAS MEDICAMENTOSAS Y BIOLÓGICAS QUE CAUSAN EFECTOS ADVERSOS EN SU EMPLEO TERAPÉUTICO (E930 - E949)

Paciente con hipotiroidismo iatrogénico por Trangorex® (Amiodarona), ya no la toma desde hace años

244.3	Otros hipotiroidismos iatrogénicos
909.5	Efecto tardío de reacción adversa a drogas, sustancias medicamentosas o sustancias biológicas
E942.0	Reguladores del ritmo cardiaco

No serán considerados como efectos tardíos las manifestaciones producidas a largo plazo por un fármaco, prescrito y administrado adecuadamente y que en el proceso siga siendo aplicado, sino que serán considerados RAM.

La codificación de los efectos tardíos de las intoxicaciones sigue las normas generales de efectos tardíos.

Efectos tardíos de la Enfermedad Cerebrovascular Véase capítulo de cardiología (7.6.)

Efectos tardíos de complicaciones del embarazo Véase capítulo de embarazo

Efectos tardíos del periodo perinatal Véase capítulo de perinatal

Intoxicaciones debidas a abuso o dependencia de sustancias Ver capítulo de Psiquiatría (5.2).

15. COMPLICACIONES DE CIRUGÍA Y CUIDADOS MÉDICOS

La CIE9MC clasifica las complicaciones de cuidados quirúrgicos y médicos en distintos capítulos

- Las complicaciones de cuidados quirúrgicos y médicos que afectan a múltiples sitios o sistemas corporales, generalmente se encuentran clasificadas en las categorías 996 a 999.
- Las complicaciones que ocurren de forma específica en una localización anatómica, se clasifican en el capítulo correspondiente a ese sistema corporal.
- Las complicaciones del aborto, parto y puerperio se clasifican en el capítulo 11 de la CIE9MC.

15.1. DEFINICIÓN DE COMPLICACIÓN

Es la condición clínica que aparece como consecuencia de una cirugía o de otro cuidado médico. El término iatrogénico se utiliza para indicar que dicha condición es un resultado del tratamiento. Es importante tener en cuenta que no todas las complicaciones de cuidados son consecuencia de un cuidado incorrecto o inadecuado.

15.2. CARACTERÍSTICAS

Una condición se considera complicación de cirugía o de cuidados médicos cuando reúne las siguientes características:

- Debe de ser una condición que exceda a las que de forma habitual ocurren por ejemplo, en la cirugías protésicas articulares es habitual que se produzca una hemorragia abundante. Esta hemorragia no debe de considerarse una complicación a menos que así sea indicado por el clínico.
- Debe de existir una relación causa-efecto entre el cuidado proporcionado y la condición, y un diagnóstico médico que así lo exprese.
- En ocasiones la CIE9MC asume tal directamente esa relación.

Paciente intervenido cirugía gastrointestinal, debido a la cual presenta durante las 48 horas siguientes un cuadro de náuseas y vómitos.

564.3 Vómitos postcirugía gastrointestinal

- No existe límite de tiempo para el desarrollo de una complicación. Esta puede ocurrir durante el mismo episodio de hospitalización en el que se realiza el cuidado, poco después e incluso años más tarde.

Para la codificación de las complicaciones es imperativo utilizar el índice alfabético cuidadosamente y seguir todas las notas de instrucción. Existen una serie de entidades que no son consideradas nunca como complicaciones:

- Complicaciones por fármacos, tales como efectos adversos y envenenamientos debidos a agentes medicamentosos o a sustancias tóxicas:
 - Complicaciones de la anestesia
 - Quemaduras por aplicaciones locales e irradiación
 - Complicaciones de la propia enfermedad que causó la cirugía

15.3. LOCALIZACIÓN DE LOS CÓDIGOS DE COMPLICACIONES EN EL ÍNDICE ALFABETICO

- En primer lugar hay que identificar el término principal de la condición en el Índice alfabético y buscar un subtérmino que indique que ha sido debido a un procedimiento.

IAE

Adherencia(s), adhesivo (postinfeccioso) (postoperatorio)

- postoperatorias (tracto gastrointestinal) (*véase además* Adherencias, peritoneo) 568.0
- - párpado 997.99
- - - creadas quirúrgicamente V45.69
- - uretra 598.2

Colostomía

- mal funcionamiento 569.62

- Si no existe un subtérmino que clasifique una condición como postoperatoria, se buscará el término principal **Complicación** y a continuación un subtérmino adecuado, por:
 - Tipo de procedimiento: colostomía, diálisis, derivación, etc.
 - Lugar anatómico o sistema afectado: cardiaco, respiratorio, etc.
 - Términos generales: infección, injerto, procedimiento quirúrgico, etc.
 - Naturaleza de la complicación: Punción accidental, desgarro, etc.

IAE

Complicación(es) (de) (por)

- cardiaca (*véase además* Enfermedad, corazón) 429.9
- - dispositivo, implante o injerto NCOC 996.72
- - - efecto a largo plazo 429.4
- - - infección o inflamación 996.61
- - - mecánica (*véase además* Complicación(es), mecánica (s), por tipo) 996.00

15.4. CONDICIONES POSTOPERATORIAS NO CLASIFICADAS COMO COMPLICACIÓN

- Determinadas afecciones son condiciones residuales de la realización de un procedimiento determinado y no tienen ningún factor de complicación asociado.

722.80	Síndrome postlaminectomía
560.81	Adherencias intestinales postoperatorias con obstrucción
614.6	Adherencias pélvicas postoperatorias femeninas

- La anemia postoperatoria raramente se considera como una complicación de la cirugía. Cuando el médico sólo especifica anemia postoperatoria debe utilizarse el código **285.9 Anemia no especificada**, si el médico indica anemia postoperatoria por pérdida de sangre (aguda) el código apropiado es **285.1 Anemia posthemorrágica aguda** y si la pérdida de sangre postoperatoria es crónica, el **280.0 Anemia secundaria por pérdida de sangre (crónica)**, no se utiliza ningún código de complicación a menos que el médico indique que ha habido un sangrado postoperatorio excesivo.
- Cuando tras un proceso de cirugía ambulatoria el paciente se va de alta (aunque solo hayan sido unas horas) y contacta nuevamente por una complicación de la cirugía, el diagnóstico principal será el de la complicación.

Paciente programado para Cirugía Mayor Ambulatoria por hidrocele izquierdo, siendo intervenido de hidrocelectomía de túnica vaginal. Es dado de alta y reingresa 18 horas después por hemorragia de herida operatoria quedando ingresado para control de hemorragia.

998.11 Hemorragia que complica un procedimiento

- Cuando a un paciente se le realiza un procedimiento que ha sido programado y realizado como cirugía ambulatoria y, por cualquier circunstancia relacionada con la cirugía o bien no especificada, el paciente debe permanecer ingresado, conozcamos o no el motivo por el cual queda ingresado, el diagnóstico principal deberá corresponderse con el que motivó la cirugía. Si el ingreso se produce por una afección que no está relacionada en absoluto con la cirugía, el diagnóstico principal corresponderá a la patología que motivó el ingreso.

Paciente programado para CMA por hidrocele izdo, siendo intervenido de hidrocelectomía de túnica vaginal. La cirugía se prolonga más de lo previsto y se decide ingreso.

603.9 Hidrocele no especificado
61. 2 Escisión de hidrocele (de túnica vaginal)

Paciente programado para CMA por hidrocele izquierdo, siendo intervenido de hidrocelectomía de túnica vaginal. Durante el posoperatorio, presenta hemorragia de herida operatoria por lo que el paciente no es dado de alta y queda ingresado para control de hemorragia.

603.9 Hidrocele no especificado
998.11 Hemorragia que complica un procedimiento
61. 2 Escisión de hidrocele (de túnica vaginal)

Paciente programado para CMA por hidrocele izdo, siendo intervenido de hidrocelectomía de túnica vaginal. Previamente al alta, el paciente refiere que vive en un piso 3º sin ascensor, por lo que deciden dejarlo ingresado 24 hs.

603.9 Hidrocele no especificado
V60.1 Alojamiento inadecuado
61. 2 Escisión de hidrocele (de túnica vaginal)

Paciente programado para CMA por hidrocele izdo, siendo intervenido de hidrocelectomía de túnica vaginal. A las pocas horas desarrolla dolor torácico siendo diagnosticado de aneurisma de aorta torácico ingresando en planta para estudio y tratamiento.

441.2 Aneurisma torácico, sin mención de rotura.

- El dolor postoperatorio sólo se codifica cuando está documentado por el clínico como diagnóstico al alta, lo mismo sucede con las náuseas y los vómitos. Para la completa descripción del dolor es preciso utilizar códigos que describan la localización anatómica del mismo y códigos de la categoría **338 Dolor, no clasificado bajo otro concepto** para identificar al dolor como agudo o crónico. Por defecto, el dolor se considera agudo. La secuenciación de los mismos dependerá de las circunstancias del ingreso. Los códigos de la categoría 338 deben utilizarse como diagnóstico principal cuando la razón del ingreso es el tratamiento o control del dolor.

Dolor postoperatorio agudo ureteral en paciente dado de alta hace una semana

338.18 Dolor agudo postoperatorio
788.0 Cólico renal

15.5. COMPLICACIONES DERIVADAS DE LA PRESENCIA DE DISPOSITIVO, IMPLANTE O INJERTO INTERNO

Se clasifican en las subcategorías 996.0 - 996.7 que incluyen las complicaciones mecánicas y no mecánicas.

Complicaciones mecánicas

Las complicaciones mecánicas son fallos resultantes del dispositivo, implante o injerto interno debidos a circunstancias tales como desplazamiento, avería, malfuncionamiento, obstrucción, ruptura, protrusión, fugas, filtraciones, etc.

Perforación del útero por dispositivo anticonceptivo intrauterino	996.32
Desplazamiento del catéter de diálisis peritoneal	996.56
Desfibrilador cardiaco automático implantable defectuoso	996.04

La subcategoría **996.4 Complicación mecánica de dispositivo ortopédico interno, implante e injerto** tiene una subclasificación de 5º dígito que añade información sobre el tipo de complicación y requiere un código adicional de la subcategoría **V43.6 Articulación sustituida** para identificar que está implicada una prótesis articular, en este caso el quinto dígito identifica la localización anatómica de la prótesis.

Luxación de prótesis de cadera

996.42 Luxación de prótesis articular
V43.64 Estado de Sustitución de articulación de cadera

Complicaciones no mecánicas

Las complicaciones no mecánicas incluyen: La Infección e inflamación, el embolismo, la trombosis, la estenosis, el dolor, etc.

La infección o inflamación debida a dispositivo protésico interno, implante e injertos, se clasifica en la subcategoría **996.6 Reacción infecciosa e inflamatoria por dispositivo protésico interno, implante e injerto** y siguiendo los principios de codificación múltiple se deben usar códigos adicionales para identificar la infección causada.

Infección por catéter venoso periférico por estafilococo	
996.62	Infección por otros dispositivos, implantes o injertos vasculares
041.10	Infección por Staphilococo inespecífico

En la subcategoría **996.7 Otras complicaciones de dispositivo protésico interno, implante e injerto**, se clasifican complicaciones por dispositivo no especificadas y otras tales como, dolor, fibrosis, oclusión etc. El quinto dígito indica el tipo de dispositivo. Cuando la complicación sea el dolor postoperatorio debido a un dispositivo, se deben de utilizar códigos adicionales de la categoría 338 que identifiquen si el dolor es agudo o crónico.

Ingreso por dolor agudo en cadera derecha debido a prótesis articular. Se descarta luxación de la misma	
996.77	Otras complicaciones por prótesis interna de articulación
338.18	Dolor postoperatorio agudo
719.45	Dolor articular región pélvica y muslo
V43.64	Estado de sustitución de articulación de cadera

996.72 Otras complicaciones por otro dispositivo, implante e injerto cardiaco se utiliza para clasificar la estenosis u oclusión del stent intracoronario y la oclusión del injerto de derivación coronario siempre que el médico no especifique que la oclusión es debida a arteriosclerosis, en cuyo caso se utilizaran los códigos **414.02-414.05 Arterioesclerosis coronaria de injerto**.

15.6. COMPLICACIONES DE LOS ÓRGANOS TRASPLANTADOS

La subcategoría **996.8 Complicaciones de órgano trasplantado**, clasifica las complicaciones por trasplantes. El quinto dígito indica el órgano afectado. Se requiere el uso de codificación múltiple para describir completamente las complicaciones del órgano trasplantado.

Enfermedad injerto contra huésped aguda debida a complicación de trasplante de médula ósea

996.85	Complicaciones de órgano trasplantado, médula ósea
279.51	Enfermedad injerto contra huésped aguda

Carcinoma epidermoide de LSI en trasplante de pulmón

996.84	Complicaciones de órgano trasplantado, pulmón
199.2	Neoplasia maligna asociada a órgano trasplantado
M8070/3	Carcinoma epidermoide
162.3	Neoplasia maligna lóbulo superior, bronquio o pulmón
M8070/3	Carcinoma epidermoide

Trastorno linfoproliferativo postrasplante intestinal

996.87	Complicaciones de órgano trasplantado
238.77	Trastorno linfoproliferativo postrasplante (PTLD)
M9970/1	Enfermedad linfoproliferativa crónica

Las condiciones preexistentes o que se desarrollan posteriormente a la realización del trasplante, no se codifican como complicaciones a menos que afecten a la función del órgano trasplantado. Las complicaciones postquirúrgicas de un trasplante que no guardan relación con la función del órgano trasplantado, se clasifican en la correspondiente complicación específica. No se pueden utilizar conjuntamente un código de la subcategoría **V42.X Órgano o tejido sustituido por trasplante** con otro de la subcategoría 996.8 cuando se trate del mismo órgano. Si la complicación no afecta al órgano trasplantado, entonces se utilizará el código de complicación apropiado y otro de la subcategoría V42.X.

Infección de herida quirúrgica en paciente trasplantado de pulmón hace seis meses	
998.59	Otras infecciones postoperatoria
686.9	Infección local no especificada de la piel y los tejidos subcutáneos
V42.6	Órgano o tejido sustituido por trasplante, pulmón

15.7. COMPLICACIONES QUE AFECTAN A SISTEMAS CORPORALES ESPECIFICOS NO CLASIFICADAS EN OTRO LUGAR

Se clasifican en la categoría **997 Complicaciones que afectan a sistemas y aparatos corporales especificados, no clasificadas bajo otros conceptos**. Son códigos muy generales y con frecuencia necesitan código adicional para identificar la condición. No deben ser asignados sin que el médico documente que se trata de una complicación de la cirugía.

Atelectasia pulmonar complicación postoperatoria	
997.39	Otras complicaciones respiratorias
518.0	Colapso pulmonar

En las complicaciones cardíacas postoperatorias la CIE9MC hace diferencia entre las que ocurren durante el postoperatorio inmediato de cualquier cirugía cardíaca y las que se desarrollan como consecuencia funcional a largo plazo tras la cirugía (Véase capítulo circulatorio apartado 7.3.2.3 y 7.3.2.4).

La subcategoría **997.6** clasifica la **Complicación tardía de muñón de amputación**, y para la correcta codificación de estas entidades es preciso utilizar un código adicional de las subcategorías **V49.6 Estado de amputación de miembro superior** o **V49.7 Estado de amputación de miembro inferior** para indicar el miembro y el nivel de la amputación.

Neumonía asociada a ventilador (997.31), Véase capítulo respiratorio apartado 7.1.

15.8. OTRAS COMPLICACIONES DE PROCEDIMIENTOS NO CLASIFICADAS EN OTRO LUGAR

La categoría **998 Otras complicaciones de procedimientos, no clasificadas bajo otros conceptos**, clasifica un grupo misceláneo de complicaciones. Los códigos de esta categoría son bastante específicos por lo que no suelen precisar código adicional. A continuación detallamos algunas subcategorías y ejemplos de uso frecuente.

- **998.1 Hemorragia, hematoma o seroma que complican un procedimiento.**

Paciente operado de colon, tras la intervención, se le diagnostica de hemoperitoneo postoperatorio	
998.11	Hemorragia que complica un procedimiento
568.81	Hemoperitoneo (no traumático)
E878.8	Otras intervenciones y técnicas quirúrgicas especificadas como causa de reacción anormal del paciente o complicación posterior, sin mención de accidente en el momento de realizarse

Paciente que ingresa para estudio de cateterismo cardiaco: coronario grafía, presentando en la zona de punción un hematoma

- 998.12 Hematoma que complica un procedimiento**
- E879.0 Cateterismo cardiaco sin mención de accidente en el momento de practicarlo como causa de reacción anormal del paciente o complicación posterior**

- **998.2 Punción o laceración accidental durante un procedimiento**, clasifica los desgarros y laceraciones accidentales, no debe utilizarse código adicional del órgano lesionado.

Paciente que sufre durante cirugía abdominal una perforación en íleon

- 998.2 Punción o laceración accidental durante un procedimiento**
- E870.0 Corte perforación o hemorragia accidental durante intervención quirúrgica**

Desgarro accidental de duramadre durante punción lumbar

- 349.31 Punción o desgarro accidental de la duramadre durante un procedimiento**
- E870.5 Corte, punción, perforación o hemorragia accidental durante cuidados, aspiración de líquidos o tejido, punción o cateterismo**

- **998.3 Disrupción de herida**. La dehiscencia de herida consiste en la interrupción parcial o total de alguna o de todas las capas de una herida operatoria.

Paciente intervenido en un ingreso anterior, de herida con sección de tendón, al que se le realizó una sutura del mismo. Ingresar por dehiscencia de la sutura del tendón

- 998.31 Disrupción de herida operatoria interna**
- E878.8 Otras intervenciones y técnicas quirúrgicas especificadas como causa de reacción anormal del paciente o complicación posterior, sin mención de accidente en el momento de realizarse**

Paciente intervenido de cirugía abdominal, que en el postoperatorio presenta una dehiscencia de la herida quirúrgica externa

- 998.32 Disrupción de herida operatoria externa**
- E878.9 Otras intervenciones y técnicas quirúrgicas no especificadas como causa de reacción anormal del paciente o complicación posterior, sin mención de accidente en el momento de realizarse**

Paciente ingresado para recambio valvular aórtico por insuficiencia aórtica, que a los dos días de la cirugía, se le diagnostica una dehiscencia esternal

- 424.1 Trastornos de la válvula aórtica**
- 998.31 Disrupción de la herida operatoria interna**
- E878.1 Intervención quirúrgica con trasplante de órgano completa como causa de reacción anormal o complicación posterior sin mención de accidente en el momento de realizarse**

En ocasiones, las heridas posquirúrgicas pueden tener una curación retardada o incluso no cicatrizar, en estos casos se utilizará el código **998.83 Heridas quirúrgicas sin cicatrizar**.

Un cuerpo extraño dejado accidentalmente en una herida operatoria se clasifica como complicación de procedimiento en **998.4 Cuerpo extraño dejado accidentalmente durante un procedimiento**.

15.9. COMPLICACIONES DE CUIDADOS MEDICOS NO CLASIFICADAS EN OTRO LUGAR

Los códigos de la categoría **999 Complicaciones de cuidados médicos no clasificadas bajo otro concepto** clasifican condiciones que son consecuencia de la asistencia médica más que de la cirugía, siendo la extravasación, una de las complicaciones más frecuentes de las incluidas en esta categoría.

La extravasación se define como la salida accidental de las sustancias intravenosas perfundidas hacia los tejidos adyacentes. Los fármacos que pueden causar reacciones en el lugar de la inyección pueden ser irritantes o vesicantes. Las vesicantes son sustancias químicas que en contacto con la piel o membranas mucosas producen irritación y ampollas. Su acción va desde la irritación leve de la piel a la ulceración y fuertes quemaduras, llegando a producir la destrucción de los tejidos. Los siguientes códigos se asignan para clasificar complicaciones de infusión y/o trasfusión:

999.81. Extravasación de quimioterapia vesicante

999.82. Extravasación de otro agente vesicante

999.88. Otra reacción por infusión

999.89. Otra reacción por trasfusión

Paciente que ingresa para tratamiento con cisplatino por cáncer de pulmón, produciéndose una extravasación del mismo durante la infusión

V58.11	Admisión para quimioterapia antineoplásica
162.9	Neoplasia maligna de bronquios y pulmón, parte no especificada
M8000/3	Neoplasia maligna
999.81	Extravasación de quimioterapia vesicante
E933.1	Efecto adverso de fármacos antineoplásicos e inmunosupresores
99.25	Inyección o infusión de sustancia quimioterápica contra el cáncer

Paciente en tratamiento con pantomicina intravenosa que sufre una extravasación de dicho fármaco

999.82	Extravasación de otro agente vesicante
E930.3	Efecto adverso de Eritromicina y otros macrólidos

Flebitis en el brazo secundaria a perfusión de CLK

999.2	Otras complicaciones vasculares
451.84	Flebitis y tromboflebitis de venas no especificadas de miembros superiores
E944.5	Efecto adverso de agentes que afectan al equilibrio electrolítico

15.10. COMPLICACIONES FRENTE A CUIDADOS POSTERIORES

Es importante diferenciar entre la admisión de un paciente por complicaciones de cuidados médicos o quirúrgicos de la admisión por seguimiento o cuidados posteriores. Los cuidados posteriores se clasifican en la CIE9MC entre las categorías V50 a la V58.

Ingreso para extracción de fijación interna en el fémur	V54.01
Ingreso por rotura de fijación interna del fémur	996.49
Ingreso para extracción de prótesis de mama desplazada	996.54

15.11. CUIDADOS QUIRÚRGICOS Y MÉDICOS COMO CAUSAS EXTERNAS

La CIE9MC proporciona dos tipos de códigos E para identificar cuidados médicos o quirúrgicos como causa de una complicación. Las categorías E870-E876 clasifican los accidentes de pacientes ocurridos durante un cuidado médico o quirúrgico. Las categorías E878-E879 clasifican los cuidados médicos o quirúrgicos como causa de reacción anormal del paciente o de complicaciones posteriores, sin mención de un infortunio o accidente en el momento de realizar la técnica.

Cistitis debida a reacción adversa a radioterapia

595.82 Cistitis radiación

E879.2 Técnica radiológica y radioterapia sin mención de accidente en el momento de realizarla como causa de reacción anormal o complicación posterior

Gasa dejada inadvertidamente en cavidad abdominal durante laparotomía

998.4 Cuerpo extraño dejado accidentalmente durante un procedimiento

E871.0 Cuerpo extraño dejado dentro del cuerpo durante una intervención quirúrgica

Complicaciones del trasplante de riñón. Véase capítulo genitourinario apartado 11.7.

Hipertensión – Hipotensión postoperatoria. Véase capítulo Cardiología Ap. 7.2.11

16. CLASIFICACIÓN DE FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD

La clasificación suplementaria de factores que influyen en el estado de salud y contactos con los servicios sanitarios (V01-V89) complementa la CIE9MC, permitiendo la codificación de circunstancias diferentes a enfermedades o lesiones propiamente dichas.

16.1. NORMAS GENERALES DE USO DE LOS CÓDIGOS V

Hay cuatro circunstancias fundamentales para el uso de los códigos V:

- Cuando una persona que actualmente no está enferma contacta con los servicios de salud por una razón específica, tal como actuar como donante de órgano, recibir cuidados profilácticos, vacunaciones, cribaje de salud o recibir asesoramiento en asuntos relacionados con la salud.
- Cuando una persona con una enfermedad o lesión resuelta, o una afección crónica o de larga duración que requiere atenciones continuadas, contacta con servicios de salud para cuidados posteriores específicos de la enfermedad o lesión (ej. diálisis para enfermedad renal, quimioterapia por cáncer, cambio de yeso). Sin embargo, cuando el paciente está siendo atendido por un síntoma o tratado por un diagnóstico de enfermedad aguda, se debe usar el código del diagnóstico/síntoma correspondiente.
- Cuando existen circunstancias o problemas que influyen en el estado de salud, pero no son enfermedades o lesiones actuales (ej. paciente portador de marcapasos).
- En recién nacidos, para indicar el estado al nacimiento.

▪ **Uso de los Códigos V como diagnóstico principal o secundario**

Algunos códigos V se consideran adecuados como diagnóstico principal en situaciones específicas. Otros se asignan como diagnósticos secundarios cuando es importante señalar los antecedentes, las situaciones postratamiento o problemas que afectan al cuidado del paciente. Y por último, algunos códigos pueden ser adecuados tanto como diagnóstico principal como secundario, dependiendo de las circunstancias que motivaron el ingreso del paciente, estando relacionado este último concepto con la práctica clínica de las entidades hospitalarias.

Como norma general, los códigos V se usan como diagnóstico principal en hospitalización en las siguientes situaciones:

- Para indicar que una persona con una enfermedad o lesión ya resuelta o una condición crónica es atendida para un tratamiento específico, como en el caso de retirada de clavos ortopédicos.
- Para señalar que el paciente es visto para el único propósito de una terapia específica, como radioterapia, quimioterapia, o diálisis.
- Para indicar que una persona que no está actualmente enferma se pone en contacto con el área de hospitalización para una razón específica, como actuar como donante de órganos, para recibir tratamiento profiláctico o recibir ayuda psicopedagógica.
- Para indicar el estado de nacimiento de los recién nacidos (ver capítulo perinatal).

Los códigos V se asignan como códigos adicionales de diagnóstico en los siguientes casos:

- Para indicar que un paciente tiene antecedentes personales o familiares relevantes, o bien plantea un estado de salud u otro problema que no es en sí mismo una enfermedad o lesión, pero que puede influir en el cuidado del paciente.
- Para indicar el resultado del parto en el alta de las pacientes de obstetricia.

Cuando mediante los códigos V se indique la razón de un contacto sanitario, como por ejemplo la realización de un procedimiento diagnóstico-terapéutico, se debe añadir el código del procedimiento realizado que ha motivado el contacto. En caso de que dicho procedimiento no se lleve a cabo, la clasificación también permite identificar esta situación mediante un código de la categoría V64.

16.2. TÉRMINOS DE LOCALIZACIÓN DE LOS CÓDIGOS V EN EL ÍNDICE ALFABÉTICO

La búsqueda en el Índice Alfabético de la Clasificación puede presentar problemas de localización de los términos de entrada, por la peculiaridad de las circunstancias contempladas en esta clasificación suplementaria. En la siguiente tabla se recogen algunos de los términos más frecuentes:

Tabla 16-I. Términos de búsqueda

TÉRMINOS DE BÚSQUEDA	
Admisión para	Estado (posterior)
Ausencia	Examen
Colocación (de)	Extracción (de)
Contacto	Historia (personal) de
Cribaje	Largo periodo (actual) de uso de medicamentos
Cuidados posteriores	Observación (por)
Dependencia (de)	Problema (de) (con)
Donante	Rehabilitación
Embarazo supervisión	Resultado del parto

16.3. CATEGORÍAS DE LOS CÓDIGOS V

▪ Contacto/exposición

La categoría V01 indica contacto con o exposición a la enfermedad transmisible. Se utiliza en pacientes que no muestran ningún signo o síntoma de enfermedad, pero que estuvieron expuestos a ella por contacto personal o por encontrarse en una zona epidémica.

Paciente expuesto a carbunco
V01.81 Contacto con o exposición a carbunco

▪ **Inoculación y vacunaciones**

Corresponden a las categorías V03-V06. Se emplean para clasificar los episodios de personas que acuden al centro para vacunación. Como procedimiento se codifica la inyección de la vacuna.

Paciente vacunado de Difteria-Tétanos-Tosferina

V06.1 Necesidad de vacunación e inoculación profiláctica contra [DTT] [DTaP]
99.39 Administración de vacuna combinada de difteria-tétanos-tosferina

▪ **Estado**

Estos códigos identifican situaciones de portador de infecciones, y aquellos estados del paciente posteriores al tratamiento de una enfermedad como es el caso de las aperturas artificiales, bypass-aortocoronario o de los portadores de prótesis.

En general, no deben utilizarse cuando se produzca una complicación relacionada con la situación de dicho estado, salvo en aquellas situaciones que exista una instrucción en la Lista Tabular, que así lo indique:

Paciente atendido por infección de prótesis de cadera. En este caso, el código de estado de prótesis de cadera, aporta información sobre la localización anatómica, que no está incluida en el código de complicación, siendo necesario referenciar ambas condiciones:

996.66 Reacción infecciosa por prótesis interna articular
V43.64 Estado de prótesis de cadera

Es importante la distinción entre los códigos de antecedentes y de estado. Los códigos de antecedentes indican que el problema ya no existe, mientras que los códigos de estado indican que la condición está presente.

Los códigos/categorías de estado, en general, se asignan como diagnósticos adicionales, salvo las excepciones que se puntualizan en las categorías o subcategorías siguientes:

- **V02 Portador o sospechoso de ser portador de enfermedades infecciosas.** Indica que una persona tiene el microorganismo específico de una enfermedad sin manifestaciones, y es capaz de transmitir la infección. Estos códigos pueden ser asignados como diagnóstico principal o secundario.
- **V07.5X Uso de fármacos que afectan a los receptores niveles de estrógenos.** Este código indica si una paciente ha recibido un medicamento para la prevención del cáncer que afecta a los receptores o al nivel de estrógenos.
- **V08 Estado de infección VIH, asintomático**
- **V09 Infección por microorganismos resistentes a drogas.** Esta categoría indica que el paciente tiene una infección resistente al tratamiento, asignándose el código de la infección correspondiente, como diagnóstico principal.
- **V21 Estados constitucionales durante el desarrollo**
- **V22.2 Estado de embarazo, incidental.** Se utilizará sólo cuando el embarazo no presenta complicaciones, de otra forma se utilizaría un código del capítulo de Obstetricia.

- **V26.5X Estado de esterilización**
- **V42 Órgano o tejido sustituido por trasplante**
- **V43 Órgano o tejido sustituido por otro medio**
- **V44 Estado de apertura artificial**
- **V45 Otros estados posteriores a un procedimiento**
- **V46 Otra dependencia de máquinas y dispositivos**
- **V49 Otros procesos que influyen en el estado de la salud:**
 - V49.6 Estado de amputación de miembro superior**
 - V49.7 Estado de amputación de miembro inferior**
 - V49.8X Otros procesos especificados que influyen en el estado de la salud.** Por ejemplo: El código **V49.81 Estado postmenopáusico asintomático (natural) (relacionado con la edad)**, excluye las situaciones de trastornos debidos a dicho estado, y las distingue del código de la categoría **627 Trastornos menopáusicos y postmenopáusicos**, que definen sus complicaciones.
- **V58.6 Uso prolongado de medicación (actual).** Esta subcategoría indica el uso continuado de una medicación prescrita (incluyendo conceptos como terapia con aspirina) para el tratamiento prolongado de una enfermedad, o como uso profiláctico. No se puede usar para pacientes con adicción a drogas que se encuentre por ejemplo en tratamiento con metadona.
- **V83 Estado de portador genético.** Esta categoría indica que una persona porta un gen asociado a una enfermedad que no padece, pero que puede transmitir a su descendencia. Como excepción, el código **V83.02 Portador sintomático de Hemofilia A**, se utiliza cuando la portadora (mujer), tiene tendencia hemorrágica por presentar baja concentración de factor de coagulación.
- **V84 Susceptibilidad genética a la enfermedad.** Esta categoría indica que una persona porta un gen que incrementa el riesgo de desarrollar la enfermedad.
- **V86 Estado de los receptores estrogénicos**
- **V88 Ausencia adquirida de otros órganos y tejidos**

▪ **Problema**

Los códigos de las categorías V60 a V63 se usan para indicar ciertos problemas que pueden afectar al cuidado del paciente e impedir el seguimiento satisfactorio del régimen recomendado, como por ejemplo: Problemas en el hogar, inadaptación social, cuestiones económicas o laborales.

Las categorías V60 y V62 sólo pueden ser utilizadas como diagnósticos adicionales. Las categorías V61 y V63 pueden ser usadas tanto como diagnósticos secundarios como principal. En hospitalización, sin embargo, sólo es admisible como diagnóstico principal el código **V61.21 Asesoramiento a las víctimas de malos tratos infantiles.**

▪ **Historia de**

Mediante los códigos V se pueden identificar los tipos de antecedentes, personales (categorías V10 a V15 y V87) y familiares (categorías V16 a V19):

- **Historia personal:** reflejan una condición que ya no existe y por la que no recibe tratamiento, pero que tiene una potencial recurrencia y requiere cierto seguimiento. Las excepciones a esta regla general, son la categoría **V14 Historia personal de alergia a agentes medicamentosos** y la subcategoría **V15.0 Historia personal de alergia, salvo alergia a agentes medicamentosos.**

El hecho de haber tenido un episodio alérgico a un medicamento o a un alimento en el pasado, podría suponer que se considere a la persona siempre alérgico a esta sustancia.

- **Historia familiar:** se asignan cuando la causa del proceso asistencial objeto del estudio se debe a que en la familia del paciente uno o más miembros padecieron una determinada enfermedad.

Las categorías correspondientes a historia personal pueden asociarse a códigos de estudio de enfermedades y de seguimiento y las de historia familiar a códigos de cribaje de enfermedades mediante pruebas o procedimientos. Sólo pueden ser utilizados como códigos adicionales en hospitalización de agudos.

▪ **Cribaje (búsqueda)**

Los códigos de las categorías **V73** hasta **V82 Exámenes especiales de investigación**, se utilizan para clasificar las pruebas realizadas para identificar una enfermedad o los precursores de una enfermedad con el propósito de una detección y tratamiento precoz para aquellos casos en que la prueba resulte positiva. La investigación se realiza en individuos aparentemente sanos que no presentan síntomas ni signos relacionados con la enfermedad. Si los exámenes de investigación identifican la patología, se asigna el código de la enfermedad correspondiente en lugar del código de dichas categorías. Se debe añadir un código para identificar el procedimiento realizado.

El cribaje prenatal se clasifica en la categoría V28. Estos códigos permiten identificar alteraciones prenatales en el feto mediante el estudio de la madre para su detección y posible tratamiento precoz si fuera preciso.

Una paciente con antecedentes familiares de carcinoma de mama en su madre, tía y hermana mayor, acude para la realización de una mamografía

V76.11	Cribaje con mamografía para pacientes de alto riesgo
V16.3	Historia familiar de carcinoma de mama
87.37	Otras mamografías

▪ **Observación**

Los códigos de observación se emplean en situaciones muy limitadas. Se utilizan en los casos en que se sospecha una enfermedad que posteriormente se descarta. No se usan, si está presente una lesión o enfermedad, o síntomas y signos relacionados con la afección sospechada.

Se dispone de tres categorías:

- **V29 Observación y evaluación del R.N. y niños por sospecha de enfermedades no encontradas**
- **V71 Observación y evaluación por sospecha de enfermedades no encontradas**
- **V89 Sospecha de otras enfermedades no encontradas**

Cuando se establece un diagnóstico relacionado, se asignará el código para esta enfermedad, síntoma o signos, en lugar de un código de la categoría V89, V71 o V29 en el caso de un recién nacido.

Las categorías V29, V71 y V89 se asignan sólo como diagnóstico principal o razón de ingreso, nunca como diagnóstico secundario. La categoría V71, normalmente se asigna como código único, salvo en las siguientes excepciones:

- Cuando una afección crónica requiere cuidados u observación durante la estancia, se puede asignar un código adicional para dicha afección. No se deben codificar las condiciones crónicas que no afecten a la estancia del paciente.
- Cuando el paciente ingresa con síntomas inespecíficos que por su historia familiar hace sospechar una enfermedad maligna que posteriormente no se confirma. En este caso, se debe añadir un código de historia familiar de enfermedad neoplásica maligna.
- Cuando la admisión se realiza con el propósito de descartar una enfermedad grave, como una conmoción cerebral, se asignan como códigos adicionales las lesiones menores que presente el paciente, como quemaduras o contusiones. Esta excepción está basada en el hecho de que las lesiones menores, por sí mismas, no requieren hospitalización.

▪ **Cuidados postratamiento**

Los códigos de cuidados postratamiento (V51-V58) se emplean cuando el tratamiento inicial de una enfermedad o lesión se ha completado, pero el paciente requiere cuidados continuos durante su curación, la fase de recuperación o por los efectos a largo plazo de su enfermedad. Estos códigos no se pueden utilizar cuando los cuidados se dirigen a una enfermedad o lesión aguda actual.

Las únicas excepciones a esta regla son las admisiones cuya finalidad corresponde a procesos de diálisis (V56.X), quimioterapia (V58.11), radioterapia (V58.0) e inmunoterapia (V58.12). Cuando el contacto se produce tanto para radioterapia como quimioterapia, se asignan ambos códigos, y se ordenan en función de la razón del ingreso.

La admisión para cuidados postratamiento incluye generalmente cuidados planificados, como por ejemplo, la colocación de un dispositivo protésico e implante (V52.x), el tratamiento de una apertura artificial (V55.x) o la retirada de una fijación interna (V54.01).

La categoría **V57 Cuidados que implican el empleo de procedimientos de rehabilitación** se asigna solo como diagnóstico principal cuando el paciente ingresa para una rehabilitación posterior a una enfermedad o lesión previa, indicando el cuarto dígito el tipo de tratamiento. Se utiliza un código adicional para la afección resultante o secuela que requiere rehabilitación, pero no se deberá añadir el código de la enfermedad o lesión original que generó la discapacidad. Si se realiza más de un tratamiento rehabilitador en la misma atención, sólo será necesario aplicar un código de la categoría V57, concretamente el **V57.89 Otros procedimientos de rehabilitación especificados**.

Los códigos postratamiento (cuidados posteriores) generalmente se utilizan como diagnóstico principal para explicar la razón del ingreso. Ocasionalmente se pueden usar como códigos adicionales cuando el cuidado se aplica durante un ingreso para el tratamiento de una enfermedad no relacionada con él. Por ejemplo, el cierre de una colostomía durante admisión para el tratamiento de una lesión provocada por un accidente de automóvil.

Cuando el paciente es ingresado a causa de una complicación de un tratamiento previo, se asignará el código correspondiente del capítulo de complicaciones y no estos códigos V.

Los códigos de cuidados posteriores pueden ser usados en combinación con otros códigos de la misma categoría, siempre que aporten información y no esté expresamente excluido por las normas de la clasificación. Por ejemplo:

- Los códigos que identifican los cuidados tras cirugía de sistemas específicos del cuerpo (V58.71-V58.78), para neoplasias (V58.42) y herida y traumatismos (V58.43), se deben usar junto con los códigos V de herida postoperatoria, cuidados de vendaje, cuidados de estoma y otros códigos similares, para que se identifique mejor el cuidado correspondiente.
- Al utilizar los códigos **V54.1X Cuidados posteriores para la consolidación de fractura traumática**, si la atención va dirigida al tratamiento o cuidados posteriores de una fractura traumática, no es necesario añadir **V58.43 Cuidados postquirúrgicos por lesión y traumatismo**. Sin embargo, si el paciente acude para cuidados posteriores de una fractura traumática y de otras heridas, se acepta el uso de ambos códigos.
- Del mismo modo, no es necesario el uso de dos códigos, uno de la subcategoría **V58.7 Cuidados postquirúrgicos para otros aparatos o sistemas especificados, no clasificables bajo otro concepto** y otro de la subcategoría **V58.4 otros cuidados postquirúrgicos**, si el paciente acude para cuidado quirúrgico por una herida o traumatismo o neoplasia, asignándose sólo un código de la subcategoría V58.4.

Los códigos de cuidados posteriores pueden ser acompañados de un código de estado, siempre que la información que se aporta no esté incluida en dicho código de cuidados posteriores. Por ejemplo:

- El código **V45.81 Estado de desviación aortocoronaria**, puede asignarse para completar la información en una atención de cuidados posteriores tras cirugía del aparato circulatorio (V58.73).

▪ Seguimiento

Los códigos V de seguimiento se distribuyen en dos categorías:

- **V24 Cuidados y examen postparto**
- **V67 Examen de seguimiento**

Los códigos de seguimiento permiten clasificar la revisión o vigilancia a la que se somete el paciente tras el tratamiento completo de su enfermedad, lesión o problema. En estos casos no debe existir recurrencia de la enfermedad, ni otra patología relacionada como hallazgo en la revisión, ni sintomatología, ni recibir tratamiento dirigido a la enfermedad. Asimismo, los códigos de seguimiento no deben confundirse con los códigos V de cuidados posteriores.

Podrán utilizarse en cada una de las revisiones a las que acuda el paciente, hasta que cambie el motivo de la atención.

Es preciso añadir el código correspondiente de historia personal u otro estado del paciente para reflejar el motivo de la atención médica.

Un paciente asintomático al que se intervino mediante una resección del colon descendente un año antes, es ingresado para la realización de una colonoscopia con objeto de evaluar la anastomosis y determinar la existencia de recurrencia de malignidad. La colonoscopia prueba que la anastomosis es normal y no hay evidencia de la recurrencia del cáncer.

V67.09	Revisión de seguimiento posterior a otra intervención quirúrgica
V10.05	Historia personal de neoplasia maligna de intestino grueso
45.23	Colonoscopia

- **Donantes**

En la categoría V59 se clasifican los donantes de sangre, órganos o tejidos corporales. Se refieren a donantes para otras personas y no se utilizarán en donaciones para sí mismos (autotrasplantes), ni en los casos de donaciones de cadáveres.

- **Asesoramiento**

Los códigos de asesoramiento se utilizan cuando un paciente o un miembro de su familia recibe consejos sobre una enfermedad o lesión, o bien cuando se requiere apoyo por problemas familiares o sociales. Si el asesoramiento está implícito en el tratamiento, no será necesario codificarlo.

V61.11	Asesoramiento a las víctimas de malos tratos por parte del cónyuge o pareja
V62.83	Asesoramiento al autor de los malos tratos físicos/sexuales

- **Otros códigos V**

Recogen otros motivos de contacto con los servicios sanitarios que no se encuentran clasificados en ninguna otra categoría. Mención especial, se debe hacer a la situación de atención para cuidados paliativos.

Los cuidados paliativos se plantean como una alternativa a tratamientos agresivos para pacientes que se encuentran en la fase terminal de cualquier tipo de enfermedad. El código **V66.7 Admisión para tratamiento paliativo** no puede ser utilizado como diagnóstico principal, por lo que si el paciente ingresa para cuidados paliativos por una enfermedad subyacente, neoplasia, SIDA u otras enfermedades terminales se codificará en primer lugar dicha enfermedad. La secuencia de códigos sería la misma si el paciente ingresado hubiera estado sometido a tratamientos agresivos de su enfermedad de base y llegado a un punto de deterioro o de no respuesta al tratamiento, se decidiera tratamiento paliativo.

Paciente diagnosticado de carcinoma de pulmón en estado terminal, que ingresa para cuidados paliativos	
162.9	Neoplasia maligna de bronquios y pulmón, parte no especificada
M/80103	Carcinoma maligno
V66.7	Admisión para tratamiento paliativo

Códigos obstétricos. Véase capítulo 10 de Obstetricia

Recién nacidos y niños Véase capítulo 12 de Perinatal

17. CAUSAS EXTERNAS DE LESIONES E INTOXICACION (CÓDIGOS E)

La CIE9MC contiene una clasificación complementaria de causas externas de lesiones e intoxicaciones, comprendidas en las categorías E000-E999. Los códigos E son alfanuméricos y siempre adicionales a los códigos diagnósticos comprendidos en los 17 primeros capítulos de la lista tabular de enfermedades. Su propósito es describir circunstancias, acontecimientos, condiciones ambientales, accidentes, fármacos o lugares que detallan la naturaleza de la lesión o envenenamiento.

La finalidad del uso de esta clasificación suplementaria es facilitar datos para investigar las causas de las lesiones y con ello planificar estrategias de investigación y prevención de posibles accidentes o intoxicaciones.

La CIE9MC tiene su propio índice alfabético de Causas Externas de Lesiones y Envenenamientos ubicada tras el Índice Alfabético de Enfermedades y la Tabla de Fármacos y Químicos; en este índice los términos principales más habituales son accidente, caída, choque, golpeado, suicidio, etc... Vinculada a ella, está el listado tabular de Clasificación Suplementaria de Causas Externas de Lesiones e Intoxicaciones (E000-E999), posterior a la clasificación de Códigos V, que define unívocamente conceptos que reiteradamente son utilizados en los Códigos E.

Los códigos E se encuentran estructurados en tres ejes:

- **Causa de la intoxicación o lesión**
- **Intencionalidad:** Accidental, Intencional, Ataque, Suicidio
- **Lugar del acontecimiento**

Fractura bimalleolar de tobillo por caída desde un árbol

824.4 **Fractura bimalleolar tobillo**
E884.9 **Otra caída de un nivel a otro**

Intento de suicidio tras ingesta de Benzodiazepinas

969.4 **Envenenamiento por tranquilizantes Benzodiazepinas**
E950.3 **Suicidio y envenenamiento autoinfligido por tranquilizantes y otros agentes psicotrópicos**

Choque eléctrico en taller de carpintería

994.8 **Electrocución y efectos no fatales de corriente eléctrica**
925.2 **Instalaciones eléctricas, dispositivos y maquinaria eléctrica industrial**
E849.3 **Lugar y locales industriales**

17.1. NORMAS GENERALES

- **Obligatoriedad.** Siempre que concurra una lesión o intoxicación es obligatorio codificar todas las causas externas que las describan.
- **Nunca pueden ser diagnóstico principal,** estos códigos dan información adicional y deben secuenciarse después de cualquier código de las categorías 001-999 que indique lesión, envenenamiento o efecto adverso.

- Se asignará el código E apropiado únicamente para contactos iniciales en el tratamiento de lesiones, envenenamientos o efectos adversos de medicamentos, pero no para tratamientos subsiguientes. La excepción a esta norma es la fractura aguda. Para las fracturas, el código E puede asignarse cuando los códigos de fractura aguda son todavía aplicables.

- **Codificación múltiple.** Deben secuenciarse tantos códigos como sean necesarios para explicar causa, lugar e intencionalidad, proporcionando información lo más profusa posible sobre el mecanismo lesional. Si dos sucesos causan lesiones diferentes, deberá utilizarse un código E para cada uno de ellos. Si una lesión es debida a dos o más causas se secuenciará primero el de la causa inmediata. Jerarquía de los códigos E:

- Maltrato
- Terrorismo
- Catástrofes
- Accidentes de transporte

El primer código E deberá corresponder a la causa del diagnóstico más grave debido a agresión, accidente o autolesión, siguiendo el orden jerárquico listado arriba salvo que alguna nota de instrucción de la clasificación indique otra prioridad.

- **Propósitos sospechados o desconocidos**

Si el propósito (accidente, auto lesión, agresión) de una lesión o envenenamiento es desconocido o inespecífico se codificará el propósito como indeterminado E980-E989.

Si el propósito (accidente, autolesión, agresión) de la lesión o envenenamiento es discutible, probable o sospechado se codificará el propósito como indeterminado E980-E989.

- **Causas indeterminadas**

Cuando el propósito de una lesión o envenenamiento es conocido, pero la causa es desconocida, se utilizan los códigos **E928.9 Accidente no especificado**, **E958.9 Suicidio o autolesión por medio inespecífico**, y **E968.9 Agresión por medio inespecífico**.

17.2. CLASIFICACIÓN DE CAUSAS EXTERNAS

Las situaciones que recogen los Códigos E son muy diversas, quedando resumidas y clasificadas en las siguientes categorías:

ACCIDENTES DE TRANSPORTE (E800-E848)
 LUGAR DE ACONTECIMIENTO (E849)
 INTOXICACIONES (E850-E869)
 ACCIDENTES Y COMPLICACIONES DE CUIDADOS (E870-E879)
 ACCIDENTES (E880-E928)
 EFECTOS TARDIOS DE LESION ACCIDENTAL (E929)
 VIOLENCIA (E950-E999)
 ACTIVIDAD (E001-E030)

- **Accidentes de transporte (E800-E848)**

Un accidente de transporte (E800 – E848) es cualquier accidente que implica un dispositivo

diseñado principalmente o empleado fundamentalmente, en el momento del accidente, para transportar personas o mercancías de un sitio a otro.

Tienen la consideración de Accidentes de transporte, los de todo tipo de vehículos, con o sin colisión y todo tipo de medio (terrestre, acuático, aéreo...).

Los accidentes que impliquen **maquinaria agrícola y de construcción** se considerarán como accidentes de transporte sólo cuando dichos vehículos se desplazan bajo su propia fuerza en una carretera.

A la hora de la codificación tendremos en cuenta las notas excluyentes que la CIE nos indica de cada categoría y de las descripciones de cada tipo de accidentes según las características de cada vehículo.

En los accidentes de transporte el cuarto dígito lo usaremos para identificar a la persona lesionada. En cada categoría de accidente (ferroviario, vehículo motorizado, embarcaciones, transporte aéreo...) existe una clasificación que identifica la persona lesionada.

Ciclista arrollado por tren cuando cruzaba la vía	E805.3	Ciclista golpeado por material rodante
Paciente lesionado tras colisión en vía pública por pérdida de control de su vehículo	E815.0	Conductor de vehículo en otro accidente de tráfico de vehículo motorizado con colisión en la vía pública
Niño traído por su madre tras ser arrollado por un tractor mientras montaba a caballo	E821.5	Persona montada a lomos de un animal con Accidente no de tráfico con implicación de otro vehículo motorizado de campo travesía
Paciente lesionado tras caída de bicicleta	E826.1	Ciclista con accidente de bicicleta a pedales

Los accidentes de vehículos que no hemos podido clasificar bajo ninguna de las categorías anteriores, se codificarán en las categorías E846 – E848.

Paciente traído por un familiar tras caída desde el telesilla	E847	Accidentes con implicación de vagones con tracción por cable que no funciona sobre raíles
---	-------------	--

▪ **Lugar de acontecimiento (E849)**

Describe el lugar donde ocurre el suceso: hogar, vía pública, lugar y locales de recreo, Institución residencial, etc. Se localizan en el Índice Alfabético bajo el término principal accidente. Estos códigos se secuencian después de los que los identifica la actividad.

IACE

Accidente

- Que tiene lugar en

Fractura de hueso nasal por caída desde un monopatín en el parque	802.0	Fractura de huesos nasales, cerrada
	E885.2	Caída de monopatín
	E849.4	Lugar de recreo y deporte

Si el lugar del suceso no está señalado no se usará el código **E849.9 Lugar de acontecimiento sitio no especificado**.

▪ **Accidentes y complicaciones de cuidados (E870-E879)**

En estas categorías se clasifican:

- Accidentes fortuitos ocurridos durante cuidados quirúrgicos y médicos (E870-E876) tales como:
 - Perforación o hemorragia accidental en procedimiento
 - Cuerpo extraño dejado durante técnica
- Técnicas quirúrgicas y médicas como causa de reacción anormal de paciente o de complicaciones posteriores sin mención de accidente en el momento de la realización de la técnica (E878-E879) tales como :
 - Desplazamiento prótesis implantadas
 - Rechazo a órganos trasplantados
 - Complicaciones de técnicas (cateterismo cardiaco)

▪ **Accidentes (E880-E928)**

Dentro de estas categorías están incluidos:

- Caídas accidentales
- Accidentes causados por fuego y llamas, incluyendo la asfixia o envenenamiento por incendio o combustión
- Accidentes por factores naturales y ambientales
- Accidentes causados por sumersión (ahogamientos) , asfixia y cuerpos extraños (atragantamiento y aspiración de comida en tracto respiratorio)
- Otros accidentes (choque con personas, accidentes causados por maquinaria, accidentes de caza...)

Si se conoce, el lugar donde ha tenido lugar el accidente (hogar, vía pública...), deberá ser codificado

▪ **Violencia (E950-E999)**

Dentro de estas categorías se engloban los sucesos intencionados de:

- Suicidio
- Homicidio y lesiones intencionadas
- Terrorismo
- Lesiones de guerras
- Lesiones indeterminadas

Estas últimas se usan cuando no se especifica o no se puede determinar si las lesiones han sido debidas a un accidente (involuntario), a un suicidio o a una agresión. En general cuando se desconozca la intencionalidad del acontecimiento se codificará como accidental.

Dentro de este apartado merece la pena distinguir el abuso de personas (Ver capítulo 14.11). Hay que resaltar que los códigos E que identifican los abusos en niños y adultos tienen prioridad sobre todos los demás códigos E. Se entiende por abuso todas aquellas lesiones que han sido infringidas por otra persona. Estas lesiones pueden haber sido causadas de dos formas:

- Propósito accidental E904.0
- Propósito intencional E960-E968

▪ **Actividad (E001-E030)**

Esta nueva sección, en vigor a partir del 1 de enero de 2012, se utilizará para indicar la actividad que causa o contribuye a una lesión o condición de salud. A diferencia de otros códigos E, que se usan para informar de las causas externas de traumatismos y envenenamientos, estos códigos de actividad se pueden utilizar con patologías o condiciones de salud que aparezcan como resultado de la actividad realizada.

Paciente que ingresa por infarto agudo de miocardio de pared anterolateral mientras hacía senderismo por la montaña

410.01	IAM de la pared anterolateral, episodio de atención inicial
E001.0	Actividades que incluyen excursionismo, marcha y senderismo
E849.8	Otros sitios especificados

Estos códigos pueden ser utilizados tanto para las lesiones agudas como para las que se producen a largo plazo por efectos acumulativos de la actividad. Se deben añadir los códigos E correspondientes a el motivo de la causa, la intención y el lugar del suceso.

Paciente diagnosticado de epicondilitis lateral del codo, tras molestias de varios meses de evolución, el paciente juega regularmente al golf.

726.32	Epicondilitis lateral
E006.2	Golf

Intoxicaciones (E850-E869). Véase capítulo 14.8

Reacciones adversas a medicamentos (E930-E949). Véase capítulo 14.9

Efectos tardíos de lesión accidental (E929). Véase capítulo 14.15

Información y dudas sobre codificación

Para cualquier información, duda o consulta dirigirse a:

Servicio de Información de Actividad Sanitaria
Instituto de Información Sanitaria.
Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
Pº del Prado, 18-20.
28014 MADRID.
Telf.: 91 596 15 65 - 91 596 40 89.
E-Mail: icmbd@mspsi.es

Se autoriza la reproducción total o parcial de este documento siempre que sea para uso no comercial y haciendo referencia al documento:
«Instituto de Información Sanitaria. Manual de codificación CIE9MC. Madrid. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad».

Disponibles en Centro de Publicaciones:
publicaciones@mspsi.es

El Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) es uno de los registros administrativos de mayor alcance dentro del conjunto de sistemas de información sanitaria siendo una de las principales fuentes de datos para los diferentes niveles de la organización sanitaria. El núcleo fundamental de la información que contiene el CMBD es la información clínica del episodio asistencial, los diagnósticos y procedimientos que son codificados con la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Revisión Modificación Clínica (CIE9MC). La CIE9MC constituye por tanto la base para la normalización de esta información y su utilización requiere de la existencia de reglas que unifiquen criterios de aplicación para lo cual en el año 1994 se creó la Unidad Técnica de la CIE9MC (UT-CIE9MC).

En el año 2010, la UT-CIE9MC decide abordar el proyecto de actualización del Manual de Usuario con el objetivo de realizar una revisión de las normas de codificación y su aplicación, acompañándolas no sólo de cuadros resúmenes si no también de ejemplos clarificadores que faciliten la comprensión de la normativa.

Mejorar la precisión y la exactitud de la codificación, ha sido el principal objetivo que se ha perseguido en la realización de este manual. Para ello ha sido preciso trabajar en la unificación de los criterios de codificación así como en la normalización del sistema de codificación. Dicha normalización requiere el aprendizaje de una metodología común para la codificación.

