

# CODIFICACIÓN CLÍNICA CON LA CIE-9-MC

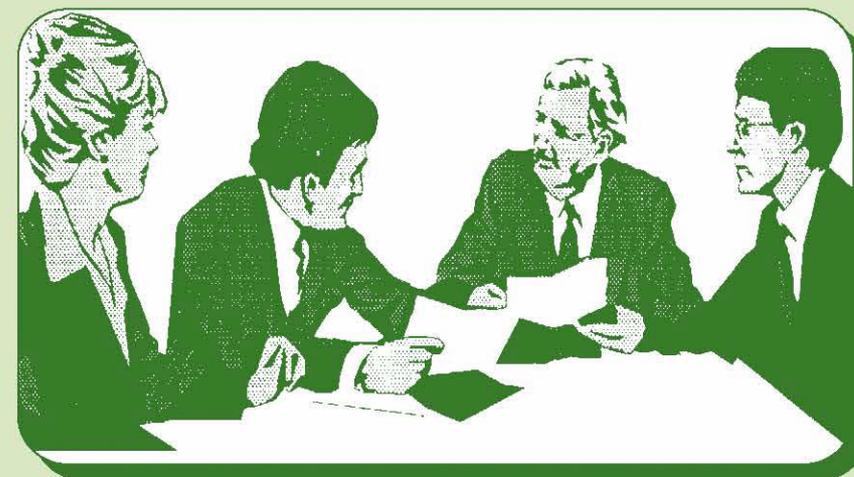
UNIDAD TÉCNICA DE LA CIE-9-MC PARA  
EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

APARATO RESPIRATORIO

Boletín número 26

Año X

Octubre, 2006



**Instituto de Información Sanitaria**

**CODIFICACION CLINICA CON LA CIE-9-MC**

**UNIDAD TECNICA DE LA CIE-9-MC PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

**APARATO RESPIRATORIO**

**Boletín número 26**

**octubre, 2006**

**COORDINACION EDITORIAL:**

Rogelio COZAR RUIZ

**AUTORES:****Comunidad Autónoma de Aragón**

Dra. M<sup>a</sup> Dolores del Pino Jiménez

**Asesor Clínico**

Dr. Francisco Conget López

Jefe de Sección del Servicio de Neumología.Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” de Zaragoza.

**Comunidad Autónoma de Cataluña**

M.Mercè Bombardó Alemany

M.Carmen Díaz Peinó

Gemma Gelabert Colomé

Montserrat López Heredero

Rosa Montoliu Valls

Rosario Muñoz Gallarín

Pilar Navarro Arranz

Maria Raurich Seguí

Eugènia Sarsanedas Castellanos

Teresa Soler Ros

Ilu de Tord Herrero

M.Antònia Várez Pastrana

**Por la Sociedad Española de Patología Respiratoria, han colaborado como consultoras:**

Dra. Inmaculada Alfigame Michavila

(Presidenta del Comité de Calidad Asistencial de la Sociedad Española de Patología Respiratoria)

Dra. Myriam Calle Rubio

(Miembro del Comité de Calidad Asistencial de la Sociedad Española de Patología Respiratoria)

**MIEMBROS PERMANENTES DEL COMITÉ EDITORIAL:**

Araceli DÍAZ MARTÍNEZ

M<sup>a</sup> Dolores del PINO JIMENEZ

Pedro SOLIS CAMINO

Petra A. LLUL CALDENTY

M<sup>a</sup> Coromoto RODRIGUEZ DEL ROSARIO

Pilar FABO NAVARRO

Carmen VILCHEZ PERDIGON

Abel FERNANDEZ SIERRA

Gemma GELABERT

Belén BENEITEZ MORALEJO

Guillermo RODRIGUEZ MARTINEZ

Adolfo CESTAFE MARTÍNEZ

Ana VARA LORENZO

M<sup>a</sup> Gala GUTIERREZ MIRAS

L. Javier LIZARRAGA DALLO

M<sup>a</sup> Isabel MENDIBURU PEREZ

Jorge RENAU TOMAS

Carmen SALIDO CAMPOS

Arturo ROMERO GUTIERREZ

Isabel DE LA RIVA JIMENEZ

Julio ASTUDILLO RODRIGUEZ

**MIEMBROS ASESORES DEL COMITÉ EDITORIAL:**

Pedro MOLINA COLL  
M<sup>a</sup> Teresa DE PEDRO  
Montserrat LOPEZ HEREDERO  
Jovita PRINTZ  
Soledad SAÑUDO GARCIA  
M<sup>a</sup> Luisa TAMAYO CANILLAS  
Román GARCIA DE LA INFANTA  
José DEL RIO MATA  
Pilar RODRIGUEZ MANZANO  
Esther VILA RIBAS  
Elena ESTEBAN BAEZ  
José Alfonso DELGADO  
Irene ABAD PEREZ  
José M<sup>a</sup> JUANCO VAZQUEZ  
Teresa SOLER ROS  
José Ramón MENDEZ MONTESINO  
Javier YETANO LAGUNA  
Margarita LLORIA BERNACER  
M<sup>a</sup> Mar SENDINO GARCÍA  
Fernando PEÑA RUIZ  
Eloísa CASADO FERNANDEZ  
Jesús TRANCOSO ESTRADA  
Eduard GUASP SITJAR  
Paz RODRIGUEZ CUNDIN  
M<sup>a</sup> Antonia VÁREZ PASTRANA  
Joan FERRER RIERA  
Vicent ALBEROLA CUÑAT  
Paloma FERNANDEZ MUÑOZ  
Fernando ROJO ROLDAN  
María RAURICH SEGUI

**SECRETARIA:**

Esther GRANDE LOPEZ

## UNIDAD TECNICA DE LA CIE-9-MC

Desde el año 1995 en que con el nº 0 aparece un monográfico sobre codificación de las patologías del Aparato Respiratorio, no se había revisado ni actualizado dicha codificación. La Unidad Técnica de la CIE-9-MC, consciente de la dificultad que entraña la codificación de algunos procesos, aborda con este boletín la actualización no sólo de los conceptos, sino también la puesta al día de la códigos que deben asignarse en patologías cuya codificación ofrece en ocasiones, bastante dificultades al codificador, como es el caso de la insuficiencia respiratoria como fracaso respiratorio y de la que se publicó la normativa de codificación en el boletín nº 24, de junio de 2005.

Este boletín ha sido elaborado por los equipos de codificación de las Comunidades Autónomas de Aragón y Cataluña y a propuesta de la Unidad Técnica en su reunión de noviembre de 2005, ha contado con la revisión y supervisión de la Dra. Inmaculada Alfageme Michavila (Presidenta del Comité de Calidad Asistencial de la Sociedad Española de Patología Respiratoria) y de la Dra. Myriam Calle Rubio (miembro del Comité de Calidad Asistencial de dicha Sociedad), a quienes agradecemos desde estas líneas su valiosa colaboración.

Como en boletines anteriores, se han incorporado las correcciones de algunas de las erratas que se han detectado en la 5ª edición de la CIE-9-MC.

Rogelio Cózar Ruiz  
Responsable de la Unidad Técnica  
de la CIE-9-MC

## **FE DE ERRATAS DETECTADAS EN LA 5ª EDICIÓN DE LA CIE-9-MC (continuación)**

1. En la página 253. Donde dice:  
**Fatiga**  
- crónica, síndrome de 780.79  
Debe decir:  
**Fatiga**  
- crónica, síndrome de 780.71
  
2. En la página 313. Donde dice:  
**Hiperglucemia 790.6**  
Debe decir:  
**Hiperglucemia 790.29**
  
3. En la página 315. Donde dice:  
**Hiperplasia, hiperplásico**  
- próstata 600.90  
- - adenomiofibromatosa 600.2  
Debe decir:  
**Hiperplasia, hiperplásico**  
- próstata 600.90  
- - adenomiofibromatosa 600.20
  
4. En la página 1229  
**783.4 Falta del desarrollo fisiológico normal previsto en la infancia**  
  
*Excluye:*  
*enanismo hipofisario (259.3). El código correcto del enanismo hipofisario es 253.3*
  
5. En la página 1377. Donde dice:  
**76.52 Intestino delgado**  
Debe decir:  
**V76.52 Intestino delgado**
  
6. En la página 1813. Donde dice:  
**88.65 Flebografía del sistema venoso portal utilizando un medio de contraste**  
Debe decir:  
**88.65 Flebografía de otras venas intraabdominales utilizando un medio de contraste**

# TEMA MONOGRÁFICO

## APARATO RESPIRATORIO

### ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO.

---

#### 1. LARINGITIS/LARINGOTRAQUEÍTIS/EPIGLOTITIS.

##### 1.1. Concepto clínico.

- La laringitis es una inflamación de la laringe generalmente asociada con ronquera o pérdida de la voz.
- La laringotraqueítis y el crup consisten en una inflamación alrededor de las cuerdas vocales, con dificultad respiratoria acompañada por tos "perruna," común en bebés y en niños.
- La epiglotitis es la inflamación del cartílago que cubre la tráquea. Se presenta con mayor frecuencia en los niños entre los 2 y 6 años de edad.
- La supraglotitis es la inflamación de las mucosas que compromete la porción supraglótica de la laringe por encima de las cuerdas vocales verdaderas, abarcando la epiglotis, pliegues ariepiglóticos, faringe y cartílago aritenoides.

La gravedad de la laringitis, de la laringotraqueítis o la epiglotitis agudas se determina por la presencia o no de obstrucción.

En la mayoría de los casos de supraglotitis y epiglotitis aguda el organismo causal es el *Haemophilus influenzae* tipo B. También pueden estar presentes el *Estreptococo*, el *Estafilococo Aureus* y distintos virus.

##### 1.2. Codificación.

La laringitis, laringotraqueítis y la epiglotitis se codifican según se mencione o no la presencia de obstrucción en la categoría 464 "Laringitis y traqueítis agudas".

#### 2. NEUMONÍA / BRONCONEUMONÍA/ NEUMONITIS.

##### 2.1. Concepto clínico.

- La inflamación del parénquima pulmonar, generalmente de causa infecciosa, se denomina comúnmente neumonía.
- El término bronconeumonía apenas se usa como diagnóstico y hace referencia a formas extensas, generalmente bilaterales y graves tanto en el aspecto clínico como en la repercusión funcional sobre el paciente. El término no figura en muchos índices alfabéticos de materias en tratados de neumología ya que conceptualmente es similar a neumonía.
- Aunque la entrada al Índice Alfabético por el término "neumonitis" nos conduce al código 486 "Neumonía, organismo no especificado", como si no se pudiera establecer diferencia entre los términos de neumonía y neumonitis, éste último se usa más especialmente en la "neumonitis por hipersensibilidad" (o Alveolitis alérgica extrínseca) y en las "neumonitis obstructivas" (infecciones pulmonares distales a obstrucción bronquial localizada, generalmente de causa neoplásica).

A nivel clínico, los términos de neumonía y bronconeumonía implican una etiología infecciosa para la inflamación del parénquima, mientras que la neumonitis nunca es infecciosa, puede estar producida por diferentes agentes físicos o desconocidos, pero implican un cuadro de enfermedad intersticial que ocasiona restricción y de curso subagudo o crónico, a diferencia de la neumonía y nunca se trata con antimicrobianos.

## 2.2. Codificación.

- Si existe código de combinación, se asignará el código correspondiente que será del Capítulo 1: Enfermedades infecciosas o parasitarias o del Capítulo 8: Enfermedades del Aparato Respiratorio, según indique el Índice Alfabético.

Ejemplos:

- Neumonía debida a Estafilococo Aureus 482.41
- Neumonía por Salmonella 003.22

- Si se necesita codificación múltiple:

- Código principal: El correspondiente del Capítulo 1: Enfermedades infecciosas o parasitarias.

- Código asociado: El correspondiente del Capítulo 8: Enfermedades del Aparato Respiratorio.

Ejemplos:

- Neumonía en fiebre tifoidea:

002.0 “Fiebre tifoidea” + 484.8 “Neumonía en otras enfermedades infecciosas clasificadas bajo otro concepto”

- Neumonía por ántrax:

022.1 “Ántrax pulmonar” + 484.5 “Neumonía en ántrax”

El código 482.89 “Neumonía por otras bacterias especificadas” necesita de un código adicional que indique el organismo causal.

2.2.1. En los casos de neumonía sin más especificación y donde no se identifique el microorganismo, se usará el código 486 “Neumonía, organismo sin especificar”.

2.2.2. Neumonía LOBULAR o Bronconeumonía, cuando no se conoce el germen causal: 485 “Bronconeumonía, organismo sin especificar”.

2.2.3. Neumonía LOBAR, por organismo no especificado o neumonía BASAL: 481 “Neumonía neumocócica [neumonía por *Streptococo pneumoniae*]”.

La neumonía que menciona el lóbulo afectado no se codifica con este código, excepto si indica la presencia del *Streptococo pneumoniae*.

Esta norma es válida siempre y cuando en la documentación no aparezca información que señale otra etiología como la causa de la neumonía.

2.2.4. Neumonía por aspiración: 507.X

En el caso de que sea debida a la aspiración de gérmenes o se produzca sobreinfección, al código 507 “Neumonitis por sólidos y líquidos” se añadirá un código de las categorías 480-483 para indicar el germen causante de la neumonía.

2.2.5. 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 (tumor, cuerpo extraño...), se codifican las dos patologías con la secuencia que determinen las circunstancias de ingreso.

2.2.6. Neumonía por Gram (-):

NEOM: 482.83 “Neumonía por otras bacterias gram-negativas”.

Anaerobios: 482.81 “Neumonía por anaerobios”.

Si se especifica el microorganismo, es preciso buscar entre los modificadores esenciales del Índice.

2.2.7. Neumonía por Gram (+): 482.9 “Neumonía bacteriana no especificada”.

Si se especifica el microorganismo, es preciso buscar entre los modificadores esenciales del Índice.

2.2.8. Neumonía vírica: Categoría 480 “Neumonía viral”.

2.2.9. Neumonía por Pneumocystis: 136.3 “Neumocistosis”

Es una infección pulmonar, frecuente en pacientes con Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida. En estos casos se codificará primero la enfermedad (042), añadiéndose como secundario el código de la neumonía.

También aparece en pacientes inmunodeprimidos por otras causas (neoplasias, desnutrición severa, etc.).

2.2.10. Neumonía por Legionella: 482.84 “Enfermedad del legionario”.

2.2.11. Aspergilosis:

Aspergilosis broncopulmonar alérgica: 518.6 “Aspergilosis broncopulmonar alérgica”.

Es una neumonía eosinófila causada por una reacción alérgica al hongo. No es una infección por Aspergillus.

Neumonía debida a aspergilosis: 117.3 “Aspergilosis” + 484.6 “Neumonía en aspergilosis”

El estado de portador o de colonización, sin infección, de Aspergillus, se codificaría en el código V02.9 “Portador o sospechoso de ser portador de otro organismo infeccioso especificado”.

2.2.12. Neumonía bacteriana mixta:

Si se mencionan cada uno de los organismos implicados, se codifican todos ellos con el código correspondiente.

2.2.13. Neumonía intersticial (o Neumopatía intersticial): 516.8 “Otras neumopatías alveolares y parietoalveolares especificadas”.

Dentro de este grupo hay distintas formas anatomopatológicas entre las que se incluye la Fibrosis pulmonar, la Bronquiolitis obliterante con neumonía organizada (BONO), etc. y otras por causas conocidas como las secundarias a colagenosis, radioterapia, fármacos, etc. Es muy importante diferenciarlas de las infecciones.

FPI (UIP, DIP, LIP )	516.3
Proteinosis alveolar	516.0
Bronquiolitis obliterante con neumonía organizada (BONO)	516.8
Neumopatía intersticial no filiada	516.9
Neumopatía intersticial postquimioterapia	516.9 + E933.1
Neumopatía intersticial secundaria Amiodarona	516.9 + E942.0
Neumopatía intersticial difusa en LES	710.0 + 517.8
Neumopatía intersticial difusa en esclerosis sistémica	710.1 + 517.2
Neumopatía intersticial difusa en otras colagenosis	710.9 + 517.8
Neumopatía intersticial difusa en artritis reumatoide	714.0 + 517.8
Amiloidosis pulmonar	277.3 + 517.8
Histiocitosis X pulmonar	277.8 + 517.8
Sarcoidosis torácica	135 + 517.8
Neumopatía intersticial por Asbesto	501 + 517.8
Silicosis	502
Alveolitis alérgica extrínseca	495.9
Eosinofilia pulmonar	518.3

### **3. ABSCESO PULMONAR.**

#### 3.1. Concepto clínico.

Es una infección del parénquima pulmonar que cursa con necrosis del foco inflamatorio. Se le llama también “neumonía necrotizante” porque es muy difícil distinguir ambos procesos y uno puede ser continuación del otro. Cuando se aprecia bien localizado y con límites perceptibles con claridad se suele diagnosticar absceso. Tiene pues, mucha dependencia de la interpretación de la imagen radiológica.

#### 3.2. Codificación.

- Sólo existe un código de combinación: 006.4 “Absceso amebiano pulmonar”.
- En el resto se necesita codificación múltiple:

Código principal: Categoría 513 “Absceso de pulmón y mediastino”.

Código asociado: El del germen.

### **4. INFECCIÓN RESPIRATORIA.**

#### 4.1. Concepto clínico.

Se diagnostica cuando no se puede definir un proceso localizado. En muchos casos equivaldría a traqueobronquitis aguda o incluso a infecciones de vías respiratorias más altas. En el uso común quiere expresar que el empeoramiento de un enfermo crónico (EPOC, Asma, Bronquiectasias, Enfermedad Intersticial, etc.) parece obedecer a un proceso respiratorio difuso en el que, además, no se conoce el agente causal.

#### 4.2. Codificación.

Se utiliza la subcategoría 519.8 “Otras enfermedades del aparato respiratorio, no clasificadas bajo otro concepto”.

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

#### 5.1. Concepto clínico.

Es una entidad clínica caracterizada por una limitación al flujo aéreo (obstrucción) de carácter permanente (crónica), producida tanto por anomalías en las vías aéreas (bronquitis) como en el parénquima pulmonar (enfisema). Son muy raros los tipos puros o con claro predominio de bronquitis o enfisema: lo más habitual es la mezcla de elementos de una y otro en diferente proporción.

#### 5.2. Codificación.

5.2.1. 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”.

5.2.2. 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, no se contempla esta condición, por lo que se asignará el código general de la patología sin diferenciar entre exacerbación o no.

5.2.3. En caso de EPOC CON BRONQUITIS AGUDA el código a utilizar será el 491.22 “Bronquitis crónica obstructiva con bronquitis aguda”.

5.2.4. La presencia de BRONCOESPASMO y la INSUFICIENCIA RESPIRATORIA sin criterios gasométricos (786.09 “Otra diseña y alteración respiratoria”) no se codifican al estar implícitas en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

5.2.5. HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL: El código 519.1 “Otras enfermedades de tráquea y bronquios no especificadas de otra manera”, se utiliza cuando la causa del broncoespasmo o la hiperreactividad bronquial no se ha identificado.

5.2.6. 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).

## **6. BRONQUIECTASIAS.**

### 6.1. Concepto clínico.

Consisten en una dilatación irreversible de uno o varios bronquios a consecuencia de lesiones en la pared bronquial.

### 6.2. Codificación.

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

En caso de EPOC (no especificada de otra manera) 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 “1” añadiendo el/los código/s adicional/es en caso de conocerse el/los germen/es causante/s.

Ejemplos:

- Bronquiectasia infectada por Pseudomona:

494.1 “Bronquiectasia con exacerbación aguda” + 041.7 “Infección por Pseudomona”

- Bronquiectasia infectada por germen no especificado:

494.1 “Bronquiectasia con exacerbación aguda” + 041.9 “Infección bacteriana no especificada”

## **7. ASMA BRONQUIAL.**

### 7.1. Concepto clínico.

Es una enfermedad inflamatoria de las vías aéreas con obstrucción reversible e hiperreactividad bronquial.

El asma con EPOC supone la implantación en un asmático de una obstrucción bronquial poco o nada reversible ni espontáneamente ni con tratamiento, por diferentes mecanismos posibles; mantiene las características clínicas del asma pero su tratamiento y control es más difícil y complejo.

En la bronquitis obstructiva o asmática crónica pueden darse condiciones clínicas habituales o exacerbaciones con gran componente obstructivo (semejante al de la crisis asmática) expresado por intensa disnea, sibilancias diseminadas y alteraciones graves de flujos espiratorios y gasometría, pero no hay historia ni datos complementarios que sugieran asma bronquial.

### 7.2. Codificación.

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. También puede utilizarse cuando se documenta una crisis grave de asma, asma intratable o ataque asmático severo y prolongado.

Así mismo, el jadeo NEOM (786.07 “Jadeo”) no es sinónimo de asma.

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

Cuadro resumen de la Exacerbación/Descompensación de enfermedad respiratoria crónica:

	NEOM	Reagudizado/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

## 8. LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA COMO FRACASO RESPIRATORIO.

### 8.1. Concepto clínico.

Se define como aquel estado o situación en el que los mecanismos fisiológicos pulmonares son incapaces de mantener cifras de la PO<sub>2</sub> arterial por encima de 60 mmHg.

Implica:

- pO<sub>2</sub> < 60 mm.Hg y/o pCO<sub>2</sub> > 45 mm.Hg y pH < 7,35.
- Saturación de oxígeno medida mediante pulsioximetría por debajo de 90%.

En los niños no es habitual la petición de los valores de la gasometría. Para evaluar el grado de insuficiencia respiratoria en estos casos, se utilizan escalas que evalúan diferentes parámetros (frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, presencia o no de tiraje intercostal, etc.) aunque habitualmente, se considera que existe insuficiencia cuando se precisa la utilización de oxigenoterapia.

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

- Aguda: Con los criterios gasométricos comentados (pO<sub>2</sub>, pCO<sub>2</sub>), de instauración reciente (518.81 “Fracaso respiratorio agudo”).
- Crónica: Cuando la pO<sub>2</sub> 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”).

### 8.2. Codificación.

Sólo se codificará la insuficiencia respiratoria cuando esté perfectamente documentada por el clínico. Los criterios gasométricos anteriormente comentados deben considerarse únicamente como apoyo al diagnóstico clínico.

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”.

● La insuficiencia respiratoria será diagnóstico principal cuando el médico responsable establezca que es la condición que origina el ingreso en:

- Enfermedad crónica no respiratoria.
- Enfermedad respiratoria (aguda, crónica o crónica reagudizada).

● Cuando un paciente es ingresado con insuficiencia respiratoria y otro proceso agudo (por ejemplo: infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, etc), la selección del diagnóstico principal dependerá de las circunstancias de admisión.

Ejemplos:

1. Paciente con miastenia grave con exacerbación aguda que desarrolla insuficiencia respiratoria global. El paciente es ingresado debido al fracaso respiratorio.

Diagnóstico principal: 518.81 “Fracaso respiratorio agudo”

Diagnóstico secundario: 358.01 “Miastenia grave con exacerbación (aguda)”

2. Paciente ingresado de forma urgente para tratamiento de fracaso respiratorio agudo producido por su enfisema pulmonar.

Diagnóstico principal: 518.81 “Fracaso respiratorio agudo”

Diagnóstico secundario: 492.8 “Otros enfisemas”

3. 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.

Diagnóstico principal: 518.81 “Fracaso respiratorio agudo”

Diagnóstico secundario: 428.0 “Insuficiencia cardíaca congestiva, no especificada”

4. Un paciente con estatus asmático desarrolla fracaso respiratorio agudo e ingresa en el hospital para tratamiento del mismo.

Diagnóstico principal: 518.81 “Fracaso respiratorio agudo”

Diagnóstico secundario: 493.91 “Asma no especificada, con estado asmático”

● 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.

● Por otra parte, hay que tener en cuenta que 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.

Ejemplos:

1. Un paciente al que se le diagnostica sobredosis de cocaína ingresa en el hospital con fracaso respiratorio agudo.

Diagnóstico principal: 970.8 “Envenenamiento por otros estimulantes especificados del sistema nervioso central”

Diagnósticos secundarios:

518.81 “Fracaso respiratorio agudo”

305.60 “Abuso de cocaína, sin dependencia, no especificado”

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

Diagnóstico principal: 042 “Síndrome de inmunodeficiencia adquirida”.

Diagnósticos secundarios:

518.81 “Fracaso respiratorio agudo”

136.3 “Pneumocistosis”

3. Un paciente es ingresado en el hospital con grave sepsis por *Estafilococo aureus* y fracaso respiratorio agudo.

Diagnóstico principal: 038.11 “Septicemia por *Estafilococo aureus*”.

Diagnóstico secundario:

995.92 “Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica por un proceso infeccioso con disfunción orgánica”.

518.81 “Fracaso respiratorio agudo”.

4. Una paciente, puérpera, ingresa en el hospital como resultado de una embolia de pulmón que ocasiona un fracaso respiratorio agudo.

Diagnóstico principal: 673.24 “Embolia obstétrica por coágulo sanguíneo, estado o complicación postparto”.

Diagnóstico secundario: 518.81 “Fracaso respiratorio agudo”

## **9. DISTRESS RESPIRATORIO DEL ADULTO.**

### 9.1. Concepto clínico.

Se puede definir como una insuficiencia respiratoria aguda y refractaria a oxigenoterapia, que se desarrolla en el contexto de un edema pulmonar de permeabilidad, en pulmones previamente sanos.

Se da en una serie de circunstancias patológicas diversas:

- Causas tóxicas:

Aspiración de hidrocarburos.

Inhalación de sustancias irritantes (ej.: cloro, NO<sub>2</sub>, humo, ozono, altas concentraciones de oxígeno, humos de metales, gas mostaza)

Paraquat.

Opiodes (ej.: heroína, morfina, dextropropoxifeno o metadona).

- Causas no tóxicas: Aspiración pulmonar (frecuentemente ocurre en el contexto de una intoxicación).

Enfermedad sistémica aguda severa tales como infección/sepsis, embolia grasa, trauma o shock.

Post intervención quirúrgica.

No suele acompañarse de retención de CO<sub>2</sub>, pero implica insuficiencia gasométrica siempre: de hecho, también se define como hipoxemia refractaria.

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

9.2. Codificación.

Códigos 518.82 “Otras insuficiencias pulmonares no clasificadas bajo otro concepto” y 518.5 “Insuficiencia pulmonar después de trauma e intervención quirúrgica”.

## **10. HIPERTENSIÓN PULMONAR Y COR PULMONALE.**

10.1. Concepto clínico.

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.

Constituye la respuesta del árbol vascular pulmonar ante enfermedades que afectan al parénquima pulmonar, a las paredes de los vasos o que obstruyen su luz por trombosis o embolismos, o bien secundaria a enfermedades cardíacas.

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

10.2. Codificación.

10.2.1. Hipertensión Pulmonar con cor pulmonale crónico: 416.8 “Otras enfermedades cardiopulmonales crónicas”.

10.2.2. Hipertensión Pulmonar con cor pulmonale agudo: 415.0 “Cor pulmonale agudo”.

10.2.3. Hipertensión Pulmonar primaria: 416.0 “Hipertensión pulmonar primaria”.

10.2.4. Hipertensión pulmonar NEOM: 416.8 “Otras enfermedades cardiopulmonales crónicas”.

10.2.5. Cor pulmonale NEOM o crónico: 416.9 “Enfermedad cardiopulmonar crónica no especificada”.

10.2.6. Cor pulmonale agudo: 415.0 “Cor pulmonale agudo”.

## **11. DERRAME PLEURAL.**

11.1. Concepto clínico.

Está asociado a condiciones respiratorias, cardíacas y a otras enfermedades. Generalmente, sólo se usa el código de la causa fundamental. Si el derrame fue tratado o evaluado por separado, entonces el código 511.9 puede ser usado (opcional) como un código secundario al código de la causa.

11.2. Codificación.

11.2.1. Derrame tuberculoso:

- 012.0X “Pleuresia tuberculosa” forma clínica posterior a la primoinfección, suele deberse a la progresión directa de un foco tuberculoso subpleural, pero también puede ser secundaria a una siembra hematológica.

- 010.1X “Pleuresía tuberculosa en tuberculosis progresiva primaria” en los casos en que la primoinfección tuberculosa se disemina y produce las siembras linfohematógenas posprimarias precoces, que comprenden las afectaciones de las serosas o de los ganglios linfáticos.

11.2.2. Derrame ocasionado por otra enfermedad bacteriana: 511.1 “Derrame con mención de causa bacteriana, que no sea tuberculosis”.

11.2.3. Derrame pleural metastásico: 197.2 “Neoplasia secundaria de pleura”.

11.2.4. Derrame de origen traumático: 862.29 “Lesión de otros órganos intratorácicos sin mención de traumatismo abierto...” ó 862.39 “Lesión de otros órganos intratorácicos con traumatismo abierto...”

## **12. EDEMA AGUDO DE PULMÓN.**

### 12.1. Concepto clínico.

Consiste en un exceso de líquido en los tejidos y espacios alveolares del pulmón.

Puede ser de origen cardiogénico (por fallo del corazón) o no cardiogénico (en ausencia de insuficiencia cardiaca u otra enfermedad del corazón).

### 12.2. Codificación.

#### 12.2.1. Edema Agudo de Pulmón cardiogénico.

Es una manifestación del fallo cardiaco y está incluido en los siguientes códigos:

12.2.1.1. Insuficiencia cardiaca congestiva: 428.0 “Insuficiencia cardiaca congestiva, no especificada”.

12.2.1.2. Insuficiencia cardiaca izquierda: 428.1 “Insuficiencia cardiaca izquierda”.

12.2.1.3. Enfermedad cardiaca hipertensiva con insuficiencia cardiaca: 402.X1 “Cardiopatía hipertensiva con insuficiencia cardiaca”.

12.2.1.4. “Enfermedad cardiaca y renal hipertensiva”: 404.X1 ó 404.X3.

12.2.1.5. Enfermedad cardiaca reumática aguda: 391.X “Fiebre reumática con afectación cardiaca”.

12.2.1.6. Enfermedad cardiaca reumática congestiva: 398.91 “Insuficiencia cardiaca”. reumática (congestiva).

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.

#### 12.2.2. Edema agudo de pulmón no cardiogénico.

12.2.2.1. Postoperatorio o causa NEOM: 518.4 “Edema agudo de pulmón, no especificado”.

12.2.2.2. Debido a RADIACIÓN: 508.0 “Manifestaciones pulmonares agudas por radiaciones”.

12.2.2.3. Por inhalación de HUMOS O VAPORES: 506.1 “Edema pulmonar agudo por humos y vapores”.

12.2.2.4. Aspiración de agua en AHOGAMIENTO no fatal: 994.1 “Ahogamiento y sumersión no fatal” + Código de causa externa.

12.2.2.5. Efectos de ALTITUD O BAROTRAUMA: 993.2 “Otros efectos y efectos no especificados de grandes alturas” + Código de causa externa.

12.2.2.6. SOBREDOSIS: Cód. Envenenamiento + 518.4 + Cód. Dependencia + Código de causa externa.

12.2.2.7. CRÓNICO: 514 “Congestión e hipostasis pulmonar” excepto si las instrucciones del Índice o el Tabular nos conducen a la utilización de otro código.

### **13. ATELECTASIA.**

#### 13.1. Concepto clínico.

Colapso del pulmón o de una parte del pulmón producida por la reabsorción del aire alveolar generalmente por la obstrucción del bronquio aferente a la zona colapsada.

#### 13.2. Codificación.

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

### **14. SÍNDROME DE OBESIDAD-HIPOVENTILACIÓN.**

#### 14.1. Concepto clínico.

Algunos pacientes con obesidad presentan, además, el síndrome de hipoventilación alveolar, definido por la presencia de hipercapnia y disminución de la respuesta ventilatoria a la hipoxemia en presencia de parénquima pulmonar normal.

#### 14.2. Codificación.

Se codifica con la subcategoría 278.8 “Otras hiperalimentaciones” ó “Síndrome Pickwickiana”.

### **15. SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO.**

#### 15.1. Concepto clínico.

El 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 de la oxihemoglobina y despertares transitorios que no permiten un sueño reparador.

#### 15.2. Codificación.

15.2.1. Con trastorno del sueño no especificado: 780.57 “Otras e inespecificadas apneas del sueño”.

15.2.2. Con hipersomnia: 780.53 “Hipersomnios con apnea del sueño”.

15.2.3. Con hiposomnia o insomnia: 780.51 ”Insomnios con apnea del sueño”

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

### **16. ENCEFALOPATIA HIPERCAPNICA**

#### 16.1. Concepto clínico.

Es una encefalopatía metabólica que ocasiona enfermedad del encéfalo por una alta concentración de dióxido de carbono en sangre.

#### 16.2. Codificación.

Se codifica en la subclasificación 348.31 “Encefalopatía metabólica”.

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

Algunas patologías de la caja torácica pueden ocasionar de forma secundaria patología respiratoria :

Ejemplos :

Cifoescoliosis que ingresa con insuficiencia respiratoria : 518.84 + 737.30

También existen referencias sobre patologías sin diagnóstico definitivo (al menos inicialmente) que deben ser codificadas. Ejemplo : Hemoptisis o hemorragia pulmonar (786.3), nódulo pulmonar (518.89), estenosis de vías altas (519.1).

## **17. DEPENDENCIA A MÁQUINAS**

17.1. La dependencia a oxigenoterapia domiciliar se codifica en V46.2 “Administración de oxígeno”

## **18. PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON EL APARATO RESPIRATORIO.**

18.1. Ventilación mecánica no invasiva (VMNI).

Sistemas de ventilación que permiten incrementar la ventilación alveolar sin necesidad de acceso artificial a la vía aérea.

18.1.1. CPAP. Presión positiva continua a la vía aérea.

El paciente respira espontáneamente un flujo de aire a una presión superior a la atmosférica, tanto a la inspiración como a la espiración.

Se codifica en la categoría 93.90 “Respiración de presión positiva continua”. Se utiliza en enfermos con SAOS (Síndrome apnea obstructiva del sueño) o en enfermos con edema agudo pulmonar.

18.1.2. BIPAP. Presión de soporte binivel.

La ventilación se realiza con diferentes presiones entre la presión inspiratoria y la espiratoria.

Se codifica en la categoría 93.90 “Respiración de presión positiva continua”.

18.1.3. IPPB. Soporte ventilatorio intermitente que se utiliza para la administración de aerosoles o para realizar sesiones de insuflación (se identifica con BiPAP).

Se codifica en el código 93.91 “Respiración de presión positiva intermitente”.

El resto de métodos de terapia respiratoria, ya sea por presión negativa, por drenaje postural u otros, se codificarán con el código 93.99 “Otros procedimientos respiratorios”.

18.2 Control intra-arterial de gases en sangre.

Indicador significativo de la función cardiopulmonar.

Se codificará con el código 89.60 “Gasometría intraarterial continua”.

La medición puntual de gases en sangre la codificaremos con el código 89.65 “Medición de gases en sangre arterial sistémica”.

Si la medición es de la presión en la arteria pulmonar mediante la “cateterización con catéter Swan-Ganz” se codificará en el código 89.64

18.3. Ventilación mecánica invasiva (VMI).

Aquella ventilación con la cual todo el soporte ventilatorio lo proporciona el ventilador y no es necesario ningún esfuerzo por parte del enfermo.

Utilizaremos codificación múltiple: Código 96.7X “Ventilación mecánica continua” en el que el cuarto dígito será 0, 1 ó 2 en función del tiempo de conexión al respirador (0 No especificado, 1 Menos de 96 horas y 2 Más de 96 horas) y el código 96.04 “Intubación endotraqueal”.

#### 18.4. Terapia INOMAX / Óxido nítrico.

Técnica de inhalación de óxido nítrico que se utiliza en enfermos con ventilación mecánica e intubación endotraqueal pero que también se puede utilizar en enfermos con respiración espontánea con la utilización de mascarilla. Se utiliza para el tratamiento de la hipertensión pulmonar, en enfermos con fracaso respiratorio e hipoxia sean adultos o neonatos.

El código utilizado para esta técnica es el 00.12 "Administración de óxido nítrico inhalado".

#### 18.5. Escarificación pleural o Pleurodesis mecánica

Procedimiento que se realiza principalmente en aquellos enfermos con neumotórax y consiste en provocar la irritación de la pleura. Código: 34.6 "Escarificación de pleura".

18.6. La Pleurodesis química se realiza principalmente en el caso de derrame pleural maligno y se codifica con el código 34.92 "Inyección en cavidad torácica". Hay que añadir el código de la sustancia, si se conoce 99.2X "Inyección o infusión otra sustancia terapéutica o profiláctica".

#### 18.7. Biopsia de pulmón.

18.7.1. Abierta: 33.28 "Biopsia abierta de pulmón".

18.7.2. Cerrada o percutánea: 33.26 "Biopsia (percutánea) cerrada (aguja) de pulmón".

18.7.3. Cerrada endoscópica: 33.27 "Biopsia cerrada endoscópica de pulmón".

18.7.4. Abierta por toracoscopia: 33.28 "Biopsia abierta de pulmón" + 33.24 "Toracoscopia transpleural".

#### 18.8. Otros procedimientos relacionados.

Biopsia pleural	34.24
CPAP	93.90
Difusión de CO	89.66
Inserción de tubo pleural	34.04
Espirometría	89.37
Polisomnografía	89.17
Fibrobroncoscopia + biopsia	33.24
Fibrinolisis Pleural (pleurodesis química)	34.92 + código de sustancia empleada
Gammagrafía pulmonar / perfusión	92.15
Gasometría arterial	89.65
Intubación Orotraqueal	96.04
PAAF pulmonar	33.26
Pletismografía	89.38
Toracocentesis	34.91
Toracoscopia	34.21
Traqueotomía permanente	31.29
Traqueotomía temporal	31.1

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CIE-9-MC. 5ª Edición. Enero 2006.
2. Manual del Usuario. Normativa de Codificación. CIE-9-MC. 4ª Edición. 1997
3. ICD-9-CM. Coding Handbook. Central Office on ICD-9-CM of the American Hospital Association.2004.
4. Codificación Clínica con la CIE-9-MC. Boletín nº 24: “Addendum 2006”. Unidad Técnica de la CIE-9-MC para el Sistema Nacional de Salud. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Junio 2005.
5. Codificación Clínica con la CIE-9-MC. Boletín nº 21: “Monográfico: Actualización de la CIE-9-MC 2004. Comentarios y normativa de codificación”. Unidad Técnica de la CIE-9-MC para el Sistema Nacional de Salud. Instituto de Información Sanitaria Ministerio de Sanidad y Consumo. Junio 2004.
6. Codificación Clínica con la CIE-9-MC. Boletín nº 0. Unidad Técnica de la CIE-9-MC para el Sistema Nacional de Salud. Instituto de Información Sanitaria Ministerio de Sanidad y Consumo. Enero 1995.
7. Temas de Salud y Enciclopedia Médica. Medline Plus. (Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU). Agosto 2005
8. Rodríguez-Roisín R. Insuficiencia respiratoria. En Farreras-Rozman. Medicina Interna. Vol I. 15ª edición.Madrid, Elsevier España S.L. 2004: 721-32.
9. Hughes JMB. Pulmonary gas exchange.Eur Respir Mon 2005; 31: 106-26.
10. Badía i Jobal JR. Insuficiencia respiratoria aguda. En Martín Escribano P, Ramos Seisdedos G, Sanchís Aldás J (eds.) Medicina Respiratoria. 2ª edición.Madrid, Aula Médica, 2006: 569-80. (Copyright de Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica -SEPAR-).
11. Villasante Fernández-Montes, C. Insuficiencia respiratoria crónica. En Martín Escribano P, Ramos Seisdedos G, Sanchís Aldás J (eds.) Medicina Respiratoria. 2ª edición.Madrid, Aula Médica, 2006: 581-590. (Copyright de Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica -SEPAR-).
12. Arnedillo Muñoz A, García Polo C, López-Campos Bodineau JL. Insuficiencia respiratoria aguda. En Soto Campos JG (ed.) Manual de diagnóstico y terapéutica en Neumología.Madrid, Ergon, 2006: 211-17.

## **Información y dudas sobre codificación**

Para cualquier información, duda o consulta dirigirse a:

Dirección de la Unidad Técnica de la CIE-9-MC.

Unidad Técnica de la CIE-9-MC para el S.N.S.  
Subdirección General de Instituto de Información Sanitaria.  
Ministerio de Sanidad y Consumo.  
Pº del Prado, 18-20.- despacho 1018.-  
28014 MADRID.

Tel: 91 596 15 65 - 91 596 40 89.

E-Mail: [rcozar@msc.es](mailto:rcozar@msc.es)  
[egrande@msc.es](mailto:egrande@msc.es)