

# CODIFICACIÓN CLÍNICA CON LA CIE-9-MC

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

Complicaciones de Cirugía  
y Cuidados Médicos

Codificación de la Desnutrición Hospitalaria

Boletín número 29

Año XII

Junio, 2008







# Codificación Clínica con la CIE-9-MC

Unidad Técnica  
de la CIE-9-MC para  
el Sistema Nacional de Salud

Complicaciones de Cirugía  
y Cuidados médicos

Codificación de la Desnutrición  
Hospitalaria

**Coordinación editorial:**

Rogelio Cozar Ruiz, Begoña Izquierdo Alcolea

**Realizado por:****MONOGRAFÍA: COMPLICACIONES DE CIRUGÍA Y CUIDADOS MÉDICOS**

Concepción García García, M<sup>a</sup> Jesús Fernández Quintanilla, Raquel Sánchez Villadangos, Divina Fernández Lopez, Pilar Fabo Navarro, Pilar Díaz Fernández.

Unidad de Codificación Clínica del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria.

Manuel Mauriz Ballester, Cristina Cincunegui Ateca.

Unidad de Codificación Clínica del Hospital Sierrallana. Cantabria.

Ángel Río Varona, M<sup>a</sup> Luz Grande Casamayor

Unidad de Codificación del Hospital de Laredo. Cantabria.

Consultores clínicos: Dr. Julio González-Cotorruelo Balbuena. Coordinador Autonómico de Trasplantes.

Médico Adjuvante del servicio de Nefrología del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria.

**MONOGRAFÍA: CODIFICACIÓN DE LA DESNUTRICIÓN HOSPITALARIA****Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE):**

Julia Álvarez Hernández (coordinadora), Mercè Planas Vila, Pilar García Peris, Abelardo García de Lorenzo y Mateos, Victoria Calvo Hernández, Gabriel Oliveira Fuster, José Antonio Irlés Rocamora, Guadalupe Piñeiro Corrales.

**Sociedad Española de Documentación Médica (SEDOM):**

José del Río Mata (coordinador), Carolina Conejo Gómez, Francisca Gálvez Castro, Alfonso Martínez Reina, Miguel Moreno Vernis, Carmen Rodríguez Lucas.

**ADDENDUM: ÍNDICE DE MASA CORPORAL:**

Carolina Conejo Gómez, José del Río Mata, Alfonso Martínez Reina.

Servicio de Documentación Clínica. Hospital Universitario Virgen de Victoria. Málaga.

José Manuel García Almeida, Juan Luis Villalobos Gámez. Equipo de Soporte Nutricional. Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

**Representantes de la Unidad Técnica de la CIE9MC:**

Araceli Díaz Martínez (Andalucía), M<sup>a</sup> Dolores del Pino Jiménez (Aragón), Ana Rocas Fernández

(Asturias), M<sup>a</sup> José Santos Terrón (Baleares), M<sup>a</sup> Coromoto Rodríguez del Rosario (Canarias),

M<sup>a</sup> Jesús Fernández Quintanilla (Cantabria), Carmen Vílchez Perdígón (Castilla-La Mancha), Abel

Fernández Sierra (Castilla y León), Eugenia Sarsanedas Castellanos (Cataluña), Belén Benítez

Moralejo (Extremadura), Guillermo Rodríguez Martínez (Galicia), Lorenzo Echeverría Echarri (La Rioja),

Ana Vara Lorenzo (Madrid), M<sup>a</sup> Gala Gutiérrez Miras (Murcia), Blanca Salcedo Muñoz (Navarra),

M<sup>a</sup> Isabel Mendiburu Pérez (País Vasco), Jorge Renau Tomás (Valencia), Julio M. Astudillo Rodríguez

(Ministerio de Defensa), Carmen Salido Campos (Ministerio de Sanidad y Política Social)), Arturo

Romero Gutiérrez (Ministerio de Sanidad y Política Social)), Isabel de la Riva Jiménez (SEDOM), Sara

Pupato Ferrari (INGESA)

**Secretaría:**

Esther Grande López

Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

Secretaría General Técnica

Centro de Publicaciones

Paseo del Prado, 18. 28014 Madrid

NIPO papel: 351-09-001-2

NIPO en línea: 351-09-002-8

Depósito Legal: AV-129-2009

Impreme: MIJÁN, Industrias Gráficas Abulenses

# Índice

- 7 Prefacio
  
- 9 Monografía: Complicaciones de cirugía y cuidados médicos
  - 1. Introducción
  - 2. Localización de códigos de complicaciones en el índice alfabético
  - 3. Condiciones postoperatorias no clasificadas como complicaciones
  - 4. Complicaciones debidas a la presencia de dispositivo, implante o injerto interno
  - 5. Complicaciones que afectan a sistemas corporales especificados, no clasificados bajo otros conceptos
  - 6. Otras complicaciones de procedimientos, no clasificados bajo otros conceptos
  - 7. Complicaciones de cuidados médicos no clasificados bajo otros conceptos
  - 8. Complicaciones vs. cuidados posteriores
  - 9. Historia personal
  - 10. Cuidados quirúrgicos y médicos como causas externasBibliografía
  
- 47 Monografía: Codificación de la desnutrición hospitalaria
  - 1. Introducción y aspectos generales
  - 2. Criterios de clasificación de la desnutrición hospitalaria
  - 3. Criterios de codificaciónBibliografía
  
- 59 Addendum: Índice de Masa Corporal
  - 1. Introducción
  - 2. IMC y obesidad
  - 3. IMC y desnutrición
  - 4. IMC y pérdida de peso, bajo peso, síndrome constitucional, caquexia
  - 5. IMC y control y consejo dietéticoBibliografía



En numerosas ocasiones han llegado a la Unidad Técnica peticiones desde diferentes ámbitos de la codificación clínica para abordar el tema de las Complicaciones de cirugía y cuidados médicos, dadas las peculiaridades que en función de las situaciones tiene la codificación de determinadas condiciones tanto médicas como quirúrgicas. Por otra parte, este tema no se había abordado hasta ahora monográficamente.

La Unidad Técnica tiene el compromiso de ir avanzando en la publicación periódica de temas que por su interés y actualidad demandan los profesionales dedicados a la codificación clínica, sin olvidar el dinamismo que la propia Clasificación Internacional de Enfermedades imprime a la actualización de la codificación de los avances médicos. En esta ocasión, el magnífico trabajo que se recoge en este boletín ha sido elaborado por los codificadores de la Comunidad Autónoma de Cantabria, a quienes desde aquí expresamos nuestro agradecimiento.

Incorporamos en este boletín un documento elaborado conjuntamente por la Sociedad Española de Nutrición Enteral y Parenteral (SENPE) y la Sociedad Española de Documentación Médica (SEDOM), que recoge de forma precisa los tipos de desnutrición y su codificación que ha sido excelentemente acogido por todos los miembros de la Unidad Técnica y que esperamos sea de gran utilidad no sólo en el ámbito de la codificación, sino también en la clínica y en la gestión hospitalaria. Nuestro agradecimiento y reconocimiento a estas dos Sociedades por su excelente trabajo y su colaboración.

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



# Tema monográfico.

## Complicaciones de cirugía y cuidados médicos

### 1. Introducción

Las categorías **996-999** se utilizan en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9-MC) para **complicaciones médicas y quirúrgicas que no se clasifiquen en otro lugar**. No todas las condiciones que ocurren después de la cirugía o de otro cuidado son clasificadas como complicaciones.

- Primero, debe ser una condición que exceda a las que rutinariamente puedan ocurrir, por ejemplo, una pérdida importante de sangre es de esperar en la cirugía protésica articular; la hemorragia no debe ser considerada una complicación a menos que tal pérdida sanguínea sea particularmente excesiva.
- Además, debe haber una relación *causa-efecto* entre el cuidado proporcionado y la condición, y una cierta indicación de que es una complicación y no una condición postoperatoria, tal como la presencia de un estoma o ausencia de una extremidad.
- En algunos casos, la relación causa-efecto está implícita, como en una complicación debido a la presencia de un dispositivo interno, un implante, injerto o trasplante.
- En otras situaciones, el hecho de que el problema sea una complicación debida a un procedimiento debe de ser documentada por el médico. Observe que el término complicación según se utiliza en la CIE-9-MC no implica que el problema sea consecuencia de un cuidado incorrecto o inadecuado.
- No se define ningún límite de tiempo para el desarrollo de una complicación. Ésta puede ocurrir durante el episodio de hospitalización en el que el cuidado fue proporcionado, poco después o incluso años más tarde. Cuando la complicación ocurre duran-

te el episodio en el cual se realiza la operación o el cuidado, se asigna como código adicional. Si se produce más adelante y es la razón de admisión en el hospital, se señala como diagnóstico principal.

Las complicaciones de la asistencia quirúrgica y médica se clasifican en la CIE-9-MC como sigue:

- Algunas complicaciones que ocurren en sistemas corporales especificados se clasifican en sus correspondientes capítulos de CIE-9-MC. (*Complicaciones de cirugía gastrointestinal, estomas... etc.*)
- Las complicaciones que afectan a varios sitios o sistemas corporales se clasifican generalmente en las categorías **996-999**.
- Las complicaciones del aborto, embarazo, trabajo del parto o puerperio se reclasifican en el capítulo 11 de la CIE-9-MC, entre las categorías **630-677**.

Es imprescindible que el codificador use el índice alfabético cuidadosamente y siga todas las notas de instrucciones. Las notas de exclusiones son bastante extensas en esta sección y dirigen a menudo al codificador a otro lugar.

Hay varias exclusiones básicas que deben ser observadas:

- Complicaciones de agentes medicinales, tales como efectos adversos, complicaciones de la anestesia y envenenamientos debidos a los agentes medicinales o tóxicos.
- Quemaduras por aplicaciones locales y de irradiación.
- Complicaciones de la condición para la cual la cirugía fue realizada.
- Condiciones específicas clasificadas en otra parte, por ejemplo hepatitis o desequilibrio de electrolitos.
- Cualquier condición clasificada en otra parte según el índice alfabético, cuando está descrito como debido a un procedimiento o a una asistencia médica, tal como psicosis postoperatoria o síndrome post-laminectomía. El adjetivo iatrogénico se utiliza a menudo para indicar que la condición es un resultado del tratamiento.

## 2. Localización de códigos de complicaciones en el Índice Alfabético

El codificador debe referirse primero al término principal del diagnóstico y buscar un subtérmino que indique la condición postoperatoria o iatrogénica. Por ejemplo:

### **Adherencias(s)...**

- postoperatorio (tracto gastrointestinal)... 568.0
- - párpado 997.99
- - **uretra 598.2**

### Colostomía...

- **Malfuncionamiento 569.62**

Cuando no se puede encontrar ningún término principal para un diagnóstico dado, el codificador debe referirse al término principal **Complicaciones** y buscar un subtérmino apropiado, por ejemplo:

- Naturaleza de la complicación, tal como cuerpo extraño, punción accidental o hemorragia.
- Tipo de procedimiento, tal como colostomía, diálisis o desviación.
- Sitio anatómico o sistema corporal afectado, por ejemplo, sistema respiratorio.
- Términos generales tales como mecánico, infección o injerto.

Ejemplos de entradas del “Índice Alfabético”:

### **Complicaciones**

- Postmastoidectomía... 383.30

### **Complicaciones**

- cardiacas... 429.9
- - dispositivo... 996.72
- - - efecto a largo plazo 429.4
- - - infección... 996.61
- - - mecánica... 996.00

### 3. Condiciones postoperatorias no clasificadas como complicaciones

Ciertas condiciones resultantes de cuidados médicos o quirúrgicos son **condiciones residuales** de un procedimiento, pero no hay factor de complicación implicado. Por ejemplo, el síndrome post-laminectomía ocurre a menudo después de la intervención, pero es una secuela del procedimiento y no una complicación. La extensa lista de exclusión, al principio de la sección 996-999, ayudan al codificador, para hacer alguna de estas distinciones. Otros ejemplos incluyen:

- Adherencias intestinales o peritoneales postoperatorias con obstrucción 560.81
- Infección de la enterostomía, debido al grupo Estreptococo-C 569.61 + 041.03
- Adherencias pélvicas postoperatorias femeninas 614.6

Algunas condiciones que ocurren en el postoperatorio ni se clasifican como complicaciones ni tienen códigos especiales para indicar que son de naturaleza postoperatoria.

- Con frecuencia ingresan pacientes de cirugía ambulatoria con dolor, náuseas o vómitos, pero éstos son síntomas comunes durante la recuperación postoperatoria y no se codifican en las categorías 996-999, a menos que el médico las identifique específicamente como complicaciones de la misma. El diagnóstico principal es el síntoma o la condición que ocasiona el ingreso postoperatorio.
- No obstante, a veces, el paciente ingresa debido a una preocupación sobre como va a ser su recuperación, más que debido a síntomas específicos. Aunque los médicos pueden indicar que la admisión es para observación, este tipo de situación no se codifica ordinariamente como **V71.X Observación y evaluación por sospecha de enfermedades, no encontradas**. Si no se identifica ninguna condición específica, el diagnóstico principal será **Admisión para otros cuidados postquirúrgicos (V58.4X, V58.7X)**.
- La anemia postoperatoria raramente se considera una complicación de la cirugía. Sólo se codifica cuando el médico así la documenta. La anemia postoperatoria NEOM, se clasifica en el

código **285.9**. La anemia postoperatoria por pérdida de sangre se clasifica en el código **285.1 Anemia posthemorrágica aguda**. El hecho de que sea administrada sangre durante un procedimiento quirúrgico no indica una anemia postoperatoria. Las transfusiones se dan a veces como una medida profiláctica para evitar la misma.

- Un diagnóstico de hipertensión postoperatoria significa, a menudo, que el paciente tiene una hipertensión esencial preexistente o una presión arterial elevada. Si el médico identifica claramente que es una complicación postoperatoria, se asigna el código **997.91, Complicaciones que afectan a otros sistemas especificados no clasificados bajo otro concepto, hipertensión**.
- El dolor se codifica sólo cuando está documentado por el médico como diagnóstico al alta. En la 6ª edición de la CIE-9-MC del 2008 se ha creado la categoría **338** para clasificar el dolor. Se aplican las siguientes normas para su utilización (Coding Clinic - 2006, 4º Q, pág. 167-172):

- **Dolor Postoperatorio:**

Cuando el dolor postoperatorio no esté especificado como agudo y/o crónico, por defecto se clasifica como agudo.

- **Dolor debido a dispositivos:**

Dolor asociado a dispositivos internos o cuerpos extraños dejados en el lecho quirúrgico se clasifican en el código correspondiente del capítulo 17 con códigos adicionales de la categoría 338.

No se utilizará código adicional de la categoría 338 cuando se establezca la condición subyacente.

**Ejemplos:**

- Dolor por aflojamiento mecánico de prótesis de cadera

**996.41**

**V43.64**

- Dolor por prótesis de cadera. **996.77**

**338.18**

**719.45**

**V43.64**

- **Uso de códigos adicionales:**

Para la localización del dolor, se pueden utilizar códigos adicionales, incluso del capítulo 16.

- **Secuencia de códigos:**

Cuando el motivo del ingreso sea para el manejo y tratamiento del dolor, éste se indicará como diagnóstico principal.

- **Dolor crónico:** no hay periodo de tiempo definido para establecer cuando un dolor es crónico o no. Debe estar indicado por el médico.

**Ejemplos:**

Embolia pulmonar postoperatoria	415.11
Edema pulmonar, postoperatorio	518.4
Mal funcionamiento de colostomía	569.62
Síndrome postleucotomía	310.0
Adherencias peritoneales postoperatorias post-infección	568.0
Síndrome del asa ciega	579.2

#### 4. Complicaciones debidas a la presencia de dispositivo, implante o injerto interno

La categoría **996, Complicaciones propias de ciertos procedimientos especificados**, clasifica condiciones que ocurren solamente por la presencia de un dispositivo interno, implante o injerto. Las complicaciones de este tipo se clasifican primero, según si son de naturaleza mecánica o no mecánica.

##### 4.1. Complicaciones mecánicas

**Una complicación mecánica** resulta de un fallo del dispositivo, implante o del injerto tales como **desplazamiento, avería, malfuncionamiento, obstrucción, ruptura, protrusión, fugas, filtraciones, etc.** Éstos se clasifican en las subcategorías **996.0-996.5**, con un quinto dígito indicando el sistema corporal y/o el tipo de dispositivo implicado, cuando proceda. Por ejemplo:

- Perforación del útero por el dispositivo anticonceptivo intrauterino 996.32
- Protrusión del clavo intra-medular en el fémur izquierdo 996.49

- Complicación mecánica del catéter de diálisis peritoneal 996.56
- Complicación mecánica del catéter de diálisis arteriovenoso 996.1
- Mal función de la derivación porto-sistémica intra-hepática transyugular (TIPS) 996.1
- Desfibrilador cardíaco implantable automático defectuoso 996.04
- Complicación mecánica a largo plazo de prótesis cardíaca 429.4

**Complicación**

- mecánica
- - válvula cardíaca, prótesis 996.02
- - - efecto a largo plazo 429.4

- Dehiscencia anastomosis intestinal 996.59

**Complicación**

- anastomosis
- - mecánica, *véase* Complicación mecánica injerto (Pág. 120 I.A.)
- procedimiento
- - ruptura
- - - anastomosis (interna) *véase* Complicación mecánica injerto (Pág. 124 I.A.)

**Complicación**

- mecánica
- - injerto
- - - especificado NCOC 996.59 (Pág. 123 I.A.)

- Protrusión del electrodo del marcapasos 996.01
- Dispositivo anticonceptivo intrauterino “encajado” en la pared uterina 996.32
- Desplazamiento de la prótesis de la lente intraocular 996.53
- Fuga de la prótesis mamaria 996.54
- La subcategoría **996.4 Complicación mecánica de dispositivo ortopédico interno, implante e injerto**, ha sido expandida a una subclasificación de 5º dígito. La complicación mecánica específica se indica de la siguiente manera; emplear un código adicional para identificar la prótesis articular con complicación mecánica (**V43.60-V43.69**):

- 996.40 Complicación mecánica no especificada de dispositivo ortopédico interno, implante e injerto
- 996.41 Aflojamiento mecánico de prótesis articular
- 996.42 Luxación de prótesis articular
- 996.43 Fallo de implante de prótesis articular
- 996.44 Fractura peri protésica en torno a prótesis articular
- 996.45 Osteolisis periprotésica
- 996.46 Desgaste de superficie de apoyo de prótesis articular
- 996.47 Otra complicación mecánica de implante articular protésico
- 996.49 Otra complicación mecánica de dispositivo ortopédico interno, implante e injerto

Casos prácticos de Boletines del Ministerio de Sanidad y Consumo y del Coding Clinic, adaptados a las modificaciones de los códigos de la CIE-9-MC, 6ª edición:

1. Paciente portador de marcapasos cardiaco, que ingresa con protrusión de un electrodo en la piel del cuello. El cirujano diagnostica esta condición como fístula del electrodo y lleva a cabo una exploración del cuello con revisión del electrodo.  
 DP: 996.01  
 Pr: 37.75 (la exploración del cuello está incluida en este código)  
 (C. Clinic 1999 - 2ºQ, pág. 11/12)  
 (Boletín nº 17, pág. 15)
  
2. Durante una cateterización cardiaca en la que se está realizando una ACTP con inserción de stent, éste migra dentro del vaso coronario, a lo largo del procedimiento se consigue con éxito recuperar el stent.  
 DP: 414.01  
 Pr: 88.57  
 Pr: 00.66  
 Pr: 00.40  
 Pr: 00.45  
 Pr: 36.06 / 36.07

**NOTA:** La migración del stent, no debe considerarse una complicación del procedimiento, por lo que no requiere un código de diagnóstico adicional, ni código de procedimiento para su recuperación. Ocasionalmente el stent puede migrar prolongando el tiempo de la ACTP.

(C. Clinic 2001 - 1ªQ, pág. 9)

3. Paciente que ingresa por ascitis, es portador de TIPS. Una ecografía muestra una reducción significativa del flujo del TIPS

DP: 996.1

DS: 789.5

(C. Clinic 2005 - 2ºQ, pág. 8)

4. Paciente con una FAVI no madura, ingresa para tratamiento de la misma. Se lleva a cabo una arterio-venostomía.

DP: 996.1

Pr: 39.27

**NOTA:** Normalmente una FAVI tarda de dos a tres meses en madurar. Una fístula “no madura” o que no se desarrolla puede ocurrir en el 25-40% de los casos. La causa primaria de la FAVI “no madura”, puede ser el estrechamiento de una vena.

(C. Clinic 2006 - 1ºQ, pág. 10)

5. Paciente diagnosticado de Leucemia, que ingresa en el hospital por palpitaciones y apneas. El paciente es portador de un catéter central para administración de quimioterapia. Tras exploración RX, se observa que el catéter se ha roto, emigrando la punta de éste a la arteria pulmonar, el paciente, como consecuencia se traslada al servicio de hemodinámica para su extracción.

DP: 996.1

DS: 208.90

M98000/3

Pr: 38.91

(C. Clinic 1995 - Vol 12 - 1ªQ, pág. 3)

6. Paciente al que se le ha reparado un Aneurisma aorto-iliaco por vía endovascular hace unos meses. Sufre una migración del stent a miembro inferior izquierdo con resultado de una endofuga, produciéndose una expansión del saco aneurismático. El pacien-

te ingresa actualmente para una reparación por vía endovascular del injerto aórtico y un by-pass femoro-femoral, así como una angioplastia transluminal de la aorta y de las arterias ilíacas.

DP: 996.1

Pr: 39.71

39.50

39.29

**NOTA:** Asigne el código 996.1, complicaciones mecánicas de otros dispositivos vasculares, ya que la migración del stent es la que causó una endofuga y la expansión del saco aneurismático. (C. Clinic 2002 - 1ºQ, pág. 13)

7. Paciente con válvula de derivación ventrículo-peritoneal, que se le recambia por válvula corta y en el mismo procedimiento se sustituye el extremo del catéter de la zona abdominal.

DP: 996.2

Pr: 02.42

54.95

**NOTA:** Se trata de una complicación mecánica del dispositivo nervioso central.

(Boletín nº 6, pág. 20)

8. Retención de sutura “arpón” articular de hombro.

DP: 996.49

**NOTA:** Esta sutura es considerada como un dispositivo ortopédico, usada normalmente en cirugía ortopédica.

(C. Clinic 1995 - Vol 12 - 3ºQ, pág. 16)

9. Paciente operada de fusión espinal instrumentada, la parte proximal de la barra protruye subcutáneamente. Se realiza una revisión de la fusión con resección de 6 centímetros del dispositivo y resección de la bursa a ese nivel.

DP: 996.49

Pr: 78.59

Pr: 83.5

(C. Clinic 1999 - 2ºQ, pág. 10)

10. Paciente con Insuficiencia renal crónica (IRC) portador de catéter para diálisis peritoneal. Ingresa con un mal funcionamiento del catéter revisado éste, se encuentra movilizado y adherido a las asas intestinales, por lo que se modifica su posición dentro de la cavidad peritoneal por vía laparoscópica.

DP: 996.56

DS: 585.6

DS: V45.1

Pr: 54.93 (\*)

Pr: 54.21

(\*) Este código se asigna ya que en el procedimiento se describe una recolocación del catéter de diálisis peritoneal.

(C. Clinic 1995 - Vol 12 - 2ºQ, pág. 10)

11. Paciente con injerto de piel realizado hace cinco meses, que ingresa ahora por úlcera en el injerto.

DP: 996.52

DS: 707.10

(C. Clinic 1996 - 1Q, pág. 10)

12. Paciente con un diagnóstico de “contracción” de la cápsula anterior, después de una intervención quirúrgica de extracción de catarata con inserción de lente intraocular (LIO).

DP: 996.53

Pr: 13.9

**NOTA:** La cápsula anterior, generalmente se contrae después de la cirugía de extracción de catarata, esto aparece de una forma uniforme. Sin embargo, si la contracción no es uniforme, la cápsula anterior se desgarrará. De esta manera la LIO está sujeta a una fuerza y se mueve desde el centro de la pupila, es decir, las contracciones atípicas de la cápsula anterior, desplazan la LIO causando la complicación mecánica.

(C. Clinic 2000 - 1ªQ, pág. 9)

13. Paciente que ingresa con fuga de una prótesis mamaria, se extrae y se sustituye por una nueva en la misma intervención.

DP: 996.54

Pr: 85.94

Pr: 85.53

**NOTA:** El código **85.93–revisión de implante**. Se utiliza solo cuando se haga una revisión, ajuste o corrección del implante original, sin sustitución del mismo.

(C. Clinic 1998 - 2ªQ, pág. 14)

14. Paciente portador de un stent biliar, que ingresa con fiebre y es diagnosticado de colangitis secundaria a obstrucción del stent biliar. Se le sustituye por colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE).

DP: 996.59

DS: 576.1

Pr: 51.10

Pr: 97.05

(C. Clinic 1999 - 2ºQ, pág. 13/14)

15. Paciente que ingresa con tubo de aireación no funcionando en tímpano, que se ha movilizadado.

DP: 996.59

(C. Clinic 1994 - 3ºQ, pág. 7)

16. Paciente con historia de enfermedad de Crohn, portadora de ileostomía desde hace varios años. Ingresada por incontinencia de la válvula de ileostomía, realizándose reparación de la misma.

DP: 569.62

DS: 555.9

Pr: 46.41

(C. Clinic - 2005 - 2ºQ- pág. 12)

17. Paciente que ingresa para tratamiento de la obstrucción de la sonda de gastrostomía. Se realizaron lavados de la sonda recolocándola de nuevo. Pese a ello, continuó funcionando inadecuadamente y se decidió la sustitución del tubo de la gastrostomía.

DP: 536.42

Pr: 97.02

(C. Clinic - 2003 - 1ºQ, pág. 10)

## 4.2. Complicaciones infecciosas e inflamatorias

**La reacción infecciosa e inflamatoria** por dispositivo, implante o injerto protésico interno que esté funcionando correctamente se clasifica en la subcategoría **996.6**. Siempre que la clasificación aporte código se debe aplicar el principio de codificación múltiple para identificar completamente la condición, así el código **996.64 Infección o inflamación por catéter urinario permanente**, requiere códigos adicionales para la infección específica, tal como cistitis o sepsis y para el organismo responsable, si esa información está disponible.

Ejemplos:

- Infección del bolsillo de los marcapasos 996.61
- Infección por E. Coli del catéter peritoneal de la diálisis 996.68  
041.4
- Cistitis intersticial crónica debido al catéter permanente 996.64  
595.1

Casos prácticos de Boletines del Ministerio de Sanidad y Consumo y del Coding Clinic, adaptados a las modificaciones de los códigos de la CIE-9-MC, 6ª edición:

1. Paciente con septicemia por dispositivo de acceso vascular. ¿Debería de codificarse en el código 996.62? ¿Debería de asignarse un código adicional de la categoría 038.X?

DP: 996.62

DS: 038.X

(C. Clinic 1994 - 2ºQ, pág. 13)

(Boletín nº 3, pág. 25)

**NOTA:** A partir del 2004 existen códigos nuevos que recogen Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS): 995.9X cuando se trate de una sepsis.

(C. Clinic 2004 - 2ºQ, pág. 16)

Ejemplo:

Paciente con sepsis por dispositivo de acceso vascular acompañada de shock séptico:

DP: 996.62

DS: 038.9

DS: 995.92

DS: 785.52

2. Paciente con enfermedad renal terminal debido a SIDA que ingresa con un seroma o linfocelo infectado de su FAVI y va a necesitar una revisión de la misma. ¿Cuál es el diagnóstico principal en este caso, el SIDA o la infección de la FAVI?

DP: 996.62

DS: 4578

DS: 042

DS: 585.6

DS: V45.1

**NOTA:** Esta infección ha sido causada por la presencia del dispositivo de la FAVI y no está relacionada con SIDA.

(C.Clinic 2004 - 1ºQ, pág. 5)

3. Paciente portador de catéter urinario permanente, ingresa por infección estreptocócica grupo A debida a la sonda.

DP: 996.64

DS: 041.01 (código adicional para indicar el agente bacteriano)

(C. Clinic 1990 - 2ºQ, pág. 11)

4. Paciente que ingresa por herida infectada en ingle debido a escayola, colocada por fractura de fémur hace veinte días.

DP: 879.5

DS: E879.8

**NOTA:** En el excluye de la subcategoría 996.4, se determina que las complicaciones de dispositivos externos se clasifiquen en otro capítulo, según la lesión: úlcera por decúbito de escayola ó herida producida por la misma.

(Boletín nº 6, pág. 28)

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

**NOTA:** No existe información suficiente para saber si se trata de una infección como complicación de la prótesis, de ser así, la codificación sería la siguiente:

- 715.36 Gonartrosis de rodilla
- 996.66 Reacción infecciosa e inflamatoria por prótesis de articulación interna
- 041.19 Infección por otros estafilococos
- 81.54 Sustitución total de la rodilla

(Boletín nº 6, pág. 22)

### 4.3. Otras complicaciones de dispositivos, implantes e injertos internos

La subclasificación 996.7X, otras complicaciones **debidas a** la presencia de dispositivo protésico interno, implante o injerto, clasifica complicaciones **no Mecánicas ni Infecciosas**, tales como **embolia, trombosis, fibrosis, estenosis, dolor, etc.** Clasifica reacciones anormales o exageradas del organismo ante un dispositivo que funciona correctamente y no está infectado.

El quinto dígito indica el tipo de dispositivo. Siempre que la clasificación aporte código, se debe aplicar el principio de codificación múltiple, para identificar completamente la condición.

El código 996.72 se utiliza para la oclusión del injerto del by-pass arterial coronario a menos que sea identificado por el médico como debido a la arteriosclerosis. Las obstrucciones arterioscleróticas de un injerto de by-pass de la arteria coronaria se clasifican en los códigos del 414.02 al 414.05 arteriosclerosis coronaria. El quinto dígito indica el tipo de injerto. La oclusión de la arteria coronaria sin antecedentes de injerto o bypass se clasifica como arteriosclerosis de las arterias coronarias nativas (414.01).

Se ha añadido una instrucción de codificación múltiple para la identificación del dolor debido a la presencia de dispositivo, implante o injerto.

Ejemplos:

- Metrorragia debida a DIU 996.76  
626.6
- Dolor en cadera debida a prótesis articular 996.77  
338.18  
719.45  
V43.64

Casos prácticos de Boletines del Ministerio de Sanidad y Consumo y del Coding Clinic, adaptados a las modificaciones de los códigos de la CIE-9-MC, 6ª edición:

1. Mujer que ingresa con IAM inferior debido a trombosis del stent coronario.  
DP: 996.72  
DS: 410.41  
(C. Clinic 2006 - 3º Q, pág. 8/25)  
(C. Clinic 2000 - 1º Q, pág. 10)
2. Paciente de 70 años de edad con antecedentes de IAM de pared posterior y enfermedad de dos vasos, por lo que le fue realizado ACTP de ambas arterias coronarias en el año 1990, ingresa por presentar angor de reciente comienzo de esfuerzo. Tras realización de coronariografía, se llega al siguiente juicio clínico:
  - Reestenosis de la antigua ACTP. Angor inestable actual. Enfermedad de dos vasos.
  - Tratamiento: ACTP con stent de las dos coronarias

**Evolución: “IAM NO Q” por cierre del stent. Fue necesario poner un stent de rescate evolucionando el paciente libre de angina y disnea**

Diagnóstico	Código	Observaciones
<b>Enfermedad de dos vasos</b> Arterioesclerosis arterioesclerótico (arteria) (deformante) (difusa) (enfermedad) (endarteritis) (general) (obliterante) (oblite- rativa) (oclusiva) (senil) (con calcificación) - coronaria (arteria) - - arteria original	414.01	No puede considerarse la reestenosis de ACTP como la complicación de un dispositivo, ya que ésta sólo implica dilatación coronaria. Distinto sería si el paciente fuera portador de un stent, que sí sería un dispositivo arterial coronario.
<b>Angor de reciente comienzo</b> Angina(ataque) (cardiaca) (pecho) (esfuerzo) (péctosis) (síndrome) (vasomotora) - inestable	411.1	Podríamos haber entrado también por angina progresiva o preinfarto ya que todas ellas son equivalentes
<b>Infarto de miocardio antiguo</b> Infarto miocardio, miocárdico (agudo o de una duración indicada de 8 semanas o menos) (con hipertensión) curado o antiguo sin presentar síntomas en la actualidad	412	
<b>Cierre del stent</b> Complicación del stent Complicación debida(s) a (presencia de) cualquier dispositivo, implante o injerto clasificado bajo 996.0–996.5 NCOC, 996.7 arterial coronaria oclusión NCOC	996.72 410.71	No conocemos exactamente qué significa la expresión “cierre de stent”, motivo por el cual lo hemos considerado como “complicación no especificada”. Si “cierre” supone un fallo del mecanismo de apertura del stent, lo codificaríamos como complicación mecánica en el 996.09 “Otra complicación mecánica de dispositivo, implantación e injerto cardiaco”.

(Boletín nº 9, pág. 22-23)

3. Paciente con severa gastroparesia debido a DM tipo I, ingresa para realizarle una recolocación de un marcapasos gástrico, ya que padece dolor crónico en el lugar de implantación de dicho dispositivo. Durante la cirugía, se abre el bolsillo del generador, se extrae y se desconectan los electrodos. También se hace una segunda incisión en el cuadrante ínfero-derecho y se crea un nuevo bolsillo. El generador se conecta a los electrodos y se coloca en el nuevo bolsillo.

DP: 996.79

DS: 338.28

DS: 250.61

DS: 536.3

Pr: 86.09

(C. Clinic 2004 - 2ºQ, pág. 7-8)

4. La paciente ingresa para extracción de dispositivo contraceptivo subdérmico, debido a la formación de una cicatriz queloidea.

DP: 996.79

DS: 701.4

(C. Clinic 1995 - Vol. 12- 3ºQ, pág. 14)

5. Paciente con pancreatitis crónica, estenosis biliar, cálculos en el conducto pancreático y portador de stent biliar. Ingres para una CPRE, durante el procedimiento se encuentran el Stent biliar ocluido parcialmente, fue extraído junto con un pólip.

DP: 996.79

DS: 577.1 576.2 577.8

Pr: 97.55

Pr: 51.10

(C. Clinic 2001 - 1ºQ, pág. 8)

#### 4.4. Complicaciones de órgano trasplantado

**La subcategoría 996.8 Complicaciones de órgano trasplantado**, está reservada para complicaciones o rechazo de trasplante y el quinto dígito indica el órgano implicado.

### A. Complicaciones de Trasplantes que no sean de Riñón:

Los códigos 996.8X, se utilizan, tanto para rechazos como para complicaciones del órgano.

- Sólo se utiliza un código de complicación del trasplante si la condición afecta la función del órgano trasplantado.

Se requieren dos códigos para describir una complicación post-trasplante:

1º Código 996.8X

2º Código, que identifique la complicación

- Las condiciones preexistentes o aquéllas que se desarrollen después del trasplante no se codifican como complicación del mismo, a menos que afecte a la función del órgano.
- Complicaciones quirúrgicas después de un trasplante que no estén relacionadas con la función del órgano trasplantado, se clasificarán en la condición específica:

Ejemplo: Dehiscencia de herida quirúrgica:

998.3X, y no como complicación del órgano trasplantado

- Pacientes trasplantados que sean vistos para tratamiento o condiciones no relacionadas con el órgano trasplantado, se les debe asignar un código que especifique el motivo del contacto con el Servicio de Salud y otro de la subcategoría V42.X.
- Un código de subcategoría V42.X nunca debe ser utilizado con otro de la 996.8X, cuando se trate del mismo órgano.

### B. Trasplante Renal y Enfermedad Renal Crónica:

- Paciente con insuficiencia renal crónica después de un trasplante renal, no se debe asumir que tenga fallo del trasplante, salvo que esté documentado por el médico. Si el médico establece la presencia de un rechazo o fallo, es cuando se debe utilizar el código 996.81, seguido del código apropiado para la enfermedad renal crónica u otra condición. Los pacientes con trasplante renal pueden sufrir todavía algún tipo de enfermedad renal crónica ya que el órgano trasplantado puede que no haya recuperado totalmente la función renal, ésto depende de: tiempo de isquemia, edad del donante, etc.; por lo que siempre que no esté documentado por el médico, no se asumirá como un fallo de la función del órgano trasplantado.

(C.Clinic 2006 - 1ºQ, pág. 72)  
(Coding Handbook - 2007)

Ejemplos:

1. Trasplante de médula ósea con síndrome de rechazo 996.85
2. Complicación de intestino trasplantado 996.87

Casos prácticos de Boletines del Ministerio de Sanidad y Consumo y del Coding Clinic, adaptados a las modificaciones de los códigos de la CIE-9-MC, 6ª edición:

1. Paciente post-trasplante renal, con estenosis ureteral de riñón trasplantado.

DP: 996.81

DS: 593.3

(C. Clinic 1994 - 3ºQ, pág. 8)

2. Paciente que ingresa por queratitis purulenta en cristalino y es portador de un trasplante de córnea.

DP: 996.89

DS: 370.8

(C. Clinic 1994 - 3ºQ, pág. 5)

3. Paciente con estado post-trasplante renal, que desarrolla un linfocele post-operatorio que afecta a la función renal del paciente.

DP: 996.81

DS: 457.8

**NOTA:** Los linfoceles pueden impedir el paso del flujo sanguíneo hacia el órgano trasplantado o bien, pueden impedir la salida de la orina del mismo, afectando, de ese modo, la función del trasplante.

(C. Clinic 2003 - 3ºQ, pág. 19)

4. Paciente portador de trasplante hepático, ingresa para CPRE y colocación de un stent biliar, debido a una estenosis de la anastomosis que le está afectando la función hepática.

DP: 996.82

DS: 576.2

(C. Clinic 2003 - 3ºQ, pág. 19)

5. Paciente con historia de fibrosis quística y con trasplante bilateral de pulmón, hace tres años. Es ingresado por tener los niveles de ciclosporina por debajo del rango terapéutico ocasionando un fallo crónico del trasplante pulmonar. Se desconoce si fue una omisión de la toma de medicación o a un incremento del metabolismo de la ciclosporina oral.

DP: 996.84

**NOTA:** El problema principal es el fallo crónico del trasplante debido al nivel de ciclosporina por debajo del rango terapéutico. (C. Clinic 2003 - 2ºQ, pág. 12)

6. Un paciente con trasplante de hígado, que contrae una hepatitis.

DP: 996.82

DS: 573.3

**NOTA:** Las condiciones preexistentes y las que se desarrollan después del trasplante se codifican como complicaciones de órganos trasplantados si afectan a dicho órgano.

(C. Clinic 1998 - 3ºQ, pág. 3)

7. Paciente con trasplante de cornea, ingresa con una dehiscencia de herida quirúrgica traumática. La lesión tuvo lugar al ser golpeado en el ojo por una pelota.

DP: 998.32

DS: E9170

DS: V42.5

(C. Clinic 2006 - 1ºQ, pág. 8)

8. Paciente con DM tipo I, con múltiples afectaciones sistémicas, por lo que se le realizó un trasplante pancreático y desde entonces no requiere tratamiento con insulina. Actualmente ingresa para tratar una afectación vascular debida a su diabetes.

DP: 250.71  
DS: 443.81  
DS: V42.83

**NOTA:** El paciente todavía presenta complicaciones asociadas a la diabetes, ya que el trasplante no resuelve dichas manifestaciones y, por otra parte, las manifestaciones diabéticas no se pueden codificar sin el código de la diabetes correspondiente 250.  
(C. Clinic 2001 - 2ºQ, pág. 16)

## 5. Complicaciones que afectan a sistemas corporales especificados, no clasificados bajo otros conceptos

Los títulos para la mayoría de los códigos de la categoría **997 Complicaciones que afectan a sistemas corporales especificados, no clasificados bajo otros conceptos**, son generales y no específicos. Estos códigos no se asignan cuando el índice alfabético proporciona otros y no deben ser asignados sin que el médico documente que se trata de una complicación de la cirugía. Cuando se asigna un código de la categoría 997, se añade ordinariamente un código adicional para proporcionar especificidad.

- Para elegir el código adecuado de la categoría **997** hay que tener en cuenta el capítulo donde la CIE-9-MC clasifica una condición cuando no es el resultado de una complicación post-operatoria:

Ejemplo: Atelectasia pulmonar post-operatoria

DP: 9973(\*)

DS: 518.0

(\*) Atelectasia pulmonar 518.0, dicho código se clasifica en el Capítulo 8.- Enfermedades del Aparato Respiratorio. Por lo que una atelectasia pulmonar post-quirúrgica se clasificaría como una complicación respiratoria.

- La subcategoría **997.6 Complicación del muñón de amputación** se ha modificado y no está limitada a las complicaciones tardías. Siguen existiendo los códigos de la subcategoría para el **neuroma del muñón de amputación 997.61** o **infección 997.62**.

Se asignará un código de V49.6X-V49.7X para indicar el lugar anatómico de la amputación.

- La CIE-9-MC distingue entre las complicaciones cardíacas que ocurren tras el período postoperatorio inmediato después de cualquier tipo de cirugía 997.1 y los efectos funcionales a largo plazo que siguen a la cirugía cardíaca 429.4.

Originalmente, el período postoperatorio inmediato fue definido como el *tiempo entre la cirugía y el alta del paciente* del hospital. Pero con los cambios actuales en la práctica médica, dando como resultado altas precoces, esta definición no es muy válida, y el código 997.1 se puede asignar para las complicaciones que ocurren en ingresos posteriores, después del alta del paciente.

El código **429.4 Trastornos Funcionales** también clasifica:

- Los efectos funcionales a largo plazo que resultan de la presencia de una prótesis cardíaca.
- El síndrome del marcapasos (complicaciones hemodinámicas) que ocurre a veces cuando un paciente con marcapasos ventricular experimenta disminución del volumen cardíaco durante el ritmo establecido. Este síndrome puede eclipsar cualquier mejora resultante de la terapia del marcapasos y conducir realmente a un empeoramiento de los síntomas que estaban presentes antes de que el marcapasos fuera implantado.

Ejemplos:

- Colecistitis aguda, arritmia cardíaca postoperatoria (mismo ingreso) 575.0  
997.1  
427.9
- Fallo cardíaco debido a cirugía cardíaca realizada durante un ingreso anterior, el paciente se fue de alta hace un mes 429.4  
428.9
- Fallo cardíaco en el segundo día postoperatorio después de cirugía 997.1  
428.9
- **Hipertensión / Hipotensión postoperatoria:**  
Para registrar una hipertensión / hipotensión como una complicación **debida a** un procedimiento quirúrgico o cuidado médico,

la relación *causa-efecto* debe de estar establecida por el clínico en el juicio diagnóstico.

- **Hipertensión postoperatoria:**

Si el juicio diagnóstico queda registrado como tal, ya que el médico ha determinado que la hipertensión estaba *relacionada con* o era *debido a* la complicación del procedimiento.

Si en el diagnóstico se establece el tipo de hipertensión, se utilizará código adicional para identificar totalmente la condición.

DP: 997.91

- **Hipotensión postoperatoria:**

Si el juicio diagnóstico queda registrado como tal, ya que el médico ha determinado que la hipotensión estaba *relacionada con* o era *debido a* la complicación del procedimiento.

DP: 458.29

(C. Clinic 1993 - Vol 10 - N° 5, pág. 6, 7, 8, 15)

(Boletín n° 17, pág. 20)

Casos prácticos de Boletines del Ministerio de Sanidad y Consumo y del Coding Clinic, adaptados a las modificaciones de los códigos de la CIE-9-MC, 6ª edición:

1. Paciente al que se le realizó una laminetomía hace siete meses, ingresa con dolor en las piernas y en zona lumbar; las pruebas de imagen diagnósticas demuestran la presencia de un pseudomeningocele y éste es el diagnóstico al alta junto con una fuga dural.

DP: 997.01

DS: 349.2

**NOTA:** El pseudomeningocele es una complicación quirúrgica que generalmente sucede debido a un desgarramiento de la duramadre. Puede ocurrir como resultado de una intervención o de un traumatismo. La fuga dural es inherente al pseudomeningocele y no necesita código adicional para ello.

(C. Clinic 2006 - 1°Q, pág. 15-16)

2. Pregunta: ¿es apropiado añadir un código adicional al 997.02, para identificar el tipo de lesión neurológica ocurrida, como puede ser Infarto/Hemorragia cerebral?

El código 997.02 se debe asignar ante accidente cerebro vascular agudo (ACVA) post-operatorio junto a un código adicional del 430-435.9 para identificar qué tipo de ACVA ha ocurrido.

**NOTA:** La norma general de codificación de las complicaciones postoperatorias, es que cuando el código de la complicación no identifica totalmente la misma, se debe utilizar un código adicional.

(C. Clinic 2004 - 2ºQ, pág. 8)

(Boletín nº 10, pág. 22)

3. Paciente colecistectomizado hace una semana, ingresa con dolor abdominal, náuseas y vómitos, se le diagnostica de biloma. Se lleva a cabo un drenaje percutáneo por ecografía abdominal.

DP: 997.4

DS: 576.8

Pr: 54.91

Pr: 88.76

**NOTA:** El bilioma se trata de una fuga en el tracto biliar, que ocupa el espacio capsular en el lecho vesicular del muñón del conducto cístico, suele estar relacionado con un trauma abdominal o con cirugía previa y se codificará según la causa del mismo.

(C. Clinic 1999 - 2ºQ, pág. 13/14)

(Boletín nº 8, pág. 12)

4. ¿Cuál es el código mas apropiado para clasificar una colangitis debida a una CPRE, el 998.59 ó 997.4?, y por otra parte ¿registramos en ambos casos como secundario el 576.1?

DP: 997.4

DS: 576.1

**NOTA:** Los códigos de la categoría 997 se asignan cuando la complicación produce una alteración en un sistema corporal. Dado que en este caso la complicación afecta a la vía biliar, que es un órgano digestivo, el código 997.4 es el más apropiado para

este caso; además el médico no indica si se trata de una infección y la colangitis por definición es una inflamación de la vía biliar. (C Clinic 1995 - Vol 12 - 2ºQ, pág. 7)

5. Paciente con cáncer de vejiga intervenido que ingresa por estenosis de la vejiga ileal.

DP: 9975

DS: 188.9

M8000/3

(C. Clinic 1996 - 3ºQ, pág. 15)

6. Ingreso por incontinencia urinaria secundaria a disfunción de esfínter como consecuencia de una prostatectomía radical.

DP: 9975

DS: 788.3X

(Boletín nº 5, pág. 29)

7. Paciente diagnosticado de estenosis de la unión ureteroileal postcirugía urológica.

DP: 9975

**NOTA:** La estenosis de la unión ureteroileal postcirugía urológica, se codifica como una complicación urinaria. Se llega a este código entrando en el índice alfabético por “Complicación de anastomosis intestinal con implicación del tracto urinario”. No hay que confundir con el código 593.3 Estenosis o acodamiento ureteral, en el que se contempla la estenosis ureteral postoperatoria, pero no la estenosis de la anastomosis.

(Boletín nº 9, pág. 19)

8. Paciente que ingresa por cólico renal derecho. Previamente a este paciente se le ha realizado una litotricia del riñón derecho y colocación de un stent por nefrolitiasis. ¿Se codificaría como complicación postoperatoria del tracto urinario?

DP: 788.0

**NOTA:** La documentación médica no indica que haya una relación *causa-efecto* entre el cólico renal y la cirugía, o se trate

de una complicación de la litotricia o del stent. Por lo que sería inapropiado recoger el código como una complicación quirúrgica.

(C. Clinic 2004 - 3ºQ, pág. 8)

9. Mujer ingresada para amputación supracondílea de pierna izquierda debido a una gangrena seca extendida desde el dorso y planta del pie, por cambios secundarios a enfermedad vascular periférica o al avance de su arteriosclerosis.

La paciente tiene historia de amputación del 2º dedo del pie izquierdo, hace un mes aproximadamente.

¿Se debería codificar una complicación del muñón de amputación?

DP: 440.24

DS: V49.72

**NOTA:** El código de complicación del muñón de amputación no es apropiado asignarlo ya que en este caso se trata de una progresión de su enfermedad.

(C. Clinic 2003 - 3ºQ, pág. 17-18)

10. Paciente trasladada de otro hospital para ser intervenida de la arteria coronaria D.A., donde tras el cateterismo ha desarrollado un hematoma y debido a ello un pseudoaneurisma femoral.

DP: 414.01

DS: 998.12

DS: 997.2

DS: 442.3

**NOTA:** El código 997.2 debe ser utilizado para recoger complicaciones vasculares como un pseudoaneurisma, después de cateterismo cardiaco. Un pseudoaneurisma, normalmente, ocurre en el lugar de una cirugía vascular previa o debido a una punción de un vaso sanguíneo. Como la punción es parte de un procedimiento (cateterismo cardiaco) y no se trata de una punción accidental, es por lo que se clasifica en el 997.2, y no en el 998.2.

(C. Clinic 2002 - 3ºQ, pág. 24)

## 6. Otras complicaciones de procedimientos, no clasificadas bajo otros conceptos

La categoría 998 Otras complicaciones de cirugía, no clasificadas bajo otros conceptos, se utiliza para clasificar un grupo misceláneo de complicaciones postoperatorias. La mayoría de las veces no se requieren códigos adicionales porque el código de la complicación lo proporciona en sí mismo. Por ejemplo:

- 998.32    Disrupción de herida operatoria externa**
- 998.82    Catarata fragmentaria en ojo siguiendo a catarata quirúrgica**
- 998.0     Shock postoperatorio**

La subcategoría **998.1 Hemorragia, hematoma o seroma que complica un procedimiento**, se ha ampliado para proporcionar más especificidad como sigue:

- 998.11    Hemorragia que complica un procedimiento**
- 998.12    Hematoma que complica un procedimiento**
- 998.13    Seroma complicando un procedimiento**

El código **998.2 Punción o laceración accidental durante un procedimiento**, clasifica desgarros o laceraciones inadvertidas durante la cirugía. Por ejemplo, desgarró dural que ocurre durante la cirugía de fusión espinal.

Los pacientes con frecuencia son vistos para el cuidado continuo de las heridas quirúrgicas que cicatrizan lentamente o no cicatrizadas. El código **998.83 Heridas quirúrgicas sin cicatrizar**, se asigna para tales ingresos o revisiones en consultas.

Casos prácticos de Boletines del Ministerio de Sanidad y Consumo y del Coding Clinic, adaptados a las modificaciones de los códigos de la CIE-9-MC, 6ª edición:

1. Paciente que ingresa por hemotórax después de biopsia pulmonar hace dos semanas.

DP: 998.11

DS: 511.8

El código 997.3 no es el apropiado en este caso, ya que la lesión es extrínseca al tejido pulmonar.

(C. Clinic 1997 - 1ºQ, pág. 10)

2. Paciente que en un ingreso previo, y debido a una trombosis de vena subclavia, se le trató mediante trombolisis trans-catéter. También se le diagnosticó del Síndrome del plexo braquial, por lo que se le ofreció tratamiento del mismo mediante la resección de la 1ª costilla, a lo que el paciente se negó. Desde entonces esta en tratamiento con anticoagulantes. Ahora reingresa por hinchazón en la parte superior del brazo y es diagnosticado de un hematoma intramuscular como complicación de la trombolisis trans-catéter anterior y de la anticoagulación.

DP: 998.12

DS: 728.89

DS: E934.2

DS: 353.0

DS: V58.61

(C. Clinic 2006 - 3ºQ, pág. 12)

3. Carcinoma papilar intraquístico no invasivo grado I. Se le practicó resección del quiste mamario (tumorectomía de cuadrante inferior de mama izda) más escisión de elipse de piel que incluye pezón. En el postoperatorio inmediato se produjo hematoma en el lecho quirúrgico que obligó a la apertura de la herida con drenaje.

Opciones:

**1 Diagnósticos: 233.0 998.12 -Procedimientos: 85.25 85.21**

**2 Diagnósticos: 233.0 998.12 -Procedimientos: 85.21**

**3 Diagnósticos: 233.0 038. 2 -Procedimientos: 85.21**

**4 Diagnósticos: 233.0 038. 2 -Procedimientos: 85.25 85.21**

El carcinoma papilar intraquístico es un carcinoma in situ, 998.12 Hematoma que complica un procedimiento, E878.6 Extirpación de otros órganos, total o parcial, M8080/2 Carcinoma papilar in situ. Los códigos de procedimiento serían 85.21 Ex-

tirpación local de lesión de mama, 85.25 Extirpación del pezón y 85.0 Incisión de mama.  
(Boletín n° 21, pág. 40)

4. Paciente con larga historia de polimenorragias por dos leiomiomas uterinos, a la que se realizó una histerectomía en un ingreso previo hace 15 días. Ingresó por dolor abdominal, observándose en la exploración un hematoma vaginal de 10 cm. de diámetro, por lo que se sospecha hematoma infectado. Se realiza drenaje del hematoma en cúpula vaginal infectado secundario a histerectomía. A la hora de codificar el hematoma infectado:
- ¿Es sinónimo de seroma infectado = 998.51?
  - Si no es sinónimo de seroma infectado ¿se debe clasificar en el 998.59?
  - ¿Se asignará únicamente el 998.59 ó también se debe añadir el 998.13?

En la expresión diagnóstica queda documentado que se trata de un hematoma postoperatorio vaginal infectado por lo que como la CIE-9-MC por el momento no contiene un código combinado deberemos utilizar el 998.12 Hematoma que complica un procedimiento, el 623.6 Hematoma vaginal para identificar la localización anatómica, el 998.59 Otras infecciones postoperatorias.

Seleccionamos como diagnóstico principal el hematoma postoperatorio por la secuencia lógica de aparición y evolución. El código del procedimiento será el 70.14 Otra vaginotomía.  
(Boletín n° 13, pág. 38)

5. Mujer que durante maniobras con fórceps en el parto sufre desgarro uretral (1-3-98). En sala de partos es suturada la uretra dejando sonda vesical. Antes del alta se evidencia nueva fuga y se repone sonda.  
El día 19-3-98 ingresa para resutura de la fuga por un fallo de la sutura primaria.  
El día 25-3-98 ingresa para resutura de nuevo fallo de sutura secundario.  
Este último ingreso que es el que nos ocupa se codifica como:

DP Complicación puerperal especificada 674.84

DS Dehiscencia de sutura interna 998.31

¿Es correcto o en este último ingreso debe ser considerada como una complicación urológica únicamente: DP Fallo, o dehiscencia de sutura interna 998.31?

La codificación adecuada de todo el proceso sería:

En el primer ingreso, obviando las posibles patologías que pudieron indicar la utilización del fórceps, se debe asignar el código **665.51 Otra lesión de órganos pélvicos, parto, con o sin mención de estado anteparto** para el desgarro uretral sufrido y el **75.61 Reparación de desgarro obstétrico actual de vejiga y uretra** para el procedimiento de sutura uretral.

En los ingresos siguientes por dehiscencia de la sutura uretral, no se debe considerar esta dehiscencia como de herida obstétrica (la CIE-9-MC sólo contempla como heridas obstétricas las perineales y las de cesárea), por lo que se deberá clasificar como cualquier otra dehiscencia de sutura en el código **998.31 Disrupción de herida operatoria**.

(Boletín n° 15, pág. 24)

6. Paciente que fue dado de alta después de intervención de apendicectomía, al segundo día en su casa, después de un movimiento brusco, ingresa con una dehiscencia de herida.

DP: 998.32

**NOTA:** No es necesario un código adicional, ya que el código proporciona la especificidad de la complicación.

(C. Clinic 1990 - 2°Q, pág. 11)

7. Las revisiones de instrucciones en las categorías que clasifican las complicaciones de cuidados médicos y quirúrgicos, y especialmente en los códigos referentes a la infección, insisten en la necesidad de la codificación múltiple para la correcta identificación de los procesos, usando tantos códigos como sea necesario. Por ejemplo, “absceso de pared abdominal por infección de herida de apendicectomía debida a E.Coli”, se codificará y ordenará.

DP: 998.59 (otras infecciones postquirúrgicas)  
DS: 682.2 (absceso de tronco, incluye pared abdominal)  
DS: 041.4 (infección por E.Coli)  
DS: E878.6 (extirpación parcial o total de otros órganos)  
(Boletín nº 12, pág. 18)  
(C. Clinic 1991 - 2ºQ, pág. 7)

8. Las complicaciones postquirúrgicas después de un trasplante que no afectan la función del órgano se clasifican en la categoría que identifica específicamente la complicación.
- Infección postoperatoria de herida quirúrgica tras trasplante de hígado  
DP: 998.59  
(C. Clinic 1998 - 3ªQ, pág. 3)

9. Cuando se produce una fístula postoperatoria (ejemplo: intestinal) y se ha de cerrar quirúrgicamente, nosotros asignamos el código 998.6 Fístula postoperatoria persistente. Si se cierra espontáneamente, ¿deberíamos utilizar este código?

**NOTA:** El código 998.6 fístula postoperatoria persistente no distingue si la fístula se cierra quirúrgicamente o no; lo que importa es que la fístula exista después de la operación, por lo que debemos utilizar dicho código.  
(Boletín nº 10, pág. 25)

10. Paciente que sufre un empiema en postoperatorio de neumonectomía y en el que se cultiva estafilococo áureus.
- DP: 998.59  
DS: 510.9  
DS: 041.11  
(C. Clinic 1994 - 3ºQ, pág. 6)

11. Paciente ingresado con sepsis biliar debido a CPR.
- DP: 998.59  
DS: 038.9  
DS: 995.91  
(C. Clinic 1995 - Vol 12 - 2ªQ, pág. 7)

12. Paciente con parto por cesárea dado de alta hace cinco días, ingresa de nuevo por evidenciarse celulitis en la herida quirúrgica.

DP: 674.34

DS: 682.2

DS: E878.8

(Boletín nº 2, pág. 28)

13. Paciente que ingresa para sustitución de la prótesis de cadera derecha por movilización de la misma y por error se le opera de la izquierda.

DP: 996.47

DS: 998.89

DS: E876.5 (operación inapropiada)

DS: V43.64

(C. Clinic- 2006 - 3ºQ, pág. 9)

## 7. Complicaciones de cuidados médicos no clasificados bajo otros conceptos

La categoría **999 Complicaciones de cuidados médicos** proporciona los códigos para clasificar un número de condiciones específicas que pudieran ocurrir a continuación de cualquier tipo de procedimiento. Los códigos de la categoría 999 clasifican condiciones que son consecuencia de la asistencia médica, más que de la cirugía. Por ejemplo:

- Reacción de incompatibilidad Rh 999.7
- Shock anafiláctico por suero 999.4

Casos prácticos de Boletines del Ministerio de Sanidad y Consumo y del Coding Clinic, adaptados a las modificaciones de los códigos de la CIE-9-MC, 6ª edición:

1. Paciente que desarrolla una neumonía asociada a la ventilación mecánica.

DP: 999.9

DS: 486

(C. Clinic - 2006 - 2ºQ, pág. 25)

2. Paciente con fallo renal crónico hipertensivo, ingresa por una peritonitis debida al fluido de la diálisis infectado, en cuyo cultivo creció un estafilococo áureus. En el juicio diagnóstico se documenta que la peritonitis fue debida a un problema en el proceso de la infusión y no por el catéter (éste no estaba infectado).

DP: 999.3

DS: 567.29

DS: 041.11

DS: 403.91

DS: 585.6

DS: V45.1

(C. Clinic - 2001 - 2ºQ, pág. 11)

3. Reacción febril postvacunal ¿es reacción adversa o complicación?. Si se entra en el índice alfabético por Reacción, vacuna, te manda a complicación.

**NOTA:** En efecto, la entrada “Reacción, vacuna” remite mediante referencia cruzada a “Complicación, vacunación”, lo que confirma el hecho de que para la CIE-9-MC las reacciones postvacunales se clasifican como complicaciones. De este modo se asignará:

DP: 999.5 **Otra reacción a sueros** (al que se llega a través de la entrada “Complicación, vacuna, reacción”)

DS: 780.6 **Fiebre (de origen desconocido)** –que especifica en qué ha consistido la reacción vacunal

DS: E879.8 **Otras técnicas especificadas.** No se debe emplear código E alguna de la Tabla de Fármacos y Sustancias Químicas referidos a vacuna, ya que no se considera reacción adversa a fármaco.

(Boletín n° 15, pág. 23)

## 8. Complicaciones vs. cuidados posteriores

Según lo discutido anteriormente, es importante distinguir entre una admisión para una complicación de cirugía o asistencia médica y una para cuidados posteriores. Una admisión para cuidados posteriores se programa generalmente por adelantado para el cuidado de un estado residual o para llevar a cabo actividades de seguimiento, por ejemplo la extracción de los clavos o de las placas colocados durante cirugía ortopédica previa. Los cuidados posteriores se clasifican en las categorías del V50-V58. El codificador debe tener cuidado de no asignar los códigos de complicación para el ingreso rutinario de cuidados posteriores. Por ejemplo:

- Admisión para extracción de clavo del fémur V54.01
- Admisión de paciente para la retirada de corsé V53.7
- Ingreso para extracción de fijación interna que ha pro-  
truido en el tejido que rodea al hueso, causando dolor  
severo 996.49
- Admisión para cierre de colostomía V55.3
- Admisión para ajuste de prótesis de mama V52.4
- Admisión para extracción de prótesis de mama despla-  
zada 996.54

## 9. Historia personal

Los términos **“historia de”** o **“antecedente de”**, usado en expresiones diagnósticas es interpretado a veces por los codificadores como una complicación postoperatoria. Sin embargo, raramente se utiliza este término con este significado. Indica generalmente que al paciente se le realizó el procedimiento en un tiempo pasado. La condición se clasifica ordinariamente entre las categorías V10–V19, pero solamente cuando es significativa para el episodio actual del cuidado.

## 10. Cuidados quirúrgicos y médicos como causas externas

La CIE-9-MC proporciona dos secciones de códigos E para indicar cuidados médicos o quirúrgicos como la causa de una complicación.

- Los códigos de las categorías E870-E876 se utilizan solo, cuando se establece que la condición es **debida a** un infortunio o accidente ocurrido durante cuidado médico o quirúrgico.
- Los códigos de las categorías E878-E879 se utilizan cuando la condición se describe como **debido al** cuidado médico o quirúrgico, pero sin la mención de accidental.

Ejemplos:

- Neumonitis por radiación como reacción adversa de la radioterapia  
508.0  
E879.2
- Cuerpo extraño dejado en abdomen durante laparotomía  
998.4  
E871.0

Debido a los posibles problemas legales que pueden derivarse del uso estos códigos, deberían formularse políticas y pautas para su uso. Los codificadores no deben asumir nunca que ha habido un accidente; tales códigos deben ser asignados solamente, cuando hay establecido un diagnóstico claro por parte del médico.

## Bibliografía

1. Brown, Faye. ICD-9-CM Coding Handbook, with Answers. 1991.
2. Brown, Faye. ICD-9-CM Coding Handbook, with Answers. 1999.
3. Brown, Faye. ICD-9-CM Coding Handbook, with Answers. 2004.
4. Brown, Faye. ICD-9-CM Coding Handbook, with Answers. 2007.
5. Manual de usuario. Normativa de codificación. Ministerio de Sanidad y Consumo. 4ª Ed. 1997.
6. Codificación Clínica con la CIE-9-MC. Ministerio de Sanidad y Consumo:
  - Boletines de la Unidad Técnica de la CIE-9-MC (nº 0 al nº26).
7. CIE-9-MC 5ª Edición en castellano. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2006.
8. CIE-9-MC 6ª Edición en castellano. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2008.
9. Coding Clinic:
  - Año: 1990 hasta 3º cuarto del 2007.



# Monografía: Codificación de la desnutrición hospitalaria

## 1. Introducción y aspectos generales

La desnutrición continúa siendo la causa más frecuente de mortalidad y uno de los principales problemas de salud en todo el mundo, afectando de forma muy especial, a un colectivo concreto como es el de los sujetos hospitalizados, donde la incapacidad y la enfermedad son comunes, tomando entidad propia bajo la denominación de desnutrición hospitalaria.

El pasado 6 de noviembre de 2004 se celebró en Granada el 2º Foro de la Sociedad Española de Nutrición Enteral y Parenteral (SENPE) con un tema central de debate: “Valoración del estado nutricional en el ámbito hospitalario. Herramientas y GRDs”. La SENPE y la Sociedad Española de Documentación Médica (SEDOM) adquirieron el compromiso de llegar a acuerdos para poder definir de una forma más precisa y acertada los tipos de desnutrición y su correspondiente codificación, como se expresa en las conclusiones del Foro dada su trascendencia en la gestión hospitalaria (1).

Definir la desnutrición no es fácil como lo demuestra el hecho de los múltiples intentos que se han realizado, no existiendo una definición universalmente aceptada. Los últimos avances en estudios de composición corporal y especialmente el conocimiento de los efectos negativos que la desnutrición tiene en la evolución de los pacientes han permitido actualizar algunas de estas definiciones (2). Probablemente una de las más aceptadas sea la propuesta por M Elia como “la desnutrición es el estado de nutrición en el que una deficiencia de energía, proteínas y otros nutrientes causa efectos adversos medibles en la composición y función de los tejidos / órganos y en el resultado clínico”.

En los últimos años se han implementado diversos métodos de cribaje como primer paso para detectar sujetos en riesgo nutricional que, posteriormente, deben ser sometidos a una valoración nutricional exhaustiva, para llegar a un diagnóstico concreto de la misma que implique un plan terapéutico nutricional evaluable.

La desnutrición afecta al 30%-50% de los pacientes hospitalizados de todas las edades tanto por causas quirúrgicas como médicas, aumentando a medida que se prolonga la estancia hospitalaria.

El diagnóstico de desnutrición, su comorbilidad, mortalidad asociada y el procedimiento terapéutico utilizado para revertirla implican un problema asistencial y un coste económico para los centros hospitalarios que en ocasiones no es bien informado (3,4).

De la importancia y trascendencia de la situación baste reseñar la resolución del Consejo de Europa al respecto, de la que extraemos:

La evaluación del estado nutricional en el ámbito hospitalario es importante por la elevada incidencia de desnutrición (30-50%) y el efecto negativo que ésta tiene sobre la evolución de los pacientes.

Permite conocer qué paciente está desnutrido y en qué grado, detecta los pacientes que requieren nutrición artificial y evalúa la eficacia del soporte nutricional.

De acuerdo con las Recomendaciones del Comité de Ministros del Consejo de Europa (Resolución Res AP (2003) 3 sobre alimentación y asistencia nutricional en los hospitales), la valoración nutricional debe ser una herramienta imprescindible en la evaluación completa del paciente hospitalizado. Esta deberá ser universal, precoz, sencilla de aplicar, basada en la mejor evidencia científica disponible y adaptable a las diversas circunstancias clínicas de los pacientes como edad, sexo, gravedad de la enfermedad. La detección de un paciente en riesgo nutricional deberá seguirse de una evaluación nutricional completa, un plan terapéutico nutricional individualizado y una monitorización de la evolución.” (5)

En esta circunstancia entendemos que están implicadas varias causas, entre las que podríamos destacar la falta de formación e interés de los profesionales sanitarios de los servicios finalistas para incluir el diagnóstico de desnutrición y el procedimiento utilizado para su tratamiento y las dificultades con las que nos encontramos para ajustar los cuadros de desnutrición hospitalaria en las definiciones planteadas en el CIE-9-MC (Clasificación Internacional de Enfermedades - 9ª revisión - Modificación Clínica). (5,6)

La CIE 9-MC es la herramienta universal base utilizada en la clasificación de diagnósticos y procedimientos. Entre sus grandes ventajas destaca permitir que todo el mundo sanitario hable el mismo lenguaje para definir la patología, independientemente de su lugar de actividad.

Sin embargo, esta misma circunstancia que universaliza las patologías, se convierte en un obstáculo en el caso de la desnutrición ya que fue diseñada como un sistema universal asignándose los principales códigos de desnutrición proteica (Kwashiorkor), calórica (marasmo) o mixta a los criterios de definición de desnutrición en el grupo de edad pediátrica en los países menos desarrollados, no considerando específicamente el caso de la desnutrición hospitalaria del adulto (Tabla 1).

<b>Tabla 1. Definiciones de desnutrición de la CIE 9 MC</b>
<b>260. Kwasiorkor:</b> Edema nutritivo con despigmentación de la piel y del pelo.
<b>261. Marasmo Nutritivo:</b> Atrofia Nutritiva. Carencia calórica grave. Desnutrición grave.
<b>262. Otras desnutriciones proteicoalóricas graves:</b> Edema nutritivo sin mención de despigmentación de piel y pelo.
<b>263. Otras formas de malnutrición energético proteica no especificada</b>
<b>263.0 Desnutrición de grado moderado</b>
<b>263.1 Desnutrición de grado leve</b>
<b>263.2 Detención del desarrollo consecutivo de desnutrición proteico calórica.</b>
Enanismo nutritivo
Retraso físico por desnutrición
<b>263.8. Otras desnutriciones proteico calóricas</b>
<b>263.9. Desnutrición proteico calórica no especificada</b>
Distrofia por desnutrición
Desnutrición (calórica) NEOM.
Excluye carencia nutritiva NEOM (269.9)

La mayoría de los pacientes atendidos en nuestros centros hospitalarios presentan desnutrición energético–proteica de diferentes grados de gravedad. Probablemente las dos excepciones dignas de mención sean los cuadros marasmáticos de las pacientes con anorexia nerviosa y la situación de desnutrición aguda proteica de un paciente previamente sano que de forma inesperada sufre una agresión.

Una valoración nutricional exhaustiva requiere la realización de una correcta historia clínica y dietética, cuestionarios estructurados subjetivos (Valoración Subjetiva Global (VSG), *Mini Nutritional Assessment* (MNA) y otros), mediciones antropométricas, estudios analíticos (albúmina, linfocitos, pruebas de función hepática, etc.) y otros métodos de composición corporal (7, 8, 9, 10).

Es imprescindible que los clínicos responsables de la elaboración de los informes al alta hospitalaria, sean conscientes de la importancia de incluir en el mismo el diagnóstico de desnutrición y los procedimientos terapéuticos relacionados. Conscientes de la dificultad que supondría cualquier modificación al patrón establecido actualmente en su codificación por la CIE- 9- MC, pero sensibles a la necesidad de establecer criterios que nos permitan hablar el mismo lenguaje a todos y poder intercambiar nuestros datos proponemos:

## 2. Criterios de clasificación de la desnutrición hospitalaria

### 2.1. Desnutrición calórica (equivalencia: Marasmo)

Desnutrición crónica provocada por falta o pérdida prolongada de energía y nutrientes. Se produce una disminución de peso importante, caracterizada por pérdida de tejido adiposo, en menor cuantía de masa muscular y sin alteración significativa de las proteínas viscerales ni edemas. Los parámetros antropométricos se hallan alterados. Los valores de albúmina y de proteínas plasmáticas suelen ser normales o poco alterados.

### 2.2. Desnutrición proteica o predominantemente proteica (equivalencia: Kwashiorkor)

Asimilada en los países desarrollados al concepto de desnutrición aguda por estrés que aparece cuando existe disminución del aporte proteico o aumento de los requerimientos en infecciones graves, politraumatismos y cirugía mayor. El panículo adiposo está preservado, siendo la pérdida

fundamentalmente proteica, principalmente visceral. Los parámetros antropométricos pueden estar en los límites normales con proteínas viscerales bajas.

### 2.3. Desnutrición mixta

Desnutrición proteico-calórica grave o Kwashiorkor-marasmático, que mezcla las características de los dos cuadros anteriores, disminuye la masa magra, grasa y las proteínas viscerales. Aparece en pacientes con desnutrición crónica previa tipo marasmo (generalmente por enfermedad crónica) que presentan algún tipo de proceso agudo productor de estrés (cirugía, infecciones). Es la forma mas frecuente en el medio hospitalario. Se puede evaluar la gravedad del componente mas afectado, predominio calórico o proteico.

### 2.4. Estados carenciales

Deficiencia aislada de algún nutriente (oligoelementos o vitaminas), por disminución de su ingesta o pérdida aumentada. Generalmente se asocia a alguno de los tipos anteriores. Quedan fuera del tema que tratamos.

Tal y como se ha expresado anteriormente no existen criterios diagnósticos unánimes. Tampoco existe ningún parámetro diagnóstico salvo, tal vez, la valoración subjetiva global, que por si sólo nos aporte un diagnostico de desnutrición (11, 12, 13). En la tabla 2 se recogen los parámetros diagnósticos mas frecuentes con indicación del tipo de desnutrición del que son mas específicos.

**Tabla 2. Parámetros diagnósticos en desnutrición hospitalaria**

		Desnutrición calórica	Desnutrición proteica	Desnutrición mixta
Parámetro de valor calórico	IMC	++	Normal	+
	Porcentaje de peso habitual	++	No	+
	% Pérdida de Peso / Tiempo 1 semana	++	No	+
	1 mes	++	No	+
	2 meses	++	No	+
	3 meses	++	No	+
	Pliegues y otras medidas antropométricas	++	No	+
Parámetro de valor proteico	Albumina (g/dl)	Normal	++	+
	Transferrina (mg/dl)	Normal	++	+
	Prealbumina (mg/dl)	Normal	++	+
	RBP (mg/dl)	Normal	++	+
Parámetro general	Linfocitos (células / mm <sup>3</sup> )	+	++	+
	Colesterol (mg/dl)	++	No	+
	Valoración subjetiva global	B-C	B-C	B-C
	NRS	+	+	+
	MUST	+	+	+

Cada uno de los tipos definidos (calórica, proteica o mixta) se subdivide, según su severidad, en leve o de primer grado, moderada o de segundo grado y grave o de tercer grado.

Los valores de los parámetros diagnósticos correspondientes a estos estadios se recogen en la tabla 3.

**Tabla 3.**

	Valor Normal	Desnutrición leve	Desnutrición moderada	Desnutrición severa
IMC	18,5-25	17-18,4	16-16,9	< 16
Porcentaje de peso habitual	> 95%	94,9-85	84,9-75%	< 75%
% Pérdida de Peso / Tiempo 1 semana	< 1%	1-2%	2%	> 2%
1 mes	< 2%	< 5%	5%	> 5%
2 meses	< 3%	5%	5-10%	> 10%
3 meses	< 7,5%	< 10%	10-15%	> 15%
Pliegues y otras medidas antropométricas	> p15	< p15	< p10	< p5
Albúmina (g/dl)	3,6-4,5	2,8-3,5	2,1-2,7	< 2,1
Transferrina (mg/dl)	250-350	150-200	100-150	< 100
Prealbumina (mg/dl)	18-28	15-18	10-15	< 10
RBP (mg/dl)	2,6-7	2-2,6	1,5-2	< 1,5
Linfocitos (células / mm <sup>3</sup> )	> 2000	1200-2000	800-1200	< 800
Colesterol (mg/dl)	≥ 180	140-179	100-139	< 100
Valoración subjetiva global	A	B	C	C
	Sin riesgo	Posible riesgo	Riesgo nutricional	
NRS	0	1-2	3	
MUST	0	1	2	

**NOTA:** Los sistemas de NRS y MUST aunque suponen aproximaciones diagnósticas no tienen validadas las puntuaciones de desnutrición leve-moderada o grave, por lo que han de complementarse con otros datos.

Cuando un paciente reúne dos criterios con grados de severidad diferentes se toma el mayor de ellos.

### 3. Criterios de codificación

#### 3.1. Constatación documental

Para la asignación de un código de desnutrición será necesario un diagnóstico establecido de la misma, con su reflejo documental correspondiente.

#### 3.2. Fuentes documentales

La fuente documental preferente será el Informe de Alta, siendo también válida la consignación, por el médico responsable o por el Equipo de Soporte Nutricional, del diagnóstico de desnutrición en la historia clínica, independientemente del soporte de la misma.

#### 3.3. Diferentes estadios

Cuando en un mismo episodio el paciente pase por diferentes grados de desnutrición se recogerá el más severo que haya padecido.

#### 3.4. Procedimientos de soporte nutricional

La realización de un procedimiento nutricional no conlleva la presunción del diagnóstico. Ante la presencia de soporte nutricional sin diagnóstico de desnutrición, se deberá constatar la existencia del mismo y si no existe se registrarán sólo los códigos de procedimiento. El soporte nutricional debe ser superior a 1000Kcal/día para su toma en consideración a la hora de codificar.

#### 3.5. Pautas a seguir

Se seguirán las pautas habituales de codificación, por lo que nos guiaremos por el alfabético:

## Desnutrición (calórica) 263.9

- abandono
- grado
- - grave 261
- - - proteinocalórica 262
- - leve 263.1
- - moderada 263.0
- - primer 263.1
- - segundo 263.0
- - tercer 262
- grave 261
- proteinocalórica NCOC 262
- leve 263.1
- maligna 260
- moderada 263.0
- proteínica 260
- proteinocalórica 263.9
- - grave 262
- - tipo especificado NCOC 263.8

Por lo tanto los diferentes tipos de desnutrición hospitalaria se codificarían de la siguiente forma:

### Desnutrición calórica:

- Leve: 263.1
- Moderada: 263.0
- Grave o severa: 261
- Grado no especificado: 263.9

### Desnutrición proteica o proteínica:

- En cualquier grado: 260

### Desnutrición mixta o proteicocalórica o proteinocalórica:

- Leve: 263.8
- Moderada: 263.8
- Grave o severa: 262
- Grado no especificado: 263.9

### Desnutrición no especificada:

- Leve: 263.1

Moderada: 263.0  
Grave o severa: 261  
Grado no especificado: 263.9

### 3.6. Codificación de procedimientos de soporte nutricional

Nutrición parenteral: **99.15. Se deberá codificar la inserción del catéter correspondiente, siempre que se realice durante el ingreso.**

Nutrición enteral: **96.6 Se reflejarán aquellos soportes superiores a las 1000 Kcal/día.**

## Bibliografía

1. García de Lorenzo A, Álvarez J, Calvo MV. “Conclusiones del II Foro de Debate SENPE sobre desnutrición hospitalaria” *Nutr. Hosp.* (2005) XX (2) 82-87.
2. Stratton R.J., Green C.J., Elia M. *Disease-related malnutrition.* CAB Internacional; 2003.
3. Libro Blanco de la Desnutrición Clínica en España. Coordinado por JI Ulibarri. Ed: A García de Lorenzo; PP García Luna; P Marsé; M Planas.
4. Villalobos Gámez JL, Del Río Mata J, García-Almeida JM, Guzmán de Damas JM, Moya Carmona I, et al. Cambios en los índices de complejidad y de utilización de estancias de 2004. Plan de colaboración del equipo de soporte nutricional con servicios de documentación clínica y farmacia. *Nutrición Hospitalaria.* 21 (S 1); 2006: 22.
5. COUNCIL OF EUROPE- COMMITTEE OF MINISTRES. Resolution. ResAP (2003)3 on food and nutritional care in hospitals.
6. Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Revisión Modificación Clínica –5ª edición- Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.
7. Swails WS, Samour PQ, Babineau TJ, Bristian BR. A proposed revision of current ICD-9-CM malnutrition code definitions. *J Am Diet Assoc* 1996; 96: 370-373.
8. Elia M, Zellipour L, Stratton RJ. To screen or not screen for adult malnutrition? *Clin Nutr* 2005; 24: 867-884.
9. Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA, Jeejeebhoy KN. What is subjective global assessment of nutritional status?. *JPEN* 1987; 11(1): 8-13.
10. Guijoz Y, Lauque S, Vellas BJ. Identifying the elderly at risk for malnutrition. The Mini Nutritional Assessment. *Clin Geriatr Med* 2002; 18 (4): 737- 757.
11. Acosta Escribano J., Gómez-Tello V. y Ruiz Santana S. Valoración del estado nutricional en el paciente grave. *Nutr. Hosp.* (2005) XX (S 2) 5-8.

12. Chocrane Injuries Group Albumin Reviewers. *BMJ* 1998; 317: 235-240.
13. Ulíbarri Pérez J, González-Madroño Giménez A, González Pérez P, y cols. Nuevo procedimiento para la detección precoz y control de la desnutrición hospitalaria. *Nutr Hosp.* 2002;17:179-88.
14. Villalobos Gámez, J. L., García-Almeida, J. M., Guzmán de Damas J. M., Rioja Vázquez R., Osorio Fernández D., Rodríguez-García L. M. Et al. Proceso INFORNUT: validación de la fase de filtro –FILNUT– y comparación con otros métodos de detección precoz de desnutrición hospitalaria. *Nutr Hosp.* 2006;21(4):477-90.
15. Weimann, A. Braga M., Harsanyi L., Laviano A., Ljungqvist O., Soeters P., ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Surgery including Organ Transplantation. *Clinical Nutrition.* 25: (2), April 2006, 224-244.

# Addendum: Índice de Masa Corporal (IMC)

## 1. Introducción

El Índice de Masa Corporal (IMC) se utiliza en la mayoría de los estudios epidemiológicos y se recomienda por diferentes sociedades médicas y organizaciones de salud internacionales como una adecuada aproximación al conocimiento de la adiposidad de la mayoría de las personas.

El IMC resulta del cociente entre el peso en kilogramos y el cuadrado de la altura en metros:  $IMC = \text{kg}/\text{m}^2$ .

La CIE-9-MC contiene la Categoría V85 Índice de Masa Corporal [IMC], cuyos códigos siguen dos ejes de clasificación: el valor del IMC y la edad del paciente. Los códigos de esta categoría se asignan, cuando se dispone de la información del IMC, como código asociado al del diagnóstico, el síntoma o la circunstancia de base.

## 2. IMC y obesidad

La obesidad y el sobrepeso siempre conllevan un IMC elevado. De hecho, la obesidad se clasifica en función del IMC. La Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) adopta la clasificación de la OMS, introduciendo ligeros matices (1,2).

En la tabla 1 se muestra la equivalencia entre las categorías de IMC de la SEEDO y de la OMS junto a los códigos de la Categoría V85 Índice de Masa Corporal [IMC] para mayores de 20 años.

Para la población infantil y juvenil los criterios empleados para definir la obesidad son los valores de IMC de los mapas de crecimiento específicos por edad y sexo. La CIE-9-MC usa los mapas de crecimiento de Centers for Disease Control and Prevention (CDC) para establecer los distintos puntos de corte por percentiles en los códigos de la subcategoría V85.5x Índice de Masa Corporal Pediátrico.

### **Uso de la Categoría V85 Índice de Masa Corporal [IMC] en obesidad y sobrepeso.**

Si se conoce el IMC, se asigna un código de la Categoría V85 Índice de Masa Corporal [IMC] como código adicional a los códigos de:

- Subcategoría 278.0X Sobrepeso y Obesidad:
  - 278.00 Obesidad no especificada
  - 278.01 Obesidad mórbida
  - 278.02 Sobrepeso
- Diagnósticos como obesidad por distrofia adiposogenital (253.8) u obesidad por hipotiroidismo (244.9), que no requieren un código de la categoría 278.0X.
- Diagnósticos como obesidad que complica el embarazo, parto o puerperio (649.1X) u obesidad en el síndrome metabólico (277.7) que sí requieren además un código de la subcategoría 278.0X

### **Codificación de IMC en Adultos (Mayores de 20 años):**

Se asignan códigos comprendidos entre las subcategorías V85.2X Índice de Masa Corporal 25-29, adulto y V85.4 Índice de Masa Corporal de 40 y superior, adulto.

#### **Ejemplo:**

Paciente de 40 años, Obesidad mórbida, IMC 45,2 kg/m<sup>2</sup>.  
278.01 Obesidad mórbida.  
V85.4 Índice de Masa Corporal de 40 y superior, adulto.

#### **Ejemplo:**

Paciente de 58 años, distrofia adiposogenital, IMC 28,6  
253.8 Otros trastornos de la hipófisis y otros síndromes de origen hipotalámico.  
V85.24 Índice de Masa Corporal 28.0 - 28.9, adulto.

#### **Ejemplo:**

Embarazada de 25 años, 25 semanas de gestación, que presenta Sobrepeso grado II al haber aumentado de peso durante el embarazo. IMC 29.2.

- 649.13 Obesidad que complica el embarazo, el parto o el puerperio, estado anteparto, sin parto en el episodio.
- 278.02 Sobrepeso.
- V85.25 Índice de Masa Corporal, 29.0 a 29.9. Adulto.

**Codificación de IMC en niños y jóvenes (de 2 a 20 años)**

Para codificar el IMC en niños y jóvenes (tanto los considerados en edad pediátrica en nuestro entorno como los jóvenes hasta los 20 años), se asignan códigos de la subcategoría V85.5x Índice de Masa Corporal Pediátrico.

Los códigos de la subcategoría V85.5X Índice de Masa Corporal Pediátrico se basan en los percentiles de los mapas de crecimiento publicados por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention) (CDC).

Ejemplo: Paciente varón de 8 años con sobrepeso, IMC en el percentil 92 para su edad y sexo (Tablas CDC).

- 278.02 Sobrepeso.
- V85.53 Índice de masa corporal pediátrico, entre percentil 85 e inferior al 95 para la edad.

### 3. IMC y desnutrición

La desnutrición puede presentarse en ausencia de valores bajos de IMC. Un IMC bajo se da en un 5 – 10% de los casos de desnutrición hospitalaria. Si disponemos de información para ello, se asigna un código de la categoría V85 Índice de Masa Corporal [IMC] al código de desnutrición.

Ejemplo:

Paciente de 76 años con desnutrición calórico proteica severa. IMC 17kg/m<sup>2</sup>.

- 262 Otras desnutriciones proteicocalóricas graves.
- V85.0 Índice de Masa Corporal inferior a 19, adulto.

#### 4. IMC y pérdida de peso, bajo peso, síndrome constitucional, caquexia

- a. La CIE-9-MC identifica **la pérdida de peso y el bajo peso** en la subcategoría 783.2X Pérdida anormal de peso y bajo peso mediante los códigos 783.21 Pérdida de peso y 783.22 Bajo peso. Si se conoce el IMC, se asignará el código correspondiente de la categoría V85 Índice de Masa Corporal [IMC]. El código de pérdida de peso puede ir asociado a un código de desnutrición para mejor especificar la evolución del proceso.
- b. El **síndrome constitucional** se clasifica en uno de los códigos de la subcategoría 783.2X Pérdida anormal de peso y bajo peso, debiéndose indagar la información disponible para asignar uno u otro.

##### Ejemplo:

Paciente que acude por síndrome constitucional. Refiere pérdida no intencionada del 6% de su peso en el último mes. IMC 20kg/m<sup>2</sup>. No se ha identificado diagnóstico que lo justifique.

783.21 Pérdida de peso.  
V85.1 Índice de Masa Corporal 19-24, adulto.

##### Ejemplo:

Paciente que refiere pérdida no intencionada del 12% de su peso en los últimos dos meses. IMC 15.8kg/m<sup>2</sup>. Desnutrición calórica proteica severa.

263.8 Otras desnutriciones proteico calóricas.  
783.21 Pérdida de peso.  
V85.0 Índice de Masa Corporal inferior a 19, adulto.

- c. La **caquexia** cursa con pérdida de peso y de masa muscular, sensación de debilidad y numerosas otras alteraciones fisiológicas y de comportamiento. También se conoce como enfermedad consuntiva. Con frecuencia se asocia a ciertas enfermedades crónicas o terminales como, ciertas neoplasias, SIDA (“*AIDS-related wasting syndrome*”), insuficiencia cardíaca, infecciones

como tuberculosis, EPOC o artritis reumatoide (3). En ocasiones la caquexia aparece en la vejez sin enfermedad aparente. El código 799.4 Caquexia identifica este cuadro, salvo instrucción en contra. La enfermedad subyacente, si se conoce, se codificará primero. El tipo de desnutrición y el IMC también se codificarán e irán como códigos asociados.

Ejemplo:

Paciente con Adenocarcinoma de cabeza de páncreas, caquexia, IMC 16.6kg/m<sup>2</sup>

157.0	Neoplasia maligna cabeza del páncreas
M8140/3	Adenocarcinoma
799.4	Caquexia
V85.0	Índice de Masa Corporal <19, adulto.

## 5. IMC y control y consejo dietético

Si al paciente se le atiende por control y consejo dietético, se asigna el Código V65.3 Control y consejo dietéticos. Éste llevará asociado el correspondiente código de la Categoría V85 Índice de Masa Corporal [IMC], si el valor se conoce (4).

**Tabla 1. Equivalencia entre las categorías de la OMS y de la SEEDO y los códigos de IMC de la CIE-9-MC para mayores de 20 años**

Rangos de IMC para definir la obesidad en grados en adultos		CIE-9-MC	
OMS	SEEDO	Códigos de Categoría V85 Índice Masa Corporal	
Peso insuficiente. IMC < 18,5		V85.0 IMC inferior a 19, adulto	
Normopeso. IMC 18.5-24.9		V85.0 IMC inferior a 19, adulto	
		V85.1 IMC entre 19 - 24.9, adulto	
Sobrepeso (preobesidad) IMC 25.0-29.9	Sobrepeso grado I. IMC 25,0 - 26,9	V85.21 IMC 25.0 a 25.9, adulto	
		V85.21 IMC 26.0 a 26.9, adulto	
	Sobrepeso grado II. (preobesidad). IMC 27,0 - 29,9	V85.23 IMC 27.0 a 27.9, adulto	
		V85.24 IMC 28.0 a 28.9, adulto	
Obesidad tipo I. IMC 30,0 - 34,9		V85.25 IMC 29.0 a 29.9, adulto	
		V85.30 IMC 30.0 a 30.9, adulto	
		V85.31 IMC 31.0 a 31.9, adulto	
		V85.32 IMC 32.0 a 32.9, adulto	
		V85.33 IMC 33.0 a 33.9, adulto	
Obesidad tipo II. IMC 35,0 - 39,9		V85.34 IMC 34.0 a 34.9, adulto	
		V85.35 IMC 35 a 35.9, adulto	
		V85.36 IMC 36.0 a 36.9, adulto	
		V85.37 IMC 37.0 a 37.9, adulto	
		V85.38 IMC 38.0 a 38.9, adulto	
Obesidad tipo III. (mórbida). IMC ≥ 40		V85.39 IMC 39.0 a 39.9, adulto	
		Obesidad tipo III. (mórbida). IMC 40,0 - 49,9	V85.4 IMC 40 y superior, adulto
			Obesidad tipo IV. (extrema). IMC ≥ 5 0

## Bibliografía

1. Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). Consenso español 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Rev Esp Obes 2007;7-48.
2. WHO. Programme of Nutrition, Family and Reproductive Health Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva, 3-5 June, 1997. Geneva: WHO; 1998.
3. Kotler D. P. Cachexia; Ann Intern Med; 133:622-634. 2000.
4. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, Vol 22, 4, Fourth Quarter 2005, 97-98.  
CIE-9-MC Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª Revisión Modificación Clínica, 6ª Edición, Enero 2008.

# Información y dudas sobre codificación

Para cualquier información, duda o consulta dirigirse a:

Unidad Técnica de la CIE-9-MC para el S.N.S.  
Instituto de Información Sanitaria.  
Ministerio de Sanidad y Política Social.  
Pº del Prado, 18-20.  
28014 MADRID.

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

E-Mail: [institutoinformacionsanitaria@msps.es](mailto:institutoinformacionsanitaria@msps.es)



