

Pregunta a la Unidad 2.1

PREGUNTA:

Si un enfermo ingresa por una angina de pecho y estando ingresado se le realiza una coronariografía que demuestra arteriosclerosis coronaria (no conocida previamente), ¿cuál es el diagnóstico principal?. En el caso de que el diagnóstico principal sea la arteriosclerosis, ¿habrá también que añadir el diagnóstico secundario de angina o sería redundante?

RESPUESTA

El hecho de que se diagnostique por primera vez en ese paciente la arteriosclerosis coronaria nos determina el que se clasifique dicha arteriosclerosis como diagnóstico principal, empleando un código de la subcategoría **414.0x Aterosclerosis coronaria**⁽¹⁾ (en este caso, al realizarse coronariografía y no ser conocida previamente la arteriosclerosis, se puede deducir que es de arteria coronaria nativa, por lo que se clasificará como **414.01 Arterioclerosis coronaria de arteria coronaria nativa**⁽¹⁾) y se codificará como diagnóstico secundario la angina de pecho, **413.9 Otra angina de pecho y angina de pecho no especificada**⁽²⁾

En general, si el manejo del paciente va orientado más hacia la arteriosclerosis que al angor, se clasificará como DxP la arteriosclerosis coronaria. ¿Como verificarlo?:

a) si el paciente ingresa por angor y la arteriosclerosis no era conocida anteriormente, diagnosticándose en este episodio:

DxP: arteriosclerosis

DxS: angor



b) si el paciente ingresa por angor y la arteriosclerosis ya era conocida previamente:

b.1) si durante el ingreso el manejo del paciente va enfocado al tratamiento del angor y no se realizan procedimientos diagnósticos o terapéuticos para la arteriosclerosis (ACTP, coronariografía, stent, etc.):

DxP: angor

DxS: arteriosclerosis

b.1) si durante el ingreso el manejo del paciente va enfocado a valorar, reevaluar o tratar la arteriosclerosis (coronariografía, ACTP, stent, etc.):

DxP: arteriosclerosis

DxS: angor

ENTRADAS:

(1) Pág. 69 IE

Arteriosclerosis, arteriosclerótico (arteria) (deformante) (difusa) (enfermedad) (endarteritis) (general) (obliterante) (obliterativa) (oclusiva) (senil) (con calcificación) 440.9

- coronaria (arteria) 414.00

- - arteria original 414.01

(2) Pág. 47 IE

Angina (ataque) (cardiaca) (pecho) (esfuerzo) (pectoralis) (síndrome) (vasomotora) 413.9

- . . .



Fichas relacionadas:

- Formación Continuada 6.1
- Pregunta a la Unidad 2.2
- Pregunta a la Unidad 2.3
- Pregunta a la Unidad 7.2
- Pregunta a la Unidad 8.6

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



PREGUNTAS
A LA UNIDAD

Pregunta a la Unidad 2.2

PREGUNTA:

En el caso del paciente de la pregunta 2.1, si ya estaba diagnosticado de arteriosclerosis coronaria y reingresa por angina, ¿pondríamos de diagnóstico principal la angina?

RESPUESTA:

Depende. Con la normativa actual, la secuencia de codificación dependerá de hacia cual de los dos diagnósticos va más orientado el manejo del paciente en ese episodio: si el manejo del paciente va orientado más hacia la arteriosclerosis que al angor, irá de DxP la arteriosclerosis coronaria. ¿Como verificarlo?:

a) si el paciente ingresa por angor y la arteriosclerosis no era conocida anteriormente, diagnosticándose en este episodio:

DxP: arteriosclerosis

DxS: angor

b) si el paciente ingresa por angor y la arteriosclerosis ya era conocida previamente:

b.1) si durante el ingreso el manejo del paciente va enfocado al tratamiento del angor y no se realizan procedimientos diagnósticos o terapéuticos para la arteriosclerosis (ACTP, coronariografía, stent, etc.):

DxP: angor

DxS: arteriosclerosis

b.1) si durante el ingreso el manejo del paciente va enfocado a valorar, reevaluar o tratar la arteriosclerosis (ACTP, coronariografía, stent, etc.):

DxP: arteriosclerosis

DxS: angor



ENTRADAS:

Fichas relacionadas:

- Formación Continuada 6.1
- Pregunta a la Unidad 2.1
- Pregunta a la Unidad 2.3
- Pregunta a la Unidad 7.2
- Pregunta a la Unidad 8.6



Pregunta a la Unidad 2.3

PREGUNTA:

Enfermo que ingresa con I.A.M. al que se le realiza coronariografía que demuestra arteriosclerosis coronaria y además presenta durante el ingreso un episodio de angina de pecho. ¿Se codificará con esta secuencia?

1.º I.A.M.

2.º Arteriosclerosis coronaria.

3.º Angina.

¿El código de la angina es necesario ponerlo en este caso?

RESPUESTA:

La secuencia de los diagnósticos es correcta, ya que aunque la coronariografía nos demuestre que existe arteriosclerosis coronaria, si el paciente ingresa por IAM, dicho infarto será clasificado como diagnóstico principal, con un código de la categoría **410.xx Infarto agudo de miocardio**⁽¹⁾. Como diagnóstico secundario se deberá clasificar la arteriosclerosis coronaria, empleando el código **414.01 Arteriosclerosis coronaria, de arteria coronaria nativa**⁽²⁾.

En cuanto al episodio de angina de pecho que ha tenido lugar a lo largo del ingreso, sí se debe codificar, como diagnóstico secundario, con el código **413.9 Otra angina de pecho y angina de pecho no especificada**⁽³⁾ por tratarse de un angor postinfarto.



ENTRADAS:

(1) Pág. 411 IE

Infarto

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

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

0 episodio no especificado

1 episodio inicial

2 episodio subsiguiente sin recurrencia

-

(2) Pág. 69 IE

Arteriosclerosis, arteriosclerótico (arteria) (deformante) (difusa) (enfermedad) (endarteritis) (general) (obliterante) (obliterativa) (oclusiva) (senil) (con calcificación) 440.9

- coronaria (arteria) 414.00

- - arteria original 414.01

(3) Pág. 47 IE

Angina (ataque) (cardiaca) (pecho) (esfuerzo) (pectoris) (síndrome) (vasomotora) 413.9

-



Fichas relacionadas:

- Formación Continuada 2.2
- Formación Continuada 6.1
- Pregunta a la Unidad 2.1
- Pregunta a la Unidad 2.2
- Pregunta a la Unidad 5.2
- Pregunta a la Unidad 7.2
- Pregunta a la Unidad 8.6

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



PREGUNTAS
A LA UNIDAD

Pregunta a la Unidad 2.4

PREGUNTA:

En aquellos casos de abdomen agudo operado por sospecha de apendicitis aguda en que la anatomía patológica demuestra un apéndice normal, situación relativamente frecuente especialmente en niños, ¿cómo sería más adecuado codificar este ingreso hospitalario? Observación sospecha de enfermedad, con el código V71.8. Abdomen agudo, con el código 789.0.

RESPUESTA:

En este caso, dado que no se puede codificar la apendicitis aguda puesto que queda descartada por el estudio anatomopatológico, se debe clasificar como diagnóstico principal el síntoma que ha motivado el ingreso, en este caso abdomen agudo (código de la subcategoría **789.0x Dolor abdominal**⁽¹⁾).

No se debe clasificar este caso como una observación por sospecha de enfermedad, ya que el paciente ha sido manejado con el objeto principal de dar tratamiento a lo que se suponía la causa de ese dolor abdominal, no para confirmar ni descartar patología alguna.

ENTRADAS:

⁽¹⁾ Pág. 1 IE

Abdomen, abdominal (de) - *véase además* enfermedad
- agudo 789.0



Fichas relacionadas:

- Pregunta a la Unidad 0.23
- Pregunta a la Unidad 1.1
- Pregunta a la Unidad 1.6
- Pregunta a la Unidad 4.4
- Pregunta a la Unidad 4.5
- Pregunta a la Unidad 5.5
- Pregunta a la Unidad 6.10

Pregunta a la Unidad 2.5

PREGUNTA:

La gastritis crónica antral es un diagnóstico endoscópico frecuente que en el índice alfabético de la CIE-9-MC tiene dos posibles entradas, como gastritis crónica, código 535.1, o como gastritis antral, código 535.4, ¿cuál sería la codificación más correcta?

RESPUESTA:

El código correcto es el **535.1x Gastritis atrófica**, puesto que el cuarto dígito “1” indica la cronicidad, mientras que el cuarto dígito “4” indica localización anatómica sin especificar si es aguda o crónica.

ENTRADAS:

⁽¹⁾ Pág. 340 IE

Gastritis 535.5

Nota - Use la clasificación de quinto dígito con la categoría 535:

0 sin mención de hemorragia
1 con hemorragia

- antral 535.4

- . . .

- crónica (atrófica) 535.1

Fichas relacionadas:

- Formación Continuada 6.7
- Pregunta a la Unidad 3.1

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



PREGUNTAS
A LA UNIDAD



Pregunta a la Unidad 2.6

PREGUNTA:

¿Cuál es el código que clasifica el estado de «portador de sonda permanente urinaria»?

RESPUESTA:

No existe código específico. sin embargo, dada la importancia de su recuperación, se establece como código opcional adecuado el **V47.4 Otros problemas urinarios⁽¹⁾**.

ENTRADAS:

⁽¹⁾ Pág. 613 IE

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

Fichas relacionadas:

- Formación Continuada 4.5
- Pregunta a la Unidad 2.6
- Pregunta a la Unidad 6.9

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



PREGUNTAS
A LA UNIDAD

Pregunta a la Unidad 2.7

PREGUNTA:

Paciente que ingresa por observación tras reacción vagal después de realizar colangiografía trans-Kehr. Durante su ingreso fue trasladada a Valladolid, para realización de ERCP, donde se le practica esfinterotomía y extracción de cálculos.

¿Hay que codificar la ERCP, aunque haya sido practicada en otro hospital?

RESPUESTA:

Los principios generales de clasificación de pacientes están establecidos para recoger únicamente la actividad realizada en el centro. Por este motivo no se debe codificar ningún procedimiento no realizado en el propio centro que se está clasificando. Los diferentes sistemas de concertación entre centros no deben modificar este principio.

Fichas relacionadas:

- Pregunta a la Unidad 0.23
- Pregunta a la Unidad 6.15

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



PREGUNTAS
A LA UNIDAD



Pregunta a la Unidad 2.8

PREGUNTA:

Un paciente que entra en quirófano para realización de un cateterismo ureteral y no consiguen realizarlo, especificando “intento de cateterismo”. ¿Hay que codificarlo como si se le hubiera hecho?

RESPUESTA:

Los procedimientos cuyo resultado no es el esperado o la técnica no puede completarse deberán ser codificados hasta donde se realizaron. En este caso se debería codificar el cateterismo de uretra o vejiga, dependiendo hasta dónde se haya llegado, con el procedimiento.

Por ejemplo, en el caso que nos ocupa, si no se ha podido cateterizar el uréter, pero se ha llegado hasta vejiga, no pudiendo pasar de ahí, se clasificará únicamente la cistoscopia requerida, no clasificándose ningún tipo de cateterización adicional.

Fichas relacionadas:

-

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



PREGUNTAS
A LA UNIDAD



Pregunta a la Unidad 2.9

PREGUNTA:

Paciente con alergia a penicilina, pero que en el ingreso actual no ha manifestado ninguna reacción adversa, sólo se indica en el informe como antecedentes personales. ¿Cómo hay que codificar la alergia?

RESPUESTA:

La regla general de codificación indica que los pacientes con alergias medicamentosas sin reacción adversa actual han de codificarse en la categoría **V14.x Historial personal de alergia a agentes medicamentosos**.

En este caso, el código correcto es el **V14.0 Historial personal de alergia a penicilina**⁽¹⁾.

ENTRADAS:

⁽¹⁾ Pág. 397 IE

Historia (personal) de
- alergia a
- - penicilina V14.0

Fichas relacionadas:

-

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



PREGUNTAS
A LA UNIDAD



Pregunta a la Unidad 2.10

PREGUNTA:

Paciente que ingresa por inmunodepresión secundaria a tratamiento con quimioterapia por carcinoma de mama. ¿Cómo se codifica la inmunodepresión?

RESPUESTA:

En este caso, la inmunodepresión se codifica como pancitopenia, ya que según se observa en el informe que se nos envía, aquélla es el tipo de inmunodepresión que padece. Por este motivo, dado que se trata de una reacción adversa a un medicamento administrado a dosis correctas, la secuencia de codificación será:

DxP: **284.8** **Otras anemias aplásticas especificadas**⁽¹⁾

DxS: **E933.1** **Reacción adversa a fármacos antineoplásicos e inmunosupresores**⁽²⁾

174.9 **Neoplasia maligna de la mama femenina, parte no especificada**⁽³⁾

M8010/3 **Carcinoma NEOM**⁽³⁾

ENTRADAS:

⁽¹⁾ Pág. 567 IE

Pancitopenia (adquirida) 284.8

- ...

⁽²⁾ Pág. 797 TFSQ

- Antineoplásicos E933.1

[3ª columna = Uso terapéutico]



(3-a) Pág. 111 IE

Carcinoma (M8010/3) - véase además Neoplasia, por sitio, maligna

Nota - Salvo indicación al contrario, las variedades morfológicas de carcinomas en la lista que sigue a continuación deben codificarse por sitio, de la misma manera que “Neoplasia, maligna”

-

(3-b) Pág. 521 IE

Neoplasia, neoplásico

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

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

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

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



[1ª columna = maligna primaria]

Fichas relacionadas:

- Formación Continuada 1.7
- Formación Continuada 4.6
- Pregunta a la Unidad 0.13
- Pregunta a la Unidad 3.13
- Pregunta a la Unidad 6.11
- Pregunta a la Unidad 8.2

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



PREGUNTAS
A LA UNIDAD

Pregunta a la Unidad 2.11 

PREGUNTA:

Paciente con estrabismo. Como tratamiento se inyecta toxina botulínica. ¿Cuál es el código correcto?

RESPUESTA:

La secuencia de códigos será:

DxP: **378.9 Trastorno no especificado de los movimientos de los ojos**⁽¹⁾

Pr: **16.91 Inyección retrobulbar de agente terapéutico**⁽²⁾

ENTRADAS:

⁽¹⁾ Pág. 292 IE

Estrabismo (alternante) (congénito) (no paralítico)

378.9

- . . .

^(2-a) Pág. 435 IP

Inyección (dentro de) (hipodérmica) (intramuscular)

(intravenosa) (de acción local o generalizada)

- retrobulbar (sustancia terapéutica) 16.91

- - toxina botulínica [Inyección, retrobulbar] 16.91

Observación: A la hora de clasificar el procedimiento, en este caso concreto, una vez codificada la inyección retrobulbar, no es preciso codificar la inyección de la sustancia, ya que el IP la remite al mismo código 16.91, tal y como se aprecia en la entrada "**Inyección, toxina botulínica**" (ver la entrada ^(2-b)).



^(2-b) Pág. 435 IP

Inyección (dentro de) (hipodérmica) (intramuscular)
(intravenosa) (de acción local o generalizada)
- toxina botulínica (retrobulbar) [Inyección-] 16.91

Fichas relacionadas:

- Formación Continuada 1.1
- Formación Continuada 2.9

Pregunta a la Unidad 2.12

PREGUNTA:

Paciente con síndrome de Werdnig-Hoffmann portador de sonda nasogástrica para alimentación enteral (Pediasure). ¿Cómo se codifica esta situación?

RESPUESTA:

La secuencia de códigos será:

DxP: **335.0 Enfermedad de Werdnig-Hoffmann**⁽¹⁾

Pr: **96.6 Infusión enteral de sustancias nutritivas concentradas**⁽²⁾

No existe código específico para clasificar la situación de portador de sonda, sin embargo sí puede codificarse la alimentación enteral que, cuando menos, se supone que se le ha hecho en el tiempo que ha estado ingresado.

ENTRADAS:

^(1-a) Pág. 702 IE

Síndrome - véase además Enfermedad
- Werdnig-Hoffmann 335.0

^(1-b) Pág. 266 IE

Enfermedad (de), enfermo - véase además Síndrome
- Werdnig-Hoffmann 335.0



(2) Pág. 451 IP

Nutrición, sustancia concentrada

- infusión entérica (de) 96.6

- - - - -

Fichas relacionadas:

-



Pregunta a la Unidad 2.13

PREGUNTA:

Paciente con quiste óseo en húmero. Como tratamiento se realiza infiltración del quiste con corticoides-depot. ¿Qué códigos se asignan?

RESPUESTA:

La secuencia de códigos será:

DxP: **733.20 Quiste óseo (localizado), no especificado**⁽¹⁾

Pr: **77.12 Otra incisión de hueso sin división, húmero**⁽²⁾

99.23 Inyección de esteroide⁽³⁾

No existe el código de inyección en hueso, por lo tanto en el caso que se tenga un especial interés por la recuperación de este tratamiento utilizaremos el código de incisión en hueso **77.1x Otra incisión de hueso sin división**, puesto que la incisión de hueso es la única manera de hacer llegar el corticoide al quiste óseo.

ENTRADAS:

⁽¹⁾ Pág. 637 IE

Quiste (mucoso) (retención) (sérico) (simple)

Nota - En general, los quistes no son neoplásicos y se clasifican bajo la categoría adecuada para la enfermedad del sitio anatómico especificado. Dicha generalización no es de aplicación a ciertos tipos de quistes que son de naturaleza neoplásica, por ejemplo, los dermoides, ni tampoco puede aplicarse a los quistes de ciertas estructuras, por ejemplo, de la hendidura branquial, que se clasifican como anomalías del desarrollo.



El listado siguiente incluye algunos de los sitios de quistes más frecuentemente identificados, además de calificativos que identifican el tipo de quiste. Dichos calificativos normalmente no se repiten bajo los sitios anatómicos. Dado que la asignación de un código para un sitio determinado puede variar según el tipo de quiste, el codificador debe consultar los listados bajo el tipo especificado de quiste antes de proceder a la consideración del sitio.

- hueso (local) 733.20

-- . . .

(2) Pág. 424 IP

Incisión (y drenaje)

- hueso 77.10

-- . . .

(3) Pág. 434 IP

Inyección (dentro de) (hipodérmica) (intramuscular)
(intravenosa) (de acción local o generalizada)

- esteroide NCOC 99.23

Fichas relacionadas:

- Formación Continuada 1.1
- Formación Continuada 2.9
- Formación Continuada 3.2
- Formación Continuada 3.4
- Pregunta a la Unidad 1.10
- Pregunta a la Unidad 1.11

Pregunta a la Unidad 2.14

PREGUNTA:

Paciente que ingresa para revisión de secuelas de parálisis obstétrica braquial. Se pregunta códigos y secuencia de los mismos.

RESPUESTA:

Ante la ausencia de información sobre en qué pueden consistir las secuelas, lo único documentado en la pregunta es que la parálisis braquial obstétrica es una secuela de un traumatismo al nacer. Dado que no existe código para el efecto tardío de traumatismo al nacer, se clasificará como una lesión con origen en el período perinatal con el código **767.6 lesión de plexo braquial por traumatismo en el nacimiento**⁽¹⁾, ya que lleva implícito el efecto tardío y se puede utilizar a lo largo de toda la vida del paciente.

ENTRADAS:

⁽¹⁾ Pág. 574 IE

Parálisis, paralítico (completa) (incompleta) 344.9

- plexo braquial 353.0

-- debida a traumatismo al nacer 767.6

Fichas relacionadas:

- Formación Continuada 3.4

- Formación Continuada 5.5

- Pregunta a la Unidad 0.10

- Pregunta a la Unidad 1.11

- Pregunta a la Unidad 6.13

- Pregunta a la Unidad 6.18



- Pregunta a la Unidad 6.21

Pregunta a la Unidad 2.15

PREGUNTA:

Niño que ingresa en el servicio de urología diagnosticado de fimosis, para circuncisión. En el informe de alta no se indica si es rutinaria. ¿Cuál es el código correcto? ¿Sería 605 y V50.2? Si en lugar de circuncisión se realiza plastia de Duhamel, ¿cuál sería el código correcto?

RESPUESTA:

En el primer caso se clasificará como diagnóstico principal la fimosis, que se codifica con el **605 Prepucio redundante y fimosis**⁽¹⁾, ya que éste es el diagnóstico que indica la realización de la circuncisión. El código **V50.2 Circuncisión rutinaria o ritual**⁽²⁾, solamente se utiliza cuando no hay patología alguna que indique la realización de circuncisión, pudiendo entonces considerarse como rutinaria o ritual.

Los códigos de procedimientos utilizados dependerán de la técnica utilizada:

- si se realiza una circuncisión:

64.0 Circuncisión⁽³⁾,

- si se realiza una plastia de Duhamel (corte transversal + desbridamiento + unión longitudinal) del prepucio:

64.91 Corte dorsal o lateral de prepucio⁽⁴⁾.

ENTRADAS:

(1) Pág. 314 IE

Fimosis (congénita) 605

- . . .

3ª ed. CIE-9-MC
(1 de enero 1997)

Pregunta a la Unidad 2.15 / **pág. 1**
Septiembre 1998

(2) Pág. 131 IE

Circuncisión

- en ausencia de indicación médica V50.2
- ritual V50.2
- rutinaria V50.2

(3) Pág. 360 IP

Circuncisión (masculina) 64.0

- . . .

(4) Pág. 468 IP

Prepuciotomía 64.91

Fichas relacionadas:

-