

Pregunta a la Unidad 1.1

PREGUNTA:

En la respuesta a la pregunta n.º 22 del Boletín 0, acerca de los ingresos para la realización de pruebas diagnósticas, se indica que *en ningún caso está permitida la utilización de un código "V" como diagnóstico principal. El código principal será el del resultado anatomopatológico y, si no existiera, se codificará como "enfermedad de lugar anatómico específico"*.

En la pregunta n.º 23, en la que una paciente con valvulopatía mitral y aórtica, insuficiencia tricuspídea e hipertensión pulmonar ya conocidas previamente, ingresa para cateterismo por sospecha de cardiopatía isquémica, se contesta: *“El código principal es el V71.7 y códigos secundarios los diagnósticos anteriores ya conocidos previamente.”*

Nos parece que ambas situaciones son idénticas; los pacientes ingresan para la realización de pruebas diagnósticas que corroboren los diagnósticos de sospecha y, sin embargo, las respuestas indicadas a ambas preguntas discrepan sobre la utilización de los códigos V, cuando lo coherente parece la utilización de los diagnósticos anatomopatológicos o de la enfermedad del lugar anatómico específico, como indican en la respuesta de la pregunta n.º 22.

RESPUESTA

Ambas situaciones no son idénticas, ya que en el caso de la pregunta 22, en la que el paciente ingresa para una prueba diagnóstica, no se menciona que se sospeche ninguna patología en concreto, y mucho menos, que dicha patología se haya descartado al alta (condiciones ambas necesarias para emplear un código **V71.x Observación y evaluación de presuntas enfermedades, no encontradas**). Las diferentes situaciones que se pueden dar son:



1) En el caso de que un paciente ingrese para una prueba diagnóstica sin mencionarse sospecha ninguna, ni descarte de patología al alta, se clasifica del siguiente modo en función del resultado:

1.1) si no se dispone de resultado alguno todavía, o éste es inespecífico, se codifica como enfermedad no especificada del órgano estudiado.

Por ejemplo: paciente ingresado para biopsia hepática que se realiza sin complicaciones; se le da de alta quedando pendiente de recibir el resultado de la misma:

DxP: **573.9 Trastorno hepático no especificado**⁽¹⁾

Pr: **50.11 Biopsia cerrada [con aguja] (percutánea) de hígado**⁽²⁾

1.2) si se dispone de un resultado anatomopatológico, éste será el diagnóstico principal.

Por ejemplo: paciente ingresado para biopsia hepática que se realiza sin complicaciones; el resultado se recibe antes del alta e indica que se trata de una cirrosis:

571.5 Cirrosis hepática sin mención de alc hol⁽³⁾

50.11 Biopsia cerrada [con aguja] (percutánea) de hígado

2) En el caso de que un paciente ingrese para una prueba diagnóstica u observación para estudio de una enfermedad sospechada, se clasifica del siguiente modo en función de que la patología se haya

2.1) si el resultado confirma la patología sospechada, se clasifica como diagnóstico principal el código de la patología.

Por ejemplo: Paciente ingresado para biopsia hepática por sospecha de cirrosis, que se confirma tras recibir el resultado antes



DxP: **571.5** **Cirrosis hepática sin mención de alcohol**⁽³⁾
Pr: **50.11** **Biopsia cerrada [con aguja] (percutánea)
de hígado**⁽²⁾

2.2) si el resultado no está disponible al alta, será diagnóstico principal el código de enfermedad no especificada del órgano estudiado.

Por ejemplo: paciente ingresado para biopsia hepática por sospecha de cirrosis; se le da de alta quedando pendiente de recibir el resultado de la misma:

DxP: **573.9** **Trastorno hepático no especificado**⁽¹⁾
Pr: **50.11** **Biopsia cerrada [con aguja] (percutánea)
de hígado**⁽²⁾

2.3) si el resultado descarta la patología sospechada y no se aprecia más patología, será diagnóstico principal un código de la categoría **V71.x Observación y evaluación de presuntas enfermedades, no encontradas**.

Por ejemplo: paciente ingresado para biopsia hepática por sospecha de cirrosis, que se descarta al alta:

DxP: **V71.8** **Observación para otras presuntas enfermedades especificadas**⁽⁴⁾
Pr: **50.11** **Biopsia cerrada [con aguja] (percutánea)
de hígado**⁽²⁾

2.4) si el resultado confirma una patología diferente a la que se sospechaba al ingreso, será diagnóstico principal la patología diagnosticada.

Por ejemplo: paciente ingresado para biopsia prostática por sospecha de neoplasia maligna; el resultado indica que se trata de una hiperplasia benigna de próstata:

DxP: **600** **Hiperplasia prostática**⁽⁵⁾

Pr: **60.11 Biopsia cerrada [por aguja] [percutánea]
de próstata⁽⁶⁾**

ENTRADAS:

(1) Pág. 254 IE

Enfermedad (de), enfermo - véase además Síndrome
- hígado 573.9

- - - - -

(2) Pág. 350 IP

Biopsia (por excisión)
- hígado 50.11

- - - - -

(3) Pág. 132 IE

Cirrosis, cirrótico 571.5
- hígado (crónica) (hepatolinal) (hipertrófica) (nodu-
lar) (esplenomegálica) (unilobular) 571.5

- - - - -

(4) Pág. 550 IE

Observación (por) V71.9
- presunción de (no comprobado) (no diagnosticado)
- - enfermedad NCOC V71.8
- - - especificada NCOC V71.8
- sospecha de enfermedad - véase Observación, presun-
ción, de enfermedad

(5) Pág. 385 IE

Hiperplasia, hiperplásico

pág. 4 / Pregunta a la Unidad 1.1
Septiembre 1998

3ª ed. CIE-9-MC
(1 de enero de 1997)



- próstata (adenofibromatosa) (nodular) 600

(6) Pág. 351 IP

Biopsia (por excisión)

- próstata NCOC 60.11

-- ...

Fichas relacionadas:

- Formación Continuada 1.6
- Formación Continuada 6.7
- Pregunta a la Unidad 0.22
- Pregunta a la Unidad 0.23
- 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

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



PREGUNTAS
A LA UNIDAD



Pregunta a la Unidad 1.2

PREGUNTA:

En el Hospital General de Guadalajara se abre historia clínica a todos los recién nacidos, aunque sólo ingresan aquellos que presentan patología, a cargo de la Unidad de Neonatología.

Según la normativa de codificación, sobre la utilización de los códigos V30-V39, no se utilizarán en los hospitales donde no se abre historia clínica a todos los recién nacidos.

¿Cómo se aplica esta normativa a nuestro hospital?. ¿Cómo podemos utilizar los códigos V30-V39 como diagnóstico principal?. ¿Como secundario?

Si figura como diagnóstico principal, ¿se agruparía en un GDR distinto al de la patología causante del ingreso?

RESPUESTA:

Tal y como refiere la nota explicativa de la sección RECIEN NACIDOS CON VIDA SEGUN EL TIPO DE PARTO (V30-V39) de la clasificación suplementaria de códigos V, las categorías comprendidas en ella tienen como propósito la codificación de recién nacidos con vida que no estén enfermos, pero que, sin embargo, son objeto de cuidados médicos [por ejemplo, ocupación de cuna o moisés]. Por tanto, clasifican los RN que nacen en el hospital o que reciben cuidado rutinario inmediatamente después del nacimiento.

A efectos de su utilización en codificación de hospitalización de agudos en el Estado Español, sólo se emplean si se cumplen todas las siguientes condiciones:

- si el nacimiento del niño se produce en el hospital y
- si en el hospital se crea una HC a todo R.N. y
- si las cunas están, incluidas en la dotación de camas del centro

Según se menciona en la pregunta, al ingresar únicamente aquellos recién nacidos con patología, parece ser que no se cumple la tercera condición ya que si un recién nacido sano ocupara una cuna incluida dentro de la dotación de camas del centro, se le consideraría ingresado. Dado que no se cumplen las tres condiciones (aunque se cumplan las dos primeras), ese hospital no debe utilizar los códigos V30 - V39.

Si sólo ingresan los recién nacidos con patología, se clasificará como diagnóstico principal el código de la patología que motivó el ingreso. Por ejemplo: recién nacido que ingresa desde sala de partos por sufrimiento fetal observado en el parto por primera vez:

DxP: 768.3 Sufrimiento fetal observado por vez primera durante el parto en niño nacido vivo⁽¹⁾

La utilización del código V30-V39 como diagnóstico principal (sólo se puede emplear como diagnóstico principal, nunca como secundario), no altera la agrupación realizada en GDR; por lo tanto, no agrupa al paciente en otro GDR distinto del correspondiente a la patología del ingreso.

ENTRADAS:

(1) Pág. 708 IE

Sufrimiento

- fetal (síndrome) 768.4
- - niño nacido con vida 768.4
- - - observado por primera vez
- - - - durante el trabajo del parto o en el parto 768.3

Fichas relacionadas:

- Pregunta a la Unidad 0.2

Pregunta a la Unidad 1.3

PREGUNTA:

¿Es correcto codificar como 774.6 los recién nacidos con hiperbilirrubinemia fisiológica no especificada y que requieren ingreso para tratamiento con fototerapia?

RESPUESTA:

Es correcto clasificar los recién nacidos con hiperbilirrubinemia fisiológica no especificada que requieren ingreso para tratamiento con fototerapia con el código indicado, de este modo:

DxP: **774.6 Ictericia fetal y neonatal no especificada**⁽¹⁾

Pr: **99.83 Otra fototerapia**⁽²⁾

Si bien es preciso tener cuidado y fijarse en la edad gestacional del recién nacido, ya que si se tratara de un prematuro, la hiperbilirrubinemia se clasificaría como **774.2 Ictericia neonatal asociada con parto prematuro**⁽³⁾.

ENTRADAS:

(1-a) Pág. 381 IE

Hiperbilirrubinemia 782.4

- neonatal (transitoria) (*véase además* Ictericia, feto o recién nacido) 774.6

-- ...

(1-b) Pág. 403 IE

Ictericia (amarilla) 782.4

- feto o recién nacido 774.6

-- ...

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





Pregunta a la Unidad 1.4

PREGUNTA:

¿Existe alguna otra categoría diagnóstica, además de 764 y 765, que precise de un quinto dígito para especificar el peso del recién nacido?

RESPUESTA:

En la 3ª edición en castellano o catalán, correspondiente a la 5.ª edición de la ICD-9-MC, no existe otra categoría que precise un quinto dígito adicional para especificar el peso del recién nacido.

Fichas relacionadas:

- Formación Continuada 4.6 (codi).
- Formación Continuada 5.10
- Pregunta a la Unidad 0.1

DE LA CIE-9-MC
PARA EL SNS



PREGUNTAS
A LA UNIDAD

Pregunta a la Unidad 1.5

PREGUNTA:

Gestante de 27 años, embarazo normal, que ingresa en la semana 40 por dinámica. Se realiza cesárea por no progresión de parto. ¿Cuál es el código principal y secundario?

RESPUESTA:

La información que se aporta en la redacción de la pregunta es insuficiente, ya que si no conocemos la causa de la no progresión del parto, no podremos clasificar el proceso, por lo que se deberá buscar en el expediente clínico más información sobre el mismo.

En cualquier caso, si la no progresión del parto es debida a obstrucción, se clasifica mediante un código de la categoría **660.xx Parto obstruido**, en el que el 4º dígito varía según sea la causa de la obstrucción, y al que se le debe añadir como código secundario adicional (en las subcategorías 660.0x, 660.1x, o 660.2x) el del parto complicado por esa causa de obstrucción (ver la instrucción “Emplear código adicional” de las subcategorías mencionadas).

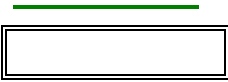
Por ejemplo: parto con cesárea cervical baja debido a obstrucción por desproporción fetopélvica.

DxP: **660.11 Obstrucción causada por la pelvis ósea, parida, con o sin mención del estado anteparto**⁽¹⁾

DxS: **653.41 Desproporción fetopélvica, con o sin mención del estado anteparto**⁽¹⁾

Si la no progresión del parto se debe a una obstrucción de la que no se especifica la causa, se clasifica como **660.91 Parto obstruido no especificado, con o sin mención del estado anteparto**⁽²⁾

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





(5) Pág. 652 IE

Resultado(s) anormal(es), sin diagnóstico (examen)
prueba de laboratorio) 796.4

- del parto
- - un solo niño V27.9
- - - nacido con vida V27.0

Fichas relacionadas:

- Formación Continuada 6.5
- Formación Continuada 7.6
- Formación Continuada 8.1
- Pregunta a la Unidad 5.7
- Pregunta a la Unidad 8.5
- Pregunta a la Unidad 8.9

UNIDAD TÉCNICA
PARA EL SNS



PREGUNTAS
A LA UNIDAD



Pregunta a la Unidad 1.6

PREGUNTA:

Primigesta de 20 años, en las 24-25 semanas, con sospecha de rotura prematura de membrana no confirmada y leucorrea blanquecina. ¿Cuál es el código principal y secundario?

RESPUESTA:

Dado que la paciente ingresa por sospecha de una patología que se descarta al alta, debemos clasificar como diagnóstico principal el **V71.8 Observación para otras presuntas enfermedades especificadas**⁽¹⁾. Para clasificar su condición de embarazada sin complicación, añadiremos el código **V22.2 Estado de embarazo, incidental**⁽²⁾. Por último, también se añade el código **623.5 Leucorrea no especificada como infecciosa**⁽³⁾. Como código secundario adicional para clasificar la leucorrea blanquecina.

En el caso de que se determinara con la citología una infección o patología, emplearíamos como diagnóstico principal el código correspondiente de esa infección o patología “cuando complica el embarazo, parto o puerperio” (código del capítulo 11. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO) y no se codificaría el V71.8 ni el V22.2.

ENTRADAS:

(1) Pág. 550 IE

Observación (por) V71.9

- presunción de (no comprobado) (no diagnosticado)
- - enfermedad NCOC V71.8
- - - especificada NCOC V71.8
- sospecha de enfermedad - *véase* Observación, presunción, de enfermedad

(2) Pág. 230 IE

Embarazo (simple) (uterino) (sin enfermedad) V22.2

- . . .

(3) Pág. 454 IE

Leucorrea (vagina) 623.5

- . . .

Fichas relacionadas:

- Pregunta a la Unidad 0.23
- Pregunta a la Unidad 1.1
- 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 1.7

PREGUNTA:

Paciente de 25 años, primigesta y embarazo gemelar que se instaura una tocolisis i.m. controlándose la dinámica. ¿Cuál es el código de la tocolisis?

RESPUESTA:

No es necesario codificar la tocolisis. En caso de hacerlo se clasificaría en el código **99.29 Inyección o infusión de otra sustancia terapéutica o profiláctica**⁽¹⁾.

ENTRADAS:

⁽¹⁾ Pág. 435 IP

Inyección (dentro de) (hipodérmica) (intramuscular)
(intravenosa) (de acción local o generalizada)
- sustancia profiláctica NCOOC 99.29

Fichas relacionadas:

- Formación Continuada 0.4
- Pregunta a la Unidad 0.11
- Pregunta a la Unidad 0.19
- Pregunta a la Unidad 8.5

DE LA CIE-9-MC
PARA EL SNS



PREGUNTAS
A LA UNIDAD

PREGUNTAS
A LA UNIDAD



--

=====

=====

=====

ENTRADAS:

(1-a) Pág. 153 IE

Conmoción (actual)

- cerebral (sin fractura craneal) (*véase además* Concu-
sión, cerebro) 850.9
- cerebro (*véase además* Concusión, cerebro) 850.9

Observación: Por un problema de inconsistencia en la traducción de diferentes partes del IE, el concepto inglés “concusion” se ha traducido de manera diferente en la referencia cruzada que como término principal, de manera que si, atendiendo a la referencia cruzada de esta entrada acudimos al término principal **Concusión**, no lo encontraremos, ya que ha sido traducido como **Contusión**. Este es el motivo por el que en el IE, en las páginas 156 y 157 aparecen dos términos principales **Contusión**, con modificadores esenciales diferentes: el primero corresponde a la traducción del concepto inglés “Concusion” y el segundo al de “Contusion”.

(1-b) Pág. 156 IE

Contusión (actual) 850.9

- cerebral *véase* Concusión, cerebro
- cerebro o cerebral (sin fractura craneal) 850.9
- - con
- - - . . .

(2) Pág. 886 ICE

Accidente, accidentado E928.9

- tráfico NCOC E819

Fichas relacionadas:

- Formación Continuada 3.6
- Pregunta a la Unidad 4.10
- Pregunta a la Unidad 6.12



Pregunta a la Unidad 1.9

PREGUNTA:

Lactante de tres meses de edad con infección respiratoria con hiperreactividad bronquial ¿Cuál es el código secundario?

RESPUESTA:

Tal y como se plantea la pregunta, se utilizaría como diagnóstico principal el código **519.8 Otras enfermedades del aparato respiratorio, no clasificadas bajo otros conceptos⁽¹⁾**, para clasificar la infección respiratoria, no debiéndose emplear código secundario alguno para la hiperreactividad bronquial.

ENTRADAS:

⁽¹⁾ Pág. 420 IE

Infección, infectado, infeccioso (oportunista)

- respiratoria 519.8

- - . . .

Fichas relacionadas:

- Formación Continuada 7.4

- Pregunta a la Unidad 7.1

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



PREGUNTAS
A LA UNIDAD



Pregunta a la Unidad 1.10

PREGUNTA:

Paciente con injerto autólogo de cresta ilíaca e injerto de banco óseo que, en el postoperatorio, presenta infección severa y rechazo total del injerto óseo, con reintervención, procediendo a extirpación y curetaje de todo el injerto óseo de tibia. ¿Los diagnósticos y procedimientos son los siguientes: 996.67 + 77.67?.

RESPUESTA:

La redacción de la pregunta resulta confusa, puesto que no queda claro si el injerto y la complicación postoperatoria ocurren en el mismo ingreso o no. Para facilitar la respuesta y, dado que el objeto de la pregunta es la complicación y el procedimiento que la resuelve, nos situaremos en el caso de que el injerto se realizó en un episodio previo y el paciente ingresa actualmente por la infección y el rechazo.

En este caso, se clasificará como diagnóstico principal el **996.67 Reacción infecciosa e inflamatoria por otro dispositivo, implante e injerto ortopédico interno**⁽¹⁾, ya que se trata de una complicación infecciosa de un injerto óseo que impide que prenda correctamente.

El procedimiento, dado que se trata de una extirpación y curetaje del injerto óseo, se clasifica como **77.67 Excisión local de lesión o tejido de hueso, tibia y peroné**⁽²⁾.

ENTRADAS:

(1-a) Pág. 144 IE

Complicación(es) (de) (por)

- injerto (derivación) - *véase además* Complicacion, debida a (presencia de) algún dispositivo, implante o injerto clasificado en 996.0-996.5 NCOC

Observación: Por error tipográfico y de traducción, la referencia cruzada de esta entrada y el término principal de aquella a la que nos remite presentan alguna diferencia literal, si bien el concepto es el mismo.

(1-b) Pág. 143 IE

Complicación(es) (de) (por)

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

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

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

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

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



(1-c) Pág. 144 IE

Complicación(es) (de) (por)

- infección e inflamación
- - debida(s) a (presencia de) cualquier dispositivo, im-
plante o injerto clasificado bajo 996.0-996.5
NCOO 996.60
- - - ortopédica NCOO 996.67
- - - - -

(2) Pág. 391 IP

Excisión

- lesión (local)
- - hueso 77.60
- - - tibia 77.67

Fichas relacionadas:

- Formación Continuada 7.5
- Pregunta a la Unidad 3.13
- Pregunta a la Unidad 6.7

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



PREGUNTAS
A LA UNIDAD

Pregunta a la Unidad 1.11 

PREGUNTA:

En la pseudoartrosis fractura de tibia y peroné izquierdo con extracción de clavo de Kuntcher y osteosíntesis con placa y tornillos e injerto óseo, ¿cuál será el diagnóstico principal, los secundarios y los procedimientos?

RESPUESTA:

A la luz del informe que se nos envía, en el que el paciente ingresa por una pseudoartrosis de una fractura ya tratada previamente con un clavo de Kuntcher, y a la que se realiza osteosíntesis con placa y tornillos e injerto óseo (no se documenta reducción de fractura), los diagnósticos y procedimientos son los siguientes:

DxP: **733.82 No unión de fractura**⁽¹⁾

DxS: **905.4 Efecto tardío de fractura de extremidades inferiores**⁽²⁾

Pr: **78.67 Extracción de dispositivos implantados en el hueso, tibia y peroné**⁽³⁾

78.57 Fijación interna de hueso sin reducción de fractura, tibia y peroné⁽⁴⁾

78.07 Injerto de hueso, tibia y peroné⁽⁵⁾

En cuanto a la codificación de los procedimientos, es preciso aclarar:

- si se documentara que la osteosíntesis se ha realizado con reducción de fractura, se debería clasificar como **79.36 Reducción abierta de fractura, con fijación interna, tibia y peroné**⁽⁶⁾,

- si se documentara que el injerto óseo fuera autólogo, sería preciso añadir al código 78.07 un código de la categoría **77.7x Excisión de hueso para injerto**⁽⁷⁾, para clasificar el procedimiento de obtención del hueso para el injerto, y en el que el 4º dígito variará en función del hueso del que se obtenga. Si el injerto se realiza con material obtenido de un banco de huesos, no se agrega código adicional alguno al 78.07 (tal y como se ha supuesto en el ejemplo por falta de documentación).

ENTRADAS:

(1) Pág. 675 IE

Seudartrosis, pseudoartrosis (hueso) 733.82

-.

(2) Pág. 714 IE

Tardío - véase además enfermedad específica

- efecto(s) (de) - véase además enfermedad específica

-- fractura (múltiple) (enfermedades clasificables bajo
828-829) 905.5

--- extremidad

---- inferior (traumatismo clasificable bajo 821-827)
905.4

----- . . .

(3) Pág. 403 IP

Extracción - véase además Excisión

- dispositivo (terapéutico) NCOC 97.89

-- fijación

--- interna 78.60

---- peroné 78.67

----- . . .

---- tibia 78.67

(4) Pág. 484 IP

Reparación

- fractura - *véase además* Reducción, fractura
- mal soldada o no soldada (retraso) NCOC - *véase*
 categoría 78.4
- con
- inserción (de)
- dispositivo de fijación interna 78.5

(5-a) Pág. 484 IP

Reparación

- fractura - *véase además* Reducción, fractura
- mal soldada o no soldada (retraso) NCOC - *véase*
 categoría 78.4
- con
- injerto - *véase* Injerto, hueso

(5-b) Pág. 427 IP

Injerto, injertación

- hueso (con fijación metálica) (autólogo) (banco de
 huesos) (clavija) (heterólogo) (incrustación) (lá-
 mina doble) (laminar masivo) (múltiple) (osteo-
 porótico) (subperióstico) 78.00
- peroné 78.07
- . . .
- tibia 78.07

(6-a) Pág. 409 IP

Fijación

- interna



-- con reducción de fractura - véase Reducción, fractura

(6-b) Pág. 477 IP

Reducción

- fractura (hueso) (con escayola) (con tablilla) (con dispositivo de tracción) (cerrada) 79.00
- - peroné (cerrada) 79.06
- - - abierta 79.26
- - - - con fijación interna 79.36
- - - - .
- - tibia (cerrada) 79.06
- - - abierta 79.26
- - - - con fijación interna 79.36

(7) Pág. 390 IP

Excisión

- hueso (extremos) (parcial), salvo facial - véase categoría 77.8
- - para injerto (autoinjerto) (homoinjerto) - véase categoría 77.7

Fichas relacionadas:

- Formación Continuada 0.10
- Formación Continuada 3.4
- Formación Continuada 5.5
- Pregunta a la Unidad 2.13
- Pregunta a la Unidad 3.5



Pregunta a la Unidad 1.12

PREGUNTA:

En la luxación de prótesis de cadera con tracción, ¿cuáles son los diagnósticos y los procedimientos adecuados?

RESPUESTA:

Los códigos correctos son:

DxP: **996.4 Complicación mecánica de dispositivo, implantación e injerto ortopédico interno**⁽¹⁾

En cuanto al procedimiento, la información remitida en la pregunta no es suficiente, ya que para clasificar la tracción, el codificador debe conocer si es cutánea o esquelética (dado que la CIE-9-MC no proporciona código inespecífico). De este modo:

- si se documenta que la tracción es cutánea, se clasificará como **93.46 Otra tracción cutánea de miembros**⁽²⁾
- si se documenta una tracción esquelética, se clasifica en el **93.44 Otra tracción esquelética**⁽³⁾.

No se debe emplear el código **V43.64 Articulación de cadera sustituida por otro medio** como código secundario, ya que indentifica aquel estado del paciente posterior al tratamiento de una enfermedad y sólo debe emplearse cuando no existan complicaciones.



ENTRADAS:

(1-a) Pág. 464 IE

Luxación (articulación) (cerrada) (desplazamiento)
(simple) (subluxación) 839.8

Nota - “Cerrado” incluye las luxaciones simples, completas, parciales, no complicadas y no especificadas.

“Abierta” incluye las luxaciones especificadas como infectadas o compuestas y las luxaciones con cuerpo extraño

Las luxaciones “crónicas”, “habituales”, “antiguas” o “recurrentes”, deben codificarse de la manera indicada bajo la entrada “Luxación, recurrente” y las patológicas tal como se indica bajo la entrada “luxación, patológica”.

Para los efectos tardíos de las luxaciones patológicas, véase Tardío, efecto, luxación

- prótesis, interna - véase Complicaciones, mecánica

(1-b) Pág. 145 IE

Complicación(es) (de) (por)

- mecánica(s)

- - dispositivo NCOC 996.59

- - - ortopédico, interno 996.4

(2) Pág. 507 IP

Tracción

- piel, miembros NCOC 93.46



(3) Pág. 507 IP

Tracción

- esquelética NCOC 93.44

- - - . . .

Fichas relacionadas:

- Formación Continuada 7.5
- Pregunta a la Unidad 1.10
- Pregunta a la Unidad 3.4
- Pregunta a la Unidad 3.6
- Pregunta a la Unidad 6.1
- Pregunta a la Unidad 6.7

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



PREGUNTAS
A LA UNIDAD



Pregunta a la Unidad 1.13

PREGUNTA:

El retraso psicomotor secundario a factores hipóxicos, ¿cómo se codifica?

RESPUESTA:

A la vista de la información reflejada en la redacción de la pregunta, el retraso psicomotor del caso que nos ocupa, se clasifica en el código **307.9 Otros síntomas o síndromes especiales y síntomas o síndromes no especificados, no clasificados bajo otros conceptos⁽¹⁾**, no pudiendo reflejarse de ningún modo (ni con código combinado o múltiple) el que sea debido a factores hipóxicos.

ENTRADAS:

⁽¹⁾ Pág. 656 IE

Retraso (de) (del)
- psicomotor NCOC 307.9

Fichas relacionadas:

- Pregunta a la Unidad 6.4

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



PREGUNTAS
A LA UNIDAD

Pregunta a la Unidad 1.14

PREGUNTA:

¿Cómo se codificaría la demencia senil de Alzheimer: 290.0 ó 290.10?

RESPUESTA:

Los códigos correctos son:

DxP: **290.0 Demencia senil, sin complicaciones**⁽¹⁾

DxS: **331.0 Enfermedad de Alzheimer**⁽²⁾

Puede generar dudas el hecho de que en la página 214 de la Lista Tabular, únicamente tenga nota que incluya demencia en enfermedad de Alzheimer la subcategoría **290.1 Demencia pre senil**. Sin embargo, por azar de la maquetación queda algo oculta en la página anterior la instrucción de la categoría **290. Psicosis orgánicas pre senil y senil** que nos indica:

“Usar código adicional para identificar las condiciones neurológicas asociadas:

enfermedad de Alzheimer (331.0)

enfermedad de Jacob-Creutzfeld (046.1)

enfermedad de Pick del cerebro (331.1)”

Esta instrucción afecta a toda la categoría y, por tanto, también a la subcategoría **290.0 Demencia senil, sin complicaciones**. Así, si el paciente sufre demencia senil debemos clasificar como diagnóstico principal dicha demencia senil y como código adicional el de la enfermedad de Alzheimer. De cualquier modo, la entrada del IE no deja lugar a dudas.



ENTRADAS:

(1) Pág. 37 IE

Alzheimer, de

- demencia senil 290.0

- - con

- - - . . .

(2) Pág. 37 IE

Alzheimer, de

- enfermedad o esclerosis 331.0

- - con demencia, - *véase* Alzheimer, de, demencia

Fichas relacionadas:

-