

CODIFICACIÓN CLÍNICA CON LA CIE-9-MC

ACTUALIZACIÓN EN LA CODIFICACIÓN
DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y DEL
SISTEMA VASCULAR PERIFÉRICO

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

Boletín número 38

Año XVI

Marzo, 2012



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

Codificación Clínica con la CIE-9-MC

Actualización en la
codificación de enfermedades
infecciosas y del sistema
vascular periférico

Coordinación editorial:

Mercedes Álvarez Bartolomé

Dolores Pastor Sanmillán

Realizado por:

Araceli Díaz Martínez. Hospital Virgen del Rocío de Sevilla.

Javier Delgado Alés. Hospital Río Tinto de Huelva.

M^a Isabel Mendiburu Pérez.: Hospital de Donostia.

M^a Begoña Román Alonso. Hospital de Donostia.

Representantes de la Unidad Técnica:

Araceli Díaz Martínez (Andalucía). M^a Dolores del Pino Jiménez (Aragón). Ana Rocés Fernández (Asturias). M^a José Santos Terrón (Balears). M^a Coromoto Rodríguez del Rosario (Canarias). Ángel Río Varona (Cantabria). M^a Paz Parras Partido (Castilla-La Mancha). M^a Teresa Santos Jiménez (Castilla y León). Rosa Montoliu Valls (Cataluña). Belén Beneítez Moralejo (Extremadura). Guillermo Rodríguez Martínez (Galicia). Lorenzo Echeverría Echarri (La Rioja). Sara Hernández Gutiérrez (Madrid). M^a Gala Gutiérrez Miras (Murcia). Blanca Salcedo Muñoz (Navarra). M^a Isabel Mendiburu Perez (País Vasco). Jorge Renau Tomas (Valencia). Carmen Salido Campos (Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad). Arturo Romero Gutiérrez (Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad). Isabel de la Riva Jiménez (SEDOM)

Secretaría:

M^a José Aguilera Molina

Ester Salmador Baraibar

Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

Secretaría General Técnica

Centro de Publicaciones

Paseo del Prado, 18. 28014 Madrid

NIPO en línea: 680-12-052-X

Imprime: MIJÁN, Industrias Gráficas Abulenses

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

Índice

Prólogo	7
I. Actualización en la codificación de las enfermedades infecciosas	9
1. Introducción	9
2. Normas específicas en la codificación de infecciones	10
3. Conceptos generales en enfermedades infecciosas	11
4. Infección	13
5. Tuberculosis	25
6. Gastroenteritis, enteritis o gastroenterocolitis	31
7. Infecciones por bacterias Gram Negativas	32
8. Infección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	33
9. Hepatitis víricas	40
10. Micosis oportunistas	47
11. Efectos tardíos de las enfermedades infecciosas y parasitarias	47
Autores y bibliografía	48
II. Actualización en la codificación del sistema vascular periférico	49
1. Introducción	49
2. Enfermedades arteriales	50
3. Enfermedades venosas	56
4. Procedimientos vasculares	59
Autores y bibliografía	68

III. Preguntas a la unidad	69
IV. Rectificaciones	89
V. Fe de erratas	91

La Unidad Técnica de la CIE9MC tiene encomendada la actualización en codificación clínica, para lo cual realiza periódicamente boletines monográficos que incluyen los cambios que se han producido tanto en lo relativo a nuevos códigos como en los aspectos normativos. El objetivo de los mismos es acercar las directrices oficiales que rigen la CIE9MC a los profesionales de la documentación, realizando una actualización de algunos capítulos o de temas específicos.

El presente boletín es una puesta al día en la codificación de las enfermedades infecciosas y del aparato circulatorio. Este proyecto ha sido posible gracias a la implicación de los representantes autonómicos de la Unidad Técnica de Andalucía y País Vasco.

Además se ha incluido una selección de las preguntas enviadas por los profesionales de la codificación clínica durante el año 2011 y cuya resolución ha sido consensuada por los miembros de la Unidad Técnica. Consideramos que esta sección de preguntas y respuestas es una parte fundamental de los recursos docentes y agradecemos la colaboración de todos aquellos que han contribuido enviándonos sus consultas.

Una vez más agradecer a todos los miembros de la Unidad Técnica su generoso esfuerzo en los trabajos de elaboración y validación de los documentos.

I. Actualización en la codificación de las enfermedades infecciosas

1. Introducción

Las enfermedades infecciosas y parasitarias son aquellas causadas por agentes biológicos (bacterias, virus, hongos, protozoos, parásitos), por sus toxinas o por priones.

En la CIE9MC se pueden encontrar clasificados los códigos diagnósticos de las enfermedades infecciosas en casi todos los capítulos:

- De forma específica en el Capítulo 1 Enfermedades Infecciosas y Parasitarias (categorías 001 a 139).
- En el resto de capítulos, distribuidos de forma localizada por aparatos y sistemas (infecciones respiratorias, urinarias, artritis, pericarditis, meningitis, etc.), incluyendo las complicaciones infecciosas de traumatismos y de cuidados médico-quirúrgicos.
- En la clasificación suplementaria de Códigos V, en relación con las circunstancias relacionadas con las infecciones (exposición a, portador, historia de, resistencia a antibióticos, necesidad de aislamiento, pruebas de screening, etc.).

La CIE clasifica las enfermedades infecciosas en base a dos ejes:

1. **Eje etiológico**, que clasifica en primer lugar el organismo responsable o causal de la enfermedad infecciosa. Es el eje principal que rige el capítulo 1 y casi exclusivo de él.
2. **Eje topográfico**, que clasifica en primer lugar la localización de la infección. Es el eje que clasifica las enfermedades infecciosas en el resto de capítulos (artritis, neumonías, etc.). También se utiliza en el capítulo 1 para clasificar ciertas enfermedades contagiosas que pueden estar causadas por varios microorganismos diferentes (gastroenteritis, hepatitis víricas, etc.).

2. Normas específicas en la codificación de infecciones

2.1. Prioridad del capítulo I sobre otros capítulos para la misma condición

Para una misma situación se priorizará la codificación con alguno de los códigos recogidos en el capítulo 1 frente a códigos del resto de los capítulos.

Por ejemplo, la infección del tracto urinario por candidas se debe de codificar como infección por candidas del territorio urinario y se utilizará el código **112.2 Candidiasis de otros órganos urogenitales**, donde se recoge la etiología y la localización, por lo que no debe añadirse el código 599.0.

IAE

Candidiasis, cándida 112.9

- urogenital 112.2

Infección

- urinaria (tracto) 599.0

- - candidiásica 112.2

2.2. Prioridad del germen frente a otros modificadores

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

Cistitis intersticial crónica por monilias (cándida)

Cistitis (baclar...) 595.9

- crónica 595.2

- - del triángulo 595.3

- - intersticial 595.1

- monilial 112.2

Cistitis intersticial crónica por monilias 112.2

2.3. Códigos de combinación y codificación múltiple

Siguiendo las normas de codificación, siempre se debe intentar recoger la etiología y la localización mediante:

- **Códigos de combinación.** Se recogen los dos ejes en un sólo código.

003.21 Meningitis por salmonella

021.2 Tularemia pulmonar

482.41 Neumonía por estafilococo aureus sensible a meticilina

- **Codificación múltiple.** Cuando el Índice Alfabético remita a un código que siga el eje topográfico exclusivamente, necesitaremos añadir un código del capítulo 1 para identificar la etiología, si se conoce. Para ello existen, principalmente, dos categorías que identifican las infecciones bacterianas y víricas en la codificación múltiple:
 - **041 Infección bacteriana en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos y las de sitio no especificado**
 - **079 Infección viral y por clamidias en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos y las de sitio no especificado**

Artritis del hombro por pseudomonas:

711.01 Artritis piógena del hombro

041.7 Pseudomonas

3. Conceptos generales en enfermedades infecciosas

Infección: es la respuesta, generalizada o localizada, a la acción patógena de un microorganismo. Una infección NEOM se codificará con el código **136.9 Enfermedades infecciosas y parasitarias no especificadas**, aunque siempre se buscará mayor información para evitar este código inespecífico.

Infestación: estado morbozo producido por microorganismos macroscópicos, cuya acción patógena suele ser superficial (piel) sin penetrar en el hospedador, aunque también puede afectar a órganos internos.

Parasitosis: se producen cuando los huéspedes (parásitos), que necesitan de otro ser vivo para sobrevivir, encuentran en él las condiciones favorables para su anidamiento, desarrollo, multiplicación, de tal modo que ocasionan una enfermedad.

Portador: es el estado en el que se encuentra un organismo tras haber sido infectado por un patógeno. El germen entra en el organismo, produciendo una respuesta inmune. Esta respuesta inmunológica basta para que la enfermedad no se desarrolle, pero resulta insuficiente para eliminar al microorganismo que de esta manera puede ser transmitido.

Colonización: es la presencia y crecimiento del germen en la piel o mucosas sin daño, ni invasión (por tanto no hay respuesta inmune) ni clínica, aunque el germen sea considerado patógeno. Potencialmente podría acabar desarrollando una infección. La CIE9MC no tiene entrada para colonización, por lo que se codificará como portador, salvo que se especifique o derive algún tipo de daño por el crecimiento de los gérmenes, en cuyo caso se codificaría como infección.

Zoonosis: se considera zoonosis a toda enfermedad infecciosa (bacteriana, viral o parasitaria) transmitida de forma natural o accidental desde animales al ser humano, o viceversa, bien de forma directa o a través de agentes intermediarios llamados vectores o reservorios. Ej.: rabia, brucelosis, peste, fiebres hemorrágicas, etc.

Infección intrahospitalaria o nosocomial: se denomina Infección nosocomial a todo proceso infeccioso contraído durante la hospitalización, y que no estaba presente o incubándose en el momento del ingreso. Incluye las infecciones contraídas en el hospital y que pueden manifestarse durante el ingreso o bien después del alta hospitalaria. Desde el punto de vista operativo, el criterio de tiempo para considerar una infección como intrahospitalaria o nosocomial es a partir de las 48 horas del ingreso.

Infecciones comunitarias son aquellas infecciones extrahospitalarias o adquiridas en la comunidad.

4. Infección

4.1. Evolución, conceptos clínicos y su codificación

La secuencia, de menor a mayor gravedad, que puede sufrir un proceso infeccioso es:

Colonización

Es la presencia y crecimiento del germen sin daño, ni invasión ni clínica, sin infección. Potencialmente podría acabar desarrollando una infección.

La CIE9MC clasifica la colonización como portador, **V02 Portador o sospecha de portador de enfermedades infecciosas**, salvo que se especifique o derive algún tipo de daño por el crecimiento de los gérmenes, en cuyo caso se codificaría como infección.

Paciente con Fibrosis quística, colonizada por Pseudomonas y Staphilococcus Aureus, ingresa para control.

Si la documentación especifica daño por el crecimiento bacteriano, los códigos serán de infección:

277.00 Fibrosis quística

041.7 Infección por Pseudomonas

041.11 Infección por Estafilococo Aureus metilina sensible

De no ser así, el paciente se considera únicamente portador:

277.00 Fibrosis quística

V02.59 Portador o sospecha de portador de otra enfermedad bacteriana especificada

Portador

Persona que alberga y transmite el germen. No padece infección, no tiene síntomas.

Se codificará con un código de la categoría **V02 Portador o sospecha de portador de enfermedades infecciosas**.

Infección

Es el proceso inflamatorio originado por la presencia de gérmenes o por la invasión de los mismos a los tejidos, normalmente estériles. El foco infeccioso es el lugar donde primariamente los gérmenes ejercen su acción patógena y desde el que pueden diseminarse a la sangre.

Se codificará con el código específico para cada germen (ej. TBC pulmonar, candidiasis oral...).

Bacteriemia, Viremia y Funguemia

Bacteriemia es la presencia de microorganismos viables en el torrente sanguíneo **sin** repercusión clínica sistémica. Suele ser un hallazgo de laboratorio al detectar gérmenes (bacterias, virus, parásitos, etc.) en la circulación sanguínea sin clínica. Términos equiparables son, viremia en el caso de virus y fungemia en el caso de los hongos.

Se codificará como **790.7 Bacteriemia + identificación del germen**. Para la *viremia* se utilizará el código **790.8 Viremia no específica**.

Septicemia o infección sistémica

Es la presencia de microorganismos patológicos o de sus toxinas en el torrente sanguíneo **con** repercusión clínica sistémica (fiebre, escalofríos, erupción cutánea, etc.), los cuales pueden incluir bacterias, virus, hongos u otros organismos.

A esta infección sistémica la CIE9MC la denomina **infección subyacente**.

Codificación

Se debe codificar con la siguiente secuencia:

- En primer lugar el código de la infección sistémica: **038.XX, 022.3, 027.0, 098.89, 112.5, 003.1, 036.2, 079.99....**
- A continuación se secuenciará el código de la infección primaria o foco si se conoce. El diagnóstico principal, vendrá determinado por las circunstancias del ingreso.

Ingreso por septicemia debida E. Coli. Tras estudio radiográfico se diagnóstica de Neumonía por E. Coli

038.42 Septicemia por E. Coli

482.82 Neumonía por E. Coli

Ingreso por Neumonía debida a E. Coli, al 3º día del ingreso evoluciona a septicemia.

482.82 Neumonía por E. Coli

038.42 Septicemia por E. Coli

Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS)

Es la reacción inflamatoria, mediada por mecanismos humorales y celulares, multiorgánica, y que puede estar originada por múltiples causas: Politraumatismos, eventos isquémicos (ACV, IAM, etc), pancreatitis, intoxicaciones, infecciones (en este caso se denomina sepsis)

Para que el clínico haga un diagnóstico de SIRS se deben cumplir al menos dos de los siguientes criterios:

- Temperatura $> 38^{\circ}\text{C}$ o $< 36^{\circ}\text{C}$
- Frecuencia cardiaca > 90 ppm
- Frecuencia respiratoria > 20 rpm, o bien $\text{PaCO}_2 < 32$ mmHg
- Recuento leucocitario > 12.000 células / μl , o bien $> 10\%$ de formas inmaduras

Para codificar un SIRS debe estar debidamente documentado por el clínico. Se codificará como **995.9X en la secuencia adecuada**. El código de la causa subyacente (tal como infección o traumatismo) debe ser secuenciado **antes** que el código de la subcategoría 995.9 Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS).

Sepsis

Cuando el SIRS es originado por un proceso infeccioso se denomina Sepsis. Es la Respuesta Inflamatoria Sistémica a la infección.

Los términos septicemia y sepsis son con frecuencia intercambiados por los clínicos aunque desde el punto de vista de la codificación, no son considerados términos sinónimos, son conceptos diferentes con distintos códigos de codificación.

Nunca debe presuponerse una sepsis si la expresión diagnóstica es “septicemia”. Ante cualquier duda, se debe consultar al facultativo. Las disfunciones orgánicas solo deben considerarse como debidas a la sepsis cuando estén explícitamente documentadas como tal.

Codificación

Se debe codificar con la siguiente secuencia:

- Primero el código de infección sistémica o septicemia. Si el organismo causal no está documentado, se asignará el código **038.9 Septicemia no especificada**. Dependiendo de las circunstancias del ingreso será o no código principal.
- A continuación el código **995.91 Sepsis**, que nunca puede ser principal.
- Seguidamente, el código de la infección primaria o foco si se conoce.

Ingreso por sepsis:

038.9 Septicemia no especificada

995.91 Sepsis

Ingreso por sepsis debida a neumonía neumocócica:

038.2 Septicemia neumocócica

995.91 Sepsis

481 Neumonía neumocócica

Neumonía neumocócica que desarrolla una sepsis al cuarto día de ingreso:

481 Neumonía neumocócica

038.2 Septicemia neumocócica

995.91 Sepsis

Sepsis Severa o grave

Se trata de una sepsis asociada a disfunción orgánica aguda (afección de al menos un órgano no implicado en el proceso primario), hipotensión (PAS < 90 mmHg) o hipoperfusión que requiere intervención terapéutica para mantener la homeostasis.

Nunca debe presuponerse que una disfunción orgánica aguda se deba a sepsis si no se especifica claramente en la documentación clínica.

Codificación

Se debe codificar con la siguiente secuencia:

- En primer lugar se codificará la **Septicemia**. Si el organismo causal no está documentado, se asignará el código **038.9 Septicemia no especificada**

- **995.92 Sepsis severa**
- Disfunción(es) orgánica(s)
- Código de la infección primaria o foco si se conoce

Ingreso por sepsis grave.

038.9 Septicemia no especificada

995.92 Sepsis severa

Ingreso por sepsis severa con encefalopatía debida a neumonía neumocócica.

038.2 Septicemia neumocócica

995.92 Sepsis severa

348.31 Encefalopatía metabólica (séptica)

481 Neumonía neumocócica

Neumonía neumocócica que desarrolla durante su ingreso una sepsis con CID y fallo hepático al cuarto día de ingreso.

481 Neumonía neumocócica

038.2 Septicemia neumocócica

995.92 Sepsis severa

286.6 Síndrome de desfibrinación (CID)

570 Necrosis hepática aguda y subaguda (fallo hepático agudo)

Shock Séptico o Shock Endotóxico o Shock Gram Negativo

Implica una sepsis severa en la cual la hipotensión y la disfunción orgánica no responden a fluidoterapia. La disfunción orgánica aguda es un fallo circulatorio (shock) asociado a sepsis grave. Tienen peor pronóstico que los de las categorías previas y manifiestan una hipotensión refractaria a fluidoterapia y signos de hipoperfusión.

Codificación

Se debe codificar con la siguiente secuencia:

- En primer lugar se secuenciará la Septicemia. Si el organismo causal no está documentado, se asignará el código **038.9 Septicemia no especificada**
- **995.92 Sepsis severa**
- **785.52 Shock séptico**
- disfunción(es) orgánica(s)
- código de la infección primaria o foco si se conoce

Ingreso por shock séptico e insuficiencia renal aguda debida a neumonía neumocócica.

038.2 Septicemia neumocócica

995.92 Sepsis grave

785.52 Shock séptico

584.9 Fallo renal agudo no especificado

481 Neumonía neumocócica

4.2. Otras circunstancias de infección

Shock tóxico

No hay que confundir shock séptico o endotóxico (que son sinónimos) con el **shock tóxico**, que es un síndrome específico que tiene código propio, **040.82 Síndrome de choque tóxico**, producido generalmente por *Staphylococcus aureus* y algunas veces por *Streptococcus* del grupo A, en cuyo caso deberá utilizarse un código adicional de identificación del microorganismo.

Shock tóxico por *Staphylococcus aureus*.

040.82 Síndrome de choque tóxico

041.11 *Estafilococo aureus* sensible a meticilina

Urosepsis

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

4.3. Normas específicas de codificación

- Los **hemocultivos negativos** o no concluyentes no excluyen un diagnóstico de septicemia o sepsis en pacientes con evidencia clínica de la afección; no obstante debe preguntarse al médico.
- La entrada en el Índice Alfabético para la septicemia puede ser por **Septicemia o Infección** para ese germen. Si el germen está

especificado, pero no encontramos código de septicemia específico en ninguna de las entradas anteriores, le asignamos el **038.8 Otras septicemias especificadas**. Si no conocemos el germen, usaremos **038.9 Septicemia no especificada**.

- Si hay un **SIRS de origen no infeccioso** (como quemaduras o traumatismos) y en su evolución se complica con una infección que acaba en sepsis o en un shock séptico, sólo se podrá usar un código de la categoría 995 para identificar el SIRS, y éste será el **995.91 Sepsis** ó **995.92 Sepsis severa**.
- Los códigos 995.91 y 995.92 aunque sean códigos del capítulo 17, no precisan código E (es una excepción a la norma). Será obligatorio utilizar códigos E en aquellos casos en los que un SIRS de origen no infeccioso, se complique con una sepsis o shock séptico y debamos identificar la lesión inicial. Los códigos 995.93 y 995.94 sí que deben llevar siempre código E adicional.
- Los códigos **995.93 Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS) por un proceso no infeccioso sin disfunción orgánica** y **995.94 Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS) por un proceso no infeccioso con disfunción orgánica** sólo podrán usarse en casos de SIRS no infecciosos, siendo incompatible su uso con los del SIRS de origen infeccioso (995.91 ó 995.92).
- Si la sepsis o sepsis severa está documentada como asociada a una afección no infecciosa (quemadura o una lesión grave) que cumple la condición de diagnóstico principal, el código de la afección no infecciosa debería ser secuenciado primero, seguido del código de la infección sistémica y cualquier código **995.91 Sepsis**, ó **995.92 Sepsis severa**. Sin embargo, si la sepsis o la sepsis severa es la que cumple la condición de diagnóstico principal, la infección sistémica y los códigos de sepsis deben secuenciarse antes que las afecciones no infecciosas.
- Si tanto el proceso no infeccioso como la sepsis o sepsis grave cumplen la condición de diagnóstico principal, cualquiera de ellas puede ser diagnóstico principal.

4.4. Codificación en circunstancias especiales

Septicemia, sepsis y shock séptico que complican aborto, embarazo ectópico y embarazo molar

Están clasificados en las categorías **634 a 639** del capítulo 11 de embarazo, parto y puerperio.

Septicemia, sepsis y shock séptico que complican embarazo, parto y puerperio

Codificación

Cuando complica embarazo:

- **647.83 Otras enfermedades infecciosas y parasitarias especificadas**
- **038.XX Septicemia**
- **995.91 Sepsis ó 995.92 Sepsis severa**
- Disfunción(es) orgánica(s) si se identifican
- Infección primaria o foco si se conoce.

Codificación

Cuando complica el parto:

- **659.31 Infección generalizada durante el parto**
- **038.XX Septicemia**
- **995.91 Sepsis ó 995.92 Sepsis severa**
- Disfunción(es) orgánica(s) si se identifican
- Infección primaria o foco si se conoce

Codificación

Cuando complica el puerperio:

Para codificar la sepsis puerperal se utiliza el código **670.0X Infección puerperal grave** (con 5º dígito 2 ó 4 según tenga lugar en el mismo episodio del parto o en un reingreso tras el mismo) añadiendo el código correspondiente que identifique el organismo causal. Puesto que el propio código ya describe la sepsis, no deben añadirse los códigos 038.XX ni 995.91. Si deberá utilizarse el código 995.92 para identificar la sepsis severa así como las disfunciones orgánicas que hubiera.

- **670.0X Infección puerperal grave**, con quinto dígito 2 ó 4
- Organismo causal
- Infección primaria o foco si se conoce.
- **995.92 Sepsis severa** (cuando precise)
- Disfunción(es) orgánica(s) (cuando precise)

Codificación

Cuando la infección de la herida quirúrgica obstétrica deriva a una sepsis se codificará con la siguiente secuencia de códigos:

- **674.3X Otras complicaciones de heridas por cirugía obstétrica** con 5º dígito 2 ó 4
- **670.0X Infección puerperal grave**, con quinto dígito 2 ó 4 más secuencia de la sepsis
- Organismo causal
- Infección primaria o foco si se conoce
- **995.92 Sepsis severa** (cuando precise)
- Disfunción(es) orgánica(s) (cuando precise)

Septicemia, sepsis en el recién nacido

Codificación

Septicemia o sepsis del recién nacido:

- **771.81 Septicemia [sepsis] del recién nacido**
- Código del germen si se conoce **041.XX**.
- No deberá usarse ningún código de la categoría **038 Septicemia** ni el código **995.91 Sepsis**.

Codificación

Sepsis grave del recién nacido:

- **771.81 Septicemia [sepsis] del recién nacido**
- **995.92 Sepsis severa**
- Disfunciones orgánicas si se conocen
- Código del germen si se conoce **041.XX**.

Septicemia, sepsis y shock séptico después de un procedimiento

Si una sepsis es debida a infección tras un procedimiento, al igual que todas las complicaciones por procedimiento, la relación causa-efecto ha de estar claramente documentada por el médico.

Codificación

- En primer lugar la complicación (**996.6X Reacción infecciosa e inflamatoria por dispositivo protésico interno, implante e injerto; 998.59 Otras infecciones postoperatorias; 999.3 Otra infección de complicación y cuidados médicos, no clasificados bajo otros concepto. Etc.**)
- **038.XX Septicemia**
- **995.91 Sepsis ó 995.92 Sepsis severa**
- Disfunción(es) orgánica(s) si se identifican
- Infección primaria o foco si se conoce.
- Código E correspondiente que identifique la complicación.

Sepsis tras infección de catéter vascular por estafilococo aureus:

996.62 Reacción infecciosa por dispositivos o implantes vascular
038.11 Estafilococo aureus
995.91 Sepsis
E879.8 Otras técnicas especificadas

Shock séptico postoperatorio

Se codifica con el código **998.0 Shock postoperatorio**. Un shock séptico implica la presencia de una infección subyacente, por lo que ésta deberá ser secuenciada en primer lugar.

Shock séptico postcirugía de abdomen:

998.59 Otras infecciones postoperatorias
998.0 Shock postoperatorio
995.92 Sepsis severa
785.52 Shock séptico
038.9 Septicemia no especificada
E878.8 Otras intervenciones y técnicas quirúrgicas especificadas

4.5. Aislamiento

Si el paciente ingresa por una enfermedad infecciosa (ej. Tuberculosis) y precisa ser aislado por ser contagioso, se añadirán los siguientes códigos para su identificación:

- **V07.0 Aislamiento** como diagnóstico secundario
- **99.84 Aislamiento** como procedimiento

4.6. Resistencia a fármacos

Si el paciente con enfermedad infecciosa presenta resistencia a alguno de los fármacos del tratamiento, se deberá añadir como diagnóstico secundario uno de la categoría **V09 Infección por microorganismos resistentes a drogas**.

Paciente que ingresa con tuberculosis pulmonar cavitada por mycobacterium hominis diagnosticada previamente tras Rx de tórax y cultivo de esputo; se aísla al paciente y se evidencia resistencia al tratamiento de varios fármacos antimicobacterianos:

011.24 Tuberculosis pulmonar cavitada

V07.0 Aislamiento

V09.71 Resistencia al tratamiento de múltiples agentes antimicrobianos

99.84 Aislamiento

Estafilococo aureus resistente a meticilina (SARM)

Cuando un paciente es diagnosticado de una infección debida a Estafilococo aureus resistente a meticilina, y esta infección tiene un código de combinación que incluye el organismo causal (ej. septicemia, neumonía), se asignará el código adecuado para la afección (ej. 038.12 Septicemia por Estafilococo aureus resistente a meticilina, o 482.42 Neumonía por Estafilococo aureus resistente a meticilina). No se añadirá como diagnóstico secundario el código **041.12 Estafilococo aureus resistente a meticilina**, ya que el código incluye el tipo de infección y el citado microorganismo. No se asignará tampoco el código de la subcategoría **V09.0 Infección por organismo resistente a la penicilina** como diagnóstico secundario.

Cuando un paciente es diagnosticado de una infección debida a *Estafilococo aureus* resistente a meticilina, y esta infección no tiene código de combinación (ej. Infección de herida, absceso en una sutura o infección del tracto urinario), se codificará la infección y se añadirá el código **041.12, *Estafilococo aureus* resistente a meticilina**. No se asignarán códigos de la subcategoría **V09.0, Infección con microorganismos resistentes a penicilinas**.

Estafilococo aureus sensible a meticilina (SAMS) y colonización por SAMR

La colonización significa que el **SAMR** o **SAMS** están presentes en el cuerpo sin que cause necesariamente una enfermedad. Una prueba de colonización por SAMR positiva debe estar documentada por el médico como “cribaje positivo de SAMR” o “frotis nasal positivo de SAMR”. Se codificará con los códigos **V02.54 Portador o sospecha de portador de *Estafilococo aureus* resistente a meticilina** o **V02.53 Portador o sospecha de portador de *Estafilococo aureus* sensible a meticilina**.

La colonización no es indicativa necesariamente de una enfermedad o de la causa de una afección específica que pueda tener el paciente, a no ser que el médico la documente como tal.

Colonización e infección por SAMR

Si en un paciente está documentado que tiene, tanto una colonización como una infección por SAMR, durante un ingreso hospitalario, deben asignarse dos códigos:

- código de la **infección por SAMR**
- **V02.54 Portador o sospecha de portador, *Estafilococo aureus* resistente a meticilina**

Paciente colonizado por SAMR que presenta una neumonía por SAMR durante el ingreso:

482.42 Neumonía por SAMR.

V02.54 Portador o sospecha de portador de *Estafilococo aureus* resistente a meticilina (Colonización por SAMR)

5. Tuberculosis

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa causada por el *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch. Afecta principalmente a los pulmones (clínica clásica de tos crónica con sangre en el esputo, fiebre, sudoración nocturna, cansancio y pérdida de peso), pero puede diseminarse y también afectar a otros órganos. La infección sólo es transmitida por personas con tuberculosis pulmonar activa, y se hace por vía aérea: al toser, estornudar, hablar o escupir.

5.1. Normas específicas de codificación

Categorías, subcategorías y subclasificación

En la tuberculosis (TBC), la categoría y subcategoría hacen referencia a la localización o tipo de tuberculosis, mientras que la subclasificación (el 5º dígito) indica el método diagnóstico utilizado.

Tabla 1. 5º Dígito de la Tuberculosis

SUBCLASIFICACIÓN: MÉTODO DIAGNÓSTICO		
Método diagnóstico	5º Dígito	Empleo del 5º dígito
SIN ESPECIFICAR	0	Ausencia total de información
EXAMEN SIN REALIZAR	1	Cuando se documente que no se le han hecho aún pruebas diagnósticas bacteriológicas o histológicas
RESULTADO DESCONOCIDO	2	Cuando se sabe que se han hecho alguna de estas pruebas diagnósticas y no hay aún resultados
BACTERIOLÓGICO: MICROSCOPIO TRAS TIN- CIÓN (BACILOSCOPIA +)	3	Cuando se visualiza directamente el bacilo al microscopio desde una muestra (generalmente de esputo) tras técnicas de tinción específica (Zielh-Neelsen, fluorocrómica de auramina, etc.)
BACTERIOLÓGICO: TRAS CULTIVO	4	Cuando la visualización al microscopio de la muestra da negativa, pero da positiva tras cultivarla en medios específicos (Lowenstein-Jenssen, Middlebrook, etc)

Tabla 1. 5° Dígito de la Tuberculosis (Continuación)

SUBCLASIFICACIÓN: MÉTODO DIAGNÓSTICO		
Método diagnóstico	5° Dígito	Empleo del 5° dígito
HISTOLÓGICO: PUNCIÓN O BIOPSIA	5	Cuando no se evidencian bacilos al microscopio ni tras tinción ni tras cultivo, y se obtiene una muestra directamente de una lesión, por punción o biopsia
OTROS MÉTODOS: INOCULACIÓN DE ANIMALES, ETC.	6	Cuando todas las pruebas anteriores dan negativas, pero dan positivas por otros métodos, como tras inocular las muestras anteriores en otros animales en los que se multiplican los bacilos y aparecen lesiones

Manifestaciones de la TBC

Se emplearán tantos códigos como sean necesarios para describir la afectación tuberculosa de órganos y sus manifestaciones. Unas veces se asignarán códigos de combinación y otras se utilizará la codificación múltiple.

Paciente con tuberculosis pulmonar activa cavitada diagnosticada por cultivo que ingresa por meningoencefalitis tuberculosa:

013.04 Meningitis tuberculosa

011.24 Tuberculosis pulmonar cavitada

Pielonefritis tuberculosa:

016.00 Tuberculosis renal

590.81 Pielitis o pielonefritis en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos

Exposición o contacto

Para recoger la circunstancia de pacientes ingresados que están expuestos al contagio por convivir con personas con tuberculosis se utilizará el código **V01.1 Contacto con o exposición a tuberculosis**, que sólo podrá ser código secundario.

Mujer de paciente con tuberculosis activa que ingresa por clínica respiratoria con tos y esputo hemoptoico y que es diagnosticada de laringotraqueitis aguda por estreptococos

034.0 Angina estreptocócica

V01.1 Contacto con tuberculosis

5.2. Formas clínicas

Tuberculosis activa

Es la enfermedad activa producida por la infección del *Mycobacterium tuberculosis* (humana o bovina) y se clasifica en la CIE9MC en las categorías 011 a 018.

Primoinfección tuberculosa

La primoinfección tuberculosa resulta del primer contacto infectante con el bacilo tuberculoso. Es el conjunto de manifestaciones anatomopatológicas, biológicas, humorales, clínicas y radiológicas que ocurren en un organismo virgen de esta infección. Mientras que las manifestaciones anatomopatológicas y los cambios biológicos están siempre presente, las manifestaciones clínico-radiológicas y humorales frecuentemente faltan.

Tras la llegada de los bacilos a los pulmones, el sistema inmunológico actúa y en algunos casos los elimina; pero a otros más virulentos los “empareda” (se forma el llamado complejo primario) y se establece una lucha tras la cual pueden mantenerse latentes mucho tiempo, sin dar clínica ni enfermedad y sólo detectarse por dar positivo al test cutáneo de la tuberculina (Derivado Proteico Purificado (PPD) y/o Mantoux +).

En función de la expresión diagnóstica y los modificadores esenciales se asignará el código al que lleve el Índice Alfabético, que estarán referidos a la categoría 010:

- **Primoinfección tuberculosa:**
IAE
Tuberculosis
- primera infección **010.0X**

- **Complejo primario tuberculoso:**
IAE
Tuberculosis
- compleja, primaria **010.0X**
- primaria
- - compleja 010.0X

- **Tuberculosis primaria**

IAE

Tuberculosis

- primaria **010.9X**

- **Tuberculosis primaria complicada o primaria progresiva**

IAE

Tuberculosis

- primaria

- - complicada **010.8X**

- - progresiva **010.8X**

- - - con pleuresía o derrame 010.1X

Tuberculosis latente

Esta expresión se usa normalmente para las primoinfecciones asintomáticas con gérmenes latentes que nunca han evolucionado a enfermedad activa. Sólo se detectan por la positividad al test cutáneo de la tuberculina (PPD o Mantoux). No existe entrada en el Índice Alfabético para ese modificador, por lo que buscaremos en:

IAE

Tuberculosis

- infección

- - sin manifestación clínica: 010.0X Complejo tuberculoso primario.

El concepto de tuberculosis latente hace referencia a determinadas situaciones en las que, tras haber realizado tratamiento después de una tuberculosis activa, y aunque se considere curada, puede no saberse si se han eliminado todos los bacilos o si han quedado algunos latentes controlados por el sistema inmunitario. Este caso, con el antecedente de tuberculosis activa, se considera como tuberculosis inactiva.

Tuberculosis inactiva o curada

Tras pasar una infección activa, se pueden producir las siguientes circunstancias:

- Sin tratamiento actual y sin secuelas ni lesiones residuales: se codificará como **V12.01 Historia personal de tuberculosis** si se considera relevante la información.

- Si existiesen lesiones residuales o secuelas se codificarían éstas seguidas de un código de la categoría **137 Efectos tardíos de tuberculosis**.
- Si aparece el concepto de tuberculosis residual, pero no se describen las secuelas, las normas de efectos tardíos permiten usar sólo el código de la categoría **137 Efectos tardíos de tuberculosis**.
- Las secuelas más frecuentes de la tuberculosis pulmonar son las bronquiectasias (494.X), las estenosis bronquiales (519.19), las cavernas pulmonares (518.89) y la fibrosis pleural (511.0) –a veces descrita como paquipleuritis–. La secuela más común de la tuberculosis extrapulmonar es la pericarditis constrictiva (423.2).
- Si las lesiones presentes coexisten con historia de tuberculosis, no podremos presuponer que son secuelas si no están claramente documentadas.

Paquipleuritis residual de tuberculosis en la infancia:

511.0 Pleuresía sin mención de derrame o de tuberculosis actual
137.0 Efectos tardíos de tuberculosis respiratoria o no especificada.

Paquipleuritis en imagen radiológica en paciente que tuvo tuberculosis en la infancia:

511.0 Pleuresía sin mención de derrame o de tuberculosis actual
V12.01 Historia personal de tuberculosis

Reinfección tuberculosa

La reinfección tuberculosa puede tener lugar por vía externa (por llegada de nuevos bacilos) o interna (por reactivación de los bacilos latentes ante una bajada de las defensas), y se codificará como una nueva tuberculosis activa (011-018).

Resultado positivo al test cutáneo de la tuberculina

Cuando se dispone de un resultado positivo al test cutáneo de la tuberculina (PPD o Mantoux) sin mención de primoinfección, ni de tuberculosis latente, ni de enfermedad tuberculosa (aunque en estos casos también sea el test positivo), usaremos el código **795.5 Reacción no específica a la prueba de la tuberculina sin tuberculosis activa**, código incompatible con los de tuberculosis.

Infección por otras micobacterias

El resto de infecciones por micobacterias distintas al *Mycobacterium tuberculosis* que pueden dar formas pulmonares parecidas, se clasifican en la categoría **031 Otras enfermedades micobacterianas**.

5.3. Codificación en circunstancias especiales

Tuberculosis que complica embarazo, parto o puerperio

Se usarán códigos del capítulo 1 como adicionales a un código de la subcategoría **647.3 Tuberculosis. Enfermedades infecciosas y parasitarias de la madre clasificables bajo otros conceptos, pero que complican el embarazo, parto o el puerperio**.

Tuberculosis congénita

Se usará el código **771.2 Otras infecciones congénitas**, el cual se acompañará de códigos adicionales del capítulo 1 para completar la información.

Tabla 2. Codificación Tuberculosis

SITUACIÓN		Códigos
Prueba cutánea de la tuberculina (PPD o Mantoux) positiva sin mención de primoinfección ni de tuberculosis		795.5
Primoinfección tuberculosa o Complejo primario		010.0X
Tuberculosis primaria NEOM		010.9X
TBC primaria progresiva o complicada		010.8X
TBC primaria con derrame pleural		010.1X
Tuberculosis latente (sin antecedentes ni mención de enfermedad activa; es asintomática y sólo PPD positivo)		010.0X
TBC activa		011.XX – 018.XX
Tuberculosis inactiva o residual tras enfermedad activa	Inactiva sin secuelas	V12.01
	TBC residual con secuelas especificadas	Secuelas + 137.X
	TBC residual sin secuelas especificadas	137.X

Tabla 2. Codificación Tuberculosis (Continuación)

SITUACIÓN	Códigos
Reinfección TBC	011.XX – 018.XX
Tuberculosis que complica embarazo, parto o puerperio	647.3X + 010.XX – 018.XX
Tuberculosis congénita	771.2
Aislamiento del paciente tuberculoso	Diagnóstico secundario: V07.0 Procedimiento: 99.84
Resistencia a fármacos del tratamiento	Diagnóstico secundario: V09.XX
Pacientes que ingresan y conviven con pacientes tuberculosos	Diagnóstico secundario: V01.1
Infección parecida a TBC (pulmonar o no) por otras micobacterias distintas a la mycobacterium tuberculosis	031.X

6. Gastroenteritis, enteritis o gastroenterocolitis

Habitualmente se trata de una infección menor del tracto digestivo, por lo general causada por virus, aunque puede tener otros orígenes infecciosos: bacterias (salmonella, escherichia, shigella, campylobacter, etc.) o parásitos (amebas, etc.).

Existen otras etiologías no infecciosas como son los tóxicos, los fármacos (antibióticos que pueden alterar la flora o laxantes) o las alergias a ciertos alimentos (mariscos, huevos o carne de cerdo).

Entre sus síntomas y signos están las náuseas, vómitos y las diarreas abundantes (a veces con moco, sangre y pus) que pueden llevar a deshidratación. La **deshidratación** se codificará siempre que aparezca como expresión diagnóstica, y sólo será diagnóstico principal cuando sea el motivo de ingreso; en caso contrario la deshidratación se codificará como código secundario a la gastroenterocolitis.

Cuando en una misma expresión diagnóstica aparezca el término **diarrea** junto a cualquiera de los términos utilizados en la gastroenteritis aguda (GEA) tales como gastroenteritis, enteritis o colitis, la diarrea no se codificará por ser un síntoma inherente a dichos diagnósticos. Sólo cuando la expresión diagnóstica sea diarrea, sin mencionar GEA ni enterocolitis, buscaremos el código apropiado en base a este término.

Tabla 3. Codificación Diarrea

DIARREA	CÓDIGO
Diarrea infecciosa	009.2
Diarrea presumiblemente infecciosa	009.3
Diarrea tóxica	558.2
Diarrea NEOM	787.91

En la siguiente tabla se relacionan las distintas situaciones relacionadas con la GEA.

Tabla 4. GEA, Enteritis, Colitis

GASTROENTERITIS, ENTERITIS O COLITIS	CÓDIGO
Infecciosa NEOM	009.0
Presumiblemente infecciosa NEOM	009.1
Germen especificado	Seguir Lista Alfabética (la mayoría en 001 a 008)
Por intoxicación alimentaria NEOM Por toxiinfección alimentaria NEOM	005.9
Tóxica	558.2 + Código E
Por alergia a un alimento	558.3 + Código V (V15.01-V15.05)
NEOM, dietética, o no infecciosa	558.9

7. Infecciones por bacterias Gram Negativas

Las bacterias gram-negativas suelen producir infecciones más virulentas, más graves y requerir más cuidados. Aunque hay muchos tipos de bacterias gram-negativas, suelen tener un comportamiento muy similar, y a veces se concurren varias en una infección sin poderse identificar a una de ellas como el agente causal.

Algunas de estas bacterias tienen códigos propios, como las *Pseudomonas* (041.7) o la *Klebsiella pneumoniae* (041.3), pero otras veces no, y el Índice Alfabético nos lleva a un genérico de gram-negativas (**041.85 Otras bacterias gram-negativas**), con el único modificador

esencial de anaerobios, en cuyo caso nos envía al **041.84 Otros anaerobios**, tanto gram-negativos como gram-positivos.

La dificultad es que a veces el resultado microbiológico identifica a la bacteria por su nombre, sin que tengamos más información de ella y sin entrada específica en el Índice Alfabético. Como orientación, se aporta una tabla con bacterias gram-positivas y gram-negativas para referencia.

Tabla 5. Bacterias

BACTERIAS GRAM-NEGATIVAS		BACTERIAS GRAM-POSITIVAS
Acinetobacter	Hemophilus influenzae	Actinomyces
Aerobacter	Klebsiella	Corynebacterium
Bacteroides (anaerobios)	Legionella	Lactobacillus
Bordetella	Morganella	Listeria
Branhamella	Neisseria	Mycobacterium
Brucella	Proteus	Nocardia
Campylobacter	Pseudomonas	Peptococcus (anaerobios)
Citrobacter	Salmonella	Peptostreptococcus (anaerobios)
E. coli	Serratia	Propionibacterium (anaerobios)
Enterobacter	Shigella	Staphylococcus
Francisella	Trichinella vaginalis	Streptococcus
Fusobacterium (anaerobios)	Vellonella (anaerobia)	
Gardnerella	Yersinia	
Helicobacter		

8. Infección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es una enfermedad que ataca el sistema inmunológico, (pérdida de linfocitos CD4), dañando la capacidad del cuerpo para combatir las enfermedades

e infecciones, provocando inmunodepresión severa, complicaciones neurológicas, infecciones oportunistas, neoplasias...etc.

La infección por VIH puede conducir al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Paciente presenta neumonía debida a Klebsiella

482.0 Neumonía por Klebsiella pneumoniae

Paciente que ingresa por presentar neumonía debida Fusobacterium necrophorum

482.81 Neumonía por otras bacterias anaerobias

Pielonefritis crónica por bacterias gram-negativas anaerobias

590.00 Pielonefritis crónica sin lesión de necrosis medular renal

041.84 Otros organismos anaerobios

Pielonefritis crónica por Serratia

590.00 Pielonefritis crónica sin lesión de necrosis medular renal

041.85 Otros organismos gram-negativos

Pielonefritis aguda por E-Coli

590.10 Pielonefritis aguda sin lesión de necrosis medular renal

041.4 Escherichia Coli [E. Coli]

La Enfermedad relacionada con la infección VIH, Complejo relacionado con el SIDA o AIDS Related Complex (ARC) engloba a una serie de patologías que, asociadas a VIH+, permiten considerar y estadiar al paciente como enfermo por el VIH.

Se denomina caso de SIDA al caso avanzado de la enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana, cuyas manifestaciones clínicas o el grado de inmunodepresión compromete la salud del paciente. Para los CDC (Centers for Disease Control and Preventies) esto incluye a los estadios A3, B3 y todos los C, según la OMS incluye solo los estadios C.

8.1. Estadiaje clínico

Entre 1986 y 1987 los CDC (Centers for Disease Control and Preventies) elaboraron una clasificación de la infección por VIH-1 y definieron el caso de SIDA en adultos y en niños menores de 13 años en función del número de CD4. Esta clasificación fue sustituida por otra a principios de 1993, en la que se incluían como caso de SIDA las categorías A3, B3 y C1-C3.

De un modo parejo, la OMS establece en 1985 la definición de caso de SIDA en África, siendo ésta la que se sigue en Europa: sólo se consideran SIDA los estadíos C1, C2 y C3.

Todas las categorías son excluyentes y el paciente debe clasificarse en la más avanzada posible.

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

Tabla 6. Categorías CDC

CATEGORÍAS CLÍNICAS			
Categorías inmunológicas	A	B	C
	Infección aguda asintomática o LPG	Infección sintomática no A no C	Procesos incluidos en la definición de SIDA
1	A1	B1	C1
2	A2	B2	C2
3	A3	B3	C3

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

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

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

- **Categoría A:** Se aplica a pacientes con infección primaria, a pacientes asintomáticos con o sin linfadenopatía generalizada persistente (LGP).
- **Categoría B:** Se aplica a los pacientes que presentan o han presentado síntomas o enfermedades relacionadas con la infección por el VIH (no pertenecientes a la categoría C), o cuyo manejo o tratamiento puedan verse complicados debido a la presencia de la infección por VIH. Como ejemplo podemos tener las siguientes patologías:
 1. Angiomatosis bacilar
 2. Candidiasis oral (muguet)
 3. Candidiasis vulvo-vaginal persistente, frecuente (más de un mes), o que responde mal al tratamiento
 4. Displasia cervical (moderada o grave) o carcinoma in situ
 5. Fiebre (>38,5°C) o diarrea de más de un mes de evolución

6. Leucoplasia oral vellosa
 7. Herpes zóster (2 o más episodios o 1 episodio multidérmico (que afecte a más de un dermatoma))
 8. Púrpura trombocitopénica idiopática
 9. Listeriosis
 10. Enfermedad inflamatoria pélvica, sobre todo si se complica con absceso tuboovárico
 11. Neuropatía periférica
 12. Endocarditis bacteriana, meningitis, neumonía o sepsis
 13. Otras complicaciones menores asociadas a la infección VIH-1
- **Categoría C:** Se aplica a pacientes que presenten o hayan presentado alguna de las complicaciones ya incluidas en la definición de SIDA cuando el paciente tiene una infección por el VIH bien demostrada y no existen otras causas de inmunodeficiencia que pueda explicarla. Son procesos oportunistas, infecciosos o neoplásicos, cuya presencia define SIDA en el paciente VIH positivo:
 1. Candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar
 2. Candidiasis esofágica
 3. Carcinoma de cérvix invasivo
 4. Coccidiomicosis diseminada o extrapulmonar (en una localización diferente o además de los pulmones y los ganglios linfáticos cervicales o hiliares)
 5. Criptococosis extrapulmonar
 6. Criptosporidiasis intestinal de más de un mes
 7. Infección por citomegalovirus con afectación de órganos distintos a hígado, bazo o ganglios linfáticos, en un paciente de más de un mes de edad
 8. Retinitis por citomegalovirus
 9. Encefalopatía por VIH
 10. Infección por virus del herpes simple que cause una úlcera mucocutánea de más de un mes de evolución, o bronquitis, neumonitis o esofagitis de cualquier duración, que afecten a pacientes de más de un mes de edad
 11. Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar (en una localización diferente o además de los pulmones y los ganglios linfáticos cervicales o hiliares)

12. Isosporidiasis intestinal crónica (más de un mes)
13. Sarcoma de Kaposi
14. Linfoma de Burkitt o equivalente
15. Linfoma inmunoblástico o equivalente
16. Linfoma cerebral primario en menores de 60 años
17. Infección por *M. Avium-intracelulare* o *M. Kansasii* diseminada o extrapulmonar
18. Tuberculosis diseminada, pulmonar o extrapulmonar
19. Infección por otras micobacterias, diseminadas o extrapulmonar
20. Neumonía por *Pneumocystis jiroveci* (anteriormente *P. carinii*)
21. Neumonía recurrente
22. Leucoencefalopatía multifocal progresiva
23. Sepsis recurrente por especies de *Salmonella* diferente a *S. tify*
24. Toxoplasmosis cerebral en un paciente de más de un mes de edad
25. Enfermedad debilitante “Wasting Syndrome” debida al VIH

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

Tabla 7. Categorías clínicas en menores de 13 años

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

8.2. Normas específicas de codificación de la infección VIH

- La codificación del VIH es una **excepción a la norma general**, al igual que la codificación de la gripe A y la gripe aviar, por lo que sólo se codificará como infección VIH cuando la existencia de la infección esté claramente documentada (no hace falta documentación de positividad serológica o de cultivo de VIH, es suficiente si el médico indica que es VIH positivo), no codificándose como cierta la sospecha. Así pues, las expresiones “sospecha de”, “probable”, “posible”, etc., no pueden usarse para codificar la infección por VIH.
- Una vez clasificado a un paciente VIH en la **categoría 042 Enfermedad por virus de la Inmunodeficiencia Humana**, ya siempre se codificará como 042 esta condición, ya que se trata de una **infección crónica** que no desaparece.
- La asignación del código HIV se hará en función de si el paciente presenta **sintomatología** o no, documentada:
 - Si presenta sintomatología asociada a HIV y/o definitoria de caso de SIDA se asignará el código 042.
 - Si dicha sintomatología no existe ni ha existido previamente, se asignará V08, siempre que previamente no haya sido codificado como 042.
 - Si la documentación que tenemos es insuficiente o deja lugar a dudas, se consultará con el facultativo responsable del paciente.
- Si un paciente VIH ingresa por una **patología relacionada con el VIH** según los criterios de los CDC, o por una patología que el clínico la relacione como debida a su infección VIH, se secuenciará como código principal el código 042, y como códigos asociados los de las enfermedades relacionadas.

VIH+ asintomático que ingresa por neumonía por pneumocistis carinii:

042 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana

136.3 Neumocistosis (por Pneumocystis carinii)

- Si un paciente VIH ingresa por una **patología que el clínico no relaciona con el VIH** se secuenciará como código principal el código de dicha patología y como código secundario el 042 o V08.

Paciente HIV con estadio B3 que ingresa por migraña con aura.

346.00 Migraña clásica sin mención de intratable

042 Enfermedad por virus de la Inmunodeficiencia Humana

- Si una paciente VIH ingresa por un proceso obstétrico se secuenciará en primer lugar un código de la subcategoría **647.6X Otras enfermedades virales** y como secundario la infección o enfermedad por VIH (V08 o 042).
- Si la enfermedad por VIH está producida por el virus VIH tipo 2 se codifica con el código **042** en primer lugar y se le añade el **079.53 Virus de la Inmunodeficiencia Humana, tipo 2**.
- Nunca podrá utilizarse junto a la categoría **042 Enfermedad por virus de la Inmunodeficiencia Humana** cualquier otro código que recoja circunstancias relacionadas con la infección VIH (795.71 o V08), excepto el código V01.79, que se podrá utilizar cuando se refiera a otros virus distintos del VIH.
- Codificación de VIH en pacientes ambulatorios:
 - **V73.89 Cribaje para enfermedades víricas:** se utilizará si el paciente está siendo visto para determinar su estado VIH.
 - **V69.8 Otros problemas relacionados con el estilo de vida:** se añadirá si el paciente asintomático pertenece a un grupo de alto riesgo conocido para el VIH.
 - **V65.44 Consejo sobre el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH):** se usará cuando se asesore al paciente ante la prueba diagnóstica, sea ésta o no positiva.

Tabla 8. Resumen VIH

CIRCUNSTANCIAS	CODIGO CIE9MC
<ul style="list-style-type: none"> • VIH+ junto a cualquier enfermedad o sintomatología (actual o pasada) relacionada con la infección VIH o definitoria de SIDA • Cualquier VIH+ estadiado desde A1 a A3 sintomático • Cualquier VIH+ estadiado desde B1 a C3 • Expresiones diagnósticas de SIDA • Codificación previa con 042 	042 Enfermedad por virus de la Inmunodeficiencia humana
<ul style="list-style-type: none"> • Infección asintomática por VIH (pacientes VIH+ confirmados que nunca han tenido síntomas ni están estadiados desde B1 a C3) • Pacientes VIH estadiados desde A1 a A3 que sean asintomáticos (nunca hayan sido sintomáticos) • Niños > 18 meses, VIH+ confirmado, asintomáticos y no estadiados entre A1 a C3 • Niños menores de 13 años con VIH+ confirmado y estadiado desde N1 a N3 	V08 Estado de infección por virus de inmunodeficiencia humana, asintomático
<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con resultados analíticos especificados como no concluyentes • Niños < 18 meses con serología VIH+ y con madre VIH+ 	795.71 Evidencia serológica no específica de virus de inmunodeficiencia humana
<ul style="list-style-type: none"> • Contacto o expuestos al contagio de VIH (sin confirmación, diagnóstico ni evidencia serológica) • Niños < 18 meses en entorno VIH (como ser hijo de madre VIH+) sin serología realizada o con serología negativa 	V01.79 Enfermedades víricas (Contacto con o exposición a contagio)
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad por VIH tipo II 	042 Enfermedad VIH + 079.53 VIH tipo 2 [HIV-2]

9. Hepatitis víricas

La hepatitis es una enfermedad que cursa con inflamación del hígado y puede producirse por diferentes etiologías, no siempre infecciosas. En el capítulo 1 de Enfermedades Infecciosas, se clasifican las causadas por **virus hepatotropos** en la categoría **070 Hepatitis viral**.

En el capítulo 9 de Enfermedades del Aparato Digestivo encontramos las producidas por:

- el alcohol,
- por otros virus no hepatotropos especificados,

- por otras infecciones no víricas (en estos casos se añade el código del germen causal)
- y las tóxicas o farmacológicas.

9.1. Conceptos clínicos

- **Hepatitis aguda.** Es de curso súbito y se diagnostica en base a criterios clínicos (siendo la ictericia el síntoma principal) y analíticos (transaminasas por encima de 10 veces su valor normal).
- **Hepatitis crónica.** Se define como la existencia en el hígado de un proceso inflamatorio de larga duración cuyas alteraciones clínicas y/o analíticas deben estar presentes durante al menos seis meses. El resultado anatomopatológico de una biopsia hepática determina el tipo de hepatitis crónica.
- **Hepatopatía.** Es un término sinónimo de enfermedad hepática, que necesita de mayor información para filiar la lesión. El término **hepatopatía vírica o por virus** es sinónimo de **hepatitis vírica**.
- **Cirrosis hepática.** Es una enfermedad crónica, difusa e irreversible del hígado, con fibrosis, nódulos y desaparición de la arquitectura normal del hígado. La cirrosis puede constituir un estado evolutivo final de algunas hepatitis crónicas, o coexistir con la causa, hablándose entonces de cirrosis activa o con actividad.
- **Hepatitis fulminante.** Es una hepatitis aguda muy grave que puede ser inducida principalmente por virus de la hepatitis o por drogas (fármacos o tóxicos), siendo menos frecuente otras etiologías.
- **Virus hepatotropos.** Son aquellos virus que necesitan infectar al hígado para poder reproducirse. Se recogen en la categoría **070 Hepatitis viral**.

Tipos de hepatitis por virus hepatotropos:

- **Virus de la Hepatitis A:** produce hepatitis agudas. Se transmite de forma feco-oral, y la hepatitis no progresa hacia la

cronicidad o la cirrosis. Por eso se recoge sin códigos que especifiquen entre aguda o crónica.

- **Virus de la Hepatitis B:** se transmite vía parenteral, vía sanguínea o por relaciones sexuales, y en gran número de casos evoluciona a la hepatitis crónica y en otros se hacen portadores crónicos.
- **Virus de la Hepatitis C:** se transmite principalmente vía sanguínea, pero también por vía sexual. Los pacientes con hepatitis C tienden a la cronicidad y son más propensos a la cirrosis.
- **Virus de la Hepatitis D (o Delta):** es un virus defectivo que precisa la presencia del virus B. Aumentan la probabilidad de patología hepática crónica activa con rápida progresión a cirrosis y la posibilidad de hepatitis fulminantes.
- **Virus de la Hepatitis E:** es causante sólo de hepatitis agudas siendo parecido al virus de la hepatitis A.

9.2. Criterios de actividad de virus de la hepatitis

La presencia de marcadores virales detectados en suero informan de la etiología y del estado de la infección (activa o pasada, aguda o crónica, portador o vacunado) en las hepatitis víricas. Algunos de estos criterios para los virus hepatotropos son:

VIRUS A:

- anti VHA-IgM indica infección actual,
- anti VHA-IgG: infección pasada (proporciona inmunidad permanente)

VIRUS B:

- infección activa, (en cualquiera de los siguientes supuestos):
HBs Ag (+) con anti HBc-IgM (+)
HBs Ag (+) con HBe Ag (+)
HBs Ag (+) con anti HBe (+) y DNA viral (+)
- infección pasada (inmunidad):
anti HBc-IgG (+) con anti HBs (+) y el resto de marcadores negativos

- inmunidad por vacunación:
sólo anti HBs (+)

VIRUS D:

- fase aguda: anti HD-IgM con marcadores de VHB
- fase crónica: anti HD-IgG con marcadores de VHB

VIRUS C

En la infección por Virus Hepatitis C (VHC) la presencia de anticuerpos en suero (anti VHC por RIBA o ELISA) no aporta una información concluyente sobre la existencia de una infección activa, por lo que es necesario la determinación de viremia mediante la técnica de PCR (Reacción en Cadena de Polimerasa) o de la carga viral (medición del ARN), además de la medición de transaminasas.

9. 3. Normas específicas de codificación

Modificadores esenciales

Todas las hepatitis víricas (**070.XX**) tienen como modificador esencial:

- el tipo de virus hepatotrofo (A, B, C, D, E, otros).
- **Coma hepático**, que es una expresión que engloba fallo hepático (insuficiencia hepática) más encefalopatía por lo que no se añadirán los códigos de insuficiencia hepática aguda o subaguda (**570 Necrosis hepática aguda y subaguda**), ni el de encefalopatía hepática (**572.2 Coma hepático**), aun cuando nos aparezcan como expresión diagnóstica.
- Si la infección es aguda o crónica: Como norma general, ante patologías no especificadas como aguda o crónica, el Índice Alfabético remite a aguda. En el caso de la hepatitis C (sin especificar aguda o crónica), este índice le asigna el código específico **070.7X Hepatitis vírica C no especificada**.
- La existencia o no de hepatitis B activa para el virus D

Tabla 9. Modificadores esenciales para virus

TIPO DE VIRUS	MODIFICADORES ESENCIALES
A	Con o sin coma hepático
B	Con o sin coma hepático Aguda o crónica Con o sin hepatitis D
C	Con o sin coma hepático Aguda, crónica o no especificada
D	Con o sin coma hepático Con o sin hepatitis B activa
E	Con o sin coma hepático
OTROS	Con o sin coma hepático

Portador de virus de la hepatitis

Se asigna a pacientes que albergan al virus en su organismo, que responden inmunológicamente ante él (se detectan anticuerpos específicos), que pueden contagiar, pero que no le produce alteraciones clínicas ni analíticas más allá de la normalidad o su límite. Se codificará en la subcategoría **V02.6 Portador de hepatitis vírica.**

Hepatopatía crónica, alcoholismo y virus de la hepatitis

Se codificará teniendo en cuenta la etiología (alcohol y/o virus), la cual debe estar claramente documentada, tanto el estado actual de la infección y como el de la adicción.

Codificación

Hepatopatía de etiología mixta alcohol y virus:

- hepatopatía alcohólica crónica (**571.3**)
- código correspondiente a la infección vírica en ese momento: infección activa (**070.XX**) aguda o crónica o bien portador (**V02.6X**)
- situación del alcoholismo (**303.XX** o **V11.3** o **305.0X**)

Codificación

Hepatopatía de etiología vírica con virus activo y alcoholismo sin relación con la hepatopatía.

- la infección vírica en ese momento (**070.XX**)
- situación del alcoholismo (**303.XX o V11.3 o 305.0X**)

Codificación

Hepatopatía en paciente alcohólico, no especificada como debida a alcohol ni a virus:

- la hepatitis crónica (**571.4X**) ó hepatopatía crónica (**571.9**), según el literal del que dispongamos.
- situación del alcoholismo (**303.XX o V11.3 o 305.0X**)

Cirrosis e infección por virus de la hepatitis

En ausencia de encefalopatía hepática o coma hepático, se codificará siempre primero el estado de la infección por el virus (**070.XX, V02.6X o V12.09**) y después la cirrosis hepática (**571.X**).

Sólo se usará un código de cirrosis aun cuando coexistan varias etiologías de la misma. Así, en el caso de coexistir como causa de la cirrosis la hepatitis vírica (**571.5 Cirrosis hepática sin mención de alcohol**) y otra causa (**571.2 Cirrosis hepática alcohólica** ó **571.6 Cirrosis biliar**), sólo se asignará el código de la cirrosis no vírica.

Cirrosis debida a alcoholismo y a hepatitis C crónica.

571.2 Cirrosis hepática alcohólica

070.54 Hepatitis C crónica sin mención de coma hepático

303.XX Síndrome de dependencia del alcohol

Cirrosis por hepatitis C crónica.

070.54 Hepatitis C crónica sin mención de coma hepático

571.5 Cirrosis hepática sin mención de alcohol

Encefalopatía hepática

Codificación

Cuando coexistan una encefalopatía por la hepatitis viral y una cirrosis, aunque la etiología de ésta no sea vírica, se codificará:

- en primer lugar la hepatitis vírica con coma hepático
- seguido del código de la cirrosis que corresponda
- no se añadirá el código **572.2 Coma hepático** (encefalopatía hepática)

Codificación

Cuando coexistan cirrosis no viral y una encefalopatía no debida a hepatitis viral se codificará:

- en primer lugar el **572.2 Coma hepático**
- seguido de la cirrosis que corresponda **571.X**

Encefalopatía hepática por hepatitis viral C crónica con cirrosis.

070.44 Hepatitis C crónica con coma hepático

571.5 Cirrosis hepática sin mención de alcohol

Encefalopatía hepática debida a hepatitis viral aguda B y cirrosis hepática alcohólica.

070.20 Hepatitis viral B con coma hepático aguda o inespecífica, sin mención de hepatitis delta

571.2 Cirrosis alcohólica

303.90 Alcoholismo no especificado

Hepatitis y embarazo

En los casos que coexista una hepatitis con un embarazo, se tendrán en cuenta las siguientes pautas:

Codificación

Si es una hepatitis activa:

- **647.6X Otras enfermedades virales más**
- **070.XX Hepatitis viral**

Codificación

Si es portadora del virus de la hepatitis:

- **648.9X Otras enfermedades actuales clasificables bajo otros conceptos más**
- **V02.6X Portador de hepatitis vírica**

Infección pasada

La infección pasada (y curada) de hepatitis vírica se codificará, en caso de ser relevante, con el código **V12.09 Historia personal de otras enfermedades infecciosas y parasitarias.**

10. Micosis oportunistas

Existe la categoría **118 Micosis Oportunistas** para micosis que se presentan en pacientes con determinadas circunstancias (inmunodeprimidos, politraumatizados o desnutridos). Sólo deberá emplearse en ausencia de un código más específico del hongo causante de la infección.

Una candidiasis en pacientes inmunodeprimidos, se codificará en la categoría **112 Candidiasis**. Sin embargo, una infección por *Alternaria*, *Dreschlera* o *Fusarium* en pacientes inmunodeprimidos se codificarán en esta categoría, ya que no existen códigos específicos para estas micosis.

11. Efectos tardíos de las enfermedades infecciosas y parasitarias

Las secuelas y efectos tardíos de las enfermedades infecciosas antiguas o inactivas, sin pruebas de enfermedad activa actual, se clasifican en una de las siguientes categorías:

- **137 Efectos tardíos de la tuberculosis**
- **138 Efectos tardíos de poliomiелitis aguda**
- **139 Efectos tardíos de otras enfermedades infecciosas y parasitarias**
- **326 Efectos tardíos de absceso intracraneal o infección piógena que se encuentra en el Capítulo 6 Sistema nervioso y órganos sensoriales**

Para la codificación de estas secuelas y efectos tardíos se sigue la norma general, es decir, en primer lugar la manifestación residual y después el código de efecto tardío, a excepción de:

- que la CIE9MC indique la secuencia de códigos.

Escoliosis debida a polio:

138 Efecto tardío de poliomiелitis aguda

737.43 Escoliosis vertebral asociada con otras enfermedades

- que se mencione la existencia de lesiones residuales pero no se especifiquen; en este caso se usa sólo el código de efecto tardío.

Paciente con tuberculosis residual cuando las secuelas no están especificadas.

137.0 Efectos tardíos de tuberculosis respiratoria o no especificada

Autores

Araceli Díaz Martínez, Médico de Admisión y Documentación Clínica.
Hospital Virgen del Rocío (Sevilla).

Javier Delgado Alés, Médico de Admisión y Documentación Clínica.
Hospital Río Tinto (Huelva).

Colaboradores:

Grupo de expertos (Médicos de Admisión y Documentación Clínica) de los diferentes hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) participantes en la elaboración de los Boletines de Codificación de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Bibliografía

Manual de usuario de codificación con la CIE-9-MC. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Boletín nº 1 de Codificación Clínica con la CIE-9-MC. Unidad Técnica del Ministerio de Sanidad y Consumo, Aparato Digestivo, hígado.

Boletín nº 6 de Codificación Diagnóstica de la Comunidad Autónoma de Galicia.

American Hospital Association ICD-9-CM Official Guidelines for Coding and Reporting.

American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM.

Faye Browns's ICD-9-CM Coding Handbook with Answers.

ICD-9-CM Diagnosis Coding Advisor.

<http://www.who.int/classifications/en/>

Harrison's Principles of Internal Medicine.

II. Actualización en la codificación del sistema vascular periférico

1. Introducción

El sistema cardiovascular se encarga de aportar el oxígeno y los nutrientes necesarios para el funcionamiento de los diferentes órganos. El sistema circulatorio distribuye la sangre que el corazón bombea, a través de dos circuitos:

- La circulación sistémica: transporta sangre saturada de oxígeno desde el ventrículo izquierdo. A través de arterias, arteriolas y capilares proporciona a los órganos el oxígeno y los nutrientes necesarios. Así mismo recoge, a través de la red venosa, la sangre ya desaturada de oxígeno y con los productos metabólicos que se necesitan depurar, para desembocar en la aurícula derecha.
- La circulación pulmonar: parte del ventrículo derecho y envía, a través de la arteria pulmonar, sangre a los pulmones, donde se depura de CO₂ y se oxigena. A través de las venas pulmonares, esta sangre pasa a la aurícula izquierda, para volver a comenzar el circuito.

Las enfermedades correspondientes al sistema cardiovascular se codifican dentro del **Capítulo 7 Enfermedades del Aparato Circulatorio** de la siguiente manera:

- Enfermedades de las arterias, arteriolas y capilares: Categorías 440- 448
- Enfermedades de venas y linfáticos, y otras enfermedades del aparato circulatorio: Categorías 451-459
- Enfermedades de la circulación pulmonar: Categorías 415–417 (normativa contemplada en el boletín n°26, Aparato respiratorio)
- Enfermedades del corazón, hipertensión arterial y enfermedades cerebrovasculares (normativa contemplada en el boletín n°30)

2. Enfermedades arteriales

Las arterias son vasos sanguíneos gruesos, con un componente muscular importante, que permite que éstas se contraigan para bombear sangre hacia los órganos. A medida que se alejan del corazón se van ramificando en arteriolas y posteriormente en capilares.

Una arteria está formada por tres capas (que también se llaman tónicas):

- el **endotelio** o **íntima**: es la parte interna que está en contacto con la sangre y de cuya integridad depende que ésta fluya correctamente
- la **adventicia** es la parte externa que proporciona resistencia a la arteria
- la **media** está situada entre las anteriores y está formada básicamente por fibras musculares y elásticas

Arteriosclerosis

Es una de las consecuencias más importantes de la alteración del metabolismo lipoproteico (hiperlipidemias), así como de otros factores como la hipertensión, la diabetes, el estrés, el tabaquismo, sin olvidar los factores predisponentes genéticos. Evolucionan de forma crónica y afectan de manera diferente a los distintos territorios arteriales, lo que hace que su sintomatología sea variada.

La lesión arteriosclerótica afecta a las arterias y su progresión origina las llamadas “placas ateromatosas”, que crecen hacia el interior del vaso y están formadas por depósitos de colesterol y otras grasas, plaquetas, células sanguíneas y detritus celulares.

La presencia de estas placas produce:

- Estrechamiento de la luz vascular
- Enlentecimiento del flujo sanguíneo
- Rigidez vascular
- Formación de aneurismas

Todo ello conduce a la isquemia (interrupción del riego) de los órganos del territorio afectado. Por otra parte, se pueden producir complicaciones de la propia placa ateromatosa, que a su vez pueden conducir a eventos agudos tipo:

- Ulceración
- Trombosis
- Hemorragia
- Embolismo periférico (Ateroembolismo)

Codificación

La categoría 440 contempla la codificación de las lesiones arterioscleróticas, determinándose con el 4º dígito la localización anatómica. Se excluyen en esta categoría las lesiones arterioscleróticas que afectan a las arterias pre- y cerebrales, vertebral, pulmonar, coronaria y mesentérica (ver boletín nº 30, Monográfico de Cardiología).

Conviene destacar la diferente codificación de la esclerosis renal con hipertensión (arteriosclerosis renal) de la arteriosclerosis de la arteria renal.

IAE

Arteriosclerosis (véase *además* Hipertensión, riñón)

- renal **403.XX**
- - arterial **440.1**
- - arteriola **403.XX**

Para codificar la arteriosclerosis de las extremidades inferiores, la CIE9MC dispone de dos subclasificaciones, para diferenciar que se trate de arterias nativas o arterias que ya han sufrido un injerto, ambas precisan 5º dígito.

- **440.2X Arteriosclerosis de arterias nativas de las extremidades**

El 5º dígito indica la repercusión/progresión clínica y clasifica la presencia de úlcera y gangrena isquémica de la siguiente manera:

- 0: inespecificado
- 1: con claudicación intermitente
- 2: con dolor de reposo
- 3: con ulceración (precisa codificación adicional de la úlcera)
- 4: con gangrena
- 9: otros

- **440.3X Arteriosclerosis del injerto de las extremidades**

El 5º dígito indica el tipo de injerto

- 0: no especificado

- 1: de vena autóloga
- 2: injerto biológico no autólogo

Ateroembolismo

Se codifica en la categoría 445, con 4º y 5º dígitos para indicar la localización anatómica del émbolo.

Aneurisma y disección arteriales

Son dos procesos que pueden ser extremadamente graves y en ocasiones pueden coexistir.

Un **aneurisma**, es la dilatación patológica de un segmento arterial. Las tres capas arteriales se hallan dilatadas, lo que le diferencia del pseudoaneurisma, en el que hay una disrupción sólo de las capas íntimas y media.

La **disección arterial** se produce cuando tras un desgarro inicial en la capa íntima, la capa media queda expuesta a la presión arterial, produciéndose un hematoma que va separando (disecando) las capas de la arteria. En menos casos se inicia por una hemorragia en la capa media que secundariamente rompe la íntima. La lesión progresa distalmente, pero también puede hacerlo proximalmente.

Codificación:

La codificación se realiza por localización anatómica, contemplándose además en algunas de ellas si se ha producido o no su ruptura. No todos los aneurismas arteriales se codifican en el capítulo 7, por ejemplo, existen aneurismas congénitos, que se codifican en el capítulo de anomalías congénitas.

Los pseudoaneurismas se codifican igual que los aneurismas.

IAE

Aneurisma

- cerebral **437.3**
- - rupturado **430**
- - congénito **747.81**
- - - rupturado **430**

Aneurisma

- Aorta, **441.9**

- - abdominal **441.4**
- - - rupturado **441.3**
- arteria ilíaca común **442.2**
- subclavía **442.82**
- renal **442.1**

Aneurisma

- Congénito
- - renal **747.62**

Aneurisma

- sifilítico **093.x**

Aneurisma

- traumático: como lesión de vasos sanguíneos **900-904**

Aneurisma

- retiniano (adquirido) **362.17**

Si la condición se produce durante el **embarazo, parto o puerperio**, debe clasificarse en el **capítulo 11**.

La **dissección de aorta** se codifica en la categoría **441 Aneurisma aórtico y disecante**, con un 4º dígito que indica la localización anatómica. En esta categoría se codifica también la dissección dentro de un aneurisma y el hematoma arterial aórtico intramural.

IAE

Dissección

- aorta **441.00**
- - abdominal **441.02**

Aneurisma

- aorta
- - disecante **441.00**
- - abdominal **441.02**

La **dissección** de arterias (excepto coronarias y aorta) se codifica en la subcategoría **443.2 Otra dissección arterial**, con 5º dígito, que indica localización anatómica.

IAE

Dissección

- Arteria
- - renal **443.23**

Oclusión arterial, embolia y trombosis

La oclusión de una arteria produce la isquemia de los órganos a los que nutre y sus consecuencias dependen del territorio irrigado, del tamaño de dicha arteria y de que el fenómeno se produzca de forma aguda o crónica. En los casos crónicos se ha podido formar una red supletoria colateral, cosa que no ocurre en la oclusión aguda. Las causas más frecuentes de oclusión son los émbolos y la trombosis y es muy frecuente que ocurra en las extremidades inferiores.

Los émbolos son coágulos sanguíneos que en la mayoría de los casos se forman en la aurícula o ventrículo izquierdos y son impulsados a través de la aorta al territorio arterial. Si el émbolo es grande la obstrucción se produce antes y las consecuencias suelen ser más graves. Entre las causas más frecuentes se encuentra la fibrilación auricular, las miocardiopatías o el infarto agudo de miocardio.

En una trombosis, el trombo se produce 'in situ' y suele ocurrir en arterias dañadas por la arteriosclerosis o por traumatismos.

Codificación

La CIE9MC incluye en la categoría **444 Embolia y trombosis arteriales** la embolia y la trombosis, sin establecer diferencia entre ellas.

El 4º dígito indica localización anatómica, existiendo un 5º dígito en el caso de las extremidades.

IAE

Embolia

- Arteria
- - Extremidad
- - - inferior **444.22**
- - - superior **444.21**

IAE

Trombosis

- Arteria
- - Extremidad
- - - inferior **444.22**
- - - superior **444.21**

Oclusión

- Arteria

- - extremidades, inferiores **444.22**

- - extremidades, superiores **444.21**

Estas condiciones se clasifican en el capítulo 11 si se presentan en el embarazo, parto o puerperio.

Oclusión total crónica de arteria de extremidades

Se desarrolla cuando una placa ateromatosa muy calcificada permanece durante un período largo de tiempo en una arteria, conduciendo a un descenso significativo del flujo sanguíneo. Habitualmente se forma una circulación arterial colateral compensatoria. Dicha compensación no suele ser completa, presentándose sintomatología variable (claudicación intermitente, dolor de reposo...) o isquemia aguda (úlceras tórpidas, gangrena).

Esta condición se codifica en la subcategoría **440.4**, codificándose antes la arteriosclerosis de las arterias de extremidades.

Vasculitis y arteritis

Las vasculitis componen un grupo heterogéneo de enfermedades que afectan a los vasos sanguíneos, con mayor o menor afectación según la enfermedad concreta de arterias, arteriolas, capilares o vénulas. En todos los casos se produce un fenómeno inflamatorio, cuya consecuencia es el desarrollo de isquemia y necrosis. Existen vasculitis primarias y secundarias: estas últimas son las que acompañan a otras enfermedades (infecciosas, neoplásicas...). Las manifestaciones son muy variables: desde la implicación de un único órgano a la afectación multiorgánica. En muchos casos se afecta la piel, siendo también frecuente la afectación renal. En cuanto a la patogénesis, en la mayoría de los casos se asume que está mediada por un mecanismo inmunopatológico como respuesta a un antígeno. En algunos casos puede tratarse de una infección directa y en otros, la causa es desconocida.

Codificación

La mayoría de las arteritis/angeítis/vasculitis especificadas se clasifican en la categoría **446 Poliarteritis nodosa y enfermedades relacionadas:**

Panarteritis nodosa: **446.0**

Enfermedad de Kawasaki: **446.1**

Síndrome de Goodpasture: **446.21**

Enfermedad de Wegener: **446.4**

Arteritis de la temporal: **446.5**

Vasculitis leucocitoclástica: **446.29**

La arteritis y la vasculitis no especificadas se clasifican en: **447.6**
Arteritis sin especificar

3. Enfermedades venosas

La red venosa se encarga de recoger la sangre de los órganos, una vez que se ha producido la liberación del oxígeno y los nutrientes. A diferencia de las arterias, las venas son de paredes finas y están dotadas de válvulas para evitar que la sangre refluya, ya que esta circulación actúa en contra de la presión hidrostática. Es muy frecuente la afectación de extremidades inferiores, donde se distingue un sistema venoso superficial y uno profundo, de gran calibre, que va paralelo a las grandes arterias.

Estas patologías se codifican básicamente en la sección **Enfermedades de venas y linfáticos** del capítulo 7 (categorías 451-459).

Varices

Son dilataciones anómalas de las venas, de diferente origen y aparecen con mayor frecuencia en las extremidades inferiores. Como consecuencia se produce un aumento de presión hidrostática que conlleva, sobre todo en el caso de las extremidades inferiores, además de la aparición de molestias locales, mayor facilidad de aparición de tromboflebitis superficiales, edemas y trastornos dérmicos.

Codificación

- **Categoría 454 Venas varicosas de las extremidades inferiores**

El 4º dígito identifica la ausencia o presencia de complicaciones, como úlceras.

- **Categoría 455 Hemorroides**

El 4º dígito, indica si las hemorroides son internas o externas, así como si presentan complicaciones, como la trombosis.

- **Categoría 456 Venas varicosas de otros sitios**

El 4º dígito expresa localización anatómica. En esta categoría se incluyen las varices esofágicas, (con y sin hemorragia) que, si son debidas a otras enfermedades (cirrosis, hipertensión portal etc.) tienen carácter de diagnóstico secundario.

Las categorías **454, 455 y el código 456.6 Varices vulvares** se clasifican en el capítulo 11 si se presentan en el embarazo, parto o puerperio

Trombosis venosa y tromboflebitis

El enlentecimiento circulatorio venoso y su estasis, el daño directo vascular o los estados de hipercoagulabilidad son las causas de que se produzca un trombo sólido dentro de las venas, tanto superficiales como profundas. La formación de un trombo se acompaña de un proceso inflamatorio a nivel local, que puede ser de diferente intensidad, lo que se denomina tromboflebitis. Enfermedades generales graves, como la insuficiencia cardíaca, el infarto agudo de miocardio y las neoplasias, así como intervenciones que implican a la pelvis y extremidades inferiores, o largo tiempo de inmovilidad favorecen su aparición. Otra causa común es la presencia de dispositivos venosos (catéteres para perfusión, alimentación o diálisis).

La consecuencia más grave es que el trombo se desprenda y migre desde el ventrículo derecho a la arteria pulmonar, causando una embolia pulmonar, entidad que sigue teniendo una gran mortalidad.

Codificación

- **Trombosis venosa:**

Se codifica en la categoría **453 Otras embolias y trombosis venosas**, con 4º dígito que identifica la localización anatómica. En esta categoría se clasifican las trombosis venosas profundas de Extremidades inferiores, con un 5º dígito que expande la localización anatómica.

IAE

Trombosis

- vena

- - extremidad inferior- véase Trombosis, extremidad inferior

- - profunda **453.40**

Trombosis

- extremidad inferior **453.8**
- - vasos profundos **453.40**
- - - muslo **453.41**

- **Tromboflebitis:**

Se codifican en la categoría **451**, con 4º y 5º dígitos que identifican la localización anatómica y afectación de vasos superficiales o profundos (en el caso de las extremidades). Aunque los fenómenos inflamatorios coexisten con cualquier trombosis, es preciso que exista la expresión tromboflebitis para codificar en esta categoría.

IAE

Tromboflebitis

- extremidad inferior **451.2**
- - profunda **451.9**
- - - vaso especificado **451.19**
- - - vena femoral **451.11**

Estas condiciones se clasifican en el **capítulo 11** si se presentan en el **embarazo, parto o puerperio**.

Excepciones frecuentes:

- La tromboflebitis migratoria se codifica en el **453.1**.
- Las flebitis y tromboflebitis de los senos venosos intracraneales se codifican en la categoría **325**.
- Como **complicaciones:**
 - Después de infusión, perfusión o transfusión ver **999.2**
 - Durante o como resultado de procedimiento ver **997.2**

4. Procedimientos vasculares

Los procedimientos vasculares se codifican en el **Capítulo 7 Operaciones sobre el Aparato Cardiovascular**, en las categorías 38 (Incisión, escisión y oclusión de vaso) y 39 (Otras operaciones sobre vasos).

Se utilizan además:

- La subcategoría **00.2 Imagen intravascular de vasos sanguíneos**
- La subcategoría **00.4 Procedimientos auxiliares sobre el sistema vascular**, y sus correspondientes subclasificaciones para incluir información adicional sobre el número de vasos reparados y/o endoprótesis insertadas, tanto en procedimientos vasculares generales como en el caso de las arterias coronarias
- La subcategoría **00.6 Procedimientos sobre vasos sanguíneos** y sus correspondientes subclasificaciones, creado para codificar la reparación e inserción de stents que se realizan por vía percutánea sobre vasos precerebrales, intracraneales y coronarias

4.1. Restauración de la circulación y de los vasos

Trombectomía y embolectomía

Son procedimientos quirúrgicos destinados a reestablecer el flujo de un vaso, generalmente arterial, que se ha obstruido bien sea por un trombo o por un émbolo.

Codificación:

Ambos procedimientos se codifican en **38.0X Incisión de vaso**.

El 4º dígito define el tipo de vaso (arteria o vena), así como su localización anatómica.

Endarterectomía

La endarterectomía es un procedimiento quirúrgico que consiste en reseca la endarteria, es decir, la íntima y parte de la capa media arterial enfermas a nivel de una lesión ateromatosa estenosante. La lesión ateromatosa puede estar acompañada de un trombo o émbolo, realizándose en este caso una trombendarterectomía.

Codificación

Ambas condiciones se codifican en la subcategoría **38.1X Endarterectomía**, con 4º dígito que indica la localización anatómica de la arteria afectada. Este código incluye la reparación con injerto de parche e implica el acceso abierto.

Excluye la codificación de la endarterectomía de arterias coronarias, cerebrales y precerebrales (ver Boletín nº30, Cardiología).

Deben codificarse también, si se han realizado, los procedimientos:

- Inyección de trombolíticos (99.10)
- Número de stents insertados (00.45-00.48)
- Número de vasos tratados (00.40-00.43)
- Procedimiento realizado sobre una bifurcación (00.44)

Angioplastia

La angioplastia es la reparación o remodelación de un vaso, casi siempre una arteria. Este procedimiento puede realizarse de forma abierta, incidiendo directamente el vaso, o de forma percutánea, sin abordaje directo. Esta última técnica se realiza cada vez con mayor frecuencia.

Codificación

IAP

Angioplastia: véase además 'reparación, vaso sanguíneo'

- Transluminal, percutánea, balón:
- - Cerebral precerebral, coronarias: ver Boletín nº 30, Cardiología
- - Todas las demás (extremidades superior e inferior, ilíaca, mesentérica, renal, periférica etc.) **39.50**

Debe codificarse además, si se realiza:

- Inyección de trombolíticos (99.10)
- Inserción de stent (39.90 / 00.55)
- Número de stents insertados (00.45-00.48)
- Número de vasos tratados (00.40-00.43)
- Procedimiento realizado sobre una bifurcación (00.44)

By-pass

Término que se usa con frecuencia en inglés y que corresponde al español 'desviación o derivación'. Esta técnica quirúrgica se utiliza cuando existe

una obstrucción, generalmente arterial, que se ‘puentea’, realizando para ello una nueva conexión entre las partes proximales y distales de dicha obstrucción. Para ello se utiliza un injerto, bien sea de una vena propia del paciente o de material sintético: de esta manera el flujo sanguíneo utiliza esta derivación para sortear la obstrucción. En las enfermedades del Aparato Circulatorio, la patología más frecuente en la que se realizan estos procedimientos es la arteriosclerosis de miembros inferiores.

Codificación

Los by-pass de arterias coronarias, arterias precerebrales y cerebrales tienen asignados códigos específicos (ver Boletín nº 30 Cardiología).

El resto de by-pass se codifican en las categorías **39.0 Derivación sistémica a arteria pulmonar, 39.1 Derivación venosa intraabdominal y 39.2 Otra derivación o desviación vascular** con 3º y 4º dígitos indicando el tipo de derivación y su localización anatómica.

IAP

Desviación

- arterial
- - intraabdominal **39.26**
- - periférica **39.29**
- vascular
- - aortofemoral **39.25**
- - aortoilíaca **39.25**
- - aorto ileofemoral **39.25**
- - femoropoplítea **39.29**
- - poplíteotibial **39.29**

4.2. Interrupción de la circulación

Embolización y oclusión de vasos

La embolización es un procedimiento habitualmente endovascular cuyo objetivo es la oclusión de un vaso, generalmente arterial. Consiste en la administración de sustancias diversas que provocarán la obstrucción del vaso en el que se insertan o su esclerosis. Existen diversos productos según se desee una oclusión temporal o permanente, así como el tamaño del vaso a ocluir o el tipo de lesión: Gelfoam (esponja

gelatinosa), partículas permanentes, como el alcohol polivinílico (PVA), coils de metal (espirales) o agentes esclerosantes líquidos como los alcoholes y la goma.

Codificación

IAP

Embolización

- arteria
- - por
- - - acceso endovascular **39.79**
- - - - vasos cabeza y cuello **39.72**

El código **44.44 Embolización por catéter de una hemorragia gástrica o intestinal**, se utiliza para codificar las siguientes embolizaciones a través de catéter en el aparato digestivo:

IAP

Embolización

- arteria
- - abdominal
- - - duodenal (transcatéter) **44.44**
- - - gástrica (transcatéter) **44.44**
- vena
- - duodenal (transcatéter) **44.44**
- - gástrica (transcatéter) **44.44**

En los casos en los que la oclusión del vaso no se realice por vía endovascular, el procedimiento se codificará en la subcategoría **38.8X Oclusión quirúrgica de vaso**, con 4º dígito indica si se trata de arterias o venas, así como su localización anatómica. Cuando el vaso tratado es la vena cava (tanto superior como inferior), se codificará en la subcategoría **38.7 Interrupción de vena cava**.

4.3. Intervenciones sobre aneurismas (Vasculares)

Según el vaso afectado, su tamaño y la necesidad o no de reestablecer el flujo, existen diferentes intervenciones. La clasificación de procedimientos contempla si las técnicas se realizan o no utilizando un acceso endovascular y, también, el territorio anatómico sobre el que se actúa.

Codificación

IAP

Aneurismectomía

- con
- - anastomosis **38.3x**
- - sustitución **38.4x**

Aneurismorrafia/Aneurismoplastia 39.52, excepto las que se realizan por acceso endovascular (ir a reparación)

Reparación

- aneurisma
- - (coagulación, sutura, envoltura) **39.52**
- - - acceso endovascular **39.79**
- - - - cabeza/cuello **39.72**
- - - injerto endovascular **39.79**
- - - - aorta abdominal **39.71**
- - - - aorta torácica **39.73**
- - - - cabeza/cuello **39.72**

Las escisiones de aneurismas vasculares que no tengan los modificadores descritos en los párrafos anteriores se codificarán como ‘escisión de lesión’ NEOM **38.6X**.

Los 4º dígitos de las subcategorías **38.3X Resección de vaso con anastomosis**, **38.4X Resección de vaso con sustitución** y **38.6X Otra escisión de vasos** hacen referencia la localización anatómica del vaso, así como si dicho vaso es una arteria o vena.

4.4. Stents

Son dispositivos endovasculares, de material metálico o plástico, cuyo objetivo es mantener abierta la luz vascular de una arteria que se ha reparado. Se pueden utilizar en diferentes localizaciones anatómicas: arterias coronarias, arterias precerebrales y cerebrales, arterias viscerales, arterias periféricas. Los stents pueden ser fármaco activos (o liberadores de fármacos) cuando van recubiertos de un polímero que transporta y libera fármacos diversos cuyo objetivo es evitar la estenosis dentro del propio stent. Para efectos de codificación en procedimientos vasculares, consideramos sinónimos de stent las expresiones endoinjerto, injerto endovascular o endoprótesis.

Codificación:

La inserción de stents en arterias coronarias, precerebrales y cerebrales tiene asignación de códigos específicos (Boletín nº 30, Cardiología).

IAP

Inserción

- stent
- - arteria
- - - no coronaria
- - - - periférica **39.90**
- - - - liberador de fármacos **00.55**

Estos códigos no se utilizan si se ha codificado un procedimiento de reparación de aneurisma (39.71-39.79)

La inserción de stents periféricos precisa la codificación, además, de:

- Número de stents insertados (00.45-00.48)
- Número de vasos tratados (00.40-00.43)
- si se trata de un procedimiento realizado sobre una bifurcación (00.44)
- Angioplastia o aterectomía no coronaria (39.50)

Tabla 10. Codificación múltiple de las angioplastias no coronarias

Codificar Además si procede:	TIPO DE ANGIOPLASTIA		
	39.50	00.61	00.62
Inserción de stent no coronario	39.90	-	-
Inserción de stent(s) en arteria carotica	-	00.63	
Inserción de stent(s) en otras arterias precerebrales	-	00.64	-
Inserción percutánea de stent(s) vascular intracraneal	-	-	00.65
Número de stents vasculares	00.45-00.48	00.45-00.48	00.45-00.48
Número de vasos tratados	00.40-00.43	00.40-00.43	00.40-00.43
Procedimiento sobre bifurcación vascular	00.44	00.44	00.44
Inyección o infusión de trombolítico	99.10	99.10	99.10

4.5. Accesos vasculares

Cada vez con una mayor frecuencia, los pacientes crónicos necesitan recibir tratamientos (quimioterapia, antibioterapia, hemodiálisis, alimentación parenteral) o ser sometidos a controles hematológicos de manera muy seguida. Para evitar las punciones venosas repetidas se utilizan los accesos vasculares permanentes. A través de un punto de acceso venoso se inserta un catéter, cuya punta queda localizada en una vena central de alto flujo.

En los pacientes ingresados en estado grave, los catéteres pueden insertarse para realizar la medición de presiones, generalmente en aurícula derecha y/o en la arteria pulmonar. Los valores suponen una medida indirecta del volumen circulante, la función cardíaca y el tono vascular.

Los catéteres centrales pueden:

- Abocar directamente a piel
- Abocar indirectamente a la piel, a través de un trayecto ‘tunelizado’, procedimiento que se realiza para prevenir las infecciones. Por ejemplo: catéteres HICKMAN[®], BROVIAC[®] y GROSHONG[®]
- Ser totalmente subcutáneos: su inserción es un procedimiento quirúrgico en el que se crea una bolsa subcutánea, se implanta un pequeño reservorio al que se acopla el catéter y todo ello se cierra quirúrgicamente. De esta manera no hay contacto del sistema con el exterior y se accede a él puncionando el reservorio a través de la piel con agujas especiales. Se denominan ‘puertos subcutáneos’ o dispositivos totalmente implantables.

Codificación

IAP

Inserción

-catéter

- - vena NCOC **38.93**

- - - inserción periférica de catéter central **38.93**

- - - para monitorizar presiones **89.62**

- - Swan-Ganz **89.64**

-dispositivo

- - acceso vascular totalmente implantable **86.07**

Extracción (de dispositivo de acceso vascular totalmente implantable)

- piel

- - por incisión **86.05**

La retirada de catéteres vasculares no se codifica

IAP

Revisión (de dispositivo de acceso vascular totalmente implantable)

- Cavidad o bolsa

- - dispositivo subcutáneo de bolsillo NCOC**86.09**

Accesos vasculares para hemodiálisis

Los pacientes que presentan un fracaso renal pueden ser dializados por vía peritoneal o por hemodiálisis. En este último caso, la sangre del paciente ha de ser depurada fuera de su cuerpo para luego volver al sistema circulatorio desprovista de los productos tóxicos que la máquina de diálisis ha retirado. Para ello es necesario tener una vía de acceso vascular, tanto en el caso de que el fallo sea agudo como crónico. Se puede utilizar un acceso vascular como los descritos anteriormente o realizar una fístula arteriovenosa artificial. Este último procedimiento se utiliza en fallos renales en los que la diálisis presumiblemente va a ser crónica y consiste en establecer una conexión quirúrgica entre una vena y una arteria, generalmente en la zona antecubital del brazo. Estas fístulas pueden complicarse, generalmente debido a la formación de trombos, pseudoaneurismas, infecciones, etc.

Codificación

La inserción de catéteres para diálisis o la creación de fístulas con el mismo propósito precisan que se codifique el código **3995** 'Hemodiálisis', si se realiza simultáneamente.

IAP

Inserción

-catéter

- - vena

- - para hemodiálisis **38.95**

- dispositivo
- - acceso vascular **86.07**

Creación

- derivación *véase* derivación

Derivación

- Arteriovenosa
- - para diálisis renal
- - - anastomosis **39.27**
- - - cánula externa **39.93**

Revisión

- derivación arteriovenosa (para diálisis) **39.42**

Extracción

- derivación arteriovenosa **39.43**
- - con creación de nueva **39.42**

4.6. Operaciones sobre venas varicosas

La clasificación contempla dos tipos de procedimientos:

- la ligadura y extirpación
- la inyección de agentes esclerosantes.

La localización anatómica, en el caso de las varices más frecuentes (extremidades inferiores) no posibilita codificar los vasos diferenciados.

Codificación

IAP

Extirpación

- vena varicosa **38.59**
- - m. superior **38.53**

Inyección

- Agente esclerosante
- - Vena **39.92**
- - Vena varicosa **39.92**

Autores

M^a Isabel Mendiburu Pérez (Documentación clínica, Hospital Donostia, San Sebastián).

M^a Begoña Román Alonso (Documentación clínica, Hospital Donostia, San Sebastián).

Consultor clínico

Dr. R. Goikoetxea Garmendia (Cirugía Vasculard, Hospital Donostia, San Sebastián).

Colaboradores

Unidad de codificación Hospital Donostia (San Sebastián): M^a Carmen Ferrer González, Blanca Sesma Argain, M^a Angeles Monreal Gaztambide, Ana M^a Fernandez Costa.

Bibliografía

Boletín n^o 26. Octubre 2006. Aparato respiratorio.

Boletín n^o 15. Febrero 2000. Angiología y Cirugía vascular.

Boletín n^o 30. Octubre 2008. Cardiología, hipertensión arterial y enfermedad cerebrovascular.

Boletín n^o 31. Febrero 2009. Radiología Vasculard e Intervencionista.

Coding Clinic for ICD9CM, Editor: American Hospital Association.

ICD9CM Coding Handbook, 2009. Autor: Faye Brown.

Harrison's Principles of Internal Medicine Editor: Fauci, Anthony S.; Kasper, Dennis L.; Longo, Dan L.; Braunwald, Eugene; Hauser, Stephen L.; Jameson, J. Larry; Loscalzo, Joseph.

Textbook of Cardiovascular Medicine. Editor: Topol, Eric J.

Wintrobe's Clinical Hematology (12th Edition) Editor: Greer, John P.; Foerster, John; Rodgers, George M.; Paraskevas, Frixos; Glader, Bertil; Arber, Daniel A.; Means, Robert T.

Clinical Anesthesia Editor: Barash, Paul G.; Cullen, Bruce F.; Stoelting, Robert K.

III. Preguntas a la unidad

Trastornos mentales

- 1. Paciente traumatizado con largo periodo en UCI tratado con opiáceos. En evolución y diagnósticos aparece “Síndrome de Deprivación a opiáceos”? ¿Se podría entender como una RAM (292.0) y E terapéutico de opioides (E935.2) o bien, considerar que la RAM es una dependencia (304.01) + E terapéutico (E935.2) + el Síndrome de Deprivación (292.0)?.**

En el caso que plantean, el síndrome de abstinencia es una reacción adversa a los opiáceos, por lo que deberá codificarse con el código 292.0 Abstinencia de drogas y añadir el código E935.2 Efecto adverso de otros opiáceos y narcóticos afines.

Al igual que ocurre con el término “abstinencia”, el término “dependencia a un medicamento” debe ser establecido por el médico responsable del paciente y no por el codificador.

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

Aparato circulatorio

- 1. En el boletín nº 30 de Cardiología, Hipertensión Arterial y Enfermedad Cerebrovascular, pág. 31 dice “La presencia de un infarto cerebral hemorrágico o infarto cerebral con transformación hemorrágica debe codificarse como 434.11 ya que la hemorragia es la complicación típica de los infartos embólicos y excepcional en los trombóticos....” Pero ¿hay que añadir el código de hemo-**

rragia cerebral 431?. Tal como está redactado entendemos que no es necesario añadir ese código.

El Coding Clinic del 3º Trimestre de 2010, pág. 5-6 hace referencia a la codificación de esta situación utilizando el código de infarto cerebral sin especificar (no asume que sea embólico) y además añade el código de hemorragia cerebral.

¿Cómo se deben codificar los infartos cerebrales con transformación hemorrágica espontánea?

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

Esta norma ya está recogida en el Manual de codificación 2011 y revoca la anterior norma aparecida en el Boletín N° 30 Cardiología, Hipertensión Arterial y Enfermedad Cerebrovascular (Octubre 2008, página 31) y Boletín N°17 Aparato Circulatorio (Octubre 2000. Pregunta a la Unidad n°7 página 53), que decía que se codificase como un infarto.

2. Un paciente que tiene valvulopatía reumática y cardiopatía hipertensiva, ingresa con insuficiencia cardiaca. Debo suponer que la I.C. es reumática, o por el contrario debo suponer que es IC debido a cardiopatía hipertensiva? ¿Cómo lo codifico: 402.91 + 398.91 + 428.0?

En el Boletín número 30 de la Unidad Técnica de Codificación Clínica sobre Cardiología, Hipertensión Arterial y Enfermedad Cerebrovascular, en su página 20 dice así:

“Fallo cardiaco reumático: 398.91. Se codificará también así aquellos fallos no especificados en cuanto a su etiología pero en que coexistan enfermedades valvulares reumáticas por ser la más frecuente causa del mismo, excepto cuando solo esté presente alteración reumática tricúspide que muy raramente podría condicionar por si sola la presencia de fallo cardiaco”.

Incluimos también el texto del manual de codificación 2011:

“Se asignará el código 398.91 en aquellos casos de fallo cardíaco que coexista con una enfermedad cardíaca reumática documentada

como tal, excepto que el médico indique una causa diferente del fallo”.

El código 398.91 por sí sólo es suficiente para identificar la tipología de fallo, por tanto la codificación adecuada en este caso sería:

- **398.91** Insuficiencia cardiaca reumática (congestiva)
- **402.90** Cardiopatía hipertensiva no especificada, sin insuficiencia cardíaca

3. Paciente diagnosticado de IAM anterior es trasladado a otro hospital para el tratamiento de éste y pasadas 9 semanas vuelve a nuestro hospital para seguir tratándole su infarto. Estando siempre en el episodio de cuidados inicial.

En la CIE pone que el quinto dígito 1 sólo se utiliza dentro de las 8 primeras semanas. En el Boletín nº 30, por el contrario no dice nada de semanas mientras el IAM esté en el mismo episodio se podría utilizar 1. ¿Cómo se codificaría?

En el Boletín nº 30 de cardiología, cuando hablan del 5º dígito 1, no se refieren al periodo de tiempo, se limitan a utilizar la expresión “fase aguda de la atención”, independientemente de las veces que sea visto en uno u otro hospital siempre que sea en el episodio de cuidados inicial.

Esto supone que siempre que el paciente no haya sido de alta a su domicilio o residencia habitual y el clínico indique que estamos en el episodio inicial de cuidados el quinto dígito que debe utilizarse es el 1.

Boletín 30, pág.:

«La adecuada asignación del 5º dígito requiere el correcto seguimiento de los movimientos del paciente; así, el “1” se utilizará siempre que éste sea visto por su episodio inicial ocurra ello en una o en más instituciones sanitarias con traslados del paciente entre ellas»

Quando se habla de semanas es para indicar si la cardiopatía isquémica puede ser considerada Infarto Agudo de Miocardio o debe ser considerada cardiopatía isquémica crónica. Aquí sí que define que IAM es cuando el periodo de tiempo transcurrido es igual o inferior a 8 semanas.

Boletín 30, pág.:

«A. Infarto Agudo de Miocardio (IAM)

Se trata de una situación de isquemia miocárdica aguda que además comporta lesión y necrosis en el tejido cardiaco.

Normas de codificación:

En codificación clínica se engloban bajo este epígrafe aquellos cuadros con una duración de hasta 8 semanas, compartiendo la categoría 410».

Aunque el episodio de cuidados sea el inicial (puesto que no ha habido alta domiciliaria), dado el tiempo transcurrido para tratamiento en el otro centro hospitalario, sugiere que el motivo de reingreso no será exactamente el mismo por el que fue trasladado en su día y que actualmente reingresa para seguimiento de su cardiopatía isquémica (ya crónica) o para control de alguna complicación de la misma o por cualquier otra circunstancia por lo que recomendamos que revisen exhaustivamente la documentación o consulten al facultativo responsable del reingreso.

Aparato digestivo

- 1. Paciente que ingresa por hemorragia digestiva (probablemente por angiodisplasias del tubo digestivo o por gastro-colopatía de la HT portal) Presenta además encefalopatía hepática crónica reagudizada. Tiene como antecedentes, cirrosis hepática por VHC, varices esofágicas, varices fúndicas e HT portal.**

La normativa que rige la codificación clínica con CIE9MC, proporciona la siguiente instrucción:

Un síntoma(s) seguido de diagnósticos diferenciales.

Cuando un síntoma(s) es seguido de diagnósticos comparativos, el síntoma se codifica primero. Todos los diagnósticos diferenciales deben ser codificados como diagnósticos secundarios.

En este caso, ingresa por Hemorragia digestiva, probablemente debida a angiodisplasias del TD o por gastrocolopatía de la HTPortal. Por tanto, tal como indica la norma, se debe codificar el síntoma seguido de las 2 posibilidades etiológicas ya que no sabemos cuál es la causante de la hemorragia.

- DP: 578.9 Hemorragia del tracto gastrointestinal no especificada
- 569.84 Angiodisplasia de intestino sin mención de hemorragia
- 537.89 Otro trastorno especificado de estómago y duodeno
- 569.9 Trastorno intestinal no especificado

Para la codificación de la encefalopatía crónica reagudizada, con cirrosis hepática por VHC, varices esofágicas y fúndicas e HT Portal, la normativa que debe aplicarse es la siguiente: Cuando la única causa de la cirrosis sea una hepatitis vírica, la hepatitis vírica se codificará primero.

Cirrosis por hepatitis C crónica: CP: 070.54
CS: 571.5

El coma hepático debido a hepatitis vírica se codificará con el de 4º dígito de dicha categoría, no utilizándose código adicional para el coma. Debe añadirse el código de la cirrosis si está presente.

Coma hepático por hepatitis C crónica con cirrosis CP: 070.44
CS: 571.5

Esta normativa ha quedado reflejada en el manual de codificación 2011.

Los demás diagnósticos que deberán codificarse son:

- 070.44 Hepatitis C crónica con coma hepático
- 571.5 Cirrosis hepática sin mención del alcohol
- 456.21 Varices esofágicas en ECOC sin hemorragia
- 456.8 Varices de otros sitios
- 572.3 HT Portal

Aparato genitourinario

1. **Nos gustaría que nos codificarais este protocolo e intervención. Lo escribo tal y como me ha llegado a mí. Diag. preoperatorio: Ca endometrio. Procedimiento principal: HTVAL+ DA + linfadenectomía pélvica bilateral laparoscópica. Descripción de la intervención: Trócares para laparoscopia. Útero globuloso AD con tumoración de 4 cm. Ligamento redondo, PSL. Linfadenectomía**

pélvica izquierda. PSL infundíbulo. PSL redondo. Linfadenectomía pélvica derecha respetando nervio obturador y paquete vascular. PSL infundíbulo. Despegamiento plica vesical. Tiempo vaginal PSL uterinos y uterosacos. Revisión de cavidad, coagulación de infundíbulo izquierdo. Lavado.

La codificación es la siguiente:

182.0 Neoplasia maligna de cuerpo uterino

M8010/3 Carcinoma NEOM

68.51 Histerectomía vaginal asistida por laparoscópica (LAVH)

65.63 Extirpación laparoscópica de ambos ovarios y trompas en un mismo acto

40.29 Extirpación simple de otra estructura linfática.

2. Paciente que ingresa por insuficiencia renal aguda. Probable proceso glomerular primario de curso agudo-subagudo sobreinjertado sobre un componente de nefropatía diabética-hiperfiltración de base. Otros diagnósticos: Hipertensión

Según entendemos en la pregunta, se trata de un paciente que ingresa por IRA en el que además se produce un “probable proceso glomerular primario de curso agudo-subagudo” (el término probable, se considera como cierto y la glomerulonefritis aguda-subaguda, se considera aguda ya que la categoría 580 incluye ambas condiciones.

580 Glomerulonefritis aguda

Incluye: nefritis aguda (y subaguda) (L)

Además el paciente presenta de base una nefropatía diabética y una HTA. La secuencia de códigos correcta de códigos es esta:

584.9 Fallo renal agudo no especificado

580.9 Glomerulonefritis aguda con lesión patológica no especificada en el riñón

250.40 Diabetes con manifestaciones renales

583.81 Nefritis y nefropatía, no especificadas como agudas ni como crónicas, en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos

401.9 Hipertensión esencial no especificada

Aparato musculoesquelético

- 1. El síndrome del psoas y del cuadrado lumbar y la infiltración en el músculo en pacientes tratados en la unidad de dolor ¿en qué código se deben clasificar? ¿El diagnóstico principal 728.85 y el procedimiento 83.98?**

Los síndromes del psoas y del cuadrado lumbar son considerados por las unidades de dolor como síndromes de dolor miofascial.

Se considera dolor miofascial crónico, aquel dolor músculo esquelético no inflamatorio, localizado, desarrollado sin causa aparente, refractario a tratamientos farmacológicos y/o a la aplicación de métodos de terapia física, y que se acompaña de síntomas autonómicos, expresión de cambios patológicos en el sistema nervioso periférico, junto con la presencia de puntos gatillo. Músculos implicados:

1. Iliopsoas
2. Cuadrado lumbar
3. Piramidal

IAE

Síndrome - véase además
- dolor miofascial NCOC 729.1

El código apropiado por tanto es 729.1 Mialgia y miositis, no especificada. La infiltración muscular efectivamente tiene el código 83.98.

- 2. Un paciente con rotura manguito rotador no traumática con un síndrome subacromial ¿basta codificarlo con el 727.61? ¿Se entendería que dicha patología ya lleva implícita un síndrome subacromial por ser parte de la evolución de dicha patología?**

El síndrome subacromial agrupa la patología de las estructuras situadas bajo el arco coracoacromial: tendinitis y tendinosis del manguito rotador, tendinitis calcificante, lesiones de la porción larga del bíceps y roturas del manguito.

Solo es necesario un código para su codificación (727.61)

IAE

Ruptura, roto

- manguito rotatorio (cápsula) (traumática) 840.4
- - no traumática, completa 727.61
- tendón (traumática) - *véase además* Esguince, por sitio
- - manguito rotatorio 840.4
- - - no traumática, completa 727.61

La rotura parcial no traumática del supraespinoso se codifica con el código 727.69 con la siguiente entrada del índice alfabético:

IAE**Ruptura, roto 553.9**

- tendón
- - no traumática 727.60
- - - sitio especificado NCOC 727.69

El código de la sutura es el **83.63**. Reparación de manguito de los rotadores

Complicaciones

1. **Aftas bucales por el tubo de gastroscopia, ¿se podría codificar como código 528.2 y E879.5? o ¿cómo es debido al procedimiento debería codificarlo como 997.x más el afta más el código E?**

Las lesiones están expresadas como debidas al tubo de endoscopia por tanto debe asignarse un código de complicaciones de aparato digestivo por existir clara reacción causa efecto:

997.4 complicaciones de aparato digestivo

528.2 aftas orales

E879.8 otras técnicas sin mención de accidente. Otras técnicas especificadas

Códigos V

1. **¿Cómo informar de una fractura en fase de curación sin realizar ningún tipo de cuidado sobre la misma? El boletín 14 (1999) indicaba que se haga de la siguiente forma”: 4.- Ingreso por una patología aguda y fractura en fase de Curación: Si el paciente ingresa por una patología aguda y presenta una fractura en fase de curación sin realizar ningún tipo de cuidado sobre la misma, se debe asignar en primer lugar el código correspondiente a la enfermedad aguda, seguido del código V66.4, Examen de seguimiento después de tratamiento de fractura.” Es decir posibilitaba el V66.4 como DS. Posteriormente el boletín 22 (2004) indicaba “**TABLA 1. Categorías y códigos no admisibles como diagnóstico principal (...) V66.4 Convalecencia tras tratamientos combinados” Es decir impide usar el V66.4 como DS, impidiendo informar de la fractura.****

El boletín nº 14 de 1999, fue elaborado con anterioridad a que el comité encargado del mantenimiento y actualización de la ICD9CM en EEUU, realizara la actualización de sus guideliness en las que se normalizaba que el código **V66.4 Convalecencia y cuidados paliativos después de tratamiento de fractura** debe asignarse sólo como diagnóstico principal, excepto cuando se producen múltiples contactos en el mismo día y los registros de dichos contactos se unifican en una historia, o bien cuando hay más de un código V que puede cumplir la condición de diagnóstico principal. El boletín nº 22 de 2004 recoge dicha actualización.

Si la fractura ya ha sido tratada y en el ingreso posterior por otra patología, no requiere ningún cuidado ni procedimiento diagnóstico o terapéutico, no debe asignarse código alguno. Si por el contrario dicha fractura precisa algún cuidado posterior durante su ingreso, será el código correspondiente de cuidados posteriores el que debamos utilizar, ejemplos de cuidados posteriores son el cambio de férula o escayola, extracción de dispositivos de fijación interna o externa, etc.

Códigos E

- 1. Estenosis laríngea o traqueal post intubación prolongada (sin ninguna referencia a una complicación cuando se produjo la intubación) ¿Cómo codificarla cuando han pasado años y la sigue teniendo, con código de complicación o la estenosis más la E de reacción anormal? Tampoco lo podemos codificar como una secuela pues no tenemos referencia de que, en su momento, hubiera alguna complicación.**

Los efectos tardíos incluyen afecciones descritas como tales, o como secuelas, que pueden emerger en cualquier momento después de la resolución de la enfermedad causal o después del episodio agudo.

Se debe asignar un código de las categorías E878-E879 si el médico atribuye una reacción anormal o una complicación tardía de un procedimiento quirúrgico o médico, pero no menciona accidente en el momento del procedimiento como causa de dicha reacción.

478.74 Estenosis laríngea ó 519.19 Estenosis traqueal

E879.8 Otras técnicas especificadas, si mención de accidente en el momento de practicarlas, como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior.

- 2. Respecto a los códigos E878 y E879, ¿estos códigos siempre se utilizan con código diagnóstico de complicación o se pueden utilizar con otros códigos diagnósticos de la CIE?**

Los códigos de la sección TÉCNICAS QUIRÚRGICAS Y MÉDICAS COMO CAUSA DE REACCIÓN ANORMAL (E878-E879) pueden usarse sin un código de complicación de la técnica terapéutica, ya que son reacciones anormales o complicaciones que aparecen posteriormente a aplicarse la técnica y sin que haya habido complicación en el momento de su realización, ejemplos claros de eso son la cistitis rádica tras RT (595.82 + E879.2) o la demencia de la diálisis (294.8 + E879.1).

3. **Paciente que ha tenido una tortícolis después de haber sido intervenido, debido a la postura durante la intervención. Nos parece que no se debe codificar como un noventa y ocho de complicación, pero si le ponemos un código de tortícolis solo parece que es espontánea, ¿se puede poner el código, en este caso de tortícolis más la E878.8? ¿Se le añadiría el E927.1 Esfuerzo excesivo por una posición estática prolongada?**

La codificación es la siguiente:

723.5 Tortícolis

E878.9 Reacción anormal a intervención que no especificada

Procedimientos

1. **¿Cómo codificaríais una sutura meniscal por artroscopia?**

La sutura meniscal es una de las técnicas quirúrgicas utilizadas para la **reparación** de rupturas meniscales.

Cuando el Índice Alfabético no proporciona el término exacto del diagnóstico o del procedimiento que buscamos, deberemos localizar otro término alternativo.

IAP

Reparación

articulación (cápsula) (cartílago) NCOC (véase además Artroplastia) 81.96

- rodilla (articulación) NCOC 81.47

Artroscopia 80.20

- rodilla 80.26

Sutura meniscal por artroscopia: **81.47 Otra reparación de rodilla + 80.26 Artroscopia de rodilla**

2. **Desearíamos que nos resolviesen una duda sobre tratamientos: ¿qué diferencia hay entre los códigos 99.28 y el 00.18? ¿Cuándo hay que utilizar uno y otro? ¿Los Ac Monoclonales donde les incluimos?**

- **Código 99.28 Inyección o infusión de modificador de respuesta biológica [BRM] empleados como antineoplásicos.** Los modificadores de la respuesta biológica [BRM] son agentes biológicos que alteran la interacción entre las defensas inmunes del cuerpo y las células cancerosas o afectadas por una enfermedad determinada, reforzando, dirigiendo o restaurando la capacidad del cuerpo de combatir dicha enfermedad. Las terapias biológicas se utilizan fundamentalmente para combatir el cáncer o para minimizar los posibles efectos secundarios causados por los tratamientos del cáncer. (Aunque también se han utilizado modificadores de la respuesta biológica para el tratamiento de otras enfermedades como el SIDA y la esclerosis múltiple, este código solo admite el uso de cómo antineoplásico).
- **Código 00.18 Terapia de infusión de anticuerpos inmunosupresores.** La terapia con inmunosupresores tiene como objetivos inhibir la respuesta del sistema inmunológico ante la presencia de un estímulo antigénico producido por un antígeno externo o interno. El tratamiento inmunosupresor tiene como aplicaciones principales la prevención y el tratamiento del rechazo agudo/crónico en los trasplantes de órganos, pero también son utilizados en el tratamiento de algunas enfermedades autoinmunes.
- **Los anticuerpos monoclonales** (Mab, del inglés monoclonal antibody), son anticuerpos idénticos producidos por un solo tipo de célula del sistema inmune, es decir, todos los clones proceden de una sola célula madre. La gran ventaja derivada de esto es el poder dirigir específicamente la terapia a las células dañadas del organismo o moléculas implicadas en el curso de la enfermedad, y no al resto de células y tejidos sanos. Las posibilidades terapéuticas de los anticuerpos monoclonales incluye el tratamiento de enfermedades como son el cáncer, enfermedades autoinmunes, enfermedades inflamatorias, infecciosas y degenerativas.

IAP

Infusión (intraarterial) (intravenosa)

- agente

- - modificador de respuesta biológica [BRM], agente antineoplásico 99.28

- terapia con anticuerpos inmunosupresores 00.18

Inmunoterapia antineoplásica 99.28

L.T. 00.18 Terapia de infusión de anticuerpos inmunosupresores

Incluye: durante la fase de inducción de trasplante de un órgano

Terapia de anticuerpos monoclonales

Terapia de anticuerpos policlonales

99.28 Inyección o infusión de modificador de respuesta biológica [BRM] empleados como antineoplásicos

Incluye: Infusión de cintredekin besudotox

Terapia con Interleucina

Terapia con Interleucina-2 (IL-2) a dosis baja

Vacuna antitumoral

Puesto que existen anticuerpos monoclonales aprobados para su uso en el tratamiento de enfermedades infecciosas, enfermedades autoinmunes, el cáncer o en trasplantes para evitar el rechazo, y dado que la CIE9MC clasifica la inmunoterapia en función de la utilización que se realiza de la misma, consideramos que cuando se utilicen los Ac monoclonales en terapias inmunosupresoras deberá codificarse como **00.18 Terapia de infusión de anticuerpos inmunosupresores** y cuando se utilicen como tratamiento de enfermedades cancerosas deberán codificarse como **99.28 Inyección o infusión de modificador de respuesta biológica [BRM] empleados como antineoplásicos**.

- 3. Estoy trabajando en un proyecto para prevenir el remodelado del ventrículo izquierdo post-IAM. La tecnología se basa en un dispositivo de Clase 3 con una mezcla líquida de 4 ml inyectable compuesto de alginato de sodio y gluconato de calcio. El dispositivo se implanta a través de un catéter en la arteria cardíaca coronaria en las cercanías al sitio del infarto. El dispositivo atraviesa los capilares permeables del miocardio isquémico hacia el intersticio del miocardio y entra en una región de alta concentración de calcio. Dicho calcio provoca la gelatinización del líquido formándose una estructura flexible de gel en el sitio de la lesión isquémica del miocardio.**

He consultado el Boletín nº 30 de Cardiología, Hipertensión Arterial y Enfermedad Cerebrovascular, pero no estoy segura de cuál sería la codificación correcta al tratarse de una nueva tecnología.

La CIE9MC, no dispone de un código específico para clasificar la técnica que usted nos propone. Después de considerar detenidamente la descripción del procedimiento que ustedes han documentado, creemos que el código que mejor se ajusta a dichas consideraciones es el código.

37.92 Inyección de sustancia terapéutica en corazón. Puesto que el cateterismo que se realiza es solamente para acceso vascular, no debe ser codificado.

IAP

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

- corazón 37.92

Introducción

- sustancia terapéutica (de acción local o generalizada)

- - corazón 37.92

Informes: selección de diagnóstico principal

- 1. Indicar el código del diagnóstico principal del siguiente episodio asistencial. Diagnóstico: Defecto óseo. Craneoplastia. Diagnósticos secundarios: Pérdida de sustancia en cuero cabelludo. Reposición con colgajo cutáneo homólogo. Motivo de ingreso: Intervención quirúrgica programada. Antecedentes personales: Metástasis cerebelosas derecha que se interviene en agosto del 2009 y se trata con radioterapia y quimioterapia posteriormente. Evolución: Ingresa en el Servicio de Neurocirugía el 8-2-10 al 14-4-10 por empiema epidural, precisando craneotomía fronto-temporal derecha con resección dural y duroplastia. Intervenciones quirúrgicas: sarcoma cardíaco. Prótesis mitral. Metástasis cerebelosa. Empiema epidural. Historia actual: Paciente conocido del Servicio de Neurocirugía que ingresa de forma programada para reposición de colgajo óseo. TC de cráneo del 2-12-10: Alteraciones residuales postcirugía con hematoma intraparenquimatoso a nivel de región frontal derecha con efecto masa importante. TC de cráneo del 10-12-10: se continúa observando hematoma intraparenquimatoso en fase de reabsorción con pequeño edema perile-**

sional. Craneoplastia con colección subgaleal frontal derecha. Evolución y comentarios: Paciente con los antecedentes descritos que ingresa de forma programada para intervención quirúrgica por reposición de su defecto óseo. La intervención quirúrgica transcurre sin incidencias, pero el paciente presenta posteriormente un hematoma subgaleal asociado a hematoma intraparenquimatoso por lo que se decide intervención quirúrgica de urgencia para drenar dicho hematoma. El paciente evoluciona neurológicamente de forma satisfactoria, pero en cambio presenta una necrosis de parte del colgajo cutáneo por sangrado postquirúrgico. Se decide interconsulta al Servicio de Cirugía Plástica los cuales lo programa para intervención quirúrgica que se realiza el día 17-1-2011 realizándose desbridamiento de la pérdida de sustancia témporo-frontal derecha y reposición del colgajo.

Asigne el código **738.19**, Otra deformidad especificada, adquirida de la cabeza, como diagnóstico principal.

2. Indicar el código del diagnóstico principal del siguiente episodio asistencial. Diagnóstico: Hidrocefalia. Mal función de válvula de derivación ventrículo peritoneal. Motivo de ingreso: Cefalea. Antecedentes personales: Alergia a Nolotil y Tazocel. Intervenido de mielomeningocele y portador de derivación ventrículo peritoneal por hidrocefalia secundaria. Malformación de Chiari tipo II. Medula anclada. Criptorquídea. Pie varo bilateral. Vedija neurógena con incontinencia urinaria. Entero-cistoplastia de ampliación en 2006. Historia actual: Historia de cefalea de aproximadamente un mes de evolución asociado a fotofobia. Mala respuesta con analgésicos habituales. Exploración neurológica al ingreso: Consciente, orientado y colaborador. Movilidad ocular extrínseca bilateral normal. Facial centrado. No dismetrías. Reflejo cutáneo plantar flexor bilateral. Fondo de ojo bilateral sin edema de papila. Fuerza, ton y sensibilidad normal. Exploraciones complementarias: Hemograma, bioquímica y coagulación: sin alteraciones significativas. TC cráneo al ingreso: catéter de derivación en ventrículo lateral dcho. sin signos de hidrocefalia activa ni colecciones extraxiales. No signos de patología intracraneal

aguda. TC cráneo postquirúrgico: catéter de derivación con extremo en ventrículo lateral dcho. No signos de hidrocefalia. Sin cambios significativos respecto a estudio previo. Evolución y comentarios: Ante la sospecha clínica de disfunción valvular el paciente es intervenido con carácter urgente el día 10-1-2011, procediéndose a retirada del sistema derivativo antiguo e implantación de derivación ventrículo peritoneal de presión media. El proceso transcurre sin complicaciones. Ha presentado una buena evolución en el postoperatorio persistiendo cefalea leve en remisión. En un TC de cráneo de control realizado no se objetivan signos de complicaciones. Ante la buena evolución clínica y radiológica se decide alta.

Además del diagnóstico principal de la complicación mecánica de la derivación, si a pesar de haber sido reparado el mielomeningocele, la hidrocefalia persiste, esta debe ser codificada.

Por lo tanto deberá asignarse el código **741.03** Espina bífida región lumbar con hidrocefalia.

- 3. Indicar el código del diagnóstico principal del siguiente episodio asistencial. Ingreso 1 en hospital A: Paciente que ingresa el 26/08/10 tras a. tráfico (colisión frontal). Diagnósticos traumáticos: Fractura supracondílea articular completa con conminución epifisaria abierta grado II fémur derecho, fractura diafisaria espiroidea con tercer fragmento fémur izq, Sección extensor dedo mano derecha, fractura huesos propios, fractura no desplazada peroné derecho, fractura polo inferior de rotula derecho sin desplazamiento. PROCEDIMIENTOS Reducción y síntesis fractura diafisaria de fémur, reducción y síntesis fractura supraintercondílea de fémur derecho, tenorrafia extensor dedo mana derecha, hemotransfusión, profilaxis antibiótica y antitreomبótica. El 06/09/10 CCEE a rehabilitación, día antes del alta hospitalaria: Exploración Física: Rodilla izq. hipotrofia, arco 1700, Rodilla derecha (con vendaje) moviliza activamente hasta 450, Alta hospitalaria, de acuerdo con el paciente programamos continuación de tratamiento en rehabilitación domiciliaria para mejorar trofismo y ganancia en BA. El paciente no puede flexionar rodilla**

derecha > 450 hasta la 50 semana postquirúrgica y no está permitida carga de EEII. Hasta autorización por parte de su cirujano ortopédico. El 07/09/10 es dado de alta hospitalaria.

Ingreso 2 en hospital B: Está previsto que reciba rehabilitación domiciliaria hasta que pueda apoyar y entonces acudiría a realizarla de forma ambulatoria, pero debido a las limitaciones que presenta y que va estar sin apoyar mínimo 6 semanas se traslada e ingresa en Hospital B, al ser un accidente tráfico laboral ya que carece de la ayuda necesaria en su domicilio.

Ingresa el 07/09/10 hasta el 15/10/10: donde sigue su pauta de rehabilitación y controles radiográficos de sus fracturas.

El código principal es el que corresponde al proceso patológico o circunstancia que, después del estudio pertinente y según criterio facultativo, se establece como causa del ingreso en el hospital.

En este caso entendemos que la causa de ingreso es por la necesidad de realizar Rehabilitación física para continuar el tratamiento de sus fracturas y que además es un paciente que no tiene el apoyo necesario en su domicilio para poder realizarla allí.

En este supuesto la codificación apropiada sería

V57.1 + V60.9 (intentar documentar para especificar mejor si es una persona que vive sola, u otros componentes no pueden prestar ayuda...) + V54.15 +V54.16 +V54.19.

- 4. Indicar el código del diagnóstico principal del siguiente episodio asistencial. Ingreso 13/10/10- Alta 15/10/10. Antecedentes: Hipertrigliceridemia, hernioplastia inguinal bilateral. Valoración preoperatoria: Dolor en región inguinal derecha inespecífico, en el contexto de esfuerzo físico intenso en paciente intervenido hace un año de hernioplastia inguinal bilateral en (enero 2009). Se ha mantenido asintomático hasta la fecha.No se aprecia recidiva herniaria ni complicación local. El 15 de julio de 2010, el paciente acude nuevamente, remitido tras la realización de ecografía inguinal en la que se valora: “pequeña herniación de tejido graso aparentemente con los movimientos de Valsalva en el lado izquierdo, de aproximadamente 1 cm. que se reduce sin compresión. En el lado derecho no se observan alteraciones”. A la exploración no se**

aprecia tumoración ni protrusión inguinal izquierda con los movimientos de Valsalva. En septiembre de 2010, dada la reincidencia de los episodios de dolor inguinal y la valoración ecográfica, se ofrece la posibilidad de revisión quirúrgica. Diagnóstico: .Dolor inguinal izquierdo. Tratamiento quirúrgico: Revisión quirúrgica. Lisis adherencia y neurolisis. El 14 de octubre de 2010 es intervenido quirúrgicamente: Apertura del conducto inguinal izquierdo; individualización del cordón espermático; se aprecia estructura compatible con n. abdominogenital engrosado y englobado en tracto fibroso, que se libera y reseca (por eventual participación en el cuadro sintomático); liberación de estructuras del cordón espermático (c. deferente y paquete vascular indemnes) del anillo fibrótico inguinal que forma la malla y el orificio inguinal profundo del paciente, que quedan libres y conservadas; no se aprecia recidiva herniaria, ni protrusión de ninguna estructura compatible, tras múltiples y reiteradas maniobras de Valsalva.

La incidencia de la inguinodinia crónica va desde 3 a 12%, la inguinodinia crónica es aquella que persiste por más de tres meses después de una reparación de hernia inguinal, potencialmente incapacitante.

La causa del dolor no está clara. Sin embargo se cree que se deba a un atrapamiento del nervio ilioinguinal, iliohipogástrico o una rama del genitocrural debido a la cicatrización de tejidos. También se ha relacionado el dolor postherniorrafia con la utilización de suturas o grapas, como método de fijación de las prótesis, y con la desinserción de la malla.

En este caso la relación que establecen entre el engrosamiento del nervio abdominogenital y el dolor inguinal es tan solo “eventual” y este término puede ser interpretado como probable, pero también como dudoso por lo que es necesario que el clínico documente con exactitud lo que considera como causa del ingreso.

La información aportada plantea algunas dudas acerca del verdadero motivo del ingreso y en función de ellas las alternativas de codificación son distintas.

1. El dolor es el motivo del ingreso y de la intervención y no puede determinarse su causa.

338.28 Dolor crónico postoperatorio

789.04 Dolor abdominal cuadrante inferior izquierdo

355.79 Neuropatía por compresión

608.89 Fibrosis del cordón espermático

E878.2 Intervención quirúrgica con anastomosis, derivación o injerto como causa de reacción anormal del paciente

2. La reacción fibrótica de la malla es la causante del dolor y su resolución el principal procedimiento (liberación de estructuras del cordón espermático del anillo fibrótico formado por la malla y el orificio inguinal profundo)

996.78 Otras complicaciones por dispositivo, implante e injerto protésico

355.79 Neuropatía por compresión

608.89 Fibrosis del cordón espermático

338.28 Dolor crónico postoperatorio

E878.2 Intervención quirúrgica con anastomosis, derivación o injerto como causa de reacción anormal del paciente

3. El dolor es por el atrapamiento del nervio genitoinguinal y la fibrosis debido a la cicatrización de los tejidos.

355.79 Neuropatía por compresión

338.28 Dolor crónico postoperatorio

608.89 Fibrosis del cordón espermático

E878.2 Intervención quirúrgica con anastomosis, derivación o injerto como causa de reacción anormal del paciente

Los procedimientos a codificar en ambos casos son:

04.49 Descompresión o lisis de adherencias de nervio o ganglio periférico

63.94 Lisis de adherencias del cordón espermático

IV. Rectificaciones

En el boletín nº 4 página 85 se formulaba y contestaba la siguiente pregunta:

¿Qué código se asigna a la extravasación en el caso de un paciente que se arranca la vía o cuando se produce una flebitis del miembro?

La extravasación de un catéter vascular (cualquier tipo) es una complicación mecánica del dispositivo y como tal se clasifica en el código 999.81.

Los códigos de la subcategoría 996.7X clasifican reacciones anormales del organismo ante un dispositivo que funciona correctamente. Si la extravasación ocurre por arrancamiento accidental (enredos con ropa de cama etc.), el código de causa externa a utilizar sería 999.81+E928.9; si el arrancamiento lo causa un paciente agitado, el código de causa externa a utilizar sería 999.81+ E958.8 (es el que nos parece más adecuado a la situación).

La flebitis asociada a catéter se clasifica en el código 996.62 y si se asocia a la perfusión se clasifica en el código 999.2, en ambos casos, con los códigos adicionales correspondientes (código de localización de la flebitis más el código E de causa externa). En cualquier caso, la condición a codificar será la que el médico responsable establezca en su diagnóstico.

Rectificación

En la contestación anterior se da por sobreentendido que se trata de una extravasación producida por un agente quimioterápico. Al no estar especificado debería ampliarse la respuesta a estos 2 posible códigos, **999.81 Extravasación de quimioterapia vesicante** o **999.82 Extravasación de otro agente vesicante**, según fuera el caso.

Por otra parte se ha reconsiderado que el arrancamiento de la vía en un paciente agitado, no puede ser equiparado a un suicidio o a una lesión autoinflingida porque no existe la intencionalidad, por ello se considera más apropiado el código de causa externa **E928.9 Accidentes no especificados**.

V. Fe de erratas

En la página 4 del boletín nº 34 de Actualización en la Codificación de Enfermedades Mentales, en el apartado **Realizado por**, donde aparece escrito Pedro Pozo Martínez, debe constar **Pedro Pozo Navarro**.

Información y dudas sobre codificación

La normativa vigente en España para la codificación de los registros hospitalarios con CIE9MC, es la que consensua y aprueba la Unidad Técnica CIE9MC y que es publicada en boletines, notas y manuales por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Las publicaciones sobre codificación clínica realizadas por otros organismos, cumplen las funciones de orientación y ayuda, pero en ningún caso deben sustituir a la normativa oficial.

Para cualquier información, duda o consulta dirigirse a:

Servicio de Información de Actividad Sanitaria
Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
Pº del Prado, 18-20.
28014 MADRID.
Telf.: 91 596 15 65 - 91 596 40 89.
E-Mail: icmbd@msssi.es

Autorización de uso: Se autoriza su reproducción total o parcial para uso no comercial, siempre que se haga referencia al documento.

Cita sugerida: Codificación clínica con la CIE9MC: Actualización en la codificación del dolor y de los procedimientos en columna. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.

Disponible en Centro de Publicaciones:
publicaciones@msssi.es.

Internet: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/boletines/home.htm>.

