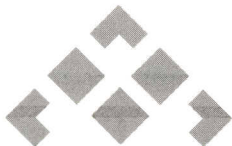


# **MANUAL DEL USUARIO**

## **NORMATIVA DE CODIFICACIÓN**

Clasificación Internacional de Enfermedades  
9.<sup>a</sup> Revisión  
Modificación Clínica

**4.<sup>a</sup> EDICIÓN**



---

**MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO**  
Secretaría General Técnica  
Centro de Publicaciones

Realizado por:

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMAS  
SECRETARÍA GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA



Edita y distribuye:

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA

Paseo del Prado, 18. 28014 Madrid

N.I.P.O.: 351-97-009-5

I.S.B.N.: 84-7670-480-1

Depósito Legal: AV-366-1997

Imprime: MIJÁN, Industrias Gráficas Abulenses

## **COORDINACIÓN DEL MANUAL**

Rivero Cuadrado, Agustín  
Sendino García, María del Mar

## **REALIZACIÓN DEL MANUAL**

Conejo Gómez, Carolina  
Del Río Mata, José  
Fernández Morales, Emilia  
López Pulido, Ana  
Martínez Reina, Alfonso  
Rodríguez Lucas, Carmen

## **REVISIÓN DEL MANUAL (UNIDAD TÉCNICA)**

Abad Pérez, Irene  
Delgado Gutiérrez, José Alfonso  
Del Río Mata, José  
García de la Infanta, Román  
Juanco Vázquez, José M<sup>a</sup>  
Lizárraga Dallo, Javier  
Peña Ruiz, Fernando  
Romero Gutiérrez, Arturo  
Salido Campos, Carmen  
Sañudo García, Soledad  
Tamayo Canillas, M<sup>a</sup> Luisa  
Vila Ribas, Esther  
Yetano Laguna, Javier

## **SECRETARÍA**

Grande López, Esther  
Martín Pérez, M<sup>a</sup> del Rosario de Fátima

## **COMITÉ TÉCNICO DEL CMBD PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

### **Coordinación del Comité Técnico:**

Rivero Cuadrado, Agustín

### **Comité Técnico:**

Bustins Poblet, Monserrat  
De Pedro Montalbán, M<sup>a</sup> Teresa  
Escons Trullenque, Vicente  
Goicochea Salazar, Juan  
Gómez Fernández, José Ramón  
López Puch, Ignacio  
San Eustaquio Tudanca, Fernando  
Ugarte Barcina, Maite  
Gogorcena Aoiz, M<sup>a</sup> Ángeles

# Índice

PRÓLOGO	7
CARACTERÍSTICAS E INSTRUCCIONES DE USO DEL MANUAL	9
1. CONCEPTOS GENERALES DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES 9ª REVISIÓN. (CIE-9-MC)	11
2. CLASIFICACIÓN SUPLEMENTARIA DE FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS SANITARIOS	22
3. CLASIFICACIÓN SUPLEMENTARIA DE CAUSAS EXTERNAS DE LESIONES Y ENVENENAMIENTOS. CÓDIGOS E.	24
4. INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)	27
5. NEOPLASIAS	33
6. ALTERACIONES DE LA GLUCEMIA	39
7. ENFERMEDADES MENTALES	42
8. APARATO CIRCULATORIO	48
9. APARATO RESPIRATORIO	57
10. APARATO DIGESTIVO	61
11. APARATO GENITOURINARIO	64
12. EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	68
13. CIERTAS ENFERMEDADES CON ORIGEN EN EL PERÍODO PERINATAL	74
14. CLASIFICACIÓN DE SÍNTOMAS, SIGNOS, PROCESOS MAL DEFINIDOS Y HALLAZGOS ANORMALES DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.	76
15. LESIONES Y ENVENENAMIENTOS	77
16. EFECTOS TARDÍOS	85
17. COMPLICACIONES DE CUIDADOS QUIRÚRGICOS Y MÉDICOS NO CLASIFICADOS BAJO OTROS CONCEPTOS	87



# *Prólogo*

La publicación de esta cuarta edición de la Normativa de Codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª Revisión Modificación Clínica, seis años después de la aparición de la primera edición en 1991, pone de manifiesto su importancia como objetivo de homogeneidad de los sistemas de codificación en el Sistema Nacional de Salud, dentro del desarrollo de los sistemas de información.

El producto que ahora se presenta es el fruto de la colaboración inter-institucional entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y los Servicios de Salud o entidades gestoras de la asistencia sanitaria, dado que éste ha sido elaborado en el marco de la cooperación existente dentro del desarrollo del Conjunto Mínimo Básico de Datos (C.M.B.D.) en el Sistema Nacional de Salud.

La revisión de la actual edición ha sido posible gracias a la colaboración de los profesionales más cualificados en la codificación de los diagnósticos y procedimientos, a la colaboración existente entre este Ministerio y la Universidad de Puerto Rico y al entusiasmo, apoyo y dedicación de todos aquellos que hacen posible día a día la generación de una información clínica válida y homogénea en todos los centros sanitarios del Sistema.

Se ha procurado en esta última edición acercar más claramente, los conceptos, normas y definiciones repartidos en los diferentes boletines, a la terminología cotidiana de los profesionales de la salud. Ello supone una continuación y mejora del trabajo realizado en las anteriores ediciones de este mismo manual. La inclusión de contestaciones a los aspectos con mayores dificultades detectadas en la asignación de códigos de diagnósticos y procedimientos, establecerá con más claridad la asignación efectiva de éstos. Ello dará lugar a la fijación de criterios homogéneos de asignación de códigos.

La calidad del producto de este Manual nos lleva a felicitar tanto a los expertos que han colaborado en la realización de este trabajo, como a las administraciones sanitarias que han revisado en unos casos y han mejorado en otros el contenido de este manual, con el objetivo fundamental de avanzar hacia una homogeneidad y validez de la información clínica disponible en el Sistema Nacional de Salud.

Nuestro agradecimiento no sería completo si no lo ampliáramos a la labor callada pero efectiva desarrollada tanto por los miembros de la Unidad Técnica de la CIE-9-MC como por los de Comité Técnico del C.M.B.D. para el Sistema Nacional de Salud, por su trabajo diario de apoyo y de garante de la continuidad de esta línea de trabajo, a lo largo de estos últimos años.

**Alberto Núñez Feijóo**  
*Secretario General de Asistencia Sanitaria*

## *Características e instrucciones de uso del Manual*

El Manual del Usuario. Norma de Codificación, 4ª edición, consta de 16 capítulos que corresponden a aquellas patologías o procesos que resultan más complicados de codificar.

La estructura desarrollada en este Manual sigue la línea marcada en anteriores ediciones, incluyéndose cuadros resúmenes intercalados en cada uno de los capítulos, para una mejor comprensión de la información presentada en cada capítulo.

En el primero de ellos se presentan LOS CONCEPTOS GENERALES DE LA CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES 9ª REVISION MODIFICACION CLINICA (CIE-9-MC), donde se incluye un esquema general de la correcta codificación de los diagnósticos y procedimientos.

En el capítulo segundo se presenta la codificación de los CODIGOS V, presentando un esquema de aquellos códigos que pueden ser principales o secundarios, problema muy común en nuestros centros.

El tercer capítulo desarrolla esquemáticamente la codificación de los CODIGOS E, indicando su uso y obligatoriedad.

La codificación de la infección por el VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA se encuentra desarrollada en el capítulo cuarto de este Manual. Hasta la fecha se han seguido los criterios de codificación vigentes hasta el año 1994. En esta edición se ha realizado su puesta al día a partir de dicho año y hasta la actualidad.

La codificación de las NEOPLASIAS O TUMORES se desarrolla en el capítulo quinto. Se presentan unos cuadros resúmenes de las normas básicas muy útiles para la comprensión y su utilización por los codificadores.

La codificación de las ALTERACIONES DE LA GLUCOSA, tanto si ésta es circunstancial como si es la enfermedad diabética, se expone en el capítulo sexto. Incluyen los casos específicos de la embarazada y del recién nacido.

La codificación de las ENFERMEDADES MENTALES sobre todo la de aquellas más comunes como son el abuso de drogas y alcohol, se condensan en el capítulo séptimo.

El capítulo octavo corresponde al APARATO CIRCULATORIO, en el que se incluyen la codificación de los quintos dígitos del infarto cerebral como novedad respecto a anteriores manuales.

El capítulo noveno está dedicado a la codificación de algunas de las patologías más comunes del APARATO RESPIRATORIO, centrándose sobre todo en la codificación de la EPOC y la Insuficiencia Respiratoria.

En el apartado décimo se incluyen las normas de codificación de la PATOLOGIA DIGESTIVA, incluyendo especificaciones ya indicadas en el manual anterior.

También aparece, la codificación del APARATO GENITOURINARIO, centrándose sobre todo en la diálisis y sus complicaciones.

Los capítulos decimosegundo, de EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, y decimotercero, de CIERTAS ENFERMEDADES CON ORIGEN EN EL PERIODO PERINATAL, forman parte habitual de los Manuales del Usuario, ya que siempre es necesario recalcar esta información por la diversidad de criterios que han existido en la codificación de los procesos relacionados con estas dos grandes áreas.

Los tres capítulos restantes están dedicados a LESIONES Y ENVENENAMIENTOS; EFECTOS TARDIOS Y COMPLICACIONES DE CUIDADOS QUIRURGICOS Y MEDICOS NO CLASIFICADOS BAJO OTROS CONCEPTOS, que también forman parte habitual de los Manuales de codificación y que resumen las normas establecidas a nivel estatal en este tipo de procesos.

Para la mejor localización de los capítulos, se ha incluido una numeración en el borde derecho del Manual, que permitirá una mayor facilidad en la consulta del libro y las características de tipografía siguen igualmente la estructura del manual anterior. Al mismo tiempo, se ha evitado en lo posible la introducción de abreviaturas o símbolos que hagan difícil la interpretación de los conceptos que se quieren exponer.

Finalmente, es importante reseñar que este manual del Usuario va dirigido especialmente a aquellos snses responsables de los sistemas de información que hayan realizado los cursos básicos de Codificación. La utilización de este manual por parte de otros snses puede ser una guía excelente, pero posiblemente no muy comprensible sin antes haber recibido unos conocimientos elementales del proceso de codificación.

# ***1. Conceptos generales de la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Revisión. (CIE-9-MC)***

## **1.1. FORMATO DE LA 3ª EDICIÓN DE LA CIE-9-MC**

La CIE-9-MC consta de tres volúmenes

### 1.1.1 Volumen 1. Enfermedades

Contiene tres clasificaciones:

- Lista tabular de enfermedades. Categorías 001 a 999.
- Clasificación suplementaria de factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios. Categorías V01 a V82.
- Clasificación suplementaria de causas externas de lesiones y envenenamientos. Categorías E800 a E999.

y cinco apéndices:

- Morfología de las neoplasias. Categorías M8000 a M9970.
- Glosario de trastornos mentales.
- Clasificación de medicamentos según el número de lista del Servicio de Fórmulas de los hospitales americanos (AHFS) y sus equivalentes de la CIE-9-MC.
- Clasificación de los accidentes industriales de acuerdo con la causa
- Lista de categorías de tres dígitos.

### 1.1.2. Volumen 2. Índice alfabético.

Contiene tres secciones:

- Índice de enfermedades.
- Tabla de fármacos y sustancias químicas
- Índice alfabético de causas externas de traumatismos (Códigos E)

### 1.1.3. Volumen 3. Procedimientos.

Contiene una clasificación y un índice:

- Lista tabular de procedimientos. Categorías 01 a 99.
- Índice alfabético de procedimientos.

## **1. 2. ESTRUCTURA DE LOS CÓDIGOS.**

Con el fin de obtener mayor especificidad en la clasificación cada uno de los capítulos se divide en secciones, cada sección se divide siempre en categorías, cada categoría puede dividirse en subcategorías y cada subcategoría en subclasificaciones.

Para clasificar un concepto se asignará el código de mayor nivel de especificidad.

Clasificación de los códigos			
TIPO DE CLASIFICACION	CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	SUBCLASIFICACIÓN
<b>000 - 999</b>	XXX	XXX.X	XXX.XX
<b>V01 - V82</b>	VXX	VXX.X	VXX.XX
<b>E800 - E999</b>	EXXX	EXXX.X	-----
<b>M8000 - M9970</b>	-----	-----	-----
<b>01 - 99</b>	XX.X	XX.XX	

### 1.3 CONVENCIONES DE LA CIE-9-MC

La CIE-9-MC utiliza una serie de convenciones para facilitar su uso, aclarar conceptos o establecer normas.

#### 1.3.1. Índice alfabético de enfermedades

##### 1.3.1.1. Término principal.

El índice alfabético está organizado en términos principales impresos en negrita para facilitar las referencias.

##### 1.3.1.2. Términos modificadores.

Son aquellos subtérminos situados tras el término principal que deberán ser considerados para la asignación del código. Podrán ser de dos tipos.

##### Modificadores esenciales

Aparecen bajo el término principal y determinan el código a asignar. Siempre se seleccionará el término con mayor nivel de sangrado que corresponderá a la información más específica.

##### Modificadores no esenciales.

Aparecen entre paréntesis tras un término principal o un subtérmino, dan información adicional sin modificar la asignación del código.

##### 1.3.1.3. Peculiaridades de ordenación.

##### Números.

Los números se encuentran ordenados antes que los caracteres alfabéticos.

##### Subtérmino "con".

El subtérmino "con" se encuentra ordenado justo debajo del término principal y no en el lugar correspondiente a la "c".

#### 1.3.1.4. Instrucciones

Siempre se seguirán las instrucciones contenidas en el índice alfabético que pueden ser de tres tipos.

Referencias cruzadas.

Envían a otro lugar del alfabético para completar la información.

VÉASE.

Envía a otro término principal pues el elegido no aporta información sobre el código a asignar.

VÉASE ADEMÁS.

Envía a otro término principal donde se encontrará información más específica y deberá consultarse siempre si no está suficientemente específico.

VÉASE CATEGORÍA.

Envía directamente a una categoría de la lista tabular donde se encontrarán instrucciones concretas.

Notas.

Aparecen dentro de un recuadro e informan sobre definiciones de conceptos, instrucciones de codificación o presentan una relación de dígitos para la subdivisión de un grupo de códigos.

Codificación múltiple. Códigos en itálica y entre corchetes.

Se entiende por codificación múltiple la necesidad de asignar más de un código a una expresión diagnóstica. Se llamará código principal al que deba situarse en primera posición y códigos asociados los que se añadan para una correcta clasificación. Estos últimos se encontrarán escritos en letra itálica y entre corchetes.

#### 1.3.1.5 Convenciones utilizadas en la tercera versión.

En la tercera edición se han introducido las siguientes nuevas convenciones

Nuevas convenciones establecidas en la tercera edición	
CONVENCIÓN	SIGNIFICADO
L	Aparece al final de aquellas expresiones terminológicas, no contempladas en la versión norteamericana, que por ser muy frecuentes en nuestro ámbito se ha creído conveniente introducir por recomendación de las asociaciones científicas médicas correspondientes. En ningún caso se ha creado, producto de ello, algún código nuevo o diferente.
*	Aparece delante de las secciones, categorías, subcategorías o subclasificaciones, que son de nueva creación con respecto a la anterior edición de la CIE-9-MC
+	Aparece delante de las secciones, categorías, subcategorías o subclasificaciones que han sufrido algún tipo de modificación (inclusión de nuevos modificadores, supresión de modificadores, etc.) con respecto a la anterior edición de la CIE-9-MC. No contempla los conceptos señalados con "L"

### 1.3.2. Lista tabular de enfermedades

Determinado un código o una secuencia de códigos en el índice alfabético, se comprobará la lista tabular siguiendo las siguientes normas.

#### 1.3.2.1. Notas de capítulo, sección, categoría y código.

Pueden existir notas en los diferentes niveles en que el código se encuentra incluido. Informaciones adicionales que deberán ser comprobadas antes de la asignación definitiva de códigos.

#### 1.3.2.2. Instrucciones de la lista tabular.

Las instrucciones de la lista tabular deberán seguirse siempre y son de diferentes tipos:

#### INCLUYE

Amplía el contenido de la descripción del código. Define posibles sinónimos o bien otros contenidos que se corresponden con este elemento clasificatorio.

#### EXCLUYE

Relación de conceptos no contemplados en ese elemento clasificatorio, remite a otro código. Indica que un concepto no puede ser contemplado en ese elemento clasificatorio y por lo tanto no siempre indica incompatibilidad de uso entre ambos códigos.

#### NOTAS

Tienen la misma significación que en el índice alfabético (Ver 1.3.1.4.)

EMPLEAR CÓDIGO ADICIONAL. (a veces con el añadido "si se desea")

Debe añadirse otro código siempre que se disponga de información para ello. No determina secuencia de códigos.

#### CODIFICAR ADEMÁS

Obligatoriamente debe añadirse otro código que será siempre el principal.

##### 1.3.3. Índice alfabético y lista tabular de procedimientos

Se aplican iguales normas que para los diagnósticos con ciertas especificidades.

###### 1.3.3.1. Diferente significado

#### CODIFICAR ADEMÁS

Al contrario de lo que ocurre con los diagnósticos, si el procedimiento asociado no se ha efectuado, no implica obligatoriedad.

#### OMITIR CÓDIGO

El código no podrá ser utilizado cuando se den algunas de las condiciones relacionadas junto a la orden de omisión.

###### 1.3.3.2. Términos principales en el índice alfabético de procedimientos.

Tipo de procedimiento.

El tipo de procedimiento realizado suele ser el término principal de uso más frecuente.

Epónimo-s

Se accede a ellos directamente o bien bajo el tipo de procedimiento.

Escisión y modificadores

Un gran número de modificadores esenciales del término principal escisión no los encontraremos en su lugar correspondiente sino que están situados bajo el subtérmino lesión.

## **1. 4. PROCESO PARA LA CORRECTA CLASIFICACIÓN**

### 1.4.1. Premisas

Para una completa y fiable clasificación de diagnósticos y procedimientos se necesita:

- Historia clínica única por paciente.
- Personal especializado.
- Manual de uso.
- Unidad centralizada.
- Mecanismos de control de calidad.

#### 1.4.2. Esquema básico para la correcta clasificación

Se deberá seguir la siguiente secuencia para la correcta asignación de códigos

#### TRATAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA

Indización del episodio asistencial

Ver 1.4.3.

Localización del término clave en expresión diagnóstica / procedimiento

Ver 1.5.3.

Localización del término principal, en negrita, en el Índice alfabético

Ver 1.3.1.1.

Ver 1.4.2.

Analizar las notas, contenidas en un recuadro.

Ver 1.3.1.4.

Leer los modificadores no esenciales.

Ver 1.3.1.2.

Analizar los modificadores esenciales que se adecuen a la expresión diagnóstica / procedimiento alcanzando siempre el máximo nivel de especificidad.

Ver 1.3.1.2.

Seguir las referencias cruzadas

Ver 1.3.1.4.

Selección del código adecuado

#### USO DE LA LISTA TABULAR

Búsqueda del código seleccionado en la lista tabular

Lectura de las notas de capítulo / sección / categoría / códigos correspondientes y cualquier otra instrucción

Ver 1.3.2.

Ver 1.3.3.1.

Asignación definitiva del código

#### 1.4.3. Indización del episodio asistencial

El objeto de la indización del episodio asistencial es conocer los elementos necesarios para identificar su contenido.

El documento primario preferente en la indización de la Historia Clínica para el CMBD, será el informe de alta siempre que ambos (informe de alta e Historia Clínica) sean consistentes entre sí. Cuando se estime que el informe de alta es incompleto subsidiariamente se tendrá en cuenta por orden de prioridad los siguientes documentos:

- Hoja de anamnesis.
- Hoja operatoria.
- Informe anatomopatológico.
- Informes de asistencia urgente.
- Observaciones de enfermería
- Otros documentos.

## **1.5. NORMAS GENERALES PARA LA CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS.**

### 1.5.1. Diagnóstico principal.

Afección que después del estudio necesario se establece que fue causa del ingreso en el hospital, de acuerdo con el criterio del servicio clínico o del facultativo que atendió al enfermo, aunque durante su estancia apareciesen complicaciones importantes e incluso otras afecciones independientes que se consignarán como diagnósticos secundarios.

### 1.5.2. Diagnósticos secundarios

Aquellos diagnósticos que no siendo el principal coexistan con él en el momento del ingreso, o se desarrollen a lo largo de la estancia hospitalaria, e influyan en la duración de la misma o en el tratamiento administrado. Deben excluirse los diagnósticos relacionados con un episodio anterior que no afecten al actual ingreso.

### 1.5.3. Identificación del término clave en la expresión diagnóstica

El término clave de una expresión diagnóstica será aquella palabra que sirva para acceder al índice alfabético. Se buscará la correspondencia del término clave con un término principal (ver 1.3.1.1.) del índice alfabético seleccionándolo con las siguientes prioridades:

1. Patología o proceso.
2. Adjetivo.
3. Nombre o epónimo.

La localización anatómica no será válida ya que la CIE-9-MC no la utiliza como término principal.

### 1.5.4. Clasificación de dos o más procesos que cumplen la condición de principal.

Se usarán, siempre que el Índice alfabético no indique lo contrario, la siguiente secuencia de prioridad:

1. aquél que determine la etiología
2. aquél que determine la manifestación
3. aquél de mayor consumo de recursos

### 1.5.5. Clasificación de estados agudos, crónicos y subagudos.

Normas generales para la clasificación de diagnósticos según los estados agudo, crónico y subagudo	
CIRCUNSTANCIA	NORMA DE CLASIFICACIÓN
Estados agudos frente a estados crónicos	Si ambos estados coexisten en una misma expresión diagnóstica y en el índice alfabético no se les asigna igual código se recogerán ambos, siendo el agudo el principal
Estados subagudos	Se consideran agudas por defecto. En ciertas circunstancias la CIE-9-MC nos indica que deben ser consideradas crónicas
Estados agudos, crónicos y subagudos cuando no son términos modificadores	Si no aparecen estas condiciones como modificadores en el índice alfabético los ignoraremos

### 1.5.6. Clasificación de procesos con dos o más etiologías posibles.

Se considerará al proceso como de causa inespecífica (ver también 1.5.4)

### 1.5.7. Clasificación de diagnósticos de sospecha.

Se considerarán ciertos.

### 1.5.8. Clasificación de procesos sospechados y descartados como diagnóstico principal.

Aquellos procesos sospechados que tras los estudios pertinentes se descartaron y que justificaron la asistencia prestada se incluirán en las categorías V71 Observación y evaluación de presuntas enfermedades, no encontradas, o V29 Observación y evaluación de recién nacidos y niños por sospecha de enfermedades no encontradas.

### 1.5.9. Clasificación de procesos con tratamientos no realizados

Aquellos procesos que impliquen un procedimiento diagnóstico o terapéutico que no se realiza, deberán tener un código secundario de la categoría V64 Personas que entran en contacto con servicios sanitarios para procedimientos específicos, que no llegan a realizarse o la subcategoría V62.6 Rechazo de tratamiento por motivos religiosos o de conciencia, según corresponda, para indicar dicha circunstancia. Siempre deberá recogerse la patología que fue la causa del procedimiento no realizado.

## 1.6. NORMAS GENERALES PARA LA CLASIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS.

### 1.6.1. Procedimientos quirúrgicos y obstétricos

Serán todos aquellos que utilicen quirófano o sala de partos, así como aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos que requieren recursos materiales y humanos especializados e implican un riesgo para el paciente. Si se ha llevado a cabo más de un procedimiento, se recogerá primero el que vaya ligado al diagnóstico principal.

#### 1.6.2. Vías de acceso y cierre habituales en un proceso.

Las vías de acceso y cierre habituales en un proceso no se codificarán, excepto en aquellas ocasiones en que no se logre realizar el procedimiento, en cuyo caso se codificará hasta donde se llegó.

#### 1.6.3. Endoscopia, laparoscopia, toracoscopia o artroscopia.

Normas de clasificación a seguir para Endoscopia, laparoscopia, toracoscopia o artroscopia	
CIRCUNSTANCIA	NORMA DE CLASIFICACIÓN
No existe código de combinación para procedimiento vía endoscópica	Cuando no exista código de combinación para un procedimiento que utilice la vía endoscópica se utilizará la codificación múltiple.
Procedimiento que utilizando algunas de estas vías de acceso, afecte a diferentes estructuras	En estas circunstancias se asignará el código correspondiente a la última alcanzada.

#### 1.6.4. Biopsias

Sólo se consideran biopsias, a efectos de la CIE-9-MC, aquellas con propósito diagnóstico, incluidas las biopsias intraoperatorias. El envío de piezas quirúrgicas a anatomía patológica no tendrá la consideración de biopsia.

Normas de clasificación a seguir para biopsias	
CIRCUNSTANCIA	NORMA DE CLASIFICACIÓN
Biopsias cerradas	Son las percutáneas, las realizadas con endoscopia y las biopsias por cepillado siempre que, en este último caso, no tengan código específico
Biopsias abiertas	Aquellas realizadas con incisión y toma de muestras
Biopsias y endoscopias	Si no existe un código de combinación deberemos utilizar la codificación múltiple

#### 1.6.5. Procedimientos no realizados.

Ver 1.5.9. No se codifican

### 1.6.6. Procedimientos incompletos

Procedimientos incompletos, cuáles se codifican y cómo	
CIRCUNSTANCIA	NORMA DE CLASIFICACIÓN
Forceps fallido	La única circunstancia en que se contempla un código para una técnica no completada corresponde a la subcategoría <b>73.3 Operación de forceps fallido</b>
Procedimiento, no incisional o no endoscópico, no resuelto	Norma igual a 1.5.9.
No se llegó a realizar incisión en procedimiento incisional	Norma igual a 1.5.9.
Sólo se hizo incisión en procedimiento incisional	Se recogerá únicamente el código que contemple la incisión para el sitio correspondiente
Tras la incisión sólo se realizó acceso a cavidad	Se recogerá como exploración de la cavidad correspondiente
Procedimiento completo con incisión sin resolución del problema	Se recogerá la técnica completa al igual que si se hubiese resuelto el problema
Procedimiento endoscópico reconvertido en incisional	Se considerará sólo incisional

## ***2. Clasificación suplementaria de factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios***

### **2.1. INTRODUCCIÓN**

Los códigos V recogen circunstancias no contempladas en la clasificación general, que sin ser enfermedades o lesiones pueden influir en el tratamiento dado al paciente o generan por sí una prestación asistencial.

### **2.2. USO COMO PRINCIPAL O SECUNDARIO**

En la siguiente tabla se describen los rangos de uso aceptados para los diferentes códigos V

<b>Clasificación general de los códigos V con su uso principal o secundario</b>	
<b>CÓDIGOS</b>	<b>USO COMO PRINCIPAL O SECUNDARIO</b>
Sección PERSONAS CON RIESGOS SANITARIOS EN POTENCIA RELACIONADOS CON ENFERMEDADES CONTAGIOSAS (V01 - V07) <b>V01.7 Enfermedades víricas</b> (ver 4.2) <b>V01.8 Otras enfermedades contagiosas</b> (Ver 4.3.2.) <b>V02.6 Hepatitis vírica</b> (Ver 10.6.2) <b>V02.9 Otro organismo infeccioso especificado V08 Estado de infección por virus de inmunodeficiencia humana, asintomático</b> (Ver 4.2)	Estos códigos deberán utilizarse como códigos secundarios excepto <b>V07.8 Aislamiento, V07.8 Otra medida profiláctica especificada y V08 Estado de infección por virus de la inmunodeficiencia humana asintomático</b> que podrán ser principal o secundario
Sección PERSONAS CON RIESGOS SANITARIOS EN POTENCIA RELACIONADOS CON SU HISTORIAL PERSONAL Y FAMILIAR (V10 - V19) <b>V10 Historia personal de neoplasma maligno</b> (Ver 5.3) <b>V12.5 Historia personal de enfermedades del aparato circulatorio</b> (Ver 8.4.4.) <b>V15.82 Historia de uso de tabaco</b> (Ver 7.5)	Estos códigos podrán utilizarse como códigos secundarios
Sección PERSONAS QUE ENTRAN EN CONTACTO CON LOS SERVICIOS SANITARIOS EN	Los códigos <b>V20.0 Expósito</b> <b>V24.0 Cuidados inmediatamente después</b>

<p>CIRCUNSTANCIAS RELACIONADAS CON LA REPRODUCCIÓN (V20 - V29)  <b>V24.0 Inmediatamente después del parto (Cuidados y examen postparto)</b> (Ver 12.9) <b>V27 Resultado del parto</b> (Ver 12.1)  <b>V29 Observación y evaluación de recién nacidos y niños por sospecha de enfermedades no encontradas</b> (Ver 1.6.8., 13.4.2. y 13.4.3.)</p>	<p><b>del parto</b>  <b>V29.0 Observación de recién nacidos y niños por sospecha de enfermedades infecciosas</b>  <b>V29.1 Observación de recién nacidos y niños por sospecha de enfermedades neurológicas</b>  <b>V29.8 Observación de recién nacidos y niños por sospecha de otras enfermedades especificadas,</b>  podrán utilizarse como código principal</p>
<p>Sección BEBÉS NACIDOS CON VIDA SEGÚN EL TIPO DE PARTO (V30 - V39) (Ver 13.4.1. y 13.4.2.)</p>	<p>Estos códigos no podrán nunca utilizarse como códigos secundarios</p>
<p>Sección PERSONAS AFECTADAS POR UNA CIRCUNSTANCIA QUE INFLUYE EN SU ESTADO DE SALUD (V40 - V49)</p>	<p>Los códigos de las categorías <b>V44 Estado de apertura artificial, V45 Otros estados postquirúrgicos y V46 Otra dependencia de máquina,</b> sólo podrán utilizarse como códigos secundarios</p>
<p>Sección personas que entran en contacto con los servicios sanitarios para procedimientos específicos y cuidados posteriores (V50 - V59)  V50 - V58 (Ver 17.2.)  <b>V56 Recepción para diálisis</b> (Ver 11.4.1.) <b>V58.0 Radioterapia</b> (Ver 5.4.)  <b>V58.1 Quimioterapia</b> (Ver 5.4.)</p>	<p>Los códigos de las categorías <b>V58 Admisión para otros cuidados posteriores y cuidados posteriores no especificados</b> y los de las subcategorías <b>V58.0 Radioterapia, V58.1 Quimioterapia,</b> sólo podrán utilizarse como código principal</p>
<p>Sección personas que entran en contacto con los servicios sanitarios en otras circunstancias (V60 - V68)</p>	<p>Los códigos de la categoría <b>V67 Examen de seguimiento,</b> sólo podrá utilizarse como código principal.  Los códigos <b>V62.6 Rechazo de tratamiento por motivos religiosos o de conciencia</b> (Ver 1.6.9.) y <b>V64 Personas que entran en contacto con servicios sanitarios para procedimientos específicos, que no llegan a realizarse,</b> sólo podrán utilizarse como códigos secundarios.</p>
<p>Sección personas sin diagnóstico declarado encontrado durante examen e investigación de individuos y poblaciones (V70 - V82)  <b>V71 Observación y evaluación de presuntas enfermedades</b> (Ver 1.6.8.)  <b>V72.6 Prueba de laboratorio (Investigaciones y reconocimientos especiales)</b> (Ver 4.2)  <b>V73.89 Otras enfermedades virales especificadas (Reconocimiento de</b></p>	<p>Los códigos de categoría <b>V71 Observación y evaluación de presuntas enfermedades, no encontradas,</b> sólo podrán utilizarse como código principal.  El resto de los códigos sólo podrán utilizarse como códigos secundarios.</p>

<b>cribaje especial para enfermedades víricas y por clamidia) (Ver 4.2.)</b>	
--	--

### **2.3. LOCALIZACIÓN ALFABÉTICA**

La búsqueda en el alfabético podría presentar problemas por la peculiaridad de las circunstancias contempladas en esta clasificación suplementaria. Los términos principales más frecuentes que se asignan a los códigos V serían:

- Admisión
- Convalecencia
- Criba (screening) (búsqueda)
- Examen
- Historia (de)
- Observación
- Problema
- Vacunación
- Seguimiento
- Cuidados

### ***3. Clasificación suplementaria de causas externas de lesiones y envenenamientos. Códigos E.***

#### **3.1 OBJETO DE LA CLASIFICACIÓN**

Los códigos E clasifican acontecimientos, circunstancias, fármacos o condiciones ambientales que sean causa de lesiones traumáticas, intoxicaciones o reacciones adversas a medicamentos.

La clasificación suplementaria de causas externas de lesiones y envenenamientos (códigos E) se estructura en tres ejes:

Causa del envenenamiento o lesión

Intencionalidad

Lugar del acontecimiento

#### **3.2. NORMAS DE USO**

##### **3.2.1. Normas generales de clasificación**

Se aplican las normas generales de clasificación descritas en el capítulo 1.

Serán siempre códigos adicionales, para recoger la causa externa, de cualquier otro código diagnóstico que indique lesión, envenenamiento o efecto adverso.

Se secuenciará en primer lugar, entre los códigos E, aquel que esté más relacionado con el diagnóstico principal salvo que alguna nota de la clasificación indique otra prioridad.

En ningún caso se utilizarán los códigos E como código principal.

##### **3.2.2. Obligatoriedad de uso**

El uso de los códigos E, aun siendo recomendable su utilización es opcional con la excepción de la sección FÁRMACOS Y SUSTANCIAS MEDICAMENTOSAS Y BIOLÓGICAS QUE CAUSAN EFECTOS ADVERSOS EN SU EMPLEO TERAPÉUTICO ( E930 A E949) que son obligatorios como códigos asociados a los códigos de la manifestación.

##### **3.2.3. Codificación múltiple**

Se utilizarán tantos códigos E como sean necesarios para explicar completamente causa, intención y lugar de los acontecimientos.

##### **3.2.4. Causa externa no especificada**

Si no se especifica la causa de la lesión se utilizarán alguno de los siguientes códigos:

E928.9 Accidentes no especificados (Otras causas ambientales y accidentales y causas ambientales y accidentales no especificadas)

E958.9 Medios no especificados (Suicidio y lesión autoinfligida por otros medios y por medios no especificados)

E968.9 Medios no especificados (Agresión por otros medios y por medios no especificados)

### 3.2.5. Intencionalidad desconocida

Cuando se desconozca la intencionalidad del acontecimiento se codificará como accidental, la sección LESIONES SIN DETERMINARSE SI FUE INFLINGIDA DE FORMA ACCIDENTAL O DE FORMA INTENCIONADA (E980 - E989) sólo se utilizará en registros de mortalidad.

## 3.3 CLASIFICACIÓN DE CAUSAS EXTERNAS EN EL MALTRATO INFANTIL

Para clasificar las causas externas en el maltrato infantil se secuenciará en primer lugar un código de la categoría E967 Apaleamiento y otros malos tratos en niños y como adicional alguno de los contemplados en la sección HOMICIDIO Y LESIONES INFLINGIDAS DE FORMA INTENCIONADA POR OTRAS PERSONAS (E960 - E969).

## 3.4. EFECTOS TARDÍOS

La lista tabular de códigos E contiene también categorías para los efectos tardíos de accidentes y otras causas externas, excepto para las reacciones adversas a medicamentos en las que se utilizará un código de la sección FÁRMACOS Y SUSTANCIAS MEDICAMENTOSAS Y BIOLÓGICAS QUE CAUSAN EFECTOS ADVERSOS EN SU EMPLEO TERAPÉUTICO (E930 A E949).

## 3.5. LUGAR DEL ACCIDENTE O ENVENENAMIENTO

Se utilizará un código de la categoría E849 Lugar de acontecimiento.

La localización en el índice alfabético de causas externas y traumatismos para los lugares clasificados en esta última categoría se realizará mediante el término principal Accidente y como modificador esencial "que tiene lugar en".

La asignación de un código de la categoría E849 Lugar de acontecimiento describe el lugar en el que ocurrió el acontecimiento y al estar en cursiva obliga primero a codificar la actividad del paciente en ese momento.

No se empleará esta categoría si no se especifica el lugar del acontecimiento.

## 4. Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

### 4.1 CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE LA ENFERMEDAD RELACIONADA CON LA INFECCIÓN POR VIH

Para el diagnóstico de la enfermedad relacionada con la infección por VIH se utilizan dos clasificaciones diferentes, elaboradas por los Centers for Disease Control (CDC), en función de la edad del paciente.

En la relación de patologías para la definición de caso de SIDA se hacen especificaciones para su correcto uso en adultos o niños menores de 13 años.

#### 4.1.1. SISTEMA DE CLASIFICACION PARA LA INFECCION VIH DE LOS CDC

Cuadro 1. Sistema de clasificación para la infección VIH y definición de caso de SIDA en el adulto y el adolescente (1993)

Clasificación y definición de SIDA en adultos			
CATEGORÍAS SEGÚN CD4+	CATEGORÍAS CLÍNICAS		
	<b>A: Infección aguda asintomática o linfadenopatía persistente generalizada (LPG)</b>	<b>B: Infección asintomática no A no C</b>	<b>C: Procesos incluidos en la definición de caso de SIDA de los CDC</b>
<b>+; 500 / mm<sup>3</sup></b>	A1	B1	C1
<b>200-499/mm<sup>3</sup></b>	A2	B2	C2
<b>- 200 / mm<sup>3</sup></b>	A3	B3	C3

Cuadro 2: Clasificación de infección VIH en niños menores de 13 años (1994)

Clasificación y definición de SIDA en niños menores de 13 años				
Categorías inmunológicas (ver cuadro 3)	CATEGORÍAS CLÍNICAS			
	N: No signos o 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

Cuadro 3: Categorías inmunológicas según edad y número de linfocitos T CD4 + en niños menores de 13 años (1994)

Clasificación en categorías inmunológicas por edad y número de linfocitos			
Categorías inmunológicas	Edad del niño		
	- de 12 meses $\mu$ l	entre 1 y 5 años $\mu$ l	De 6 a 12 años $\mu$ l
1: No evidencia de inmunosupresión	+; 1.500	+; 1.000	+; 500
2: Evidencia de inmunosupresión moderada	750 - 1.499	500 - 999	200 - 499
3: Inmunosupresión severa	- 750	- 500	- 200

#### 4.1.2. Patologías asociadas a la definición de caso de SIDA

Clasificación por patologías en adultos	
Condiciones definidas por los CDC para definición de caso SIDA	Aplicación si
Cáncer cervical invasivo	
Candidiasis esofágica, Candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar	
Caquexia debida a SIDA	
Citomegalovirus de órganos diferentes a hígado, bazo o ganglios linfáticos, Retinitis por citomegalovirus con pérdida de visión	Recién nacido + 1 mes

Coccidiomycosis diseminada o de sitio diferente a pulmón o ganglios linfáticos cervicales o hiliares	
Criptococosis extrapulmonar	
Cryptosporidiosis intestinal crónica	Duración + 1 mes
Encelopatía por VIH	
Herpes simple mucocutáneo crónico Herpes simple bronquial, pulmonar o esofágico	Mucocutáneo duración + 1 mes Recién nacido + 1 mes
Histoplasmosis diseminada o de sitio diferente a pulmón o ganglios linfáticos cervicales o hiliares	

Clasificación por patologías en niños menores de 13 años	
Condiciones definidas por los CDC para definición de caso SIDA (Paciente -13 años)	Aplicación si
Isosporiasis intestinal crónica	Duración + 1 mes
leucoencefalopatía multifocal progresiva	
Linfoma células pequeñas no hendidas Linfoma no Hodgkin de células B o de fenotipo inmunológico desconocido(No se incluyen los de fenotipo T, los de tipo histológico no descrito, o los descritos como: linfocítico, células pequeñas hendidas o linfocítico plasmóide)Sarcoma inmunoblástico (linfoma inmunoblástico, linfoma de células grandes, linfoma histiocítico difuso, linfoma difuso indiferenciado, linfoma de alto grado)	
Linfoma cerebral primario Linfoma cerebral primario	Cualquier edad - 60 años
Mycobacterium Avium o M. Kansasii M. tuberculosis pulmonar, extrapulmonar o diseminado, Otras micobacterias recurrentes	
Neumonías bacterianas recurrentes	
Neumonía por pneumocystis carinii	
Neumonitis intersticial linfoide/hiperplasia linfoide pulmonar	Paciente - 13 años
Sarcoma de kaposi Sarcoma de kaposi	Cualquier edad - 60 años
Septicemia recurrente por salmonella (excluida la debida a salmonella Típhi)	
Toxoplasmosis cerebral	Recién nacido + 1 mes

## 4.2. CLASIFICACIÓN DE LA INFECCIÓN VIH

Clasificación de infecciones por el Virus de Inmunodeficiencia Humana	
CIRCUNSTANCIAS	NORMAS DE CLASIFICACIÓN
Enfermedad relacionada con la infección VIH/SIDA, Cualquier VIH desde A1 a C3 (ver cuadros 1 y 2)	<b>042 Enfermedad por virus de la Inmunodeficiencia Humana</b>
Infección asintomática por VIH, Paciente que nunca ha tenido síntomas por infección VIH, Niños + 18 meses, Cualquier VIH desde N1 a N3 (ver cuadro 2)	<b>V08 Estado de infección por virus de inmunodeficiencia humana, asintomático</b>
Pacientes con resultados analíticos no concluyentes de infección VIH, Niños + 18 meses con serología positiva a VIH	<b>795.71 Evidencia serológica no específica de virus de inmunodeficiencia humana [VIH]</b>
Contacto o exposición con VIH, Niños - 18 meses	<b>V01.7 Enfermedades víricas (Contacto con o exposición a enfermedades contagiosas)</b>
Enfermedad por VIH tipo II	Código principal: <b>042 Enfermedad por virus de la Inmunodeficiencia Humana</b> , Código asociado: Subcategoría <b>079.5 Retrovirus</b>

## 4.3 NORMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA INFECCIÓN VIH.

### 4.3.1. Sospecha de infección por VIH

Como excepción a la norma general (ver 1.6.7.), no se podrá considerar cierta la sospecha de infección por VIH. El concepto de confirmada no requiere documentación de serología o cultivo positivo sino que basta que el médico lo diga en la expresión diagnóstica.

### 4.3.2. Clasificación de la enfermedad debida a la infección VIH

Para la codificación múltiple de la enfermedad relacionada con la infección VIH, se secuenciará como código principal la categoría 042 Enfermedad por virus de la Inmunodeficiencia Humana y como códigos asociados los de las enfermedades relacionadas con la infección VIH. Si la admisión se produce por una patología no relacionada con el VIH, el diagnóstico principal será la patología y el secundario el VIH.

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/V08/V01.7) Excepto V01.7, que se podrá utilizar cuando no esté relacionado con el VIH.

Una vez que se clasifica a un paciente en la categoría 042 Enfermedad por virus de la Inmunodeficiencia Humana, no se podrá utilizar, en sucesivos ingresos ningún otro código que recoja circunstancias relacionadas con la categoría VIH.

#### 4.3.3. Procesos obstétricos e infección por VIH

Para la clasificación de los procesos obstétricos junto a una infección o enfermedad por VIH, se secuenciará en primer lugar un código de la subcategoría 647.6 Otras enfermedades virales y como diagnóstico secundario la infección o enfermedad por VIH.

## 5. Neoplasias

### 5.1. CLASIFICACIÓN DE NEOPLASIAS.

Las neoplasias se clasifican en el capítulo 2 NEOPLASIAS (140-239) según su localización y comportamiento.

La clasificación contiene un apéndice en el Volumen 1 con una nomenclatura codificada para la morfología de las neoplasias denominados códigos M. Deben usarse en el procedimiento de asignación de código del capítulo 2 NEOPLASIAS (140-239) (ver 5.2) pero su asignación como código asociado es optativa.

### 5.2. PROCESO DE BÚSQUEDA EN EL ÍNDICE ALFABÉTICO DE NEOPLASIAS

Presenta ciertas peculiaridades frente al proceso general de clasificación. (Ver 1.5.2.)

- IDENTIFICAR LA MORFOLOGÍA (TÉRMINO CLAVE) EN LA EXPRESIÓN DIAGNÓSTICALOCALIZAR EL TÉRMINO PRINCIPAL ADECUADO
- ANALIZAR NOTAS, ANALIZAR MODIFICADORES NO ESENCIALES ANALIZAR MODIFICADORES ESENCIALES BUSCANDO EL MÁXIMO NIVEL DE SANGRADOSEGUIR LAS REFERENCIAS CRUZADAS
- NO ASIGNA CÓDIGO DEL CAPÍTULO 2 ASIGNA CÓDIGO DEL CAPÍTULO 2
- CONFIRMAR EL COMPORTAMIENTO DEL TUMOR MEDIANTE EL 5º DÍGITO DEL CÓDIGO M (ver CIE-9-MC, volumen 1 pág.1066)
- BUSCAR EN LA TABLA DE NEOPLASIAS SEGÚN LA LOCALIZACIÓN (FILAS) DEL TUMOR Y ASIGNAR EL CÓDIGO EN FUNCIÓN DEL COMPORTAMIENTO (COLUMNAS)
- BUSCAR EL CÓDIGO EN EL TABULAR

### 5.3. NORMAS DE CLASIFICACIÓN DE NEOPLASIAS

Clasificación de Neoplasias según sus características	
CARACTERÍSTICAS DE LA NEOPLASIA	NORMAS DE CLASIFICACIÓN
Neoplasia primaria	Un código del capítulo 2
Neoplasia primaria recidivada	Un código del capítulo 2.
Neoplasia primaria + neoplasia secundaria (Secundaria = metástasis o contigüidad)	Dos códigos del capítulo 2 Código principal: Aquel al que se dirijan las técnicas terapéuticas o diagnósticas más complejas con la excepción de que en dicho ingreso se produjese el diagnóstico inicial de la neoplasia primaria, siendo el código correspondiente a esta el principal.

Neoplasia secundaria (Neoplasia primaria desconocida)	Dos códigos del capítulo 2 Código para la neoplasia secundaria Categoría <b>199 Neoplasia maligna sin especificación de sitio</b> para la neoplasia primaria desconocida. Código principal: Aquel al que se dirijan las técnicas terapéuticas o diagnósticas más complejas
Neoplasia secundaria (Neoplasia primaria sólo conocida a través de la anatomía patológica)	Dos códigos del capítulo 2 Código principal: Aquel al que se dirijan las técnicas terapéuticas o diagnósticas más complejas.
Neoplasia secundaria (Neoplasia primaria ya no existe y tampoco recibe tratamiento para la misma)	Código principal: neoplasia secundaria Código asociado: categoría <b>V10 Historia personal de neoplasma maligno</b>
Historia de neoplasia (Neoplasia no presente y sin recibir tratamiento para la misma)	<b>V10 Historia personal de neoplasma maligno</b> (Siempre será código secundario)
Ingreso para control de historia de neoplasia (Neoplasia no presente, sin recibir tratamiento para la misma y sin metástasis)	Código principal: <b>V67.0 Reconocimiento de seguimiento después de intervención quirúrgica</b> <b>V67.1 Reconocimiento de seguimiento después de radioterapia</b> <b>V67.2 Reconocimiento de seguimiento después de quimioterapia</b> Código secundario: <b>V10 Historia personal de neoplasma maligno</b>
Neoplasia con actividad funcional	Código principal: capítulo 2 NEOPLASIAS (140-239) en general. (La actividad funcional podrá ser principal dependiendo del motivo del ingreso)Código asociado: el de la actividad funcional en general
Neoplasia primaria desconocida + neoplasia secundaria desconocida	Categoría <b>199 Neoplasia maligna sin especificación de sitio</b>

#### 5.4. NEOPLASIAS Y QUIMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA O INMUNOTERAPIA

Clasificación para la administración de Radioterapia o Quimioterapia	
CONDICIÓN	NORMA DE CLASIFICACIÓN
Ingreso sólo para la administración de quimioterapia o radioterapia (Cualquier tumor incluido leucemia aguda)	Diagnóstico principal: <b>V58.0 Radioterapia o V58.1 Quimioterapia</b> , Diagnóstico secundario: Neoplasia Procedimientos (según corresponda): <b>99.25 Inyección o infusión de sustancias quimioterapéuticas</b>

	<b>Subcategoría 92.2 Radioterapia y medicina nuclear</b>
Ingreso para colocación de catéter para quimioterapia sin que ésta sea administrada durante el ingreso.	Diagnóstico principal: Neoplasia, Procedimiento: Los que correspondan.
Ingreso para colocación de catéter para quimioterapia administrándose la misma	Diagnóstico principal: V58.1 Ingreso para quimioterapia, Procedimiento: Los que correspondan 99.25 Inyección de quimioterapia
Ingreso para colocación de catéter para quimioterapia administrándose ésta durante el ingreso	Diagnóstico principal: V58.1 Quimioterapia Diagnóstico secundario: Neoplasia, Procedimiento: Los que correspondan
Ingreso para estudio del tumor, aunque se administre quimioterapia o radioterapia durante el mismo	Diagnóstico principal: Neoplasia Procedimiento: Los que correspondan.
Ingreso para implante de radio, o tratamiento con radioisótopos, aunque se administre quimioterapia o radioterapia durante el mismo.	Diagnóstico principal: Neoplasia Procedimiento: Los que correspondan.
Ingreso para inmunoterapia en paciente neoplásico (BC6, Interferón)	Diagnóstico principal: Neoplasia Procedimiento: <b>99.28 Inyección o infusión de modificadores de respuesta biológica (BRM) tales como agentes antineoplásicos</b>

## 5.5. NEOPLASIAS NO ESPECIFICADAS COMO PRIMARIAS O SECUNDARIAS

Cuando no se especifica un tumor maligno como primario o secundario será considerado como primario excepto en las siguientes localizaciones:

- Hígado. Tiene un código específico para esta circunstancia 155.2 Hígado no especificado como primario ni secundario.
- Linfáticos. Serán considerados secundarios por defecto.

Cuando en la documentación aparezca el término metastásico y no esté claro si se trata de origen o destino, deberán consultarse otros documentos y si es preciso al facultativo que trató al paciente.

## 5.6. NEOPLASIAS DE LOCALIZACIÓN CONTIGUA

### 5.6.1. Neoplasias contiguas con localización primaria conocida

Se le dará igual tratamiento que a las neoplasias primarias mas neoplasias secundarias.  
(Ver 5.3.)

5.6.2. Neoplasias contiguas, con localización primaria no conocida, pertenecientes a la misma categoría de la CIE-9-MC.

Utilizaremos los códigos específicos de la categoría para estas circunstancias (generalmente subcategorías 8).

5.6.3. Neoplasias contiguas, con localización primaria no conocida, pertenecientes a distintas categorías de la CIE-9-MC.

La CIE-9-MC tiene códigos específicos para estas circunstancias:

- 149.8 Otras . Neoplasias cuyo punto de origen no puedan asignarse a ninguna categoría de la sección NEOPLASIA MALIGNA DE LABIO, CAVIDAD ORAL Y FARINGE ( 140 - 149).
- 159.8 Otros sitios del sistema digestivo y de los órganos intraabdominales. Neoplasias cuyo punto de origen no puedan asignarse a ninguna categoría de la sección NEOPLASIAS MALIGNAS DE LOS ORGANOS DIGESTIVOS Y DEL PERITONEO (150-159).
- 165.8 Otros . Neoplasias cuyo punto de origen no puedan asignarse a ninguna categoría de la sección NEOPLASIA MALIGNA DE LOS ORGANOS RESPIRATORIOS E INTRATORÁVICOS (160-165).
- Categoría 195 Neoplasia maligna de otros sitios y de sitios mal definidos. (Neoplasias malignas de sitios contiguos, no clasificados bajo otros conceptos, cuyo punto de origen no puede determinarse).

## **5.7. SUBCATEGORÍAS NO MUTUAMENTE EXCLUYENTES.**

Excepcionalmente la CIE-9-MC presenta dos categorías del capítulo 2 en las que las subcategorías no son mutuamente excluyentes y podríamos asignar a cualquiera de ellas la misma neoplasia.

- Categoría 150 Neoplasia maligna de esófago
- Categoría 201 Enfermedad de Hodgkin

La subcategoría a asignar la determinará la terminología utilizada por el clínico.

## **5.8. DISPLASIA SEVERA DE CERVIX Y VULVA**

La displasia severa tanto de cérvix como de vulva se suelen clasificar mediante tres grupos y con los términos CIN (Cervix Intraepitelial Neoplasm) o VIN (Vulvar intraepitelial Neoplasm):

- CIN (SIL) III: 233.1 Carcinoma in situ de cérvix uterino
- CIN II y CIN I: 622.1 Displasia de cérvix (uterina)
- VIN III: 233.3 Carcinoma in situ de otros órganos genitales femeninos y órganos genitales femeninos no especificados

- VIN I y VIN II: 624.8 Otros trastornos no inflamatorios especificados de vulva y perineo

## 5.9. COMPLICACIONES DE NEOPLASIAS O DE TERAPIA FRENTE A NEOPLASIAS

Tipos de complicación de neoplasia y pautas a seguir	
TIPO DE COMPLICACIÓN	PAUTAS DE CODIFICACIÓN
Ingreso por complicación o manifestación de un tumor ya diagnosticado o complicación del tratamiento	Diagnóstico principal: manifestación o complicación, siempre que no se clasifique en el capítulo 16 signos y síntomas mal definidos (780-799) Diagnóstico asociado: neoplasia
Ingreso para tratamiento del tumor con manifestación o complicación durante el ingreso	Diagnóstico principal: neoplasia Diagnóstico asociado: manifestación o complicación
Ingreso para tratamiento del dolor por neoplasia	Diagnóstico principal: neoplasia Procedimientos correspondientes al tratamiento del dolor
Ingreso por efecto tóxico de quimioterapia	Secuencia de códigos de intoxicaciones o reacción adversa a medicamentos (RAM) Diagnóstico secundario: Neoplasia

## 6. Alteraciones de la glucemia

### 6.1. TIPOS CLÍNICOS DE DIABETES MELLITUS

Para cada tipo de diabetes se utilizan tres diferentes términos que a veces pueden aparecer mezclados en lo referente a la administración o no de insulina en una misma expresión diagnóstica.

Tipo de diabetes y pautas a seguir ante información insuficiente	
TIPO DE DIABETES	PAUTAS ANTE INFORMACIÓN INSUFICIENTE
SINÓNIMOS: Diabetes mellitus tipo I, Diabetes mellitus insulín dependiente (DMID) Diabetes mellitus juvenil.	Tipo clínico no especificado. Por defecto si existe cetoacidosis se considera tipo I.
SINONIMOS: Diabetes mellitus tipo II, Diabetes mellitus no insulín dependiente (DMNID) Diabetes mellitus del adulto	La clasificación de una diabetes tipo II no se modificará en el caso de que se especifique al paciente como insulín dependiente. Tipo clínico no especificado. Por defecto las diabetes se considerarán tipo II excepto cetoacidosis.

La Diabetes Mélitus se clasifica en la categoría 250. El tipo de complicación está incluido en la subcategoría y la posibilidad de descompensación en la subclasificación.

### 6.2. DIABETES MELLITUS CON MANIFESTACIONES CRÓNICAS

Las manifestaciones crónicas generadas por la diabetes se clasifican mediante codificación múltiple y se recogerán todas ellas.

#### 6.2.1. Secuencia de códigos.

Código principal: categoría 250 Diabetes mellitus.

Código secundario: el correspondiente a las patologías asociadas.

#### 6.2.2. Catarata y diabetes.

La relación causa efecto entre diabetes y cataratas sólo se considerará cuando así venga especificado en el diagnóstico.

#### 6.2.3. Úlcera y gangrena diabética.

Para aquellas circunstancias en que no se pueda determinar el origen vascular o nervioso se utilizará la subcategoría 250.8 Diabetes con otras manifestaciones especificadas. A ello se le añadirá el correspondiente a úlcera o gangrena.

La relación causa efecto entre diabetes y gangrena o úlcera sólo se considerará cuando así venga especificado en el diagnóstico.

6.2.4. Impotencia de origen orgánico causada por diabetes.

La situación será superponible a la descrita en el apartado anterior.

6.2.5. Diabetes y patología renal crónica

Ver 8.2.3.

### **6.3. DIABETES MELLITUS SIN COMPLICACIÓN COMO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL.**

La Diabetes mellitus, tipo I o tipo II, sin mención de complicación no se deberá utilizar como diagnóstico principal pues difícilmente se justificaría como motivo de ingreso.

### **6.4. ALTERACIONES DE LA GLUCEMIA Y EMBARAZO**

6.4.1. Diabetes mellitus preexistente al embarazo

Se necesitará codificación múltiple mediante un código de la subcategoría 648.0 Diabetes mellitus que complica embarazo, parto y puerperio junto al código o los códigos adecuados de la categoría 250 Diabetes mellitus para identificar el tipo y posible manifestación.

6.4.2. Diabetes gestacional

Si la diabetes fuese gestacional se utilizará un solo código de la subcategoría 648.8 Tolerancia anormal a la glucosa que complican el embarazo, parto o puerperio.

### **6.5 DIABETES Y ESTEROIDES**

Clasificación de diabetes según la causa que la ha inducido	
CONDICIÓN	NORMAS DE CLASIFICACIÓN
Diabetes inducida por esteroides	Se usarán las normas establecidas para RAM o Intoxicación con la subcategoría <b>251.8 Otros trastornos especificados de secreción interna pancreática</b>
Diabetes descompensada por esteroides	Se usarán las normas establecidas para RAM o Intoxicación con el código correspondiente a la categoría <b>250 Diabetes mellitus</b>

## 6.6. ALTERACIONES DE LA GLUCEMIA Y RECIÉN NACIDO (R.N.)

### 6.6.1. Hipoglucemia y R.N.

Si la hipoglucemia se debe a madre diabética se utilizará la subcategoría 775.0 Síndrome de "hijo de madre diabética", si no se especificase esta circunstancia se asignará la subcategoría 775.6 Hipoglucemia neonatal.

### 6.6.2. Hiperglucemia y R.N.

La llamada diabetes mellitus neonatal, una hiperglucemia transitoria del R.N., se codificará en la subcategoría 775.1 Diabetes mellitus neonatal mientras que para cualquier otra hiperglucemia en esta etapa de la vida no especificada como diabetes mellitus neonatal se utilizará el 790.6 Otras anomalías de la composición química de la sangre.

## 6.7. OTRAS ALTERACIONES DE LA GLUCEMIA

Clasificación de glucemia según los motivos por los que se ha derivado	
CONDICIÓN	NORMAS DE CLASIFICACIÓN
Hiperglucemia postpancreatectomía	La secundaria a pancreatectomía se incluye en <b>251.3 Hipoinsulinemia postquirúrgica</b>
Hiperglucemia postprandial	<b>790.2 Resultado anormal de prueba de tolerancia a la glucosa</b>
Hipoglucemia secundaria a cirugía gastrointestinal	Cuando la hipoglucemia sea secundaria a cirugía gastrointestinal se codificará como <b>579.3 Otras faltas de absorción postoperatoria no especificada</b>

## 7. Enfermedades mentales

### 7.1. ESQUIZOFRENIA

La categoría 295 Trastornos esquizofrénicos utiliza dígitos para subclasificación que deben ser entendidos del siguiente modo.

Clasificación de trastornos esquizofrénicos, cómo deben subclasificarse		
5º DÍGITO	TÍTULO	INTERPRETACIÓN
0	No especificada	No especificada: La subcategoría <b>295.4. Episodio esquizofrénico agudo</b> será la única a la que podremos asignar este 5º dígito
1	Subcrónica	Duración + 6 meses y - 24 meses (Antes de seis meses deberá consultarse al psiquiatra)
2	Crónica	Duración + 24 meses Deberá diferenciarse el concepto crónico referido al curso del proceso esquizofrénico de la forma de esquizofrenia llamada crónica incluida en <b>295.6 Esquizofrenia residual</b>
3	Subcrónica con Exacerbación aguda	Fase subcrónica no activa con reaparición de síntomas psicóticos
4	Crónica con exacerbación aguda	Fase crónica no activa con reaparición de síntomas psicóticos
5	En remisión	Historia de esquizofrenia y que actualmente no presenta signos de alteración esté o no con tratamiento

### 7.2. ENFERMEDADES PSÍQUICAS CON MANIFESTACIONES ORGÁNICAS

#### 7.2.1. Sin lesiones en los tejidos

Se Incluyen en la Categoría 306 Disfunción fisiológica con origen en factores mentales.

Las subcategorías determinan el órgano o sistema afectado.

#### 7.2.2. Con lesiones en los tejidos

Se incluyen en la categoría 316. Factores psíquicos asociados a enfermedades clasificadas bajo otros conceptos.

Deberá llevar asociado el código de la manifestación.

### 7.3. REACCIÓN AL ESTRÉS

#### 7.3.1. Reacción aguda al estrés

Se clasifica en la categoría 308 Reacción aguda al estrés, con subcategoría que recoge el componente psíquico implicado.

#### 7.3.2. Reacción crónica al estrés

Se recoge en la categoría 309 Reacción de adaptación, con subcategoría que recoge la naturaleza de la reacción.

### 7.4. DEMENCIA EN ALZEIMER

Se codificará con un código de la categoría 290 Sicosis orgánica senil y presenil más el código 331.0 Enfermedad de Alzheimer.

### 7.5. ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL Y DROGAS

#### 7.5.1. Dígito de subclasificación

Mediante un 5º dígito de subclasificación se recogen las pautas de comportamiento con respecto a su dependencia para las categorías 303 Síndrome de dependencia del alcohol, 304 Dependencia de drogas y 305 Abuso de drogas sin dependencia (excepto subclasificación 305.1 Trastorno por uso de tabaco) siendo diferente su interpretación para alcohol y para otras drogas.

Clasificación y subclasificación de la dependencia de alcohol y drogas			
5º DÍGITO	TÍTULO	ALCOHOL	OTRAS DROGAS
0	No especificada	No especificada	No especificada
1	Continua	Ingesta de grandes cantidades de alcohol diario o durante los fines de semana o los días libres	Consumo de drogas diariamente o casi diariamente
2	Esporádica	Abuso de alcohol que dura semanas o meses seguido de largos períodos sin consumo	Períodos cortos entre consumo de drogas o consumo de fin de semana
3	En vías de remisión	Cese completo del consumo de alcohol o período de descenso de consumo que conducirá al cese	Cese completo del consumo de drogas o período de descenso de consumo que conducirá al cese

## 7.5.2. Alcohol

Clasificación del Síndrome de dependencia del alcohol, cómo debe subclasificarse	
<b>CIRCUNSTANCIA</b>	<b>NORMAS DE CLASIFICACIÓN</b>
Dependencia del alcohol (alcoholismo) con intoxicación alcohólica aguda (borrachera, embriaguez...)	Subcategoría <b>303.0 Intoxicación alcohólica aguda</b>
Dependencia del alcohol (alcoholismo) sin intoxicación alcohólica aguda (borrachera, embriaguez...)	Subcategoría <b>303.9 Otras dependencias alcohólicas y dependencias alcohólicas no especificadas</b>
Coma etílico	Diagnóstico principal: 980.0 Efecto tóxico del alcohol 780.01 Coma E860.0 Envenenamiento accidental por bebidas alcohólicas
Abuso de alcohol (embriaguez, borrachera, ingestión excesiva de alcohol, efectos residuales de borrachera...) sin dependencia de alcohol (alcoholismo)	<b>305.0 Abuso de alcohol</b>
Deprivación alcohólica	<b>291.0 Delirio por abstinencia de alcohol</b> <b>291.3 Alucinosis por abstinencia de alcohol</b> <b>291.8 Otras psicosis alcohólicas especificadas</b> Las tres subcategorías son mutuamente excluyentes con las siguientes prioridades: 291.0 sobre 291.3 y esta sobre 291.8 Se añadirá el código de la dependencia alcohólica
Dependencia de alcohol y otras drogas	Se necesitará de codificación múltiple para ambas condiciones

### 7.5.3. Otras drogas

Clasificación de la dependencia de drogas, cómo debe subclasificarse	
CIRCUNSTANCIA	NORMAS DE CLASIFICACIÓN
Dependencia o adicción a drogas diferentes a alcohol	Categoría <b>304 Dependencia de drogas</b>
Politoxicomanía incluyendo a drogas tipo opioide (no incluye al alcohol)	<b>304.7 Combinación de drogas de tipo opioide con cualquier otra. Si se conocen cada una de ellas se codificarán por separado</b>
Politoxicomanía excluyendo a drogas tipo opioide (no incluye al alcohol)	<b>304.8 Combinación de dependencia de drogas con exclusión de drogas de tipo opioide (ver último apartado)</b>
Abuso de drogas (sin dependencia)	<b>Categoría 305 Abuso de drogas sin dependencia</b> (No se considera aquí <b>305.0 Abuso de alcohol</b> . Ver 7.4.2.)
Síndrome por abstinencia de drogas (excluido el alcohol)	Código principal: <b>292.0 Síndrome de abstinencia de drogas</b> Código asociado: El específico de la dependencia
EXADV en programa de desintoxicación con Metadona	Código principal: 304.93 Drogadicto en remisión 304.01 Adicto a Metadona

### 7.5.4. Selección del diagnóstico principal

Clasificación según la circunstancia de la dependencia de alcohol y otras drogas	
CIRCUNSTANCIA	SECUENCIA DE CÓDIGOS
Paciente admitido por síndrome mental orgánico inducido por el alcohol u otras drogas	Código principal: Síndrome mental orgánico, Código asociado: Dependencia o abuso de alcohol u otras drogas
Paciente admitido para desintoxicación o rehabilitación de dependencia de alcohol u otras drogas	Código principal: Dependencia o abuso de alcohol u otras drogas (No se empleará la categoría <b>V57 Cuidados que implican el empleo de procedimientos de rehabilitación</b> )
Paciente admitido por complicación orgánica debida a alcohol u otras drogas	Código principal: Patología orgánica, Código asociado: Dependencia o abuso de alcohol u otras drogas

## 7.5 TABAQUISMO

Clasificación del tabaquismo según la circunstancia que lo ha provocado	
CIRCUNSTANCIAS	NORMAS DE CLASIFICACIÓN
Paciente fumador o en tratamiento antitabáquico	<b>305.1 Trastorno por uso de tabaco</b>
Historia de uso de tabaco (exfumador) [10 años o más]	<b>V15.82 Historia de uso de tabaco</b>
Fumador pasivo (usar sólo si es causante o está relacionada con un proceso)	<b>E869.4 Secundario al humo de tabaco (envenenamiento accidental por otros gases y vapores)</b>

## 8. Aparato circulatorio

### 8.1 ENFERMEDAD CARDIACA REUMÁTICA

#### 8.1.1. Valvulopatía reumática frente a no reumática

Cuando no se especifique en la expresión diagnóstica la condición de reumática o no de una valvulopatía, la CIE-9-MC asume, por defecto, una u otra condición en función de la válvula afectada.

Clasificación de valvulopatías según la condición de reumáticas o no reumáticas	
VALVULOPATÍAS REUMÁTICAS POR DEFECTO	VALVULOPATÍAS NO REUMÁTICAS POR DEFECTO
TRICUSPÍDEA Cualquier tipo de valvulopatía	PULMONAR Cualquier tipo de valvulopatía
MITRAL Estenosis	MITRAL Insuficiencia
MITRAL / AÓRTICA Cualquier combinación de las mismas	AÓRTICA Cualquier tipo (excepto combinaciones mitroaórticas)

#### 8.1.2. Enfermedad cardíaca reumática e insuficiencia cardíaca

La presencia de una enfermedad cardíaca reumática junto a una insuficiencia cardíaca se codificará mediante la subclasificación 398.91 Insuficiencia cardíaca reumática (congestivo), salvo que se especifique la ausencia de causalidad. Como código secundario se asignará el correspondiente a la enfermedad reumática.

### 8.2. ENFERMEDAD HIPERTENSIVA (HTA)

#### 8.2.1. HTA y enfermedad cardíaca.

##### 8.2.1.1. Relación causa efecto.

No se debe presuponer relación causal entre HTA y enfermedad cardíaca cuando no se especifique en la expresión diagnóstica.

##### 8.2.1.2. Códigos de combinación

La categoría 402 Cardiopatía hipertensiva, es código de combinación para un grupo de patologías cardíacas que se relacionan en su incluye. Las patologías cardíacas no contempladas en la relación anterior necesitarán de codificación múltiple.

Mediante subclasificación se recogerá la presencia o no de insuficiencia cardíaca congestiva. No se asignará código específico para esta condición.

#### 8.2.2. HTA como causa de enfermedad renal

8.2.2.1. Relación causa efecto. Se presupone relación causal entre HTA y aquellas enfermedades renales contempladas en la categoría 403 Enfermedad renal hipertensiva. No será necesario que exista especificación de la relación causa efecto en la expresión diagnóstica.

#### 8.2.2.2. Códigos de combinación

La categoría 403 Enfermedad renal hipertensiva es código de combinación para un grupo de patologías renales que se relacionan en su incluye.

Mediante subclasificación se recoge la presencia o no de insuficiencia renal. No se asignará código específico para esta condición.

#### 8.2.3. Enfermedad renal debida a HTA y a diabetes mellitus.

La patología renal crónica descrita como debida a HTA y a diabetes mellitus se clasificará con los códigos específicos para cada una de estas circunstancias.

Si el paciente presentase una insuficiencia renal, ésta se contemplará mediante el dígito de subclasificación de la categoría 403 Enfermedad renal hipertensiva o 404 Enfermedad cardíaca y renal hipertensiva.

#### 8.2.4. Enfermedad renal como causa de hipertensión (HTA secundaria).

La categoría 405 Hipertensión secundaria, a diferencia de la 403 Enfermedad renal hipertensiva, no es código de combinación para insuficiencia renal. Su correcta clasificación necesitará de codificación múltiple, secuenciándose en primer lugar la enfermedad renal subyacente.

#### 8.2.5. HTA y enfermedad cardíaca y renal.

La categoría 404 Enfermedad cardíaca y renal hipertensiva es código de combinación para la presencia conjunta de cualquier elemento clasificable en 402 Cardiopatía hipertensiva junto a cualquiera clasificable en 403 Enfermedad renal hipertensiva.

Mediante subclasificación contempla la existencia de insuficiencia cardíaca congestiva, insuficiencia renal o la combinación de ambas.

#### 8.2.6. HTA y enfermedad cerebrovascular

La enfermedad cerebrovascular, sección ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR (430-438), cuando es resultado de una HTA de larga evolución necesitará de codificación múltiple siendo diagnóstico secundario esta última.

#### 8.2.7. HTA y retinopatía.

Se codificará como principal 362.11 Retinopatía hipertensiva y como asociado el que correspondiese a la HTA.

#### 8.2.8. HTA benigna frente a maligna.

Debe estar claramente definida la condición de benigna o maligna en la expresión diagnóstica, de no determinarse se considerará no especificada.

#### 8.2.9. HTA controlada frente a incontrolada.

La CIE-9-MC no clasifica esta característica por lo que se le asignará el código apropiado de la HTA.

#### 8.2.10. HTA frente a elevación de presión arterial.

##### 8.2.10.1. Hallazgo aislado de presión arterial elevada.

Se incluirán en 796.2 Lectura de tensión arterial elevada sin diagnóstico de hipertensión.

##### 8.2.10.2. Crisis Hipertensiva

La crisis hipertensiva requerirá codificación múltiple, utilizándose el código correspondiente de HTA más los códigos de los procesos asociados a la crisis hipertensiva.

#### 8.2.11. Tensión arterial y cirugía

##### 8.2.11.1. Hipertensión y cirugía

Clasificación de hipertensión unida a cirugía	
CIRCUNSTANCIA	CLASIFICACIÓN
HTA postoperatoria documentada como complicación de cirugía	Código principal: <b>997.91 Hipertensión (Complicaciones que afectan a otros sistemas y aparatos corporales especificados, no clasificados bajo otros conceptos)</b> Código secundario: El correspondiente a la HTA.
HTA postoperatoria no documentada como complicación de cirugía	Código principal: El correspondiente a la HTA
Elevación de la tensión arterial postoperatoria	Código principal: <b>796.2 Lectura de tensión arterial elevada sin diagnóstico de HTA</b>
HTA o elevación de tensión arterial debida a anestesia	Al ser considerada como RAM se añadirá al código del trastorno de la tensión arterial un código de la categoría <b>E938 Otros depresores del sistema nervioso central y anestésicos</b>

Ante la expresión diagnóstica "hipertensión postoperatoria" no se debe presuponer ni la relación causal de la cirugía con la HTA ni que la elevación de la tensión arterial sea una HTA verdadera.

##### 8.2.11.2 Hipotensión y cirugía

La hipotensión postoperatoria documentada como complicación de la cirugía se clasificará en la subcategoría 458.2 Hipotensión iatrogénica.

#### 8.2.12. Historia de HTA.

Suele referirse a HTA bajo control por lo que se le asignará el código correspondiente de HTA.

### **8.3. COMPLICACIONES CARDÍACAS POSTQUIRÚRGICAS.**

#### 8.3.1. Complicación cardíaca de cualquier cirugía.

La subcategoría 997.1 Complicaciones cardíacas contempla complicaciones cardíacas postquirúrgicas en postoperatorio inmediato por cualquier cirugía.

Como código asociado recogeremos el correspondiente a la complicación.

#### 8.3.2. Complicaciones en cirugía cardíaca.

##### 8.3.2.1. Complicaciones a largo plazo

La subcategoría 429.4 Trastornos funcionales postcirugía cardíaca contempla las complicaciones a largo plazo por cirugía exclusivamente cardíaca.

Se recogerá como código asociado el tipo de disfunción excepto la insuficiencia cardíaca que va implícita en la subcategoría.

##### 8.3.2.2. Complicaciones sin plazo.

La subcategoría 996.0 Complicaciones mecánicas de dispositivos, implantación e injerto cardíaco no específica período de tiempo para su utilización.

### **8.4 TRASTORNOS CEREBROVASCULARES.**

#### 8.4.1. Enfermedad cerebrovascular mal definida.

La categoría 436 Enfermedad cerebrovascular mal definida deberá utilizarse en el menor número posible de casos. En aquellas circunstancias en que deba utilizarse será incompatible con cualquier otro código de la sección ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR (430 - 438).

#### 8.4.2. Infarto cerebral

La asignación del dígito de subclasificación en las categorías 433 Oclusión y estenosis de las arterias precerebrales y 434 Oclusión de arterias cerebrales se realizará según las siguientes pautas:

Clasificación y subclasificación de infarto cerebral	
CIRCUNSTANCIA	USO DEL QUINTODÍGITO
Infarto cerebral por oclusión o estenosis de arterias precerebrales y cerebrales	Usar código de la estenosis con 5º dígito <b>1</b>
Infarto cerebral y oclusión, coexistiendo con estenosis de arterias precerebrales y cerebrales sin relación causal especificada	Diagnóstico principal: <b>434.91 Oclusión de arteria cerebral no especificada. Infarto cerebral</b> Diagnóstico secundario: El correspondiente a la oclusión o la estenosis con 5º dígito <b>0</b>
Infarto cerebral sin más información	Diagnóstico principal: <b>434.91 Oclusión de arteria cerebral no especificada. Infarto cerebral</b>

#### 8.4.3. Trastornos debidos a enfermedad cerebrovascular.

Cualquier déficit producido por un trastorno cerebrovascular y que no esté presente en el momento del alta, no será codificado.

#### 8.4.4. Efectos tardíos en enfermedad cerebrovascular.

La categoría 438 Efectos tardíos de enfermedad cerebrovascular se utilizará, como código secundario, siempre que existan secuelas debidas a la patología cerebral y éstas deberían codificarse también. Si no existiesen secuelas se utilizará el código V12.5 Historia personal de enfermedad del aparato circulatorio.

Los códigos 438 y V12.5 son incompatibles.

### 8.5. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA 8.5.1. Infarto agudo de miocardio (IAM).

La categoría 410 Infarto agudo de miocardio recoge mediante subcategoría la estructura lesionada y mediante subclasificación el episodio de cuidados.

Clasificación del infarto agudo de miocardio y su subclasificación según el episodio de cuidados	
EPISODIO DE CUIDADOS (5° DÍGITO)	INTERPRETACIÓN
0 No especificado	Empléese cuando la fuente documental no proporcione información suficiente para la asignación del quinto dígito 1 ó 2.
1 Inicial	Empléese para designar la fase aguda de la atención (independientemente de la ubicación del tratamiento) de un nuevo episodio de infarto de miocardio. El quinto dígito 1 se asignará con independencia de las veces que el paciente sea visto en uno u otro centro siempre que sea durante el episodio de cuidados inicial. (Dentro de las primeras 8 semanas)
2 Subsiguiente	Empléese para designar un episodio de cuidados a continuación del episodio inicial cuando el paciente es ingresado para observación, evaluación o tratamiento de un infarto de miocardio que ya ha recibido tratamiento inicial, pero está todavía dentro de las 8 semanas siguientes.
+ 8 semanas	Cualquier proceso o circunstancia con más de 8 semanas subsiguiente al IAM se incluirá en <b>414.8. Otras formas especificadas de enfermedad cardíaca isquémica crónica.</b>

#### 8.5.2. Reinfarto.

Si durante el proceso de cuidados en un IAM el paciente sufre un reinfarto se clasificará como otro infarto mediante el código correspondiente.

#### 8.5.3. IAM sin onda q.

Se incluirá en la subcategoría 410.7 Infarto subendocárdico.

#### 8.5.4. Ángor que desarrolla IAM

Si un paciente ingresa por una patología contenida en la categoría 411 Otras formas agudas y subagudas de cardiopatía isquémica y desarrolla un IAM, se recogerá sólo este último.

#### 8.5.5. Arteriosclerosis coronaria

##### 8.5.5.1. Angor y arteriosclerosis coronaria

Si la arteriosclerosis se diagnostica por primera vez, éste será el diagnóstico principal y el secundario la angina. Si está diagnosticado de arteriosclerosis, la angina será diagnóstico principal, cuando los principales recursos se dirijan sólo hacia su tratamiento.

##### 8.5.5.2. Enfermedad de vasos coronarios

La llamada "enfermedad de vasos coronarios" (uno o varios vasos) se clasificará mediante la subcategoría 414.0 Aterosclerosis coronaria, con su 5° dígito correspondiente

#### 8.5.6. Dolor precordial

Para el dolor precordial que no pueda ser considerado ángor se utilizará la subclasificación 786.51 Dolor precordial si se realizan estudios cardiológicos o la 786.50 Dolor torácico no especificado si no se orientó el estudio hacia la patología cardíaca.

#### 8.5.7. Parada cardiorrespiratoria

Clasificación según la circunstancia que ha derivado la parada cardiorrespiratoria	
CIRCUNSTANCIA	CLASIFICACIÓN
Admitido por parada cardiorrespiratoria con resucitación conseguida	Diagnóstico principal: Patología de base causante de la parada cardiorrespiratoria Diagnóstico secundario: <b>427.5 Parada cardíaca</b>
Parada cardiorrespiratoria durante el episodio con resucitación	Diagnóstico principal: Proceso causa del ingreso Diagnóstico secundario: <b>427.5 Parada cardíaca</b>
Parada cardiorrespiratoria como causa de fallecimiento	Diagnóstico principal: Proceso causa del ingreso. No se utilizará <b>427.5 Parada cardíaca</b> , para especificar el fallecimiento se utilizará el campo motivo de alta del CMDB
Parada cardiorrespiratoria en proceso obstétrico	Se aplicarán las pautas anteriores. Al código <b>427.5 Parada cardíaca</b> le precederá la subcategoría <b>648.6 Otras enfermedades cardiovasculares</b>
Parada cardiorrespiratoria intraoperatoria	Se aplicarán las pautas anteriores. Al código <b>427.5 Parada cardíaca</b> le precederá la subcategoría <b>997.1 Complicaciones cardíacas</b>

### 8.6. PROCEDIMIENTOS EN CIRUGÍA CARDÍACA

#### 8.6.1. Derivación (by-pass) coronaria

Cuando se clasifique una derivación coronaria se codificará tanto el by-pass como la circulación extracorpórea. La hipotermia, cardioplejia, implantación de marcapasos temporal... se consideran parte integrante del proceso quirúrgico por lo que su codificación es opcional.

#### 8.6.2. Marcapasos cardíaco

Las características y modo de estimulación de los marcapasos se identifican mediante un código de hasta cinco letras que constituye la nomenclatura internacional de marcapasos.

Clasificación de marcapasos cardíacos según sus características y modo de estimulación (Nomenclatura Internacional de marcapasos)

- PRIMERA LETRA: CÁMARA ESTIMULADA:
  - O: Sin actividad en ninguna cámara (ni aurícula, ni ventrículo)
  - A: Con actividad en aurícula
  - V: Con actividad en ventrículo
  - D: Con actividad en ambas cámaras
- SEGUNDA LETRA: CÁMARA SENSADA O DETECTADA
  - O sin actividad en ninguna cámara
  - A: Con actividad en aurícula
  - V: Con actividad en ventrículo
  - D: Con actividad en ambas cámaras
- TERCERA LETRA: COMPORTAMIENTO DEL MARCAPASO EN PRESENCIA DE ACTIVIDAD ELÉCTRICA
  - O: Ninguna actividad
  - I: Se inhibe por la actividad espontánea (propia del paciente) que detecte el marcapaso
  - T: Disparado (triggered), se activa al detectar un determinado ritmo cardíaco del paciente
  - D: De cualquiera de las dos formas anteriores
- CUARTA LETRA: CON RESPECTO A LA PROGRAMABILIDAD
  - O: No es programable, los parámetros son fijos (generalmente en marcapasos antiguos)
  - M: Multiprogramable (se pueden programar mas de tres parámetros, habitualmente 6, que regulan el funcionamiento del marcapaso)
  - C: El marcapaso dispone de telemetría
  - R: El marcapaso es autorregulable en frecuencia (dispone de un sensor de actividad)
- QUINTA LETRA: FUNCIONES ESPECIALES
  - O: Ninguna
  - P: Tratamiento para taquicardias
  - D: Capacidad de desfibrilación automática

La clasificación utiliza en la subcategoría 37.8 Inserción, sustitución y revisión de aparatos marcapasos los conceptos cámara única o doble y ritmo sensible o no para la agrupación de los marcapasos, la correspondencia con la nomenclatura internacional de marcapasos es la siguiente:

CÁMARA UNICA: primera letra A o V

CÁMARA DOBLE: primera letra D

RITMO SENSIBLE: cuarta letra R

A veces puede encontrarse en la nomenclatura una letra inicial S que correspondería a aquellos marcapasos con una sola implantación pero que indistintamente podría insertarse en aurícula o ventrículo por lo que serían de cámara única.

## 9. Aparato respiratorio

### 9.1. NEUMONÍA

En la neumonía infecciosa, para codificar el proceso pulmonar y el germen, la clasificación puede utilizar código de combinación o codificación múltiple, para ello seguiremos las instrucciones del alfabético.

Clasificación por código de combinación o codificación múltiple para la neumonía infecciosa	
SI EXISTE CÓDIGO DE COMBINACIÓN	SI SE NECESITA CODIFICACIÓN MÚLTIPLE
Se asignará el código correspondiente del capítulo <b>1. ENFERMEDADES INFECCIOSAS O PARASITARIAS</b> o del capítulo <b>8. ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO</b> según indique el índice alfabético.	Código principal: Capítulo <b>1. ENFERMEDADES INFECCIOSAS O PARASITARIAS</b> Código asociado: Capítulo <b>8. ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO</b>

### 9.2. ABSCESO PULMONAR

Si necesita codificación múltiple el planteamiento es el inverso a la neumonía.

Clasificación por código de combinación o codificación múltiple para el absceso pulmonar	
EXISTE CÓDIGO DE COMBINACIÓN	SE NECESITA CODIFICACIÓN MÚLTIPLE
Solo existe un caso <b>006.4 Absceso amebiano pulmonar</b>	Código principal: Categoría <b>513 Absceso de pulmón y mediastino.</b> Código asociado: El del germen

### 9.3. ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

#### 9.3.1. Clasificación de la EPOC

La EPOC de la que no se especifica la patología de base se codifica en la categoría 496 Obstrucción crónica de vías respiratorias no clasificadas bajo otros conceptos. Cuando la patología que la ha originado es especificada y se encuentra en el excluye de la anterior categoría se le asignará solo el correspondiente a la causa.

#### 9.3.2. EPOC y broncoespasmo

La presencia de broncoespasmo no se codifica al estar implícita en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

### 9.3.3. EPOC e insuficiencia respiratoria

La insuficiencia respiratoria, 518.81 Fracaso respiratorio, se codificará como secundaria a la EPOC.

### 9.3.4. EPOC e infección respiratoria

La presencia de una infección respiratoria sin más especificación se codificará como secundaria a la EPOC. Si la infección fuese especificada (neumonía, absceso pulmonar...) se codificará como principal cuando la EPOC el código secundario.

### 9.3.5. Exacerbación de la EPOC

La exacerbación de la EPOC sin especificar, está contemplada de forma específica en la CIE-9-MC en la subcategoría 491.21 Bronquitis crónica obstructiva. En el resto de circunstancias, en las que la causa de la EPOC está especificada, no se contempla esta condición por lo que se asignará el código general de la patología sin diferenciar entre exacerbación o no.

## 9.4. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA / DISTRESS RESPIRATORIO

### 9.4.1. Insuficiencia respiratoria como diagnóstico principal o secundario

Clasificación de insuficiencia respiratoria según la circunstancia que la deriva	
CIRCUNSTANCIA	NORMAS DE CODIFICACIÓN
Insuficiencia respiratoria (aguda / crónica / reagudizada) con enfermedad crónica no respiratoria	Diagnóstico principal: <b>518.81 Fracaso respiratorio</b> Diagnóstico secundario: Enfermedad crónica no respiratoria
Insuficiencia respiratoria (aguda / crónica / reagudizada) con exacerbación aguda de patología crónica no respiratoria	Diagnóstico principal: Enfermedad crónica no respiratoria reagudizada Diagnóstico secundario: <b>518.81 Fracaso respiratorio</b>
Insuficiencia respiratoria (aguda / crónica / reagudizada) con proceso agudo no respiratorio	Diagnóstico principal: Proceso agudo no respiratorio Diagnóstico secundario: <b>518.81 Fracaso respiratorio</b>
Insuficiencia respiratoria (aguda / crónica / reagudizada) con enfermedad respiratoria crónica no reagudizada	Diagnóstico principal: <b>518.81 Fracaso respiratorio</b> Diagnóstico secundario: Enfermedad respiratoria crónica

	no reagudizada
Insuficiencia respiratoria (aguda / crónica / reagudizada) con enfermedad respiratoria crónica reagudizada o crónica descompensada	Diagnóstico principal: Enfermedad respiratoria crónica reagudizada o crónica descompensada Diagnóstico secundario: <b>518.81 Fracaso respiratorio</b>
Insuficiencia respiratoria (aguda / crónica / reagudizada) con enfermedad respiratoria aguda	Diagnóstico principal: Enfermedad respiratoria aguda Diagnóstico secundario: <b>518.81 Fracaso respiratorio</b>

### 9.5. EDEMA AGUDO DE PULMÓN CARDIOGENICO

El edema agudo de pulmón de origen cardiogénico va implícito en la insuficiencia cardiaca izquierda y no se codifica si ya hemos codificado dicha insuficiencia. Si no queda clara la relación causal del edema con la patología cardiaca, deberán codificarse ambos.

### 9.6 HIPERTENSIÓN PULMONAR (HTP) Y COR PULMONALE

La codificación de el cor pulmonale y la HTP es diferente según se describan juntos o separados.

Clasificación de hipertensión pulmonar y cor pulmonale	
CIRCUNSTANCIA	NORMAS DE CODIFICACIÓN
HTP CON COR PULMONALE CRÓNICO	<b>416.8 Otras enfermedades cardiopulmonares crónicas</b>
HTP CON COR PULMONALE AGUDO	<b>415.0 Cor pulmonale agudo</b>
HTP	<b>416.0 Hipertensión pulmonar primaria</b>
COR PULMONALE NEOM O CRÓNICO	<b>416.9 Enfermedad cardiopulmonar crónica no especificada</b>
COR PULMONALE AGUDO	<b>415.0 Cor pulmonale agudo</b>

## ***10. Aparato digestivo***

### **10.1. ÚLCERAS GÁSTRICA Y DUODENAL**

No existe código de combinación para la presencia conjunta de ambas úlceras por lo que se asignará un código para cada una de ellas. El concepto úlcera gastroduodenal contemplado en la categoría 533 Úlcera péptica de sitio no especificado, debe considerarse como un código inespecífico y no como de combinación para la presencia conjunta de úlcera gástrica y duodenal.

### **10.2. HEMORRAGIA DIGESTIVA SIN CÓDIGO DE COMBINACIÓN**

Cuando para la hemorragia digestiva y su causa no exista código de combinación se necesitará de codificación múltiple considerando como principal aquel al que esté orientado el diagnóstico y el tratamiento.

### **10.3. HERNIA INGUINAL DIRECTA E INDIRECTA**

Aunque la clasificación de enfermedades no distingue entre hernia inguinal directa o indirecta, el concepto se deberá tener en cuenta ya que para la asignación del procedimiento quirúrgico si es considerado.

### **10.4. ADHERENCIAS ABDOMINOPÉLVICAS**

La presencia de adherencias abdominopélvicas que conlleve una adhesiolisis se recogerá mediante el código de diagnóstico adecuado y la categoría 54.5 Lisis de adherencias peritoneales, si la hubiera.

### **10.5. INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI**

Los procesos gástricos descritos como debidos a una infección por Helicobacter Pylori necesitarán de codificación múltiple siendo código asociado 041.86 Infección por Helicobacter Pylori.

### **10.6. HEPATITIS VIRAL**

#### **10.6.1. Patrones serológicos**

<b>Clasificación de hepatitis viral según el tipo y patrón serológico</b>	
<b>TIPO INFECCION</b>	<b>PATRON SEROLOGICO</b>
Infección activa	Alguna de las siguientes circunstancias: 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	Anti HBs(+)

## 10.6.2. Clasificación hepatitis viral

Clasificación de hepatitis viral	
CIRCUNSTANCIA	NORMAS DE CLASIFICACIÓN
HEPATITIS POR VIRUS NO HEPATOTROPO	Código principal: Infección por el virus Código asociado: <b>573.1 Hepatitis en enfermedades virales clasificadas bajo otros conceptos</b>
HEPATITIS POR VIRUS HEPATOTROPO (sea aguda o crónica)	Categoría <b>070 Hepatitis viral</b>
HEPATITIS CRÓNICA (activa, persistente o no especificada) con presencia de marcadores serológicos que cumplen los criterios* de infección actual para cada tipo de virus	Categoría <b>070 Hepatitis viral</b>
HEPATITIS CRÓNICA (activa, persistente o no especificada) con presencia de marcadores serológicos que no cumplen los criterios* de infección actual para cada tipo de virus	Código principal: Subcategoría <b>571.4 Hepatitis crónica</b> en cualquiera de sus variantes: (.40.No especificada;.41.Persistente ó .49.Activa) Código asociado: <b>V02.6 Hepatitis vírica (Portador o sospechoso de ser portador)</b>

\* Véase criterios de infección actual para cada tipo de virus en el Tema Monográfico sobre hígado del Boletín 1, pág. 7-9

## 10.7. CIRROSIS HEPÁTICA

### 10.7.1. Cirrosis hepática y hepatitis viral

La coexistencia de cirrosis hepática y hepatitis viral, aguda o crónica, necesitará de codificación múltiple siendo principal la cirrosis y secundario la hepatitis, con los criterios antes expuestos.

### 10.7.2. Complicaciones de cirrosis hepática

Las complicaciones de la cirrosis hepática necesitan de codificación múltiple. Cuando la complicación sea el motivo del ingreso será código principal sobre el de la cirrosis excepto si la clasificación indicase lo contrario (código en *italica*), o si se tratase de signos o síntomas

## 10.8. PROCEDIMIENTOS EN PATOLOGÍA DE VÍAS BILIARES

La CIE-9-MC posee pocos códigos de combinación para los procedimientos sobre vías biliares por lo que se deberá ser exhaustivo en la asignación de códigos para todos los

procedimientos que se realicen en una misma intervención (colangiografía intraoperatoria, exploración de colédoco.. ).

# ***11. Aparato genitourinario***

## **11.1. INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO Y PROCEDIMIENTOS**

### **11.1.1. Infección y cirugía del tracto urinario.**

Si el procedimiento se realizó sobre el tracto genitourinario y queda determinada la relación causa efecto se codificará como 998.5 Infección postoperatoria más la infección urinaria con el germen causal como asociados.

### **11.1.2. Infección por catéteres.**

En infección por catéteres u otros dispositivos similares se asigna el código 996.64 Por catéter urinario residente (reacción infecciosa e inflamatoria por dispositivo, implantación e injertos protésicos internos) y como asociado el germen causal.

### **11.1.3. Relación causa efecto no documentada.**

Si no se puede documentar la relación causa efecto entre la infección y el procedimiento se considera exclusivamente como una infección del tracto genitourinario.

## **11.2. ENFERMEDAD RENAL CON DIABETES MELLITUS**

Ver 8.2.3.

## **11.3. ENFERMEDAD RENAL E HIPERTENSIÓN**

Ver 8.2

## **11.4. DIÁLISIS RENAL**

### **11.4.1. Normas generales de clasificación**

Clasificación de diálisis renal según las circunstancias de ingreso	
CIRCUNSTANCIAS DEL INGRESO	CLASIFICACIÓN
Admisión para diálisis renal	<p>Diagnóstico principal (según corresponda):  <b>V56.0 Diálisis extracorporal o V56.8 Diálisis peritoneal</b></p> <p>Diagnóstico secundario:            Enfermedad renal</p> <p>Procedimientos:  <b>39.95 Hemodiálisis o 54.98 Diálisis peritoneal.</b></p>
Admisión para diálisis con realización de procedimiento de acceso	<p>Diagnóstico principal (según corresponda):  <b>V56.0 Diálisis extracorporal o V56.8 Diálisis peritoneal</b></p> <p>Diagnóstico secundario:            Enfermedad renal</p> <p>Procedimiento (según corresponda):  <b>39.95 Hemodiálisis</b>  <b>54.98 Diálisis peritoneal</b>  <b>38.95 Cateterismo venoso para diálisis renal</b>  <b>39.27 Arteriovenostomía para diálisis renal</b>  <b>39.93 Inserción de cánula de vaso a vaso</b>  <b>54.93 Creación de fistula cutaneoperitoneal</b>  <b>86.07 Inserción de dispositivo de acceso vascular (DAV) totalmente implantable</b></p>
Admisión para realización de procedimiento de acceso sin Odiálisis durante el ingreso	<p>Diagnóstico principal:            Patología de base</p> <p>Procedimiento (según corresponda):  <b>38.95 Cateterismo venoso para diálisis renal</b>  <b>39.27 Arteriovenostomía para diálisis renal</b>  <b>39.93 Inserción de cánula de vaso a vaso</b>  <b>54.93 Creación de fistula cutaneoperitoneal</b>  <b>86.07 Inserción de dispositivo de acceso vascular (DAV) totalmente implantable</b></p>

#### 11.4.2. Complicaciones de la diálisis

Clasificación de las posibles complicaciones de la diálisis	
CIRCUNSTANCIA	CLASIFICACIÓN
Demencia (Especificada como debida a aluminio)	Código principal: <b>985.8 Efectos tóxicos a otros metales especificados</b> Códigos secundarios: 1) <b>294.8 Otros síndromes cerebrales orgánicos especificados (crónicos)</b> 2) Enfermedad renal Optativo: <b>E879.1 Diálisis renal (Otras técnicas, sin mención del accidente en el momento de practicarlas, como causa de reacción anormal del paciente, o de complicación posterior)</b>
Demencia (No especificada como debida a aluminio)	Código principal: <b>294.8 Otros síndromes cerebrales orgánicos especificados (crónicos)</b> Código secundario: Enfermedad renal Optativo: <b>E879.1 Diálisis renal (Otras técnicas, sin mención del accidente en el momento de practicarlas, como causa de reacción anormal del paciente, o de complicación posterior)</b>
Desequilibrio electrolítico por diálisis	Código principal: El tipo de alteración hidroelectrolítica Código secundario: Enfermedad renal Optativo: <b>E879.1 Diálisis renal (Otras técnicas, sin mención del accidente en el momento de practicarlas, como causa de reacción anormal del paciente, o de complicación posterior)</b>

#### 11.5. PROLAPSO GENITAL FEMENINO

La asignación de códigos de la categoría 618 Prolapso genital estará condicionada por la existencia o no del prolapso uterino. Si coexistiese una incontinencia urinaria de esfuerzo, deberá recogerse como secundario el código de la subcategoría 625.6 Incontinencia de estrés (esfuerzo) femenina. Si el prolapso fuese una secuela de un proceso obstétrico, se añadirá la categoría 677 Efectos tardíos de complicaciones de embarazo, parto y puerperio. Si sólo se mencionase la incontinencia urinaria, se deberá buscar información acerca del posible prolapso genital acompañante.

## 12. Embarazo, parto y puerperio

### 12.1. SECUENCIA DE CÓDIGOS

Los códigos del capítulo 11. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (630 - 676) siempre se secuenciarán antes que los de cualquier otro capítulo que coexistan en el mismo ingreso.

La categoría V27 Resultado del parto identifica en la historia de la madre el producto del parto (sencillo o múltiple y vivo o muerto). Su uso es obligatorio como código secundario en los episodios con parto y sólo podrá ser diagnóstico secundario.

### 12.2. EMBARAZO ECTÓPICO Y MOLAR O ABORTO.

Clasificación de embarazo ectópico y molar o aborto	
MOTIVO DE ADMISIÓN	SECUENCIA DE CÓDIGOS
Ingreso por embarazo ectópico o molar que desarrolla complicación durante el ingreso	Diagnóstico principal: Sección EMBARAZO ECTÓPICO O MOLAR (630-633) Diagnóstico secundario: Categoría <b>639 Complicaciones después de aborto y de embarazos ectópicos y molares</b>
Ingreso por complicación de un embarazo ectópico o molar	Diagnóstico principal: Categoría <b>639 Complicaciones después de aborto y de embarazos ectópicos y molares</b>
Ingreso por aborto con complicación	Diagnóstico principal: Aborto Sección OTRO EMBARAZO CON RESULTADO ABORTIVO (634-639) exceptuando a <b>639 Complicaciones después de aborto y de embarazos ectópicos y molares.</b>
Ingreso tras aborto por complicación sin retención de restos del embarazo	Diagnóstico principal: <b>639 Complicaciones después de aborto y de embarazos ectópicos y molares</b>
Ingreso tras aborto por retención de restos del embarazo	Diagnóstico principal: Categorías <b>634 Aborto espontáneo o 635 Aborto legalmente inducido</b> con 5º dígito 1(incompleto)
Aborto con resultado de feto vivo	Diagnóstico principal: <b>640.01 Amenaza de aborto con feto vivo.</b>

### 12.3. TRAUMATISMOS Y PROCEDIMIENTOS NO OBSTÉTRICOS QUE PRODUCEN ABORTO.

12.3.1. Traumatismos o procedimientos no obstétricos que ineludiblemente produzcan aborto.

Se utilizará la categoría 637 Aborto no especificado.

Nunca podrá ser diagnóstico principal.

12.3.2. Traumatismos o procedimientos no obstétricos que no produzcan aborto de forma ineludible.

Cuando un aborto sea posterior a un procedimiento de este tipo o de un traumatismo se utilizará la categoría 634 Aborto espontáneo.

#### 12.4. PROCEDIMIENTOS EN ABORTOS.

Clasificación de procedimientos en abortos	
CONDICIÓN	CÓDIGO A ASIGNAR
De uso exclusivo para terminación de embarazo	<b>69.01 Dilatación y raspado para terminación de embarazo</b> <b>69.51 Raspado por aspiración de útero para terminación de embarazo</b> <b>74.91 Histerotomía para terminar embarazo</b> <b>75.0 Inyección intraamniótica para inducir aborto</b>
De uso exclusivo en abortos no inducidos	<b>69.02 Dilatación y raspado después de parto o aborto</b> <b>69.52 Raspado por aspiración después de parto o aborto</b>
De uso indistinto	<b>69.93 Inserción de laminaria</b> <b>96.49 Otra instilación genitourinaria</b>

#### 12.5. PARTO NORMAL

En la categoría 650 Parto en un caso totalmente normal sólo se pueden clasificar los partos con las siguientes condiciones.

Circunstancias dadas en un parto normal	
ÚNICAS CONDICIONES ASOCIADAS A PARTO NORMAL	ÚNICOS PROCEDIMIENTOS OBSTÉTRICOS PERMITIDOS EN UN PARTO NORMAL
Sin complicaciones en el episodio del parto aunque existieran durante el embarazo Espontáneo Presentación cefálica Sencillo (un solo R.N.) A término Recién nacido vivo	Episiotomía Amniotomía (rotura artificial de membranas) Administración de analgésicos y anestésicos Inducción médica del parto Monitorización fetal Parto asistido manualmente

#### 12.6. QUINTO DÍGITO PARA EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO.

12.6.1. Objetivo de los dígitos de subclasificación.

En las secciones COMPLICACIONES PRINCIPALMENTE RELACIONADAS CON EL EMBARAZO (640-648), PARTO NORMAL Y OTRAS INDICACIONES PARA CUIDADOS DURANTE EL EMBARAZO, TRABAJO DE PARTO Y PARTO (650-659) (Excepto 650 Parto en un caso totalmente normal), COMPLICACIONES QUE SE PRESENTAN PRINCIPALMENTE DURANTE EL CURSO DEL PARTO (660-669) y COMPLICACIONES DEL PUERPERIO (670-676), se deberá usar un dígito de subclasificación que tienen como objetivo indicarnos:

- Estado obstétrico del proceso asistencial (embarazo, parto o puerperio).
- Momento de aparición de la complicación que estamos tratando en un determinado proceso asistencial (durante el embarazo, durante el parto o durante el puerperio).

#### 12.6.2. Uso de los dígitos de subclasificación.

Subclasificación de complicaciones en el embarazo, parto y puerperio		
DÍGITO	DEFINICIÓN	COMPATIBILIDAD DE DÍGITOS
0	<p>SIN ESPECIFICACIÓN CON RESPECTO A EPISODIO DE CUIDADOS Información tan básica siempre deberá existir y por ello no está permitido su uso para embarazo, parto o puerperio.</p> <p>Cuando en un concepto de la sección OTRO EMBARAZO CON RESULTADO ABORTIVO (634-639) deba determinarse su causa obstétrica, utilizaremos 5º dígito 0 para los códigos adecuados de las secciones COMPLICACIONES PRINCIPALMENTE RELACIONADAS CON EL EMBARAZO (640-648) o PARTO NORMAL Y OTRAS INDICACIONES PARA CUIDADOS DURANTE EL EMBARAZO, TRABAJO DE PARTO Y PARTO (650-659) (Excepto <b>650 Parto en un caso totalmente normal</b>)</p>	Incompatible con el uso de cualquier otro 5º dígito para un mismo proceso asistencial
1	<p>PARTO, CON O SIN MENCIÓN DE ESTADO ANTEPARTUM</p> <p>Se ha producido el parto en este proceso de hospitalización y la condición obstétrica que recogemos puede haber aparecido con anterioridad o durante el mismo.</p>	Compatibilidad sólo con el 5º dígito 2 para un mismo proceso asistencial
2	<p>PARTO, CON MENCIÓN DE COMPLICACIÓN POSTPARTO</p> <p>Se ha producido el parto en este proceso de hospitalización y durante el mismo ha aparecido una complicación postparto.</p>	Compatibilidad sólo con el 5º dígito 1 para un mismo proceso asistencial

3	<b>ESTADO O COMPLICACIÓN ANTEPARTO</b> Proceso asistencial por una complicación que incide en el embarazo sin que durante el mismo se produzca el parto.	Incompatible con el uso de cualquier otro 5° dígito para un mismo proceso asistencial
4	<b>ESTADO O COMPLICACIÓN POSTPARTO</b> El parto se ha producido en un anterior proceso de hospitalización y reingresa por una complicación del puerperio.	Incompatible con el uso de cualquier otro 5° dígito para un mismo proceso asistencial

## 12.7. COMPLICACIONES NO OBSTÉTRICAS RELACIONADAS CON EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

### 12.7.1. ¿Cuándo se codifican?

- Si complican el embarazo parto o puerperio
- Si implican cuidados especiales o modifican el tratamiento en el embarazo parto o puerperio
- Si el proceso no obstétrico se ve alterado por el embarazo parto o puerperio

### 12.7.2. Búsqueda en el índice alfabético.

Estas complicaciones se puede encontrar en el índice alfabético por :

- La patología y como modificador esencial "que complica el embarazo, parto o puerperio"
- "Embarazo", "parto" y "puerperal" con el modificador correspondiente.

### 12.7.3. Codificación múltiple.

Cuando el código de combinación del proceso no obstétrico relacionado con el embarazo, parto o puerperio contenido en el capítulo 11. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO no sea lo suficientemente informativo, deberemos utilizar un código asociado para dicho proceso no obstétrico. Los códigos con 5° dígito 1 deben preceder a los códigos con 5° dígito 2.

## 12.8. PARTO OBSTRUIDO.

Será necesario que esté claramente determinada la condición de parto obstruido. Necesitará de codificación múltiple.

Códigos principal y asociado para el tipo y la causa de parto obstruido	
<b>CÓDIGO PRINCIPAL PARA EL TIPO DE OBSTRUCCIÓN</b>	<b>CÓDIGO ASOCIADO PARA LA CAUSA ESPECÍFICA DE LA OBSTRUCCIÓN PERTENECIENTE A ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CATEGORÍAS</b>
Subcategoría <b>660.0 Obstrucción causada por posición defectuosa del feto al inicio del parto</b>	<b>652 Estática y presentación defectuosa del feto</b>

Subcategoría <b>660.1 Obstrucción por pelvis ósea</b>	<b>653 Desproporción</b>
Subcategoría <b>660.2 Obstrucción por tejidos blandos pélvicos anormales</b>	<b>654 Anormalidad de órganos y tejidos blandos anormales</b>

## 12.9. PARTO EXTRAHOSPITALARIO

Clasificación de partos extrahospitalarios	
CIRCUNSTANCIAS	CLASIFICACION
Con alumbramiento intrahospitalario	Codificar como parto intrahospitalario
Con alumbramiento extrahospitalario y con complicación	Codificar como ingreso por proceso puerperal
Con alumbramiento extrahospitalario y sin complicación	Diagnóstico principal: <b>V24.0 Inmediatamente después del parto (Cuidados y examen postparto)</b> No emplear ningún otro código obstétrico.

### 12.10. EFECTOS TARDÍOS DE COMPLICACIÓN EN EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO

La categoría 677 Efecto tardío de complicación de embarazo, parto y puerperio se usará para identificar la causa de secuelas obstétricas. Se aplicarán a este código las normas generales de clasificación de efectos tardíos.

## ***13. Ciertas enfermedades con origen en el período perinatal***

### **13.1. NORMAS GENERALES.**

El capítulo 15. CIERTAS ENFERMEDADES CON ORIGEN EN EL PERÍODO PERINATAL clasifica:

- Patologías, generalmente de naturaleza transitoria, que son propias del período perinatal.
- Causas maternas que originen patologías en el recién nacido.
- Aquellas patologías de aparición tardía con claro origen en el período perinatal.

Nunca se utilizarán códigos del capítulo 15 en la historia clínica de la madre.

### **13.2. SECUENCIA DE CÓDIGOS.**

Cuando se necesite de codificación múltiple será código principal el que describa la patología neonatal, sección OTRAS ENFERMEDADES CON ORIGEN EN EL PERÍODO PERINATAL (764 - 779), y secundario el que describa la causa materna de la alteración de la sección CAUSAS MATERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD PERINATALES (760 - 763).

### **13.3. USO DEL ÍNDICE ALFABÉTICO.**

<b>TÉRMINO PRINCIPAL</b>	<b>MODIFICADORES ESENCIALES</b>
Nacimiento	Descripción de la patología
Descripción de la patología	- que afecta al feto o recién nacido - neonatal - infantil

### **13.4. CLASIFICACIÓN DE BEBÉS NACIDOS CON VIDA SEGÚN EL TIPO DE PARTO.**

#### **13.4.1. Uso de la sección V30 - V39.**

Solamente se asignará un código de la sección R.N. CON VIDA SEGÚN EL TIPO DE PARTO (V30-V39) si el nacimiento del niño se produce en un hospital en el que se crea una historia clínica a todo R.N., estando las cunas incluidas en la dotación de camas del centro.

#### **13.4.2. Secuencia de códigos**

Cuando no se den las circunstancias descritas en 13.4.1. se aplicarán las siguientes normas:

Clasificación de bebés nacidos con vida con alguna patología	
CIRCUNSTANCIAS	NORMAS DE CLASIFICACIÓN
R.N. con patología ingresado tras el parto	Código principal: Patología del R.N.
R.N. ingresado tras el parto para estudio de patología que se descarta al alta.	<b>Categoría V29 Observación y evaluación de recién nacidos y niños por sospecha de enfermedades no encontradas</b>
R.N. ingresado tras el parto para estudio de patología que se descarta al alta y aparición durante el ingreso de otra patología.	Código principal: <b>Categoría V29 Observación y evaluación de recién nacidos y niños por sospecha de enfermedades no encontradas</b> Código secundario: Otra patología no relacionada.
R.N. trasladado desde otro hospital.	Código principal: Patología que origina el ingreso

#### 13.4.3. Uso de la categoría V29

Un código de la categoría V29 Observación y evaluación de recién nacidos y niños por sospecha de enfermedades no encontradas siempre será código principal excepto en la circunstancia descrita en 13.4.1.

## ***14. Clasificación de síntomas, signos, procesos mal definidos y hallazgos anormales de pruebas complementarias.***

La clasificación de síntomas, signos, procesos mal definidos y hallazgos anormales de pruebas complementarias deberá realizarse con especial precaución, buscando siempre una información más consistente.

<b>Clasificación de síntomas anormales y procesos mal definidos</b>	
<b>CIRCUNSTANCIA</b>	<b>NORMA DE CLASIFICACIÓN</b>
Implícitos en un diagnóstico	Nunca serán codificados cuando rutinariamente sean parte de un proceso más general
No implícitos en un diagnóstico	Si no están implícitos o si representan un problema importante que implique cuidados médicos se secuenciará como secundario
En ausencia de una condición más específica para definir el proceso asistencial	Esta será la única circunstancia en la que podrá utilizarse como diagnóstico principal
Frente a dos o más diagnósticos sin determinar alguno de ellos como principal	Cuando sean comunes a dos o más patologías sin un diagnóstico principal determinado, el signo o el síntoma será el código principal y los diagnósticos relacionados los secundarios

## ***15. Lesiones y envenenamientos***

### **15.1. FRACTURAS CERRADAS Y FRACTURAS ABIERTAS.**

Por defecto siempre se considerarán cerradas.

Si son descritas como abierta y cerrada se clasificarán como abierta.

### **15.2. FRACTURAS - LUXACIONES.**

Si la lesión descrita implica ambos conceptos se clasifican como fracturas.

### **15.3. FRACTURAS PATOLÓGICAS Y ESPONTÁNEAS.**

Las fracturas patológicas requerirán de codificación múltiple siendo diagnóstico principal la patología de base y secundario un código de la subcategoría 733.1 Fractura patológica con su 5º dígito correspondiente que identifica el lugar anatómico

### **15.4. FRACTURAS MÚLTIPLES EN UN MISMO EPISODIO.**

Se codificarán por separado salvo que el índice alfabético indique la existencia de código de combinación.

### **15.5. PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON FRACTURAS Y LUXACIONES**

#### **15.5.1. Procedimientos en fracturas bilaterales.**

El procedimiento aplicado, aunque sea el mismo, deberá recogerse por duplicado.

#### **15.5.2. Reducción de una fractura-luxación.**

Se codifica sólo como reducción de fractura sin que sea necesario código adicional alguno.

### **15.6. LESIONES Y HERIDAS**

<b>Clasificación de heridas y lesiones</b>	
<b>CIRCUNSTANCIA</b>	<b>NORMAS DE CLASIFICACIÓN</b>
Heridas asociadas a fracturas, luxaciones	No se codifican las heridas que estén implícitas en una fractura o luxación
Lesiones de vasos sanguíneos y nervios	La secuencia de códigos dependerá de la gravedad de las lesiones generales (heridas, fracturas...) frente a las de nervios o vasos
Lesiones superficiales	Los códigos de la sección LESIONES SUPERFICIALES (910-919) (ampollas, abrasiones, quemaduras por fricción) no se codifican si se asocian a lesiones más graves de la misma localización.

## 15.7. COMPLICACIONES DE LESIONES Y HERIDAS

La categoría 958 Ciertas complicaciones precoces de los traumatismos recoge ciertas circunstancias que no están incluidas en los códigos para traumatismos.

Sólo podremos utilizarlos como diagnóstico principal cuando la complicación haya sido el único motivo del ingreso.

## 15.8. TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS

Clasificación según el tipo de traumatismo craneoencefálico	
CIRCUNSTANCIA	NORMAS DE CLASIFICACIÓN
Traumatismos craneoencefálicos sin fractura de cráneo	Se clasificarán con códigos de la sección LESIÓN INTRACRANEAL SALVO AQUELLAS CON FRACTURA DE CRÁNEO (850-854)
Traumatismos craneoencefálicos con fractura de cráneo	La sección FRACTURA DE CRÁNEO (800-804) recoge mediante códigos de combinación ambas circunstancias por lo que no se asignará código de la sección LESIÓN INTRACRANEAL SALVO AQUELLAS CON FRACTURA DE CRÁNEO (850-854).
Síndrome postconmoción	La subcategoría <b>310.2 Síndrome de postconmoción cerebral</b> no deberá emplearse durante las primeras 48 horas tras el traumatismo craneoencefálico

## 15.9. CUERPO EXTRAÑO

Clasificación a seguir ante la presencia de un cuerpo extraño en herida	
CIRCUNSTANCIA	NORMAS DE CLASIFICACIÓN
Cuerpo extraño en herida.	Los cuerpos extraños asociados a herida se codificarán como herida complicada por localización
Cuerpo extraño en herida operatoria	Un cuerpo extraño dejado accidentalmente en una herida operatoria se clasifica como complicación de procedimiento en <b>998.4 Cuerpo extraño dejado accidentalmente durante un procedimiento.</b>
Cuerpo extraño a través de orificio	La presencia de cuerpo extraño que penetra a través de orificio se clasifica en la sección EFECTOS DE CUERPO EXTRAÑO QUE ENTRA A TRAVÉS DE ORIFICIO (930-939).

## 15.10. QUEMADURAS

### 15.10.1. Secuencia de códigos en quemaduras múltiples

Se codificarán individualmente las quemaduras de distintas localizaciones secuenciándose como código principal el que corresponda a la quemadura de mayor grado.

Se deberá evitar el uso de las categorías 946 Quemaduras de múltiples sitios especificado y 949 Quemadura, no especificada.

Si las quemaduras múltiples fuesen de igual localización, clasificadas en la misma categoría, y presentasen diferentes grados, sólo se recogerá el código correspondiente al grado mayor.

#### 15.10.2. Extensión y grado de las quemaduras

La extensión y el grado de las quemaduras se contemplan mediante la categoría 948 Quemaduras clasificadas según la extensión de la superficie corporal implicada que sólo se utilizará como código principal cuando no se tenga información específica sobre la localización de la quemadura. En el resto de los casos será código asociado al del código específico de localización.

La subcategoría indicará la superficie corporal total quemada. Mediante la subclasificación se recogerá la superficie corporal afectada por quemaduras de tercer grado con las siguientes normas:

- La superficie determinada mediante este quinto dígito no podrá expresar una superficie mayor a la contemplada mediante la subcategoría.
- Si no existen quemaduras de tercer grado el quinto dígito será el 0.

#### 15.10.3 Regla de los nueve

La extensión de las quemaduras suele evaluarse mediante la llamada regla de los nueve para calcular el porcentaje de superficie corporal afectada.

Regla de los nueve según la zona afectada por la quemadura	
SUPERFICIE AFECTADA	REGLA DE LOS NUEVES
CABEZA (anterior / posterior)	4,5 % + 4,5 %
TRONCO (anterior / posterior)	18 % + 18 %
EXTREMIDADES SUPERIORES (anterior / posterior)	(4,5 % + 4,5 %) + (4,5 % + 4,5 %)
EXTREMIDADES INFERIORES (anterior / posterior)	(9 % + 9% ) + (9% + 9% )
GENITALES	1 %

#### 15.10.4. Efectos tardíos y quemaduras en diferentes fases de curación

Los efectos tardíos de las quemaduras se clasifican según las normas de efectos tardíos (ver 16).

Si en un mismo ingreso se simultanea el tratamiento de quemaduras aún no curadas y el de secuelas de otras curadas se utilizarán códigos de la sección QUEMADURAS (940 - 949) junto al que corresponda de la categoría 906 Efectos tardíos de lesiones de la piel y tejidos subcutáneos.

El diagnóstico principal vendrá condicionado por las circunstancias del ingreso.

#### 15.10.5. Quemaduras con infección

Las quemaduras infectadas requieren de codificación múltiple mediante un código principal para la quemadura y otros asociados para la infección 958.3 Infección de herida postraumática, no clasificada bajo otros conceptos y el germen causal de la infección, si se conociera.

### 15.11. INTOXICACIONES

#### 15.11.1. Intoxicaciones y envenenamientos.

Son sinónimos. Aunque la CIE-9-MC utiliza el término envenenamiento a lo largo de este texto se utilizará el de intoxicación más común en nuestro ámbito.

#### 15.11.2. Intoxicaciones por sustancias terapéuticas.

Para considerar que una sustancia terapéutica se puede incluir en la sección ENVENENAMIENTOS POR DROGAS, SUSTANCIAS MEDICAMENTOSAS Y SUSTANCIAS BIOLÓGICAS (960-979) deben darse algunas de las siguientes circunstancias:

- No hubo prescripción médica o ésta no fue correcta.
- La administración fue incorrecta en la pauta o dosis (sobredosificación).
- Hubo error con respecto al paciente o al fármaco prescrito.
- Cualquier otra diferente a una correcta prescripción o una adecuada administración.
- Interacción entre fármacos cuando en alguno de ellos se dé una de las anteriores circunstancias.

#### 15.11.3. Interacción entre fármacos y alcohol

La interacción entre fármacos y alcohol se considera una intoxicación aunque no se den ninguna de las circunstancias descritas en 15.11.2. Deberemos clasificar como intoxicación tanto al fármaco como al alcohol.

15.11.4. Intoxicaciones por sustancias con fines no principalmente terapéuticos. Se incluyen en la sección EFECTOS TÓXICOS DE SUSTANCIAS PRIMORDIALMENTE NO MEDICAMENTOSAS CON RESPECTO A SU ORIGEN (980-989)

No necesitan ninguna condición específica para su clasificación.

### 15.12. REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS (RAM).

#### 15.12.1. RAM y efectos adversos.

Son sinónimos. Aunque la CIE-9-MC utiliza el término efecto adverso a lo largo de este texto se utilizará el de RAM más común en nuestro ámbito.

#### 15.12.2. Concepto de RAM.

Se consideran RAM aquellas manifestaciones que son producto de una sustancia terapéutica correctamente prescrita y adecuadamente administrada. (No se dan ninguna de las circunstancias descritas en 15.11.2. o en 15.11.3.)

#### 15.12.3. Reacciones alérgicas

Se consideran RAM salvo que el clínico indique lo contrario.

#### 15.12.4. Efectos acumulativos de sustancia terapéutica.

Se consideran RAM en aquellas sustancias con estrechos márgenes entre rango terapéutico y rango tóxico a pesar de que en su expresión diagnóstica se le denomine intoxicación, excepto que se documente una condición de 15.11.2. o 15.11.3.

#### 15.12.5. Interacción entre fármacos.

Cualquier interacción que no implique algún concepto de 15.11.2. o 15.11.3. será considerada RAM.

### 15.13. CLASIFICACIÓN DE INTOXICACIONES Y RAM

Clasificación de intoxicaciones y RAM mediante códigos principal y asociado	
INTOXICACIÓN	RAM
CÓDIGO PRINCIPAL (según las circunstancias): A) Sustancias medicamentosas. Sección ENVENENAMIENTOS POR DROGAS, SUSTANCIAS MEDICAMENTOSAS Y SUSTANCIAS BIOLÓGICAS (960-979) B) Sustancias no medicamentosas. Sección EFECTOS TÓXICOS DE SUSTANCIAS PRIMORDIALMENTE NO MEDICAMENTOSAS CON RESPECTO A SU ORIGEN (980-989)	CÓDIGO PRINCIPAL (según las circunstancias): A) Manifestación conocida de la ram Cualquiera del <b>001</b> al <b>999</b> que la describa  B) Manifestación desconocida de la ram <b>995.2. Efecto adverso no especificado de fármaco, sustancia medicamentosa y sustancia biológica.</b>
CÓDIGO ASOCIADO (OPTATIVO): Causa externa de la intoxicación código e correspondiente	CÓDIGO ASOCIADO (USO OBLIGATORIO): Causa externa de la RAM.
SEGUNDO CÓDIGO ASOCIADO: Manifestación producida por la intoxicación.	Sección FÁRMACOS Y SUSTANCIAS MEDICAMENTOSAS Y BIOLÓGICAS QUE CAUSAN EFECTOS ADVERSOS EN SU EMPLEO TERAPÉUTICO (E930-E949)

## 15.14. USO DE LA TABLA DE ENVENENAMIENTOS Y CAUSAS EXTERNAS DE EFECTOS ADVERSOS DE FÁRMACOS Y OTRAS SUSTANCIAS QUÍMICAS

### 15.14.1 Estructura de la tabla

Clasificación de envenenamientos junto con las causas que lo derivan						
Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Columna 7
<b>Sustancia</b>	Envenenamiento	Accidente	Uso terapéutico	Intento suicidio	Agresión	Indeterminado
<b>Nombre</b>	960-989	E850-E869 *	E930-E949 *	E950-E952 *	E961-E962 *	E980-E982 *
<b>Tipo</b>	intoxicación	intoxicación	RAM	intoxicación	intoxicación	intoxicación

\* Causas externas (códigos E)

### 15.14.2. Pautas de utilización

Clasificación de envenenamientos por código principal y código asociado		
	INTOXICACIONES	RAM
<b>Localización de la sustancia columna 1</b>	<b>CODIGO PRINCIPAL</b> Código correspondiente de la columna 2	<b>CODIGO PRINCIPAL</b> Se habrá asignado el código adecuado del tabular general (ver 15.13)
	<b>CODIGO ASOCIADO. OPTATIVO</b> Código de causa externa de las columnas 3, 5, 6 ó 7 Son incompatibles los códigos de las columnas 2 y 4	<b>CODIGO ASOCIADO. OBLIGATORIO</b> Código E de causas externas de la columna 4

## 15.15. EFECTOS TARDÍOS DE INTOXICACIONES Y RAM

### 15.15.1. Para RAM

Los efectos tardíos de reacciones adversas a medicamentos tienen peculiaridades en su clasificación frente a la norma general.

Clasificación de efectos tardíos de RAM según la causa que lo provocó	
ELEMENTO A CODIFICAR	NORMAS PARA LOS EFECTOS TARDÍOS DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS
Secuela	El código correspondiente
Causa de la secuela desconocida	Código <b>909.5 Efecto tardío de reacción adversa a drogas, sustancias medicamentosas o sustancias biológicas</b>

Causa de la secuela conocida	Omitir el código <b>909.5 Efecto tardío de reacción adversa a drogas, sustancias medicamentosas o sustancias biológicas</b>
Causa externa (código E)	No podemos asignar E de efecto tardío ya que no existe código para esta condición. Se utilizará, de forma obligatoria, un código de la sección FÁRMACOS Y SUSTANCIAS MEDICAMENTOSAS Y BIOLÓGICAS QUE CAUSAN EFECTOS ADVERSOS EN SU EMPLEO TERAPÉUTICO (E930 - E949)

15.15.2. Para intoxicaciones.

Para las intoxicaciones se siguen las normas generales de efectos tardíos

15.15.3. No serán efectos tardíos.

No serán considerados como efectos tardíos las manifestaciones producidas a largo plazo por un fármaco, prescrito y administrado adecuadamente, y que en el proceso siga siendo aplicado. Serán considerados RAM. (Ver 15.12.4.).

### **15.16. OTROS EFECTOS DE CAUSAS EXTERNAS**

Los códigos de la sección OTROS EFECTOS Y EFECTOS NO ESPECIFICADOS DE CAUSAS EXTERNAS (990-995) clasifican manifestaciones producidas por agentes físicos, de uso terapéutico o no terapéutico, como temperatura, presión, luz... y las producidas por otras causas externas no clasificadas en otro sitio, para su uso se deberá tener especial cuidado buscando mayor información en la historia clínica para asignar códigos más específicos.

## 16. Efectos tardíos

### 16.1. DEFINICIÓN

Serán las secuelas producidas por una patología aguda padecida con anterioridad.

Resuelta la patología aguda, no existe período de tiempo que condicione la definición de un proceso como efecto tardío de aquella.

### 16.2. CLASIFICACIÓN DE EFECTOS TARDÍOS

La clasificación de los efectos tardíos utiliza tres códigos (codificación múltiple) para los siguientes elementos.

Clasificación de efectos tardíos según la patología		
ELEMENTOS A CODIFICAR	DEFINICIÓN	TÉRMINOS PARA LA BÚSQUEDA EN EL ÍNDICE ALFABÉTICO
Secuela	Proceso producido por una patología ya resuelta	Cualquier término del índice alfabético de enfermedades y lesiones
Causa de la secuela	Patología original resuelta causante de la secuela	Término principal <b>Tardío, efecto</b> en el índice alfabético de enfermedades y lesiones
Causa externa (código E)	Código E de efecto tardío de la causa externa de la patología original ya resuelta.	Término principal <b>Efecto tardío</b> en el índice alfabético de causas externas (códigos E).

### 16.3. SECUENCIA DE CÓDIGOS EN EFECTOS TARDÍOS

Para la clasificación de los tres conceptos descritos en 15.2 se siguen las siguientes normas.

Clasificación de efectos tardíos junto con la secuencia de códigos y sus posibles excepciones		
ELEMENTOS A CODIFICAR	SECUENCIA DE CÓDIGOS	EXCEPCIONES
Secuela	Código principal	1) En ciertas secuelas el índice alfabético nos las determina como código asociado.
Causa de la secuela	Primer código asociado	2) Será código principal cuando no exista una descripción de la secuela. 3) Será código principal cuando se produzca la condición 1. 4) Cuando la causa sea una cirugía no complicada no se asigna código.
Causa externa (código E)	Segundo código asociado	5) Solo deberá utilizarse para secuelas de lesiones y envenenamientos.

## ***17. Complicaciones de cuidados quirúrgicos y médicos no clasificados bajo otros conceptos***

### **17.1. CUÁNDO SE UTILIZAN.**

El uso de los códigos de la sección COMPLICACIONES DE CUIDADOS QUIRÚRGICOS Y MÉDICOS NO CLASIFICADOS BAJO OTROS CONCEPTOS (996-999) o de cualquier otro del tabular que se consideren adecuados para este fin sólo se hará cuando claramente esté expresada la relación causal entre la patología y los cuidados recibidos.

### **17.2. NO SON COMPLICACIONES DE CUIDADOS.**

Los cuidados inadecuados

Los cuidados posteriores en los que la patología que provocó el cuidado ha desaparecido y para los que se utilizarán en su clasificación sección PERSONAS QUE ENTRAN EN CONTACTO CON LOS SERVICIOS SANITARIOS PARA PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS Y CUIDADOS POSTERIORES (V50-V58) (V50 se excluye para los fines aquí descritos).

### **17.3. PERÍODO DE TIEMPO.**

No hay período de tiempo para considerar que una complicación es debida a un cuidado.

Si algún código de la CIE-9-MC utiliza el concepto de postoperatorio inmediato se deberá entender como período transcurrido entre el procedimiento y el alta del paciente.

### **17.4. NOTAS DE EXCLUSIÓN EN LA SECCIÓN 996-999**

En la sección COMPLICACIONES DE CUIDADOS QUIRÚRGICOS Y MÉDICOS NO CLASIFICADOS BAJO OTROS CONCEPTOS (996-999), existen notas en las que se relacionan un amplio número de códigos que a lo largo del tabular recogen complicaciones de cuidados.

### **17.5. COMPLICACIONES CARDÍACAS EN CIRUGÍA**

Ver 8.3