Manual de Codificación

CIE-10-ES Diagnósticos. 5ª Edición. 2024

INFORMACIÓN Y ESTADÍSTICAS SANITARIAS 2023
MINISTERIO DE SANIDAD

Manual de Codificación

CIE-10-ES Diagnósticos. 5ª Edición. 2024

INFORMACIÓN Y ESTADÍSTICAS SANITARIAS 2023
MINISTERIO DE SANIDAD

Edita y distribuye:
© MINISTERIO DE SANIDAD
SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA
CENTRO DE PUBLICACIONES
PASEO DEL PRADO, 18 - 28014 Madrid

NIPO (linea): 133-23-103-3

http://cpage.mpr.gob.es

Manual de Codificación

CIE-10-ES Diagnósticos. 5ª Edición. 2024

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD

COORDINACIÓN Y DIRECCIÓN EDITORIAL
Susana PATO ALONSO*. ISDEFE. Colaboradora externa MINISTERIO DE SANIDAD*
Antonio RUIZ POLONIO. *ISDEFE*. *Colaborador externo MINISTERIO DE SANIDAD*
Subdirección General de Información Sanitaria. MINISTERIO DE SANIDAD

AUTORES

CAPÍTULO A. GENERALIDADES
Paula ASENSIO VILLAHOZ. *Unidad Técnica CIE-10-ES*
Carmen SALIDO CAMPOS. *Unidad Técnica CIE-10-ES*

CAPÍTULO 1. **CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS**
Idoia ANSO BORDA. *Unidad Técnica CIE-10-ES*

CAPÍTULO 2. NEOPLASIAS
Guillermo RODRÍGUEZ MARTÍNEZ. *Unidad Técnica CIE-10-ES*

CAPÍTULO 3. ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS Y TRASTORNOS QUE AFECTAN AL MECANISMO INMUNOLÓGICO
Guillermo RODRÍGUEZ MARTÍNEZ. *Unidad Técnica CIE-10-ES*

CAPÍTULO 4. ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS
Ana ROCES FERNÁNDEZ. *Unidad Técnica CIE-10-ES*

CAPÍTULO 5. TRASTORNOS MENTALES Y DE COMPORTAMIENTO
Mª Gala GUTIÉRREZ MIRAS. *Unidad Técnica CIE-10-ES*

CAPÍTULO 6. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO
Lorenzo ECHEVERRÍA ECHARRI. *Unidad Técnica CIE-10-ES*

CAPÍTULO 7. ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS
Coromoto RODRÍGUEZ DEL ROSARIO. *Unidad Técnica CIE-10-ES*

CAPÍTULO 8. ENFERMEDADES DEL OÍDO
Maria Soledad QUEVEDO CASTELLANOS. *Colaboradora del Ministerio de Sanidad*

CAPÍTULO 9. ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO
Javier MARIÑAS DÁVILA. *Colaborador del Ministerio de Sanidad*

CAPÍTULO 10. ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO
Mª Dolores DEL PINO JIMÉNEZ. *Unidad Técnica CIE-10-ES*

CAPÍTULO 11. ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO
Jesús TRANCOSO ESTRADA. *Unidad Técnica CIE-10-ES*

CAPÍTULO 12. ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO
Ángel RÍO VARONA. *Unidad Técnica CIE-10-ES*

CAPÍTULO 13. ENFERMEDADES DEL APARATO MUSCULOESQUELÉTICO Y DEL TEJIDO CONECTIVO
Gloria REY GARCÍA. *Colaboradora del Ministerio de Sanidad*

CAPÍTULO 14. ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO
Belén BENÉITEZ MORALEJO. *Unidad Técnica CIE-10-ES*

CAPÍTULO 15. EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO
Sara HERNÁNDEZ GUTIÉRREZ. *Unidad Técnica CIE-10-ES*

CAPÍTULO 16. CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERÍODO PERINATAL
Gemma GELABERT COLOMÉ. *Colaboradora del Ministerio de Sanidad*

CAPÍTULO 17. MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS
Gemma GELABERT COLOMÉ. *Colaboradora del Ministerio de Sanidad*

CAPÍTULO 18. SÍNTOMAS, SIGNOS Y RESULTADOS ANORMALES DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS, NO CLASIFICADOS BAJO OTRO CONCEPTO
Jordi SEMPERE SOLER. *Unidad Técnica CIE-10-ES*

CAPÍTULO 19. LESIONES, ENVENENAMIENTOS Y OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS
Ana GARIJO LARAÑA. *Unidad Técnica CIE-10-ES*

CAPÍTULO 20. CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD
Mª José SANTOS TERRÓN. *Unidad Técnica CIE-10-ES*

CAPÍTULO 21. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS SANITARIOS
Mª Paz PARRAS PARTIDO. *Unidad Técnica CIE-10-ES*

CAPÍTULO 22. CÓDIGOS PARA PROPÓSITOS ESPECIALES
Antonio RUIZ POLONIO. *ISDEFE*. *Colaborador externo Ministerio de Sanidad. Unidad Técnica CIE-10-ES*

REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS CONTENIDOS DE LA 5ª EDICIÓN CIE-10-ES 2024 (ICD10CM FY 2022 (adenda del 01 de octubre de 2021 y del 01 de abril de 2022) Y FY 2023 (adenda del 01 de octubre de 2022))

CAPÍTULO A. GENERALIDADES
Paula ASENSIO VILLAHOZ. *Unidad Técnica CIE-10-ES*
Carmen SALIDO CAMPOS. *Unidad Técnica CIE-10-ES*

CAPÍTULO 1. CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS
Idoia ANSO BORDA.
Nagore RENTERÍA AGUIRRE. *Unidad Técnica CIE-10-ES*

CAPÍTULO 2. NEOPLASIAS
Susana PATO ALONSO. *ISDEFE Colaboradora del Ministerio de Sanidad. Unidad Técnica CIE-10-ES*

CAPÍTULO 3. ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS Y TRASTORNOS QUE AFECTAN AL MECANISMO INMUNOLÓGICO
Susana PATO ALONSO. *ISDEFE Colaboradora del Ministerio de Sanidad. Unidad Técnica CIE-10-ES*

CAPÍTULO 4. ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS
Aránzazu PISANO BLANCO. *Unidad Técnica CIE-10-ES*
Dolores SILVA MANZANO. *CT-RAE-CMBD*

CAPÍTULO 5. TRASTORNOS MENTALES Y DE COMPORTAMIENTO
Mª Ángeles MORENO JIMÉNEZ. *Unidad Técnica CIE-10-ES*

CAPÍTULO 6. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO
Montserrat SÁNCHEZ FUENTES. *Unidad Técnica CIE-10-ES*

CAPÍTULO 7. ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS
Balbina SANTANA EXPÓSITO. *Unidad Técnica CIE-10-ES*

CAPÍTULO 8. ENFERMEDADES DEL OÍDO
Susana PATO ALONSO. *ISDEFE Colaboradora del Ministerio de Sanidad. Unidad Técnica CIE-10-ES*

CAPÍTULO 9. ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO
Susana PATO ALONSO. *ISDEFE Colaboradora del Ministerio de Sanidad. Unidad Técnica CIE-10-ES*

CAPÍTULO 10. ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO
Mª Dolores DEL PINO JIMÉNEZ. *Unidad Técnica CIE-10-ES*

CAPÍTULO 11. ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO
Jesús TRANCOSO ESTRADA. *Unidad Técnica CIE-10-ES*

CAPÍTULO 12. ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO
Ángel RÍO VARONA. *Unidad Técnica CIE-10-ES*

CAPÍTULO 13. ENFERMEDADES DEL APARATO MUSCULOESQUELÉTICO Y DEL TEJIDO CONECTIVO
Gloria REY GARCÍA. *Colaboradora del Ministerio de Sanidad*

CAPÍTULO 14. ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO
Belén BENÉITEZ MORALEJO. *Unidad Técnica CIE-10-ES*

CAPÍTULO 15. EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO
Sara HERNÁNDEZ GUTIÉRREZ. *Unidad Técnica CIE-10-ES*

CAPÍTULO 16. CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERÍODO PERINATAL
Elisa ASENSIO BLASCO. *Unidad Técnica CIE-10-ES*
Gemma GELABERT COLOMÉ. *Colaboradora del Ministerio de Sanidad*

CAPÍTULO 17. MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS
Elisa ASENSIO BLASCO. *Unidad Técnica CIE-10-ES*
Gemma GELABERT COLOMÉ. *Colaboradora del Ministerio de Sanidad*

CAPÍTULO 18. SÍNTOMAS, SIGNOS Y RESULTADOS ANORMALES DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS, NO CLASIFICADOS BAJO OTRO CONCEPTO
Antonio RUIZ POLONIO. *ISDEFE. Colaborador externo Ministerio de Sanidad. Unidad Técnica CIE-10-ES*

CAPÍTULO 19. LESIONES, ENVENENAMIENTOS Y OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS
Ana GARIJO LARAÑA. *Unidad Técnica CIE-10-ES*

CAPÍTULO 20. CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD
Fernando María VARELA NOREÑA. *Unidad Técnica CIE-10-ES*

CAPÍTULO 21. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS SANITARIOS
Carmen VERDE LÓPEZ. *Unidad Técnica CIE-10-ES*

CAPÍTULO 22. CÓDIGOS PARA PROPÓSITOS ESPECIALES
Antonio RUIZ POLONIO. *ISDEFE. Colaborador externo Ministerio de Sanidad. Unidad Técnica CIE-10-ES*

ÍNDICE

PRESENTACIÓN 11
UNIDAD TÉCNICA CIE-10-ES 13
NOTA DE EDICIÓN 17
CONSULTA DE NORMATIVA 17
INTRODUCCIÓN 19
A. GENERALIDADES DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES 10ª REVISIÓN DIAGNÓSTICOS (CIE-10-ES Diagnósticos) 21
1. CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS 53
2. NEOPLASIAS 74
3. ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN AL MECANISMO INMUNOLÓGICO 96
4. ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS 105
5. TRASTORNOS MENTALES Y DE COMPORTAMIENTO 118
6. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO 132
7. ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS 149
8. ENFERMEDADES DEL OÍDO Y APÓFISIS MASTOIDES 164
9. ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO 169
10. ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO 190
11. ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO 211
12. ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO 241
13. ENFERMEDADES DEL APARATO MUSCULOESQUELÉTICO Y DEL TEJIDO CONECTIVO 248
14. ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO 258
15. EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO 278
16. CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERÍODO PERINATAL 297
17. MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS 306
18. SÍNTOMAS, SIGNOS Y RESULTADOS ANORMALES DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS, NO CLASIFICADOS BAJO OTRO CONCEPTO 309
19. LESIONES, ENVENENAMIENTOS Y OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS 318
20. CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD 347
21. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTOS CON LOS SERVICIOS SANITARIOS 357
22. CÓDIGOS PARA PROPÓSITOS ESPECIALES 371
BIBLIOGRAFÍA 372

PRESENTACIÓN

El uso de una clasificación internacional de enfermedades y procedimientos es la base necesaria para la normalización de la información clínica que conforma el Registro de Atención Especializada - Conjunto Mínimo Básico de datos (RAE - CMBD). En España, el grupo técnico que se encarga de consensuar las reglas que unifican los criterios de la codificación clínica es la **Unidad Técnica de Codificación del SNS**, integrada por expertos de todos los Servicios de Salud. Dicha unidad, en funcionamiento desde 1994, es la encargada de regular y revisar la normativa de uso de la clasificación en vigor en nuestro ámbito. Para facilitar la aplicación de dicha normativa la Unidad Técnica ha asumido, desde su creación, la elaboración de manuales y boletines monográficos que abordan las mencionadas normas de codificación, especialmente en las materias de mayor complejidad.

En enero de 2016 entró en vigor para la codificación clínica una nueva clasificación de diagnósticos y procedimientos, la CIE-10-ES. Esta nueva clasificación supone un importante cambio cualitativo y cuantitativo en la codificación clínica. Este cambio implica el aprendizaje y adopción de una nueva metodología para la codificación de diagnósticos y procedimientos. Facilitar dicho aprendizaje para garantizar la precisión y la exactitud en la asignación de códigos con la nueva clasificación ha sido el principal objetivo que se ha perseguido en la realización de este manual.

Es importante destacar que este cambio de clasificación también comporta, además del conocimiento y manejo de las convenciones y normas que la rigen, una mayor exigencia de conocimientos en anatomía y terminología quirúrgica y, sobre todo, contar con la documentación clínica necesaria para poder codificar con el nivel de especificidad que conlleva la CIE-10-ES. Por ello, es fundamental contar con la colaboración de los clínicos para conseguir una documentación que describa completamente lo ocurrido durante el episodio asistencial y que permita una asignación precisa de los códigos.

Este Manual, que acompaña a la edición de CIE-10-ES 2024, incorpora algunos cambios que se han producido en los dos últimos años. Estos cambios se deben bien a la creación de nuevos códigos que precisan una explicación en su aplicación, bien a modificaciones en algunos valores o bien a actualizaciones que se han realizado en algunos de los epígrafes de la normativa original. Este documento ha sido consensuado por los miembros de la Unidad Técnica de Codificación y los expertos en codificación clínica que colaboran con el ministerio en este proyecto. Cada uno de ellos ha asumido la responsabilidad de elaborar la normativa de uno o varios capítulos y además ha participado en la puesta en común y revisión exhaustiva de los materiales, que se ha realizado por la totalidad de miembros y colaboradores de la Unidad, con el objetivo común de lograr una obra clara, coherente y precisa. Desde aquí queremos expresar nuestro agradecimiento y reconocimiento a la labor continuada y el esfuerzo desarrollado por este grupo de trabajo.

Es importante incidir en que, si bien esta normativa tiene como fuente las convenciones y normas desarrolladas por el organismo que actualiza y mantiene la clasificación de origen, (*The ICD-10 Coordination and Maintenance Committee (C&M)*), en ocasiones pueden existir algunas diferencias entre la normativa de Estados Unidos y la española, puesto que los ámbitos de aplicación son diferentes. Si a la hora de codificar un diagnóstico o un procedimiento, el codificador observara una discrepancia en la normativa publicada por diferentes organismos, debe tener en cuenta que la normativa válida de aplicación en el Sistema Nacional de Salud y para la generación de estadísticas de morbilidad de nuestro país, es la recogida en este manual y en los cuadernos de codificación publicados por el ministerio.

Esperamos que esta publicación sea de interés para todos los profesionales de la codificación y documentación clínica.

Mercedes Alfaro Latorre
Subdirectora General de
Información Sanitaria

UNIDAD TÉCNICA CIE-10-ES

La Unidad Técnica de la CIE es el grupo técnico responsable de generar y mantener los materiales de codificación relacionados con la CIE-10-ES para España y desde donde se establecen criterios de normalización, formación y uso de la clasificación. Está formada por expertos documentalistas designados por las autoridades sanitarias de las comunidades autónomas y depende del Comité Técnico del CMBD, el cual eleva sus propuestas a la Subcomisión de Sistemas de Información para su aprobación cuando procede en el Consejo Interterritorial. Está coordinado, al igual que el CMBD, por la Subdirección General de Información Sanitaria. (Secretaría General de Salud Digital Información e Innovación del SNS. Ministerio de Sanidad).

FUNCIONES DE LA UNIDAD TÉCNICA CIE-10-ES

Las principales funciones que la Unidad Técnica asume son:

- Revisión y validación de la traducción de la clasificación vigente (en la actualidad CIE-10-ES 5º Edición 2024).
- Actualización periódica de las versiones de la CIE-10-ES, incorporando las adendas correspondientes de la clasificación original de Estados Unidos.
- Revisión y validación de los materiales asociados a dicha clasificación: Tablas de referencia, tablas de validación, correspondencias, etc.
- Elaboración de la normativa y directrices oficiales de codificación con CIE-10-ES como clasificación de referencia para la codificación clínica en España:
    - Revisión de la normativa de origen y adaptación y creación de normativa adaptada a nuestro contexto, a nivel estatal, a través de la publicación de los Manuales de codificación clínica.
    - Propuesta y elaboración de cuadernos monográficos de actualización y de temas de especial dificultad o interés.
    - Asesoramiento y colaboración en la resolución de preguntas y dudas relacionadas con la codificación clínica.
- Participación en los programas de formación en codificación, tanto nacional como autonómica.
- Colaboración en la realización de auditorías de datos clínicos.

COMPOSICIÓN DE LA UNIDAD TÉCNICA CIE-10-ES

- Un coordinador de la Unidad. Esta tarea recae en el responsable del área de documentación y clasificaciones clínicas del Ministerio de Sanidad.
- Un representante por cada una de las Comunidades Autónomas. Cada comunidad autónoma a través del representante del Comité Técnico del CMBD propone la persona designada como representante de la misma en la Unidad Técnica.
- Un representante de la SEDOM (Sociedad Española de Documentación Médica).

- Un representante del comité editorial de la CIE10ES.
- Para el desarrollo de proyectos puntuales, la Unidad podrá contar con la colaboración de asesores expertos designados por el ministerio.

Para formar parte de la Unidad Técnica se considera requisito imprescindible experiencia en codificación clínica del CMBD de al menos 5 años, experiencia docente en codificación clínica, en la coordinación de equipos de codificación clínica, y en evaluaciones del CMBD realizadas por organismos oficiales.

UNIDAD TÉCNICA (UT) CIE-10-ES 2023

Jesús TRANCOSO ESTRADA
Representante de la Comunidad Autónoma de Andalucía en la UT-CIE-10-ES

Mª Dolores DEL PINO JIMÉNEZ
Representante de la Comunidad Autónoma de Aragón en la UT-CIE-10-ES

Aránzazu PISANO BLANCO
Representante del Principado de Asturias en la UT-CIE-10-ES

Belén SANTACRUZ CANO
Representante de la Comunidad Autónoma de Baleares en la UT-CIE-10-ES

Balbina SANTANA EXPÓSITO
Representante de la Comunidad Autónoma de Canarias en la UT-CIE-10-ES

Gemma María NARCISO PILA
Representante de la Comunidad Autónoma de Cantabria en la UT-CIE-10-ES

Carmen VERDE LÓPEZ
Representante de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha en la UT-CIE-10-ES

Paula ASENSIO VILLAHOZ
Representante de la Comunidad Autónoma de Castilla y León en la UT-CIE-10-ES

Elisa ASENSIO BLASCO
Representante de la Comunidad Autónoma de Cataluña en la UT-CIE-10-ES

Belén BENÉITEZ MORALEJO
Representante de la Comunidad Autónoma de Extremadura en la UT-CIE-10-ES

Guillermo RODRÍGUEZ MARTÍNEZ
Representante de la Comunidad Autónoma de Galicia en la UT-CIE-10-ES

Mª Ángeles MORENO JIMÉNEZ
Representante de la Región de Murcia en la UT-CIE-10-ES

Ana GARIJO LARAÑA
Representante de la Comunidad Foral de Navarra en la UT-CIE-10-ES

Nagore RENTERÍA AGUIRRE
Representante de la Comunidad Autónoma de País Vasco en la UT-CIE-10-ES

Montserrat SÁNCHEZ FUENTES
Representante de la Comunidad Autónoma de La Rioja en la UT-CIE-10-ES

Sara HERNÁNDEZ GUTIÉRREZ
Representante de la Comunidad Autónoma de Madrid en la UT-CIE-10-ES

Juan Miguel LARA RODRÍGUEZ
Representante de la Comunidad Autónoma de Valencia en la UT-CIE-10-ES

Juan José PIRLA CARVAJAL. *In memoriam*
Representante de la SEDOM en la UT-CIE-10-ES

Mª. Carmen SALIDO CAMPOS
Colaboradora MINISTERIO DE SANIDAD. UT-CIE-10-ES

Susana PATO ALONSO
Colaboradora MINISTERIO DE SANIDAD. UT-CIE-10-ES

Antonio RUIZ POLONIO
Colaborador MINISTERIO DE SANIDAD. UT-CIE-10-ES

NOTA DE EDICIÓN

Este manual, contiene las normas y directrices oficiales para la codificación clínica con CIE-10-ES (Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión, Modificación Clínica, España). Dicha normativa está basada en las instrucciones que contienen el Índice Alfabético y Lista Tabular para la asignación de códigos y su secuenciación.

En este texto, se han incluido además explicaciones complementarias y ejemplos con el objetivo de facilitar y clarificar la aplicación de las instrucciones de la clasificación.

La adaptación de contenidos a la nueva versión ha sido realizada y consensuada por los miembros de la Unidad Técnica y expertos anteriormente mencionados en el epígrafe de REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS CONTENIDOS DE LA EDICIÓN 2024.

Para la identificación de los cambios que se han producido en la edición de 2024, se han resaltado en color gris los textos que han sufrido alguna modificación relevante o bien que han tenido una ampliación de contenidos.

CONSULTA DE NORMATIVA

Además de este manual, también los Cuadernos de Codificación CIE-10-ES publicados por el Ministerio de Sanidad proporcionan directrices, recomendaciones y normas oficiales para la codificación clínica de diagnósticos y procedimientos. El contenido de estos cuadernos, incluye la elaboración de monografías de especial interés y la publicación de las respuestas a las preguntas dirigidas a la Unidad.

La consulta a todos los documentos normativos oficiales y de las preguntas a la Unidad puede realizarse desde la página electrónica de eCIE-Maps:

https://www.eciemaps.sanidad.gob.es/browser/metabuscador

Debe seleccionarse la pestaña de documentación, normativa o preguntas, según desee consultar los materiales en PDF o la consulta interactiva.

INTRODUCCIÓN

El estudio estadístico de enfermedades se inició en el siglo XVII por John Graunt quien realizó un tratado sobre las tablas de mortalidad de Londres en un intento de calcular la proporción de niños nacidos vivos que fallecieron antes de llegar a la edad de seis años. A pesar de que su clasificación era elemental y deficitaria, su estimación de que un 36% de la mortalidad infantil ocurría antes de los seis años se aproxima bastante a los trabajos ulteriores.

En 1837 se funda la Oficina del Registro General de Inglaterra y Gales. Un estadístico médico, William Farr (1807-1883) fue el encargado de, tomando como base las clasificaciones previas, mejorarlas y lograr que su uso y aplicación fueran uniformes desde el punto de vista internacional. En 1891 en Viena se encargó a Jacques Bertillon (1851-1922) la preparación de una clasificación de causas de defunción. La Lista se basaba en la Clasificación de Farr y representaba a su vez una síntesis de diversas clasificaciones usadas en este tiempo por diversos países.

En 1900, en la primera conferencia internacional para la revisión de causas de defunción, se estableció que era necesario ir más allá y realizar una clasificación de causas de morbilidad. Durante muchos años y en diferentes países se trabajó en esta idea, haciendo revisiones de las mismas hasta que, en 1948, la Primera Asamblea Mundial de la Salud aprobó un reglamento específico para la edición del *Manual de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción* (CIE). A partir de aquí se comenzó a usar esta clasificación para la indización de las historias médicas en los hospitales, haciéndose diferentes revisiones.

En 1975, en la Conferencia Internacional para la Novena Revisión de la Clasificación convocada por la OMS, ante el interés y difusión de la misma, se hizo necesario la elaboración de una serie de modificaciones que permitieran una clasificación más completa para cada especialidad, aumentando la especificidad, de forma que la propuesta final de la conferencia fue mantener la estructura básica de la CIE con categorías de tres dígitos, desarrollando subcategorías de cuatro y subclasificaciones de cinco caracteres. De esta novena revisión surgió la CIE-9-MC (Modificación Clínica) para dar respuesta a las demandas de mayor especificidad y permitir un uso más pertinente en la evaluación de la atención médica.

El uso de la CIE-9-MC para la codificación de los diagnósticos y procedimientos clínicos se ha venido utilizando de forma obligatoria en España desde 1987. El hecho de que la CIE-9-MC ya no se actualice ni revise y que sus códigos tengan más de 30 años hace que su terminología sea a veces insuficiente e inconsistente con la práctica médica actual. La CIE-10 es la clasificación de referencia de todos los países para la notificación de causas de defunción. Son varios los países que han realizado modificaciones clínicas de la CIE-10 para cubrir sus respectivas necesidades de información clínico asistencial.

El Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS) de EEUU ha desarrollado la ICD-10-CM que es la modificación clínica de la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS)) que en España se llama CIE-10-ES (Diagnósticos y Procedimientos) y que sustituye a la CIE-9-MC desde el 1 de enero de 2016.

La CIE-10-ES incorpora un significativo aumento en el número de códigos, lo que posibilita una mayor especificidad en la codificación clínica.

A. GENERALIDADES DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES 10ª REVISIÓN DIAGNÓSTICOS (CIE-10-ES Diagnósticos)

A.1 ESTRUCTURA DE LA CIE-10-ES DIAGNÓSTICOS

La CIE-10-ES Diagnósticos se compone de dos partes bien diferenciadas:

- El Índice Alfabético de Enfermedades (IAE)
- La Lista Tabular de Enfermedades (LT)

A.1.1 ÍNDICE ALFABÉTICO DE ENFERMEDADES (IAE)

Es un listado de términos ordenados alfabéticamente y sus códigos correspondientes.

Contiene:

- Índice de Enfermedades (incluye la Tabla de Neoplasias)
- Tabla de Fármacos y Productos Químicos
- Índice Alfabético de Causas Externas

La estructura del Índice Alfabético de Enfermedades (IAE) es similar a la de un diccionario cuyos términos están ordenados alfabéticamente, distinguiéndose:

A.1.1.a Término principal

Aparece en negrita y es la palabra clave para la correcta codificación de un diagnóstico o enfermedad. Suele ser el nombre de la propia patología o enfermedad (diabetes, apendicitis, etc.) o el motivo o trastorno al que se debe la enfermedad o patología en cuestión (carencia, deficiencia, dolor, etc.).

IAE
Débil, debilitado, debilidad de (generalizada) R53.1
- arco (adquirida) - *véase* además Deformidad, miembro, pie plano M21.4-
- - congénita Q66.5-
- chorro de orina R39.12
- corazón, cardiaca - *véase* Insuficiencia, cardiaca

También puede ser un epónimo. Los epónimos son los nombres propios asociados a una enfermedad o síndrome.

IAE
Parinaud, de
- conjuntivitis H10.89
- oftalmoplejía H49.88-
- síndrome oculoglandular H10.89

A.1.1.b Términos modificadores

Son aquellos vocablos que completan la información aportada inicialmente por el término principal y por ello van a continuación del mismo. Se distinguen:

- **Modificadores no esenciales**

Se caracterizan por ir entre paréntesis y detrás de un término principal u otro término. Aportan información adicional sin modificar la asignación del código.

Osteorradionecrosis, mandíbula (aguda) (crónica) (inferior) (superior) (supurativa) M27.2

- **Modificadores esenciales**

Aparecen listados bajo el término principal en orden alfabético estableciendo diferencia a la hora de la selección del código. Están sangrados un espacio con respecto al término que modifican y van seguidos por el código a asignar. Siempre se debe alcanzar el mayor nivel de especificidad posible (último sangrado existente).

Osteomalacia M83.9
- adulto M83.9
- - debida a
- - - desnutrición M83.3
- - - malabsorción (posquirúrgico) M83.2
- - especificada NCOC M83.8

Hay que tener presente que:

– Los números tienen prioridad sobre los caracteres alfabéticos:

Defecto, defectuoso Q89.9
- 3-beta-hidroxiesteroide deshidrogenasa E25.0
- 11-hidroxilasa E25.0
- 21-hidroxilasa E25.0
- almohadilla endocárdica Q21.20
- alto grado F70
- anticuerpos de inmunodeficiencia D80.9

– Los subtérminos “con” y “sin” se encuentran debajo del término principal al que hacen referencia y no en el orden alfabético correspondiente a la “c” o la “s”.

Bocio (sumergido) (subesternal) E04.9
- con
- - hipertiroidismo (recurrente) – *véase* Hipertiroidismo, con, bocio
- - tirotoxicosis - *véase* Hipertiroidismo, con, bocio
- adenomatoso - *véase* Bocio, nodular
- canceroso C73

A.1.2 LISTA TABULAR DE ENFERMEDADES (LT)

La Lista Tabular es un listado alfanumérico de códigos dividido en 22 capítulos y ordenados por criterios anatómicos o nosológicos (tipo de afección). Todos los literales de los capítulos van en negrita y llevan asociados entre paréntesis el rango de categorías que comprenden como muestra el siguiente ejemplo:

CAPÍTULO 1. CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS (A00-B99)

Cada capítulo se divide en secciones indicadas al principio del mismo.

CAPÍTULO 1. CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS (A00-B99)
Este capítulo contiene las siguientes secciones:
A00-A09 Enfermedades infecciosas intestinales
A15-A19 Tuberculosis
A20-A28 Ciertas zoonosis bacterianas
A30-A49 Otras enfermedades bacterianas
A50-A64 Infecciones con modo de transmisión predominantemente sexual
A65-A69 Otras enfermedades por espiroquetas
A70-A74 Otras enfermedades causadas por clamidias
A75-A79 Rickettsiosis
A80-A89 Infecciones virales y por priones del sistema nervioso central
A90-A99 Fiebres virales transmitidas por artrópodos y fiebres virales hemorrágicas
B00-B09 Infecciones virales caracterizadas por lesiones de piel y de las membranas mucosas
B10 Otros herpesvirus humanos
B15-B19 Hepatitis viral
B20 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]
B25-B34 Otras enfermedades virales
B35-B49 Micosis
B50-B64 Enfermedades causadas por protozoos
B65-B83 Helmintiasis
B85-B89 Pediculosis, acariasis y otras infestaciones
B90-B94 Secuelas de enfermedades infecciosas y parasitarias
B95-B97 Agentes infecciosos bacterianos y virales
B99 Otras enfermedades infecciosas

Cada sección comienza con su título o literal seguido entre paréntesis del rango de categorías que comprende:

ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES (**A00-A09**)

A partir de las secciones, la LT se divide en:

- **Categorías** (3 caracteres)
- **Subcategorías** (4 a 5 caracteres)
- **Códigos** (3-7 caracteres)

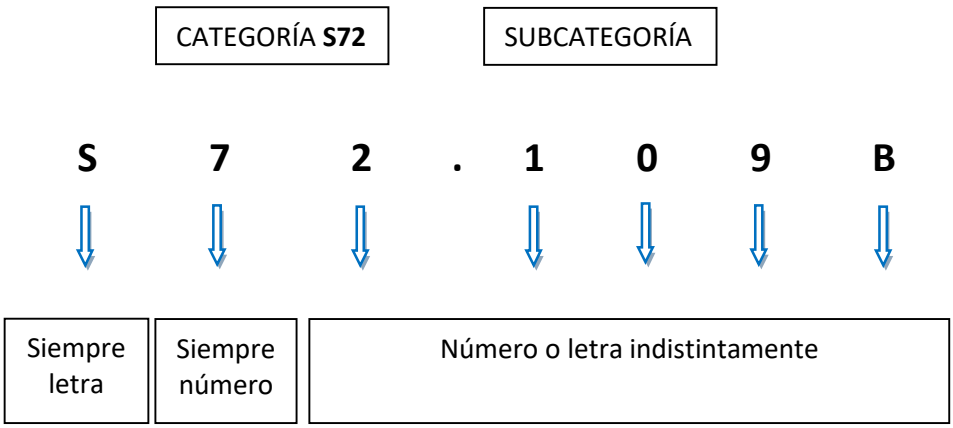
Las **categorías** constan de tres caracteres siendo siempre el primero de ellos un carácter alfabético y el segundo un carácter numérico (número). De forma general, cada capítulo está identificado por este primer carácter alfabético (letra) aunque hay alguna excepción (hay capítulos que incluyen más de una letra: por ejemplo, el capítulo 1 incluye las letras A y B; y los capítulos 7 y 8 comparten la misma letra H). La letra "U" (Capítulo 22) se reserva para la asignación provisional a enfermedades de etiología desconocida o en investigación, y para otros propósitos especiales.

Una categoría que carece de otras subdivisiones constituye un código final.

Ejemplo de código final de tres caracteres:

B20 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]

Las categorías se pueden subdividir en **subcategorías**. El nivel final de subdivisión es el código final válido (código alfanumérico de 3-7 caracteres de longitud).



Algunas categorías de CIE-10-ES Diagnósticos tienen la posibilidad de utilizar un 7º carácter que es de uso obligatorio para todos los códigos de dicha categoría en los que sea aplicable y para los que se especifican en las notas de instrucción de la LT.

Cuando sea preciso utilizar un séptimo carácter y el código no tenga desarrollados todos los caracteres previos, se utilizará un **marcador de posición** (letra "**X**") para ocupar el espacio vacío con el fin de permitir una futura expansión. Un código que conste de 7 caracteres se considera inválido sin la presencia de ese séptimo carácter.

Ejemplo de marcador de 6ª posición:
Parto a término con trabajo de parto prematuro, segundo trimestre, gestación única: **O60.22X0**
En la lista tabular tenemos:

O60.2 Parto a término con trabajo de parto prematuro
Se debe añadir el 7º carácter apropiado a cada código bajo la subcategoría O60.2.

O60.20 Parto a término con trabajo de parto prematuro, trimestre no especificado
O60.22 Parto a término con trabajo de parto prematuro, segundo trimestre
O60.23 Parto a término con trabajo de parto prematuro, tercer trimestre

Todos los códigos y literales de la LT van en negrita.

J18.9 Neumonía, microorganismo no especificado

En la LT podemos encontrar listas de términos o expresiones ubicadas debajo de algunos códigos, denominados **Términos de Inclusión.** Éstos pueden ser sinónimos del enunciado del código y representan una lista de diversas afecciones a las que se asigna dicho código. La lista de términos incluidos no es necesariamente exhaustiva. Otros términos adicionales, que solo aparecen en el IAE, también pueden estar incluidos en el código.

O00.8 Otro embarazo ectópico
Embarazo cervical
Embarazo cornual
Embarazo intraligamentoso
Embarazo mural

A.2 CONVENCIONES Y NORMAS GENERALES

La CIE-10-ES Diagnósticos utiliza una serie de convenciones para facilitar su uso, aclarar conceptos o establecer normas. Las convenciones e instrucciones de la CIE-10-ES Diagnósticos son unas reglas o normas generales para el uso de este sistema de clasificación. Están incorporadas como notas de instrucción en el IAE y la LT. Para la asignación de un código CIE-10-ES Diagnósticos siempre ha de utilizarse de forma conjunta y secuencial primero el Índice Alfabético y a continuación la Lista Tabular.

Al código que proporciona el Índice Alfabético se le denomina código por defecto. Éste representa aquella afección que se asocia con mayor frecuencia al término principal, o bien es el código inespecífico para la misma. Si se documenta una enfermedad en la historia clínica con aporte de una información adicional o mayor especificidad, aún en ausencia de tal información en el IAE, se debe asignar el código que se corresponde con ese nivel de información en la Lista Tabular, que será el código final válido. Así pues, la LT nos dará el código final válido de mayor especificidad.

A.2.1 ABREVIATURAS Y PUNTUACIÓN

A.2.1.a Abreviaturas

- **NCOC** (No Clasificable bajo Otro Concepto). Indica que la clasificación no dispone de un código más específico para dicha afección.

Acompañante, hospital NCOC Z76.4

- **NEOM** (No Especificado de Otro Modo). Esta abreviatura es el equivalente de “no especificado”.

N13.9 Uropatía obstructiva y por reflujo, no especificada
Obstrucción del tracto urinario NEOM

Ambas abreviaturas aparecen tanto en la IAE como en la LT.

- **(L) Localismo**. Identifica términos frecuentes de uso local que no provienen de la traducción americana. No indica códigos nuevos sino sinónimos asociados a códigos ya existentes.

I51.89 Otras enfermedades mal definidas cardiacas
Disfunción sistólica (L)
Disfunción diastólica (L)
Carditis (aguda) (crónica)
Pancarditis (aguda) (crónica)

A.2.1.b Puntuación

- **[ ] Corchetes:** Incluyen sinónimos, palabras alternativas o frases explicativas en la LT

K50 Enfermedad de Crohn [enteritis regional]

En el IAE se utilizan para identificar códigos de manifestación de una enfermedad, apareciendo el código de la etiología o enfermedad subyacente colocado en primer lugar y a continuación el código de la manifestación (incluido entre corchetes y en cursiva).

Lepra A30.-
- con trastorno muscular A30.9 *[M63.80]*
- - antebrazo A30.9 *[M63.83-]*
- - brazo, parte superior A30.9 *[M63.82-]*
- - localización especificada NCOC A30.9 *[M63.88]*

- **( ) Paréntesis:** Se utilizan tanto en el IAE como en la LT para:

  – Incluir palabras complementarias que pueden estar presentes o ausentes en la expresión que describe una enfermedad sin afectar al código asignado.

Accidente
- cerebrovascular (apoplejía) (cerebral) (embólico) (isquémico) (paralítico) (trombótico) I63.9

  – Describir epónimos o siglas:

Fong, síndrome de (osteo-onicodisplasia hereditaria) Q87.2

N18 Enfermedad renal crónica (ERC)

– Delimitar el intervalo de categorías que comprende un capítulo y una sección en la LT.

CAPÍTULO 1. CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS (A00-B99)

OTRAS ENFERMEDADES BACTERIANAS (A30-A49)

– Describir la categoría o código correspondiente a una entidad diagnóstica ubicada en otro capítulo o sección.

K51 Colitis ulcerosa
Utilice código adicional para identificar manifestaciones, tales como: pioderma gangrenoso (L88)

- **: Dos puntos:** Se utilizan en la LT después de un término que necesita uno o más modificadores para poder asignar una categoría determinada. También aparecen en las notas o notas de instrucciones tanto de la LT como del IAE (ver ejemplos en instrucciones de IAE y LT).

J39.3 Reacción de hipersensibilidad del tracto respiratorio superior, localización no especificada
Excluye 1: reacción de hipersensibilidad del tracto respiratorio superior, tal como:
alveolitis alérgica extrínseca (J67.9)
neumoconiosis (J60-J67.9)

- **- Guion:** Aparece en el IAE y en la LT, y significa que se necesitan más caracteres para completar el código.

Ejemplo IAE:
Subluxación - *véase* además Luxación
- acromioclavicular **S43.11-**

Ejemplo LT:
B20 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]
Incluye: complejo relacionado con SIDA [CRS]
infección por VIH, sintomático
síndrome de inmunodeficiencia adquirida [SIDA]
Codifique primero, si procede, enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] que complica embarazo, parto y puerperio (O98.7-)

A.2.2 INSTRUCCIONES DEL ÍNDICE ALFABÉTICO DE ENFERMEDADES

- ***"Véase"*:** Indica que es necesario dirigirse a otro término principal más específico pues el elegido no aporta información suficiente sobre el código a asignar. Es de obligado seguimiento.

Exudado
- pleural - *véase* Derrame, pleura
Derrame
- pleura, pleuritis, pleurítico, pleuropericárdico J90

- **"*Véase* categoría", "*Véase* subcategoría", "*Véase* nota":** Esta instrucción o nota envía directamente a una categoría o subcategoría de la LT. Antes de la asignación de cualquier código deben seguirse las instrucciones existentes en dicha categoría o subcategoría.

Esteroides
- efectos (adversos) (corticosuprarrenal) (iatrogénico)
- - diabetes - *véase* categoría E09
Congestión, congestivo (-a)
- laberinto - *véase* subcategoría H83.8
Tubérculo
- Carabelli - *véase* Nota en K00.2

- **"*Véase* además":** Esta instrucción indica que existe otro término principal que también puede ser consultado y que puede proporcionar información más específica. No es necesario seguir la instrucción "*véase* además" cuando el término principal original proporciona el código que necesitamos.

- **Nota:** Proporciona información adicional sobre el contenido del término principal, modificadores esenciales o instrucciones que se deben tener en cuenta en el proceso general de la codificación clínica con esta clasificación.

Epilepsia, epiléptica (-o) (ataque) (cerebral) (convulsión) (crisis) G40.909
Nota: los siguientes términos se consideran equivalentes a intratable: farmacorresistente (farmacológicamente resistente), resistente al tratamiento, refractario (médicamente) y mal controlado

A.2.3 INSTRUCCIONES DE LA LISTA TABULAR DE ENFERMEDADES

- **"Incluye":** Esta instrucción o nota aparece inmediatamente debajo del literal de los códigos de tres caracteres para definir mejor o proporcionar ejemplos del contenido de la categoría.

E84 Fibrosis quística
Incluye: mucoviscidosis

- **“Excluye”:** La CIE-10-ES Diagnósticos tiene dos tipos de notas Excluye. Cada una de ellas tiene una definición y un uso diferente, pero ambas son similares en la manera de indicar que los códigos excluidos en cada una de las notas son independientes entre sí.

  - ***Excluye 1***

    Las notas tipo *Excluye 1* son notas de exclusión pura. Significan “**no codificar aquí”.** Las notas de tipo *Excluye 1* indican que el código excluido nunca debe utilizarse junto al código afectado por dicha nota de exclusión. Esta instrucción se utiliza cuando dos afecciones no pueden darse a la vez, tal como ocurre con una forma congénita y una forma adquirida de la misma enfermedad. Las notas *Excluye 1* van identificadas con un cuadro negro y el texto en cursiva.

4º E11 Diabetes mellitus tipo 2
Incluye: diabetes (mellitus) debida a defecto de secreción de insulina
diabetes (mellitus) resistente a insulina
diabetes NEOM
Utilice código adicional para identificar control de uso de:
- antidiabéticos orales (Z79.84)
- hipoglucémicos orales (Z79.84)
insulina (Z79.4)

Excluye 1: diabetes gestacional (O24.4-)
diabetes mellitus debida a afección subyacente (E08.-)
diabetes mellitus inducida por fármaco o sustancia química (E09.-)
diabetes mellitus neonatal (P70.2)
diabetes mellitus pospancreatectomía (E13.-)
diabetes mellitus secundaria NCOC (E13.-)
diabetes mellitus tipo 1 (E10.-)
diabetes mellitus tras procedimiento (E13.-)

    Una excepción a la definición del *Excluye 1* es que dos afecciones no estén relacionadas entre sí. Si no está claro que las dos afecciones involucradas en la nota *Excluye 1* están relacionadas o no, se debe consultar al clínico. Por ejemplo, el código **F45.8 Otros trastornos somatomorfos**, tiene una nota *Excluye 1* para el "Bruxismo relacionado con el sueño (**G47.63**)"; puesto que "Bruxismo" es un término de inclusión presente bajo el código **F45.8**, solo uno de estos dos códigos debe ser asignado para dicha afección. Por otro lado, la "dismenorrea psicógena" es también un término de inclusión del código **F45.8**, pero una paciente podría tener tanto una "dismenorrea psicógena" como un “Bruxismo relacionado con el sueño”. En este caso, las dos condiciones claramente no están relacionadas entre sí, por lo que sería apropiado codificar los dos códigos, el **F45.8** y el **G47.63**, juntos.

  - ***Excluye 2***

    Las notas de tipo *Excluye 2* significan “no incluido aquí”. Una instrucción *Excluye 2* indica que la afección excluida no forma parte de la entidad representada por el código, pero cabe la posibilidad de que un paciente pueda presentar ambas afecciones al mismo tiempo. Cuando existe una nota *Excluye 2* es posible utilizar juntos ambos códigos, el que contiene la nota y el excluido, si las circunstancias así lo requieren. Las notas *Excluye 2* van identificadas con un cuadro gris y el texto en cursiva.

F06.4 Trastorno de ansiedad debido a afección fisiológica conocida
Excluye 2: trastornos de ansiedad debidos a alcohol y otras sustancias psicoactivas
(F10-F19 con .180, .280, .980)
trastornos de ansiedad, no debidos a afección fisiológica conocida o
no especificada (F40.-, F41.-)

R07 Dolor de garganta y de tórax
Excluye 1: mialgia epidémica (B33.0)
Excluye 2: dolor de mama (N64.4)
dolor de mandíbula (R68.84)

- **"Nota"**: Estas notas pueden aparecer en cualquier nivel dentro de la LT. Es información adicional, bien aclaratoria sobre el contenido del capítulo o sección en cuestión, o sobre instrucciones que se deben tener en cuenta en el proceso general de la codificación clínica con esta clasificación.

CAPÍTULO 15. EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (O00-O9A)
Nota:
Los códigos de este capítulo son para uso exclusivo en la codificación del episodio de la madre, nunca en el del recién nacido.
Los códigos de este capítulo se utilizan para circunstancias y enfermedades relacionadas, o que complican o se agravan por el embarazo, parto o puerperio (causas maternas u obstétricas)

B03 Viruela
Nota:
En 1980 la 33ª Asamblea Mundial de Salud declaró que la viruela había sido erradicada.
La clasificación se mantiene con fines de vigilancia

- **"Codifique primero":** Esta instrucción aparece bajo ciertas patologías donde coinciden el proceso subyacente y manifestaciones diversas. Establece el orden de secuencia de los códigos en cuestión: primero será el del proceso etiológico y luego el de la o las manifestaciones**.** Así pues, los códigos bajo los cuales aparece esta instrucción no deben utilizarse como diagnóstico principal, salvo que solo se conozcan estos (y no la afección subyacente) y siempre y cuando no estén en cursiva.

J17 Neumonía en enfermedades clasificadas bajo otro concepto
Codifique primero la enfermedad subyacente, tal como:
- fiebre Q (A78)
- fiebre reumática (I00)
- esquistosomiasis (B65.0-B65.9)

B20 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]
Incluye: complejo relacionado con SIDA [CRS]
infección por VIH, sintomático
síndrome de inmunodeficiencia adquirida [SIDA]
Codifique primero, si procede, enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] que complica embarazo, parto y puerperio (O98.7-)

- **“Codificar además”:** La instrucción “codificar además” nos indica que se pueden necesitar dos códigos para describir completamente una afección, pero no proporciona directrices sobre la secuencia de los mismos. La secuencia de dichos códigos, dependerá de las circunstancias del contacto.

> **J85.1 Absceso pulmonar con neumonía**
> Codifique además el tipo de neumonía

- **“Utilice código adicional”:** Esta instrucción significa algo similar a la de **“Codificar además”** salvo que esta instrucción sí proporciona el orden secuencial de los códigos. En este caso este código adicional irá tras el diagnóstico principal (es decir, el código adicional se secuencia después del código que contiene esta nota de instrucción). Aparece en las afecciones con diversas etiologías posibles o con etiología desconocida.

> **J37 Laringitis y laringotraqueítis crónicas**
> Utilice código adicional para identificar:
> dependencia del tabaco (F17.-)
> exposición a humo ambiental de tabaco (Z77.22)
> exposición al humo de tabaco en período perinatal (P96.81)
> exposición ocupacional al humo ambiental de tabaco (Z57.31)
> historia de dependencia de tabaco (Z87.891)
> agente infeccioso (B95-B97)
> tabaquismo activo (Z72.0)

- **‘Y’:** La palabra “y”, cuando aparece en un literal, puede interpretarse bien cómo “y” o bien cómo “o”. Por ejemplo, tanto los casos descritos como “tuberculosis ósea” como los de, “tuberculosis articular” o “tuberculosis ósea y articular” se clasifican bajo la subcategoría **A18.0 Tuberculosis de huesos y articulaciones**.

- **'Con':** Los términos "con" o “en” deben ser interpretados como "asociado con" o "debido a" cuando aparecen en un literal de un código en el IAE (bajo un término principal o un subtérmino) o en una nota de instrucción de la LT. La clasificación supone una relación causal entre las dos afecciones vinculadas por este término en el IAE o en la LT. Estas afecciones deben ser codificadas como relacionadas, incluso aunque la documentación del clínico no las asocie de forma explícita, salvo que en la documentación se indique claramente que dichas afecciones no guardan relación, o salvo que exista otra directriz que específicamente requiera que esté documentada dicha relación entre las dos afecciones (por ejemplo, la normativa para la disfunción orgánica aguda que no está claramente relacionada con la sepsis). En caso de afecciones no vinculadas específicamente por estos términos relacionales en la clasificación, o cuando la normativa requiera que una vinculación entre dos afecciones sea explícitamente documentada (como es el caso de la normativa de codificación de la sepsis con disfunción orgánica aguda (SIRS)), la documentación del profesional sanitario deberá asociar ambas afecciones para poder codificarlas como relacionadas.

El término “con” aparece, en el Índice Alfabético, secuenciado inmediatamente después del término principal o de un subtérmino, no en orden alfabético.

Esta norma **"con" no se aplica a las entradas en el Índice Alfabético "No Clasificable bajo Otro Concepto (NCOC)"** que cubren amplias categorías o afecciones. A continuación, se incluye un ejemplo de las entradas del índice alfabético.

Diabetes, diabético (mellitus) (sacarina) E11.9
- con
- - artropatía NCOC **E11.618**
- - complicación **E11.8**
- - - circulatoria NCOC **E11.59**
- - - cutánea NCOC **E11.628**
- - - especificada NCOC **E11.69**
- - - neurológica NCOC **E11.49**
- - - oftálmica NCOC **E11.39**
- - - oral NCOC **E11.638**
- - - renal (-es) NCOC **E11.29**

Solo las afecciones específicas son las que pueden asociarse cuando están vinculadas con los términos "con", "debido a" o "asociado con".

Ejemplos:
Diabetes, diabético (mellitus) (sacarina) E11.9 [-]
- con [-]
- - amiotrofia **E11.44**
- - angiopatía periférica **E11.51** [+]
- - catarata **E11.36**
- - Charcôt, articulaciones de **E11.610**
- - degeneración tubular renal **E11.29**
- - dermatitis **E11.620**
- - enfermedad [-]
- - - periodontal **E11.630**
- - - renal crónica **E11.22**
- - gangrena **E11.52**
- - gastroparálisis **E11.43**
- - gastroparesia **E11.43**
- - glomerulonefrosis [+]
- - hiperglucemia **E11.65**
- - hiperosmolaridad **E11.00** [+]
- - hipoglucemia **E11.649** [+]
- - Kimmelsteil- Wilson, enfermedad de E11.21
- - miastenia **E11.44**
- - mononeuropatía **E11.41**

Por tanto, no debe asumirse una relación causal entre dos afecciones cuando la complicación diabética está considerada "NCOC".

- **"Se debe añadir el 7º carácter":** Esta instrucción aparece en la LT siempre que haya la necesidad de completar el código o los códigos listados en ella con un 7º carácter predeterminado.

X 7º **S12.9 Fractura del cuello, no especificada**
Fractura de columna cervical NEOM
Fractura de vértebra cervical NEOM
Fractura del cuello NEOM
Se debe añadir el 7º carácter apropiado a cada código de la subcategoría S12.9
A contacto inicial
D contacto sucesivo
S secuela

4º **S15 Traumatismo de vasos sanguíneos a nivel del cuello**
Codifique además cualquier herida abierta asociada (S11.-)
Se debe añadir el 7º carácter apropiado a cada código de la categoría S15
A contacto inicial
D contacto sucesivo
S secuela

A.3 CODIFICACIÓN CLÍNICA

Es el proceso por el que el lenguaje natural se traduce a un lenguaje documental y normalizado. En este caso se trata de convertir el lenguaje médico o clínico-asistencial al lenguaje de la CIE-10-ES Diagnósticos. Esta no es una tarea sencilla pues conlleva conocer ambos lenguajes, sus estructuras, terminologías y las reglas o normas que los rigen. La codificación clínica será más completa y más específica cuanto mayor sea la calidad de la documentación e información clínicas.

A.3.1 INDIZACIÓN DEL EPISODIO ASISTENCIAL

Indizar consiste en la identificación del diagnóstico principal, los diagnósticos secundarios y los procedimientos realizados durante un episodio asistencial. Ello requiere la lectura de la documentación clínica. El documento fundamental de consulta es el **informe clínico de alta** del episodio asistencial.

Sin embargo, para la correcta codificación de un episodio, además del informe clínico de alta pueden ser consultados otros documentos que complementen la información y añadan una mayor especificidad tanto en diagnósticos como en procedimientos, tal como el protocolo quirúrgico, anamnesis y evolutivo clínico, otros informes clínicos con diagnóstico firmado (interconsultas, anatomía patológica, radiología, etc.) además de documentación de enfermería, nutricionistas o fisioterapeutas, si es el caso. Es importante tener en cuenta, que el objetivo de dicha documentación es ofrecer una mayor especificidad y no modificar un diagnóstico definitivo realizado por el clínico responsable de la atención. Cuando la documentación complementaria suponga un cambio del diagnóstico clínico del informe de alta, deberá consultarse con el facultativo responsable.

A.3.1.a Identificación del diagnóstico principal y de los diagnósticos secundarios

- **Diagnóstico Principal (DP)**

Es el proceso patológico o circunstancia que después del estudio pertinente y al alta del paciente, y según criterio del facultativo, se establece como causa del ingreso (o contacto con el centro hospitalario). Siempre debe secuenciarse en primer lugar y es independiente de la aparición de otros procesos o complicaciones de mayor duración o gravedad que puedan surgir durante el episodio de atención.

- **Diagnósticos Secundarios (DS)**

Son aquellos diagnósticos o circunstancias que, no reuniendo las características del principal, coexisten (comorbilidades) con él en el momento del ingreso (atención) o aparecen durante la estancia hospitalaria (complicaciones) influyendo en la duración de la misma o en el tratamiento administrado. Deben excluirse los diagnósticos relacionados con atenciones previas y que no interfieren de forma alguna en el actual episodio asistencial (de ingreso o de atención). Los diagnósticos secundarios van secuenciados tras el diagnóstico principal.

A.3.2 IDENTIFICACIÓN DEL "TÉRMINO CLAVE" EN CADA DIAGNÓSTICO A CODIFICAR

El **"término clave"** es aquella palabra de la expresión diagnóstica que nos permite acceder al término principal del IAE.

Puede ser:

- Patología o afección (apendicitis, hipocolesterolemia, embarazo, etc.)
- Adjetivo (puerperal, nocivo, etc.)
- Nombre de la enfermedad o afección (diabetes, bocio)
- Epónimo (Quervain, enfermedad de)
- Causa del ingreso o admisión (quimioterapia, admisión para)

A.3.3 BÚSQUEDA EN EL ÍNDICE ALFABÉTICO DE ENFERMEDADES (IAE)

Dentro del **IAE**, y en este orden, se debe:

- Localizar el término principal (en negrita) en el IAE.
- Leer y analizar los modificadores no esenciales.
- Leer y analizar los modificadores esenciales, de tal forma que se alcance el mayor grado de especificidad (máxima equivalencia entre terminologías).
- Leer y tener presente todas las notas e instrucciones existentes (abreviaturas, puntación, véase, etc.) (Ver punto A.2 CONVENCIONES Y NORMAS GENERALES).
- Seleccionar el código del diagnóstico adecuado (código por defecto) en el IAE.
- Un guion al final de una entrada del Índice Alfabético indica que se requieren caracteres adicionales

A.3.4 BÚSQUEDA EN LA LISTA TABULAR DE ENFERMEDADES (LT)

Dentro de la LT**,** y en este orden, se debe:

- Localizar el código proporcionado por el IAE.
- Leer y tener presente todas las notas e instrucciones existentes (términos de inclusión, excluyes, codifique primero, etc.) en los distintos niveles (capítulo, sección, categoría y subcategoría). (Ver A.2 CONVENCIONES Y NORMAS GENERALES).
- Selección del código final que consideremos válido para el diagnóstico que estamos codificando, con el número máximo de caracteres requerido según el caso, incluyendo el séptimo carácter, si procede.

Para asignar un código siempre debe consultarse tanto el índice alfabético como la lista tabular. El índice no siempre proporciona el código completo y la selección del código final, incluyendo lateralidad y cualquier séptimo carácter que sea de aplicación solo se puede hacer con la lista tabular.

A.3.5 NIVEL DE DETALLE EN LA CODIFICACIÓN

Los códigos de diagnóstico de CIE-10-ES pueden tener 3, 4, 5, 6 ó 7 caracteres. Solo se debe utilizar un código de tres caracteres si no tiene subdivisiones. Un código no es válido si no se ha expresado con el número máximo de caracteres requerido, incluyendo el séptimo carácter, si procede. También debe alcanzarse el mayor nivel de especificidad documentado en la historia clínica.

A.4 INSTRUCCIONES Y NORMAS GENERALES DE LA CIE-10-ES PARA LA CODIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS

A.4.1 CODIFICACIÓN DE SÍNTOMAS Y SIGNOS

De forma general podemos decir que los códigos que describen síntomas y signos son aceptables a efectos de registro, tanto para el caso de D.P. como de D.S., cuando el clínico no ha realizado (confirmado) un diagnóstico definitivo. El capítulo 18 SÍNTOMAS, SIGNOS Y RESULTADOS ANORMALES DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS, NO CLASIFICADOS BAJO OTRO CONCEPTO (R00-R99)**,** contiene muchos de los códigos de síntomas y signos, pero no todos los existentes.

Hay que distinguir:

A.4.1.a Síntomas y signos que forman parte integral de un proceso patológico

Los síntomas y signos que se asocian habitualmente con un proceso patológico no deben asignarse como códigos secundarios, a no ser que la clasificación indique lo contrario.

Paciente que ingresa por dolor abdominal que ha ido aumentando en los últimos días. Tras los estudios pertinentes se le diagnostica de diverticulitis aguda de colón.

Solo se codificará DP: K57.32 Diverticulitis de colon sin perforación ni absceso, sin hemorragia

A.4.1.b Síntomas y signos que no son parte integral de un proceso patológico

Los síntomas y signos que no se asocian de forma habitual con un determinado proceso patológico, deberán codificarse cuando se encuentren presentes.

Paciente que ingresa para estudio por dolores osteoarticulares en múltiples articulaciones y manchas en piel refiriendo también mareos casi todas las tardes. Tras los estudios pertinentes se le diagnostica de artropatía psoriásica.

DP: **L40.50 Artropatía psoriásica, no especificada**
DS: **R42 Mareo y desvanecimiento**

A.4.1.c Síntoma y/o signo atribuible a dos o más enfermedades sospechadas o no confirmadas

Cuando un signo o síntoma es reflejado como atribuible a dos o más enfermedades (expresadas como alternativas de un diagnóstico diferencial) y al alta siga sin determinarse cuál de ellas es la responsable, el signo o síntoma será el diagnóstico principal y sus posibles causas se codificarán como diagnósticos secundarios.

Siempre que la documentación lo permita deben seleccionarse códigos de diagnóstico específicos, aunque el empleo de códigos de síntomas y signos no solo está permitido, sino que incluso puede ser necesario para reflejar con precisión un episodio.

A.4.2 CODIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE SOSPECHA

De forma general, y en el ámbito de la hospitalización, siempre que se refleje un diagnóstico como "sospecha de" se considerará como si estuviera confirmado o presente.

> Paciente que ingresa por abdominalgia por sospecha de ruptura de cuerpo lúteo. Tras los estudios pertinentes el clínico le diagnostica como sospecha de quiste de cuerpo lúteo hemorrágico.
> DP: Sospecha de quiste de cuerpo lúteo hemorrágico
>
> DP: **N83.10 Quiste de cuerpo lúteo de ovario, lado no especificado**

Existen excepciones a esta norma: la infección VIH/SIDA, la gripe por virus especificados (categorías **J09** y **J10**), la enfermedad por coronavirus COVID-19 (SARS-CoV-2) y la infección por virus Zika. En estos casos se precisa una confirmación diagnóstica por parte del clínico.

A.4.2.a Codificación de una enfermedad sospechada y no confirmada

Si una atención se efectúa por la sospecha de una enfermedad y tras todos los estudios no se confirma ni se descarta, se codificará como si se tratara de un diagnóstico de sospecha (ver A.4.1)

> Paciente que ingresa por sospecha de adenitis mesentérica que no se confirma tras las exploraciones realizadas.
> DP: Sospecha de adenitis mesentérica
>
> DP: **I88.0 Linfadenitis mesentérica no especificada**

A.4.2.b Codificación de una enfermedad sospechada y descartada

Si una atención se efectúa por la sospecha de una enfermedad sin la presencia de síntomas ni signos asociados a la misma (en el episodio actual), y tras todos los estudios pertinentes se descarta dicho proceso, se codificará con un código de las categorías **Z03 Contacto para observación médica de enfermedades y afecciones sospechadas que se descartan** o **Z05 Contacto para observación y evaluación del recién nacido por enfermedades y afecciones sospechadas que se descartan.**

Recién nacido que ingresa, por sospecha de infección debida a corioamnionitis subclínica materna y tras todas las pruebas se comprueba la no afectación del niño

DP: **Z05.1 Observación y evaluación del recién nacido por sospecha de patología infecciosa que se descarta**

Si presenta algún síntoma o signo relacionado con el proceso sospechado y descartado, se codificarán estos (ver **A.4.1**).

Paciente que ingresa por sospecha de tumor vesical por presentar hematuria franca desde hace unos días. Tras los estudios pertinentes se descarta la presencia de una neoplasia o tumor. Se codificará sólo la hematuria:

DP: **R31.0 Hematuria macroscópica**

A.4.3 CODIFICACIÓN DE UN DIAGNÓSTICO "LÍMITE" O BORDERLINE

Si se documenta un diagnóstico como "límite" (estadio previo a una enfermedad) tras la atención prestada, se codificará como confirmado o establecido, a menos que la clasificación proporcione una entrada específica. Si una afección límite tiene una entrada específica en el IAE debe ser codificada como tal.

Paciente que presenta niveles de glucemia elevados y es diagnosticado de prediabetes

R73.03 Prediabetes

A.4.4 SECUELAS (EFECTOS TARDÍOS)

Una secuela es la afección residual producida después de que haya terminado la fase aguda de una enfermedad o lesión. No hay límite de tiempo para poder utilizar un código de secuela. El efecto residual puede ser evidente en una etapa precoz, como ocurre en un infarto cerebral, o puede aparecer meses o años más tarde, tal como sucede en las que se asocian a una lesión traumática previa. Ejemplos de secuela son: una cicatriz como resultado de una quemadura, un tabique desviado debido a una fractura previa y la infertilidad debida a una oclusión tubárica por una antigua tuberculosis.

En general, la codificación de las secuelas requiere dos códigos con la siguiente secuencia: la afección o naturaleza de la secuela que se asigna en primer lugar y el código de secuela que se secuencia a continuación.

Paciente que presenta acortamiento de la pierna derecha en relación a la izquierda como resultado de una fractura de cadera derecha

DP: **M21.751 Longitud desigual de extremidades (adquirida), fémur derecho**
DS: **S72.001S Fractura de parte no especificada de cuello de fémur derecho, secuela**
DS: **X58.XXXS Exposición a otros factores especificados, secuela**

Como excepción a la norma anterior están aquellos casos en los que el código para la secuela es seguido por un código de manifestación identificado como tal en la lista tabular o bien cuando el código de la secuela ha sido expandido a nivel de cuarto, quinto o sexto carácter para incluir en él las manifestaciones.

Paciente que presenta disfagia orofaríngea como efecto residual de un accidente cerebrovascular

DP: **I69.391 Disfagia tras infarto cerebral**
DS: **R13.12 Disfagia, fase orofaríngea**

El código de la fase aguda de una enfermedad o lesión que dio lugar a la secuela nunca se utiliza junto con el código de efecto tardío (secuela).

Paciente que presenta parálisis facial tras sufrir un infarto cerebral hace dos años

Solo se codificará y como diagnóstico principal (DP): **I69.392 Paresia facial tras infarto cerebral**

A.4.5 CODIFICACIÓN DE UNA AFECCIÓN INMINENTE O AMENAZA DE ENFERMEDAD

Si se documenta un diagnóstico como “inminente” o como “amenaza de” en el momento del alta, se codificará tal como se indica a continuación, según ocurra o no la amenaza definida:

- Si se produjo tal amenaza, se codificará como un diagnóstico confirmado.

Paciente embarazada que ingresa por amenaza de aborto y termina abortando en este episodio asistencial

DP: **O03.9 Aborto espontáneo completo o no especificado sin complicación**

- En caso de no producirse dicha amenaza, se debe consultar el IAE para determinar si dicha afección tiene un término modificador para las expresiones “inminente” o “amenaza de” o consultar también las entradas de los términos principales “Inminente” y “Amenaza”.

En todo caso, si hay modificadores esenciales utilice el código que se asigna tras ellos. Si no hay modificadores se codificará la enfermedad o afecciones subyacentes que existan y no la afección o enfermedad descrita como inminente o amenaza.

Paciente embarazada que ingresa por amenaza de aborto con hemorragia y tras el tratamiento médico se logra detener la misma

DP: **O20.0 Amenaza de aborto**

A.4.6 CODIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS CON ASIGNACIÓN DE CÓDIGOS INESPECÍFICOS.

Aunque siempre que la documentación lo permita deben seleccionarse códigos de diagnóstico específicos, hay casos en los que puede ser necesario utilizar códigos inespecíficos para reflejar con la mayor precisión posible un episodio asistencial. Así, cuando no se dispone de suficiente información clínica o no existe un código más específico para una enfermedad o problema determinado, se puede utilizar un código "no especificado".

Paciente diagnosticada de neumonía, sin poderse determinar la etiología de la misma

DP: **J18.9 Neumonía, microorganismo no especificado**

A.4.7 CODIFICACIÓN MÚLTIPLE PARA UNA ÚNICA AFECCIÓN O ENFERMEDAD

Se entiende por codificación múltiple la necesidad de asignar más de un código para identificar una enfermedad o expresión diagnóstica. Se deben tener en cuenta las instrucciones para codificación múltiple en la CIE-10-ES Diagnósticos que vienen identificadas con los siguientes términos: "**utilice código adicional**", "**codifique primero**", **"enfermedades clasificadas bajo otro concepto**" (ver A.2.3).
Los códigos que identifican las manifestaciones de la enfermedad aparecen entre corchetes y en cursiva en el IAE y en cursiva en la LT, y no pueden ser utilizados nunca como diagnóstico principal. El código que describe la afección etiológica fundamental se secuenciará siempre en primer lugar. Si hubiera más de una manifestación se utilizarán tantos códigos como sea necesario para describirlas todas.

Paciente diagnosticada de amiloidosis con afectación del corazón

DP: **E85.4 Amiloidosis limitada a un órgano**

DS: ***I43 Miocardiopatía en enfermedades clasificadas bajo otro concepto***

IAE:

Amiloidosis (generalizada) (primaria) E85.9

- corazón E85.4 [*I43*]

LT:

I43 Miocardiopatía en enfermedades clasificadas bajo otro concepto

Codifique primero la enfermedad subyacente, tal como:

- amiloidosis (E85.-)

Hay determinadas afecciones simples que pueden requerir más de un código y también en estos casos podemos encontrar las notas "**utilice código adicional**" o **"codifique primero**" que nos indican que pese a no formar propiamente parte de una combinación etiología/manifestación, debemos utilizar más de un

código para describirlas completamente. Sin embargo, no siempre existe una afección fundamental responsable o bien ésta a veces no puede ser identificada. En estos casos, la nota "codifique primero" puede ser ignorada. Ambas instrucciones indican cuál debe ser la secuencia correcta de los códigos en tales circunstancias.

Paciente que ingresa para estudio y es diagnosticado de gastroparesia sin haberse encontrado causa de la misma

DP: **K31.84 Gastroparesia**

Paciente que ingresa para estudio por gastroparesia y tras los estudios pertinentes es diagnosticada de esclerodermia.

DP**: M34.9 Esclerosis sistémica, no especificada**

DS**: K31.84 Gastroparesia**

LT:

K31.84 Gastroparesia

Gastroparálisis

Codifique primero enfermedad subyacente, si se conoce, tal como:

- anorexia nerviosa (F50.0-)
- esclerodermia (M34.-)
- diabetes mellitus (E08.43, E09.43, E10.43, E11.43, E13.43)

En la codificación de "Síndromes" cuando el IAE no proporcione instrucciones o un código por defecto, se deben asignar códigos para cada una de las manifestaciones documentadas. También pueden asignarse códigos adicionales para manifestaciones que no forman parte integral de la enfermedad o síndrome en aquellos casos en los que la afección no tiene un código exclusivo para ella.

Paciente diagnosticada de Síndrome de Down con cataratas congénitas y una discapacidad intelectual moderada

DP: **Q90.9 Síndrome de Down, no especificado**

DS: **Q12.0 Catarata congénita**

DS: **F71 Discapacidad intelectual moderada**

A.4.8 CODIFICACIÓN DE ENFERMEDADES O AFECCIONES AGUDAS (SUBAGUDAS) Y CRÓNICAS

Si una misma enfermedad se describe a la vez como aguda (subaguda) y como crónica, y existen subentradas diferentes en el IAE con el mismo nivel de sangrado, se deben asignar los dos códigos secuenciando primero el código de la afección aguda (subaguda).

Los términos de "descompensada", "exacerbada" o "reagudizada" hacen referencia a una situación crónica reagudizada.

Paciente que ingresa por insuficiencia cardiaca sistólica crónica descompensada

DP: **I50.23 Insuficiencia cardiaca sistólica (congestiva), aguda sobre crónica**

A.4.9 CODIFICACIÓN DE ENFERMEDADES CON DOS O MÁS ETIOLOGÍAS POSIBLES

Si una enfermedad o afección tiene varias posibles etiologías y finalmente no se confirma o no se le puede atribuir ninguna de ellas, dicha enfermedad o afección se codificará como "de etiología o causa no especificada".

Paciente que ingresa por pleuritis con derrame pleural masivo que tras los estudios pertinentes el clínico establece pudiera ser de origen neoplásico o tuberculoso

DP: **J90 Derrame pleural, no clasificable bajo otro concepto**

A.4.10 "CÓDIGO DE COMBINACIÓN"

Un código de combinación permite clasificar en un solo literal:

- Dos diagnósticos
- Un diagnóstico con un proceso secundario asociado (manifestación)
- Un diagnóstico con una complicación asociada
- Un diagnóstico con otras circunstancias

Los códigos de combinación se identifican consultando los modificadores esenciales del IAE y leyendo las notas de inclusión y exclusión de la LT.

Cuando la CIE-10-ES Diagnósticos proporciona un código de combinación que identifica claramente todos los elementos documentados en el diagnóstico, no se debe utilizar la codificación múltiple.

Paciente que ingresa en coma por una insuficiencia hepática aguda

DP: **K72.01 Insuficiencia hepática aguda y subaguda con coma**

Paciente en tratamiento desde hace 10 años por epilepsia generalizada idiopática que ingresa por sufrir una crisis esta mañana

DP: **G40.309 Epilepsia y síndromes epilépticos generalizados idiopáticos, no intratables, sin estado de mal epiléptico**

Si el código de combinación carece de la especificidad necesaria para describir la manifestación o la complicación, se debe utilizar un código adicional como diagnóstico secundario.

A.4.11 REGISTRO O CODIFICACIÓN DEL MISMO DIAGNÓSTICO MÁS DE UNA VEZ

Cada código diagnóstico individual de CIE-10-ES Diagnósticos solo se puede registrar una vez dentro del mismo episodio o contacto. Esto se aplica tanto a las afecciones bilaterales cuando no existen códigos diferenciados que identifiquen la lateralidad, como a dos enfermedades diferentes que se clasifiquen bajo el mismo código de la CIE-10-ES Diagnósticos.

Paciente diagnosticada de mastitis derecha y celulitis de pezón izquierdo

DP: **N61.0 Mastitis sin absceso**

A.4.12 CODIFICACIÓN DE LA LATERALIDAD

Algunos códigos de CIE-10-ES Diagnósticos proporcionan la lateralidad especificando si la afección es derecha, izquierda o bilateral. Si la afección es bilateral y no existe un código de bilateralidad se debe asignar un código para cada uno de los lados: izquierdo y derecho. Si el lado no está identificado en la documentación clínica se asignará el código de "lado no especificado".

Paciente diagnosticado de pie en garra adquirido bilateral

M21.531 Pie en garra adquirido, derecho
M21.532 Pie en garra adquirido, izquierdo

Si un paciente tiene una afección bilateral y cada lado es tratado en episodios diferentes (por ejemplo, la cirugía de cataratas que se realiza en cada ojo generalmente en episodios diferentes), en el primer episodio en el que se realiza el tratamiento de uno de los lados se debe asignar el código de "bilateralidad" (puesto que la condición todavía existe en ambos lados) sin embargo en el episodio posterior ya únicamente se debe asignar el código de la lateralidad existente aún por resolver. Y solo en el caso de que el tratamiento realizado en el primer lado no hubiese resuelto el problema por completo el código de bilateralidad sería, de nuevo, el apropiado.

Cuando la lateralidad no está documentada por el facultativo responsable del paciente, la asignación del código del lado afectado puede basarse en la documentación de otros profesionales de la salud. Si existe documentación contradictoria acerca del lado afectado, se debe preguntar al médico responsable del paciente. Los códigos de "lado no especificado" se deberían utilizar en muy raras ocasiones.

1º EPISODIO ASISTENCIAL

Paciente diagnosticado de quiste lacrimal bilateral

H04.133 Quiste lacrimal, bilateral

2º EPISODIO ASISTENCIAL

Paciente diagnosticado de quiste lacrimal bilateral, operado con éxito hace un mes del ojo derecho que acude para tratamiento del ojo izquierdo

H04.132 Quiste lacrimal, lado izquierdo

A.4.13 DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DE OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD

La asignación de códigos se basa en la documentación de los profesionales de la salud (médico u otro profesional cualificado con responsabilidad legal para establecer el diagnóstico del paciente). Hay unas pocas excepciones en las que la asignación de códigos puede basarse en la documentación clínica de otros profesionales de la salud distintos al médico responsable. Estas excepciones incluyen códigos para:

- El Índice de Masa Corporal (IMC)
- La profundidad de las úlceras crónicas no debidas a presión
- El estadio de las úlceras por presión
- La escala del coma
- La escala NIHSS
- Determinantes sociales de salud
- Lateralidad
- Nivel de alcohol en sangre
- Estado de déficit de vacunación

En estos casos la asignación puede basarse en la documentación de la historia clínica aportada por otros profesionales de la salud que participan en los cuidados del paciente (por ejemplo, dietistas que con frecuencia documentan el IMC, enfermeras que con frecuencia documentan los estadios de las úlceras por presión, o técnicos en emergencias sanitarias que documentan la escala de coma). Sin embargo, el diagnóstico asociado (tal como sobrepeso, obesidad, ictus, úlcera por presión, o una afección clasificada en la categoría **F10 Trastornos relacionados con alcohol**) debe ser documentado por el clínico que atiende al paciente. Si hay documentación contradictoria en la historia clínica, sea del mismo o de diferentes clínicos, se debe consultar al facultativo responsable de la atención del paciente para clarificar la situación.

Los códigos de IMC, escala del coma, escala NIHSS, nivel de alcohol en sangre y los códigos para determinantes sociales de salud sólo deben registrarse como diagnósticos secundarios.

Para informar sobre determinantes sociales que afectan a la salud, tales como los que se clasifican en las categorías **Z55-Z65 PERSONAS CON RIESGOS POTENCIALES DE SALUD RELACIONADOS CON SU SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA Y PSICOSOCIAL**, la asignación del código puede basarse en la historia clínica de otros profesionales involucrados en el episodio de cuidados y que no son el facultativo responsable, ya que esta información es una información sobre aspectos sociales y no es un diagnóstico clínico.

La documentación proporcionada por el paciente, también puede ser utilizada para la asignación de códigos de factores sociales, siempre que dichos informes y documentación hayan sido validados e incorporados a la historia clínica por un profesional de la salud.

A.4.14 DOCUMENTACIÓN DE LAS COMPLICACIONES DE CUIDADOS

No todas las afecciones que se producen durante o después de la atención médica o de la cirugía se clasifican como complicaciones. Para codificar una complicación debe haber siempre una relación documentada de causa-efecto entre el cuidado prestado y la afección. Se debe consultar al clínico si la complicación no está claramente documentada. La asignación de códigos se basa en la relación establecida en la documentación clínica entre la complicación y los cuidados o el procedimiento recibidos.

La norma afecta a cualquier complicación de la atención, independientemente del capítulo en el que se encuentre clasificado el código. La documentación debe reflejar que la complicación es clínicamente significativa. No es necesario que el clínico explícitamente documente el término "complicación" (por ejemplo, si la afección altera el curso de la cirugía y está documentada en el protocolo quirúrgico, debe ser codificada).

A.5 SELECCIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (D.P.)

Las convenciones o instrucciones del IAE y de la LT de la CIE-10-ES Diagnósticos tienen prioridad sobre cualquier normativa de codificación a la hora de la identificación del D.P. Hay que destacar la importancia que para esto tiene contar con una documentación e información clínico-asistencial completa y de calidad.

A.5.1 SÍNTOMAS, SIGNOS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS

Los códigos de síntomas, signos y afecciones mal definidas solo podrán ser D.P. cuando no se haya establecido un diagnóstico definitivo o más preciso (ver A.4.1).

En todo caso siempre se asignará como D.P. el síntoma o signo más significativo, o al que se hayan orientado principalmente las pruebas o procedimientos diagnósticos o terapéuticos.

A.5.2 DIAGNÓSTICO CON INCERTIDUMBRE O DE SOSPECHA

Cuando se refleja un diagnóstico que cumple las condiciones de D.P. como "de sospecha", "probable", "no descartado", "posible" o algo similar, se reflejará éste en primer lugar como si se tratase de un diagnóstico confirmado, es decir, a la hora de la selección del D.P. se rige como si de un diagnóstico definitivo o confirmado se tratara (ver A.4.2.a).

Esta norma solo es aplicable para ingresos de hospitalización de agudos, de corta y de larga estancia y hospitales psiquiátricos.

A.5.3 EXISTEN DOS O MÁS AFECCIONES QUE PUEDEN CUMPLIR LOS CRITERIOS DE DEFINICIÓN DE DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Cuando existan dos o más afecciones que pueden cumplir los criterios de ser D.P. cualquiera de ellas puede serlo, salvo que las circunstancias de la admisión, el tratamiento, o las instrucciones de la LT o del IAE indiquen lo contrario.

Paciente ingresado para estudio por disnea siendo finalmente diagnosticado de insuficiencia cardiaca congestiva y de insuficiencia respiratoria aguda

I50.9 Insuficiencia cardiaca, no especificada
J96.00 Insuficiencia respiratoria aguda no especificada si con hipoxia o con hipercapnia

En ausencia de más información cualquiera de ellos puede ser DP

A.5.4 EXISTEN DOS O MÁS DIAGNÓSTICOS BIEN CONTRASTADOS

En los casos (raros) en que dos o más diagnósticos se reflejan o documentan con expresiones como: "Diagnóstico A versus Diagnóstico B", "Diagnóstico A o Diagnóstico B" o similares, se codificarán ambos o todos y para la secuencia se considerará, como en apartados anteriores, las circunstancias de la admisión, el tratamiento o las instrucciones del IAE y/o de la LT. Si a pesar de todo no se puede aplicar otro criterio, entonces cualquiera de ellos puede ser el D.P.

Paciente ingresado para estudio por imagen de consolidación en LSD en Rx tórax que refiere además febrícula y malestar general desde hace unos días. Tras los estudios pertinentes y ante la respuesta al tratamiento médico de su neumonía, con cultivos negativos, se le traslada para cirugía torácica, siendo diagnosticado de neumonía versus carcinoma epidermoide de LSD del pulmón

J18.9 Neumonía, microorganismo no especificado
C34.11 Neoplasia maligna de lóbulo superior, bronquio o pulmón derecho
8070/3 Carcinoma epidermoide, SAI

Tanto la neumonía como la neoplasia pueden ser D.P.

A.5.5 ADMISIÓN PARA UN TRATAMIENTO QUE NO SE REALIZA

Cuando hay un ingreso programado para la realización de un tratamiento o intervención quirúrgica y ésta no se realiza, se considerará como D.P. la enfermedad responsable del ingreso, independientemente del motivo de la suspensión del tratamiento. Debe ir junto con un código de la categoría **Z53 Personas en contacto con los servicios de salud para procedimientos y tratamiento específico, no realizados**.

Paciente ingresado para extirpación de quiste folicular de ovario. Se suspende la intervención por prolongación de la intervención anterior

DP: **N83.00 Quiste folicular de ovario lado no especificado**
DS: **Z53.8 Procedimiento y tratamiento no realizados por otras razones**

A.5.6 COMPLICACIONES DE CIRUGÍA Y OTROS CUIDADOS MÉDICOS

Cuando el ingreso se realiza para el tratamiento de una complicación resultante de un procedimiento quirúrgico o atención médica, el código de la complicación se secuencia como diagnóstico principal.

Si la complicación se clasifica dentro del grupo **T80-T88 Complicaciones de la atención quirúrgica y médica, no clasificadas bajo otro concepto** y el código carece de la especificidad necesaria para describir la complicación, se debe asignar un código adicional para la complicación específica.

A.6 SELECCIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS SECUNDARIOS (OTROS DIAGNÓSTICOS)

A efectos de registro, la definición de "otros diagnósticos" (D.S.) se formula como enfermedades o afecciones presentes que afectan a la atención del paciente por requerir:

- evaluación clínica
- medidas terapéuticas
- procedimientos de diagnóstico
- mayor duración de la estancia hospitalaria
- incremento de los cuidados y/o la monitorización de enfermería

Los diagnósticos que se relacionan con un episodio anterior y que no tienen relación con la estancia hospitalaria actual deben quedar excluidos (ver A.3.1.a). Estas definiciones se aplican a pacientes hospitalizados en centros de agudos, de corta estancia, de larga estancia y en hospitales psiquiátricos.

Las siguientes normas se deben aplicar al designar "diagnósticos secundarios" cuando ni el IAE ni la LT de la CIE-10-ES Diagnósticos proporcionan indicaciones.

A.6.1 AFECCIONES RESUELTAS

Algunas veces los clínicos incluyen entre las expresiones diagnósticas afecciones resueltas y estados posteriores a procedimientos de ingresos previos que no tienen nada que ver con el episodio actual. Tales afecciones no se deben codificar. Sin embargo, se pueden utilizar códigos de historia (categorías **Z80-Z87**) como diagnósticos secundarios si dicho historial personal o familiar tiene impacto en los cuidados actuales o influye en el tratamiento.

A.6.2 RESULTADOS ANORMALES

Los resultados anormales (laboratorio, radiología, anatomía patológica y otros resultados de pruebas diagnósticas) no se codifican ni se registran a menos que el clínico indique que son significativos.

A.7 NORMAS SOBRE CODIFICACIÓN EN EL ÁMBITO AMBULATORIO

Los términos "contacto" y "consulta" se utilizan con frecuencia de forma indistinta para describir la atención en servicios ambulatorios y, por tanto, aparecen juntos en las presentes normas sin que exista diferencia entre uno u otro.

Aunque las convenciones y la normativa general son de uso en todos los entornos asistenciales, las normas de codificación y registro de diagnósticos ambulatorios difieren, en determinados casos, de las que se aplican en hospitalización.

Hay que tener en cuenta lo siguiente:

- La definición de diagnóstico principal (D.P.) solamente se aplica a pacientes hospitalizados en centros de agudos, de corta estancia, de larga estancia y en hospitales psiquiátricos.
- Las **reglas de codificación** para diagnósticos no concluyentes (probable, sospecha, a descartar, etc.) fueron desarrolladas para registros de hospitalización y no se aplican en pacientes ambulatorios. (ver A.5.2)

A.7.1 SELECCIÓN DEL PRIMER DIAGNÓSTICO

En el entorno ambulatorio se utiliza el término "primer diagnóstico" en lugar del término "diagnóstico principal".

Con frecuencia, no existen diagnósticos establecidos en el momento del contacto inicial. Pueden ser necesarias dos o más visitas o contactos antes de que el diagnóstico se confirme.

A.7.1.a Cirugía sin ingreso

Cuando un paciente se presenta para cirugía ambulatoria (cirugía sin ingreso) se debe codificar el motivo de la intervención como primer diagnóstico (motivo del contacto) incluso en los casos en que la cirugía no llega a realizarse por contraindicación u otros motivos.

A.7.1.b Síntomas y signos

Los códigos que describen síntomas y signos, pero no diagnósticos, son aceptables a efectos de registro en la atención ambulatoria cuando no se ha establecido un diagnóstico (confirmado). El capítulo 18. SÍNTOMAS, SIGNOS Y RESULTADOS ANORMALES DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS, NO CLASIFICADOS BAJO OTRO CONCEPTO (R00-R99) contiene muchos de los códigos de síntomas y signos, pero no todos los existentes.

A.7.1.c Diagnósticos con incertidumbre o de sospecha

No se codificarán los diagnósticos que se documenten como “probable”, “sospecha”, “cuestionable”, “a descartar”, o como “diagnóstico provisional” u otros términos similares que indiquen incertidumbre. En lugar de eso hay que codificar las afecciones con el mayor grado de certeza para el contacto o visita, tales como síntomas, signos, resultados anormales de pruebas u otro motivo de consulta.

A.7.1.d Enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas tratadas de forma continuada se pueden codificar y registrar tantas veces como el paciente reciba tratamiento y cuidados para dichas enfermedades.

A.7.1.e Otras afecciones documentadas coexistentes

Hay que codificar todas las afecciones documentadas que coexistan en el momento del contacto o visita y que requieran tratamiento, cuidados o manejo asistencial, o bien influyan sobre los mismos. No se deben codificar las enfermedades o afecciones que hayan sido previamente tratadas y que ya no existan. Sin embargo, pueden utilizarse códigos de historia (categorías **Z80-Z87**) como diagnósticos secundarios si la afección que figura en la historia personal o familiar tiene algún impacto en los cuidados actuales o influye en el tratamiento (ver A.6.1).

A.7.1.f Contacto por circunstancias distintas de enfermedad o lesión

El capítulo 21. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS SANITARIOS (Z00-Z99) de la CIE-10-ES Diagnósticos proporciona códigos para clasificar contactos por circunstancias que no son enfermedades o lesiones.

A.7.1.g Contacto para pruebas diagnósticas

Para los pacientes que requieran atención diagnóstica durante un contacto o visita se registrará como primer diagnóstico la afección, el problema o cualquier otra razón que aparezca en la historia clínica como responsable principal de los servicios ambulatorios prestados durante dicho contacto o visita. Los códigos para otros diagnósticos (ver A.7.1.d y A.7.1.e) se pueden registrar como diagnósticos secundarios.

Si la finalidad es la realización de pruebas rutinarias de laboratorio o radiología en ausencia de cualquier signo, síntoma o diagnóstico asociado, se asignará el código **Z01.89 Contacto para otros reconocimientos médicos especiales especificados**.

Si durante un contacto en el que se realiza la evaluación de un signo, un síntoma o un diagnóstico determinado, se efectúan además pruebas rutinarias se deben asignar ambos códigos, el código Z de pruebas rutinarias y el que describa el motivo por el que se lleva a cabo la evaluación específica.

Para los contactos ambulatorios cuya finalidad es recibir los resultados de pruebas diagnósticas, en las cuales está disponible el informe final, se codificarán los diagnósticos confirmados o definitivos que estén documentados en dichos informes. No se codificarán signos ni síntomas relacionados como diagnósticos adicionales.

Esta norma difiere de la práctica habitual en codificación de hospitalización con respecto a los hallazgos anormales en los resultados de pruebas.

A.7.1.h Pacientes que solo reciben atención terapéutica

Para los pacientes que reciben atención terapéutica en un único contacto o visita se pondrá en primer lugar el diagnóstico, afección, problema o cualquier otro motivo de contacto o visita que aparezca en la historia clínica como responsable principal de la asistencia ambulatoria proporcionada. Los códigos para los restantes diagnósticos (ver A.7.1.d y A.7.1.e**.)** pueden registrarse como diagnósticos secundarios.
La única excepción a esta regla es cuando el motivo principal de la admisión o contacto es para tratamiento de quimioterapia o inmunoterapia (**Z51.11 Contacto para quimioterapia antineoplásica**; **Z51.12 Contacto para inmunoterapia antineoplásica**) o radioterapia antineoplásica (**Z51.0 Contacto para radioterapia antineoplásica**). En este caso se secuencia en primer lugar el código Z correspondiente al tratamiento que se vaya a proporcionar, y la neoplasia que da lugar a la prestación se registra como diagnóstico secundario.

A.7.1.i Contacto para estudio preoperatorio

En los pacientes que únicamente consultan para recibir la evaluación preoperatoria previa a un procedimiento se codificará en primer lugar un código de la subcategoría **Z01.81 Contacto para reconocimiento médico antes de un procedimiento**, seguido del código de la afección que es la indicación de la cirugía. Además, hay que codificar cualquier hallazgo relacionado con la evaluación preoperatoria.

A.7.1.j Contacto para reconocimientos médicos generales

En la sección PERSONAS EN CONTACTO CON LOS SERVICIOS SANITARIOS PARA RECONOCIMIENTO MÉDICO (Z00-Z13) del capítulo 21. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS SANITARIOS (Z00-Z99) de la CIE-10-ES Diagnósticos, se recogen los códigos de registro para los contactos o visitas que tienen como finalidad realizar un reconocimiento médico general. Si el resultado de dicho reconocimiento es un hallazgo anormal, se debe asignar como diagnóstico principal el código del reconocimiento y como diagnóstico secundario un código que describa dicho hallazgo anormal.

A.8 ASIGNACIÓN DEL MARCADOR DE DIAGNÓSTICO PRESENTE AL INGRESO (POA: "Present On Admission")

La identificación de una enfermedad o afección diagnóstica como existente ya antes del ingreso hospitalario, o por el contrario como originario o debutante durante el ingreso o episodio asistencial es de suma importancia de cara a un mejor análisis de la asistencia sanitaria prestada.

Presente al ingreso (POA) se define como presente en el momento en el que se produce la orden de ingreso. Las afecciones que se desarrollan durante un contacto ambulatorio, incluyendo servicios de urgencias o cirugía ambulatoria, son consideradas como presentes al ingreso.

Para comprobar si una enfermedad está presente o no en el momento del ingreso puede consultarse en la historia clínica la documentación de cualquier profesional (clínico) involucrado en el cuidado y tratamiento del paciente.

El clínico debe ser consultado para determinar la vinculación de signos y/o síntomas con respecto al momento en el que se producen los hallazgos y el resultado de las pruebas. Igualmente, los temas relacionados con documentación inconsistente, escasa, contradictoria o confusa deben ser resueltos por el clínico.

Es esencial un esfuerzo conjunto entre el clínico y el codificador para lograr una documentación y asignación de códigos completa y precisa.

El marcador "POA" se asigna al diagnóstico principal (D.P.) y diagnósticos secundarios (D.S.) y también a los códigos de causas externas de lesiones y envenenamientos.

A.8.1 OPCIONES DEL MARCADOR Y DEFINICIONES DEL MARCADOR "POA"

Opciones del marcador "POA":

- **S** - Sí
- **N** - No
- **D** - Desconocido
- **I** - Indeterminado
- **E** - Exento - (Exento de informar POA)

Definiciones del marcador "POA":

- **S** = Presente en el momento del ingreso hospitalario
- **N** = No presente en el momento del ingreso hospitalario
- **D** = Documentación insuficiente para determinar si la condición está presente o no al ingreso
- **I** = No puede determinarse clínicamente si la condición estaba o no presente al ingreso
- **E =** Exento de informar "POA"

A.8.2 PLAZOS PARA IDENTIFICAR Y DOCUMENTAR EL MARCADOR "POA"

No hay plazo establecido para que el clínico identifique o documente una determinada afección como presente al ingreso. En algunas situaciones el clínico no puede realizar un diagnóstico definitivo, aún con posterioridad al ingreso (incluso el paciente puede no haber informado sobre una determinada afección), incluso a veces pueden pasar varios días antes de poder establecer un diagnóstico definitivo. Esto no significa que la afección no estuviera presente en el momento de la admisión. La constatación de si una

afección estaba o no presente en el momento del ingreso se basará en las directrices “POA” que se indican a continuación, o en el juicio clínico del facultativo.

A.8.3 ASIGNACIÓN DEL MARCADOR “POA”

Se consideran diversas posibilidades**:**

- **La afección está en la lista de "exentos de informar el indicador POA"**
  Se asignará una “**E**” Exento de informar “POA”.
- **“POA” explícitamente documentado**
  Se asignará una **“S”** en cualquier afección que el clínico documente explícitamente como presente al ingreso. Se asignará una **“N”** para cualquier afección que el clínico documente explícitamente como que no estaba presente en el momento de la admisión o ingreso.
- **Afecciones diagnosticadas antes del ingreso hospitalario**
  Se asignará una **“S”** para las afecciones que se diagnosticaron antes del ingreso.
- **Afecciones diagnosticadas durante el ingreso, pero claramente presentes antes del ingreso**
  Se asignará una **“S”** para las enfermedades diagnosticadas durante el actual ingreso pero que estaban presentes, aunque sin diagnosticar antes de producirse la admisión.
  Los diagnósticos confirmados posteriormente tras la admisión se consideran presentes al ingreso si en el momento de la admisión se documentan como sospechados, posibles, a descartar, diagnóstico diferencial o son la causa subyacente de un síntoma que está presente en el momento de la admisión.
- **Afección desarrollada durante el contacto ambulatorio antes del ingreso hospitalario**
  Se asignará una **“S”** para cualquier afección desarrollada durante un contacto ambulatorio previo a una orden escrita de ingreso hospitalario.
- **La documentación no especifica si la afección estaba presente al ingreso**
  Se asignará una **"D"** cuando la documentación de la historia clínica no aclara si la afección estaba o no presente al ingreso. No se debe asignar **"D"** de manera rutinaria, solo debe utilizarse en circunstancias muy limitadas. Los codificadores deben consultar al facultativo responsable cuando la documentación no sea suficientemente clara.
- **La documentación indica que no se puede determinar si la afección estaba o no presente al ingreso**
  Se asignará una **"I"** cuando con la documentación de la historia no puede determinarse clínicamente si la afección estaba o no presente al ingreso.
- **Afección crónica con exacerbación aguda durante el ingreso**
  Cuando un único código identifica a la vez la enfermedad crónica y la exacerbación aguda, se debe consultar la normativa “POA” correspondiente a códigos de combinación.

  Si un único código identifica solamente la afección crónica y no la exacerbación aguda (por ejemplo, la recidiva o agudización de la leucemia crónica), se asignará **"S".**
- **Afección documentada como posible, probable, sospechada o a descartar en el momento del alta**
  Si el diagnóstico final contiene un diagnóstico posible, probable, sospechado o a descartar y dicho diagnóstico se basa en signos, síntomas o hallazgos clínicos sospechosos en el momento de la admisión hospitalaria, se asignará **"S".**

Si el diagnóstico final contiene un diagnóstico posible, probable, sospechado o a descartar y dicho diagnóstico se basa en signos, síntomas o hallazgos clínicos que no estaban presentes al ingreso, se asignará **"N".**

- **Afecciones documentadas como inminentes o amenazas en el momento del alta**
  Si el diagnóstico final contiene un diagnóstico de inminente o amenaza, y este diagnóstico se basa en síntomas o hallazgos clínicos que estaban presentes al ingreso, se asignará "**S**".

  Si el diagnóstico final contiene un diagnóstico de inminente o amenaza y este diagnóstico se basa en síntomas o hallazgos clínicos que no estaban presentes al ingreso, se asignará "**N**".

- **Enfermedades agudas y crónicas**
  Se asignará "**S**" para afecciones agudas que están presentes al ingreso y "**N"** para condiciones agudas que no están presentes en el momento de la admisión.

  Se asignará "**S**" para las enfermedades crónicas, aunque la enfermedad no se pueda diagnosticar hasta después del ingreso.

  Si un código único identifica a la vez una condición aguda y crónica, se deberán seguir las directrices "POA" para códigos de combinación.

- **Códigos de combinación**
  Se asignará **"N"** si alguna parte del código de combinación no estaba presente en el momento del ingreso (por ejemplo, una úlcera gástrica sangrante en la que la hemorragia no se inicia hasta después de la admisión o un paciente con asma que desarrolla un estado asmático después de la admisión).

  Se asignará **"S"** si todas las partes del código de combinación estuvieron presentes en la admisión.

  Si el diagnóstico final incluye diagnósticos comparativos o contrastantes, y ambos estaban presentes o sospechados en el momento del ingreso, se asignará **"S".**

  En los códigos de infección, que incluyan el microorganismo causal, se asignará **"S"** si la infección (o signos de la infección) estaba presente al ingreso, a pesar de que los resultados de los cultivos no se conocieran hasta después de la admisión (por ejemplo, en un paciente ingresado con neumonía que unos días más tarde del ingreso el clínico documenta la Pseudomona, como el organismo causante de esa neumonía).

- **Un mismo código de diagnóstico para dos o más afecciones**
  Cuando el mismo código de diagnóstico se aplica a dos o más afecciones durante el mismo contacto o ingreso (por ejemplo, dos afecciones distintas clasificadas con el mismo código de la CIE-10-ES Diagnósticos):

  - Se asignará **"S"** si todas las afecciones representadas por dicho código de la CIE-10-ES Diagnósticos estaban presentes al ingreso (por ejemplo, sin especificar bilateral para cataratas relacionados con la edad).

  - Se asignará **"N"** si alguna de las afecciones clasificadas en el código de la CIE-10-ES Diagnósticos no estaba presente en la admisión (por ejemplo, hemorragia traumática secundaria recidivante y seroma traumático secundario recidivante se asignan a un único código **T79.2- Hemorragia y seroma traumáticos secundarios y recidivantes**, pero en este caso solo una de las afecciones está presentes al ingreso).

- **Afecciones obstétricas**
  Si una paciente da o no a luz durante la hospitalización actual, no afecta a la asignación del marcador "POA". El factor determinante para la asignación "POA" es si la complicación del embarazo o afección obstétrica descrita por el código estaba presente o no en el momento del ingreso.

  Si la complicación del embarazo o afección obstétrica estaba presente al ingreso (por ejemplo, una paciente ingresada con trabajo de parto prematuro), se asignará "**S**".

  Si la complicación del embarazo o afección obstétrica no estaba presente al ingreso (por ejemplo, laceración de 2 º grado durante el parto, hemorragia postparto durante la hospitalización actual, o sufrimiento fetal desarrollado después del ingreso) se asignará "**N**".

  Si el código obstétrico incluye más de un diagnóstico y de alguno de esos diagnósticos identificados no estaban presentes al ingreso se asignará "**N**" (por ejemplo, categoría **O11 Preeclampsia superpuesta a hipertensión preexistente**, si una paciente tiene hipertensión al ingreso, pero la preeclampsia se desarrolla durante la estancia). (Ver códigos de combinación).

- **Afecciones perinatales**
  Los recién nacidos no se consideran ingresados hasta después del nacimiento. Por lo tanto, cualquier afección presente al nacer o que se desarrolló en el útero se considera presente al ingreso y se debe asignar **"S".** Esto incluye afecciones que se producen durante el parto (por ejemplo, lesión durante el parto, la aspiración de meconio o la exposición a estreptococos B en el canal vaginal).

- **Afecciones y anomalías congénitas**
  Se asignará **"S"** para las afecciones y anomalías congénitas excepto las incluidas en las categorías **Q00-Q99 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas congénitas** (capítulo 17) que están en la lista de exentos. Las afecciones congénitas se consideran siempre presentes al ingreso.

- **Causa externa de códigos de lesiones o envenenamientos**
  Se asignará **"S"** para cualquier código de causa externa de morbilidad que se haya producido antes de la admisión hospitalaria (por ejemplo, un paciente que se cayó de la cama en su casa, o un paciente que se cae de la cama en la sala de urgencias antes de la orden de ingreso).

  Se asignará **"N"** para cualquier código de causa externa de morbilidad que se haya producido durante la hospitalización del paciente (por ejemplo, un paciente que se cae de la cama durante la estancia hospitalaria o cuando un paciente experimenta una reacción adversa a un medicamento que se administra después de ingresar).

A.8.4 CATEGORÍAS Y CÓDIGOS EXENTOS DE SER IDENTIFICADOS COMO DIAGNÓSTICO "POA"

Las categorías y códigos exentos de asignar el marcador "POA" corresponden a circunstancias o factores que influyen en el estado de salud y contactos con los servicios sanitarios que no representan una enfermedad actual o lesión, o a códigos de ciertos diagnósticos y causas externas que siempre están presentes al ingreso.

Puede consultar la lista detallada de los códigos exentos de marcador POA en las tablas de referencia de diagnósticos, en la pestaña de documentación de eCIE-Maps:

https://www.eciemaps.sanidad.gob.es/documentation

1. CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS

El Capítulo 1 de la CIE-10-ES clasifica las enfermedades infecciosas y parasitarias en las categorías comprendidas entre la **A00** y la **B99**. Las secciones de este capítulo se organizan habitualmente por tipo de organismo **A75-A79 Rickettsiosis**, **B35-B49 Micosis** y ocasionalmente por localización anatómica **A00-A09 Enfermedades infecciosas intestinales**.

Al inicio del capítulo pueden consultarse todas las secciones incluidas en el mismo, así como las diferentes notas de instrucción "excluye" e "incluye" que afectan a todo el capítulo.

Existen enfermedades infecciosas o circunstancias relacionadas que no se clasifican en este capítulo sino en el capítulo de su sistema o aparato correspondiente.

Ejemplos:

J03.00 Amigdalitis aguda estreptocócica, no especificada. Se clasifica en el Capítulo 10. Sección: Infecciones agudas del tracto respiratorio superior.

M00-M02 Artropatías infecciosas. Se clasifica en el Capítulo 13. Sección: Artropatías infecciosas.

Z86.13 Historia personal de paludismo (malaria). Se clasifica en el Capítulo 21, como Historia personal de enfermedad infecciosa.

U07.1 COVID-19. Se clasifica en el nuevo capítulo **22 CÓDIGOS PARA FINES ESPECIALES (U00-U85).** Este capítulo está destinado a la codificación provisional de enfermedades de etiología incierta o de uso emergente. Pese a su clasificación en otro capítulo, puesto que se trata de una enfermedad infecciosa, mucha de la normativa que rige la utilización de este código se detalla en el capítulo 1.

1.1 NORMAS GENERALES

- **Deben especificarse tanto la etiología como la localización**, siempre que sea posible, ya sea mediante códigos de combinación o mediante codificación múltiple.

Meningitis debida a Salmonella

A02.21 Meningitis por Salmonella

- **Códigos complementarios**, en aquellas infecciones que están clasificadas en capítulos distintos al capítulo 1 y el literal del código no especifica el organismo causal de la infección, es necesario utilizar un código adicional de las categorías **B95-B97 AGENTES INFECCIOSOS BACTERIANOS Y VIRALES** para identificar el microorganismo infeccioso.

Ingreso por gastritis debida a Helicobacter pylori

K29.70 Gastritis, no especificada, sin hemorragia
B96.81 Helicobacter pylori [H. pylori] como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto

- **Infección sin localización especificada,** se utilizarán los códigos de las categorías **A49.- Infección bacteriana de localización no especificada**, **B34.- Infección viral de localización no especificada** y no los de las categorías **B95-B97.**

Niño ingresado por fiebre con el diagnóstico al alta de infección vírica

B34.9 Infección viral no especificada

- **Prioridad del capítulo 1 sobre otros capítulos para la misma condición**. Los códigos del capítulo 1 tienen prioridad sobre los códigos de otros capítulos para una misma condición cuando tienen el mismo nivel de sangrado.

Cistitis aguda amebiana A06.81
IAE
Cistitis (exudativa) (hemorrágica) (séptica) (supurativa) N30.90
-aguda N30.00
-alérgica- *véase* Cistitis, tipo especificado NCOC
-amebiana A06.81

En el ejemplo anterior, podemos ver que aguda y amebiana tiene el mismo nivel de sangrado en el índice alfabético; es en estos casos cuando prevalecen los códigos del capítulo 1.

- **Infección resistente a antibióticos.** Es necesario identificar toda infección documentada como resistente a antibióticos. Se debe añadir un código de la categoría **Z16 Resistencia a fármacos antimicrobianos**, tras el agente infeccioso, cuando el código del germen no aporte información de resistencia a medicamentos. No es necesario añadirlo cuando el código del germen aporte dicha información. Por ejemplo, el código **A49.02 Infección por Staphylococcus aureus resistente a meticilina, localización no especificada**, es un código de combinación que incluye información sobre el agente causal y la resistencia.

  La categoría Z16 contiene las siguientes subcategorías:

  - **Z16.1- Resistencia a antibióticos beta-lactámicos**
  - **Z16.2- Resistencia a otros antibióticos**
  - **Z16.3- Resistencia a otros fármacos antimicrobianos**

Celulitis en dedo de mano por Staphylococcus aureus resistente a meticilina

L03.019 Celulitis de dedo de mano no especificada
B95.62 Infección por Staphylococcus aureus resistente a meticilina como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto

Pielonefritis aguda por Klebsiella pneumoniae resistente a beta lactámicos

N10	**Pielonefritis aguda**
B96.1	**Klebsiella pneumoniae [K. pneumoniae] como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto**
Z16.10	**Resistencia a antibióticos beta lactámicos no especificados**

- **Periodo perinatal, embarazo, parto y puerperio**. Las enfermedades infecciosas y parasitarias específicas del periodo perinatal están clasificadas entre las categorías **P35-P39 INFECCIONES ESPECÍFICAS DEL PERÍODO PERINATAL** a excepción de algunas infecciones tales como **A33 Tétanos neonatal** o **A50.- Sífilis congénita**. Cuando estos códigos no incluyan información sobre el organismo causal o la infección específica, se utilizarán códigos complementarios secuenciando en primer lugar los códigos del periodo perinatal y a continuación los del capítulo 1.

Neonato ingresado por conjuntivitis debida a Enterobacter cloacae

P39.1	**Conjuntivitis y dacriocistitis neonatal**
B96.89	**Otros agentes bacterianos como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto**

Lo mismo ocurre en las infecciones que complican el embarazo, parto y puerperio. Siempre se secuencia en primer lugar los códigos obstétricos como por ejemplo **O98.- Enfermedades infecciosas y parasitarias maternas clasificadas bajo otro concepto pero que complican el embarazo, parto y puerperio** y a continuación el código que identifique la infección.

Embarazada, primer trimestre, que ingresa por gastroenteritis debida a Salmonella

O98.811	**Otras enfermedades infecciosas y parasitarias maternas que complican el embarazo, primer trimestre**
A02.0	**Enteritis debida a Salmonella**

- **Secuelas de enfermedades infecciosas y parasitarias.** La sección **B90-B94 SECUELAS DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS,** clasifica las secuelas causadas por enfermedades infecciosas y parasitarias de las categorías **A00 Cólera-B89 Enfermedad parasitaria, no especificada**. El código de la afección residual se secuenciará en primer lugar seguido del código correspondiente de secuela.

Admisión por pleuritis debida a tuberculosis pulmonar antigua

R09.1	**Pleuritis**
B90.9	**Secuelas de tuberculosis respiratoria y de tuberculosis no especificada**

Estos códigos no se pueden utilizar para codificar infecciones crónicas, solo se deben emplear cuando la infección ha sido tratada y ya no está presente, pero ha dejado un efecto residual en el paciente. Si la afección residual no está documentada, solo se registrará el código de la secuela.

Secuela de encefalitis viral

B94.1 Secuelas de encefalitis viral

1.2 INFECCIÓN, EVOLUCIÓN Y CONCEPTOS

- **Colonización y Portador:** La colonización es el establecimiento y proliferación de un microorganismo en el huésped sin causar enfermedad, aunque potencialmente podría acabar desarrollándola.
  Portador se define como aquella persona que alberga y transmite el germen, pero no padece la infección y no tiene síntomas. La CIE-10-ES considera a efectos de clasificación, la colonización como portador (categoría **Z22 Portador de enfermedad infecciosa**). Incluye la sospecha y el estado de colonización.

Paciente portador de estreptococo grupo B

Z22.330 Portador de estreptococo grupo B

Si un paciente presenta durante el ingreso una infección por SARM (Staphylococcus aureus resistente a meticilina) y además es portador de dicho germen debemos asignar ambos códigos. Este criterio solo es aplicable a la infección por SARM.

Paciente colonizado por SAMR y que durante el ingreso presenta una Neumonía por Staphylococcus aureus meticilín resistente

J15.212 Neumonía debida a Staphylococcus aureus resistente a meticilina
Z22.322 Portador o sospecha de portador de Staphylococcus aureus resistente a meticilina

- **Infección:** Es el proceso inflamatorio originado por la presencia de gérmenes o por la invasión de los mismos a los tejidos. Se codificará con el código específico para cada germen (ejemplo: TBC pulmonar, candidiasis oral, etc.).

- **Bacteriemia:** Es la presencia de microorganismos viables en el torrente sanguíneo sin repercusión clínica sistémica. Puede equipararse a la presencia de virus (viremia) u hongos (fungemia). Se codificará como **R78.81 Bacteriemia**, **B34.9 Infección viral, no especificada** (Viremia) o como **B49 Micosis, no especificadas** (Fungemia) añadiendo el correspondiente código de identificación del germen.

- **Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS):** Es una reacción inflamatoria multiorgánica mediada por mecanismos humorales y celulares, y que puede estar originada por múltiples causas:

  - Politraumatismos
  - Eventos isquémicos (ACV, IAM, etc.)
  - Pancreatitis
  - Intoxicaciones
  - Quemaduras
  - Infecciones

  El SIRS debe estar debidamente documentado en la historia clínica para poder ser codificado. El código de la causa (tal como infección o traumatismo) siempre debe ser secuenciado en primer lugar seguido del código de la subcategoría **R65.2- Sepsis grave**, en el caso de que la causa del SIRS sea una infección o de la subcategoría **R65.1- Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) de origen no infeccioso**, en el caso de que la causa no sea infecciosa. Los códigos de la categoría **R65 Síntomas y signos asociados específicamente con inflamación sistémica e infección** nunca son diagnóstico principal.

Paciente diagnosticado en urgencias de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. Al ingreso se determina una pancreatitis aguda como la causa del SIRS

K85.90	**Pancreatitis aguda, sin necrosis ni infección, no especificada**
R65.10	**Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) de origen no infeccioso sin disfunción orgánica aguda**

- **Sepsis:** Hablamos de sepsis cuando existe una respuesta sistémica del organismo a una infección. Cuando el SIRS es originado por un proceso infeccioso se denomina Sepsis.

  IAE
  Sepsis (infección generalizada) (microorganismo no especificado) A41.9
  - con
  - - disfunción orgánica (aguda) (múltiple) R65.20

  En una sepsis debe existir, por tanto, una sospecha o certeza de infección junto con, al menos, dos de los siguientes signos:

  - Fiebre >38ºC o hipotermia <36ºC
  - Frecuencia cardiaca >90 latidos por minuto
  - Frecuencia respiratoria >20 respiraciones por minuto o presión arterial de CO_2 ($PaCO_2$) < 32 mm Hg; o bien que precise ventilación mecánica
  - Leucocitosis >12.000/mm3 o leucopenia <4.000/mm3, o bien un porcentaje de cayados en sangre periférica >10%

  Los hemocultivos negativos o no concluyentes no excluyen un diagnóstico de sepsis en pacientes con evidencia clínica de infección; no obstante, en caso de duda se consultará al clínico.

1.3 Codificación de la sepsis y la sepsis grave

- **Sepsis**

Será diagnóstico principal siempre que sea la causa del ingreso. Primero se secuenciará el código de la sepsis (infección sistémica subyacente), seguido del código de la infección primaria o foco si se conoce. Si el microorganismo causal de la sepsis no se especifica, asigne el código **A41.9 Sepsis, no especificada.**

Paciente que ingresa por infección del tracto urinario y sepsis secundaria de origen urológico por gram-negativos

A41.50	**Sepsis por gram-negativos, no especificados**
N39.0	**Infección de tracto urinario, localización no especificada**
B96.89	**Otros agentes bacterianos como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto**

- **Sepsis grave**

Se trata de una sepsis asociada a una disfunción o fallo orgánico agudo de uno o más órganos o sistemas (fallo respiratorio, renal, etc.).

Nunca se debe presuponer que el fallo orgánico agudo se deba a una sepsis si no está documentada dicha relación. Si un paciente con sepsis tiene disfunción orgánica aguda relacionada con una enfermedad diferente a la sepsis, no se asignará código de la subcategoría **R65.2- Sepsis grave**.

La codificación de la sepsis grave requiere como mínimo dos códigos, el de la infección sistémica subyacente y el de la subcategoría **R65.2 Sepsis grave**. También se necesitan códigos adicionales para la disfunción orgánica aguda asociada.

Paciente que ingresa en insuficiencia respiratoria aguda por sepsis debida a neumonía por Pseudomona

A41.52	**Sepsis por Pseudomonas**
R65.20	**Sepsis grave sin shock séptico**
J15.1	**Neumonía por Pseudomonas**
J96.00	**Insuficiencia respiratoria aguda no especificada si con hipoxia o con hipercapnia**

La secuencia de códigos dependerá de si la sepsis está presente al ingreso o de si se desarrolla a lo largo del episodio. Una sepsis grave puede estar presente al ingreso, pero el diagnóstico puede no estar confirmado hasta que pasa cierto tiempo.

Si la sepsis grave está presente al ingreso, y cumple con los criterios de diagnóstico principal, se secuenciará en primer lugar la afección sistémica subyacente, seguida por el código apropiado de la subcategoría **R65.2- Sepsis grave**.

Cuando la sepsis grave se desarrolla durante un ingreso (no estaba presente en el momento de la admisión), se codificará como diagnostico secundario la afección sistémica subyacente, seguida del código apropiado de la subcategoría **R65.2- Sepsis grave**

- **Sepsis y sepsis grave junto con una infección localizada**

Si en el momento del ingreso el paciente presenta una sepsis o una sepsis grave junto a una infección localizada, tal como neumonía o celulitis, se debe secuenciar en primer lugar el código de la sepsis y a continuación la infección localizada como diagnóstico secundario. Si el paciente tiene una sepsis grave, se debe asignar también un código de la subcategoría **R65.2** como diagnóstico secundario. Si el paciente ingresa por una infección localizada (por ejemplo, una neumonía), y la sepsis se desarrolla estando ingresado, se debe codificar en primer lugar la infección localizada, seguida de los códigos apropiados para la sepsis.

- **Shock séptico**

Implica una sepsis severa con hipotensión y fallo orgánico agudo que no responden a la reposición adecuada de líquidos.

Paciente que ingresa con shock séptico por Pseudomona con insuficiencia respiratoria aguda

A41.52	**Sepsis por Pseudomonas**
R65.21	**Sepsis grave con shock séptico**
J96.00	**Insuficiencia respiratoria aguda no especificada si con hipoxia o con hipercapnia**

Para todos los casos de shock séptico, el código de la infección sistémica debe ser secuenciado en primer lugar, seguido por el código **R65.21 Sepsis grave con shock séptico** o del código **T81.12 Shock séptico después de un procedimiento**. Deben también asignarse códigos adicionales para las disfunciones orgánicas agudas. Tal como se indica en las instrucciones de secuenciación de la Lista Tabular, el código para el shock séptico no se puede asignar como diagnóstico principal.

- **Sepsis debida a infección posterior a procedimiento**

Al igual que con todas las complicaciones posteriores a procedimientos, la asignación de códigos se basa en la documentación de la historia clínica y de la relación que se establezca entre la infección y el procedimiento.

La sepsis debida a una infección posterior a un **procedimiento quirúrgico**, se codifica de la siguiente manera:

- Secuencie en primer lugar, si se conoce, el código que identifique la localización de la infección: códigos **T81.40** a **T81.43 Infección después de un procedimiento**, o códigos **O86.00** a **O86.03 Infección de herida quirúrgica obstétrica**.
- A continuación, se debe asignar según proceda, el código **T81.44 Sepsis después de un procedimiento** o bien el código **O86.04 Sepsis después de un procedimiento obstétrico**.
- Utilice además un código adicional que identifique **la sepsis específica según el germen causal**.
- Si el paciente presenta una sepsis grave se debe asignar además el código apropiado de la subcategoría **R65.2 Sepsis grave** junto con los códigos adicionales de cualquier disfunción orgánica aguda asociada a la sepsis.

Para infecciones después de infusión, transfusión, inyección terapéutica, o inmunización debe utilizarse en primer lugar un código de la subcategoría **T80.2 Infecciones después de infusión, transfusión e inyección terapéutica**, o **T88.0 Infección después de inmunización**, seguidos por el código de la infección específica (en este caso la sepsis). Si el paciente presenta una sepsis grave se debe asignar además el

código apropiado de la subcategoría **R65.2** junto con los códigos adicionales de cualquier disfunción orgánica aguda.

- **Infección y shock séptico posprocedimiento**

En los casos en los que se haya producido una infección después de un procedimiento que haya dado como resultado un shock séptico se deben asignar los códigos indicados en el punto anterior (para la sepsis debida a una infección posprocedimiento) seguido del código **T81.12- Shock séptico después de un procedimiento.** No se debe asignar el código **R65.21 Sepsis grave con shock séptico**. Deben asignarse los códigos adicionales necesarios para cualquier disfunción orgánica aguda.

Paciente dado de alta hace dos días tras colecistectomía. Ingresa por shock séptico por SAMR secundario a infección superficial de herida quirúrgica con fracaso renal agudo secundario a la sepsis

T81.41XA	**Infección después de un procedimiento, zona de incisión quirúrgica superficial, contacto inicial**
T81.44XA	**Sepsis después de un procedimiento, contacto inicial**
A41.02	**Sepsis por Staphylococcus aureus resistente a meticilina como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto**
T81.12XA	**Shock séptico después de un procedimiento, contacto inicial**
N17.9	**Fallo renal agudo, no especificado**
Y83.6	**Extirpación de otro órgano (parcial) (total) como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento**

- **Sepsis y sepsis grave asociadas a un proceso no infeccioso**

En algunos casos un proceso no infeccioso, en su evolución, se puede complicar con una infección que acaba en sepsis o shock séptico. Si la sepsis o sepsis grave está documentada como asociada a una afección no infecciosa (por ejemplo, una quemadura o una lesión grave) que cumple la condición de diagnóstico principal, el código de la afección no infecciosa deberá ser secuenciado primero, seguido del código de la infección sistémica.

Si la infección cumple los criterios de diagnóstico principal, deberá secuenciarse antes que la afección no infecciosa. Si tanto la enfermedad no infecciosa, como la infección sistémica cumplen el criterio de diagnóstico principal, cualquiera de ellas puede asignarse como diagnóstico principal.

Si un paciente ingresa por un traumatismo que origina un SIRS, debe codificarse la causa externa correspondiente al traumatismo.

Ante un ingreso por SIRS de origen no infeccioso (como quemaduras y traumatismos), que en el transcurso de su estancia desarrolla una infección que acaba en sepsis grave con o sin shock séptico, solo se utilizará el código correspondiente de la subcategoría **R65.2- Sepsis grave**. No se debe asignar además ningún código de la subcategoría **R65.1 Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) de origen no infeccioso**.

Paciente que ingresa con SIRS en el contexto de una quemadura de tercer grado en tórax con agua hirviendo. Quemadura del 71% de la superficie total corporal (STC) afectada con un 60% de tercer grado. Durante el ingreso presenta una sepsis grave con polineuropatía del paciente crítico

T21.31XA	**Quemadura de tercer grado de pared torácica, contacto inicial**
T31.76	**Quemaduras con afectación de 70-79% de superficie corporal con 60-69% de quemaduras de tercer grado**
A41.9	**Sepsis, microorganismo no especificado**
R65.20	**Sepsis grave sin shock séptico**
G62.81	**Polineuropatía del paciente crítico**
X11.1XXA	**Contacto con agua caliente, contacto inicial**

- **Urosepsis.**

El término urosepsis es inespecífico y no debe considerarse sinónimo de sepsis. No tiene ningún código predeterminado en el IAE. Debe ser el clínico quien establezca si se trata de una infección localizada del tracto urinario (presencia de gérmenes en la orina, infección del tracto urinario) o por el contrario se refiere a una situación de sepsis de origen urinario.

- **Síndrome hemolítico-urémico asociado con sepsis**

Si la razón de la admisión es un síndrome hemolítico-urémico asociado con la sepsis asigne el código **D59.31 Síndrome hemolítico-urémico asociado a infección**, como diagnóstico principal. Códigos para la infección sistémica subyacente y para otras afecciones (tal como la sepsis severa) deben ser asignados como diagnósticos secundarios.

1.4 TUBERCULOSIS (TBC)

Es una enfermedad infecciosa producida por el Mycobacterium tuberculosis y el Mycobacterium bovis humano. Se propaga a través del aire. Generalmente afecta a los pulmones, pero puede afectar a cualquier órgano o parte del cuerpo. A la primera infección con localización pulmonar se le denomina tuberculosis primaria. La mayoría de las personas se recuperan de esta infección primaria y puede permanecer inactiva (latente) por años.

En la TBC latente, las personas no están enfermas, no son contagiosas, pero si están infectadas. El único signo de infección es la reacción positiva a la prueba cutánea de la tuberculina o a la reacción inespecífica a la prueba de QuantiFeron-Tb (QFT). Se codificará con uno de los dos códigos que explicamos a continuación cuando alguno de ellos sea positivo, teniendo en cuenta que se excluyen entre sí.

La prueba cutánea a la tuberculina o PPD se basa en la respuesta de la inmunidad celular frente a la inoculación intradérmica de un derivado proteico de la tuberculina (RT23). La positividad incluye también a los pacientes vacunados con la BCG, infecciones por micobacterias atípicas o inmunosupresión. El código adecuado es el **R76.11 Reacción inespecífica a la prueba cutánea de la tuberculina sin tuberculosis activa**.

La prueba del Quantiferon-Tb (QFT) mide la presencia en sangre del interferón-gamma, sustancia secretada por los leucocitos sensibilizados cultivados en presencia de tuberculina. **R76.12 Medida de la reacción inmunitaria no específica mediada por células de la respuesta al antígeno interferón gamma sin tuberculosis activa**.

La TBC se clasifica según el órgano o sistema afectado, entre las categorías **A15-A19**:

- **A15.-Tuberculosis respiratoria**
- **A17.-Tuberculosis del sistema nervioso**
- **A18.-Tuberculosis de otros órganos**
- **A19.-Tuberculosis miliar**

La TBC miliar es una diseminación de la enfermedad tuberculosa. Se caracteriza por la presencia de pequeños nódulos en los órganos afectados.

La tuberculosis una vez tratada puede dejar secuelas. En estos casos el código que se secuencia en primer lugar es el de la manifestación, seguido del código correspondiente de la categoría **B90 Secuelas de tuberculosis**.

1.5 VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

El virus de inmunodeficiencia humana ataca el sistema inmunológico, causando deficiencia o daño en el mismo por pérdida de linfocitos CD4. La infección por VIH puede conducir al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

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

Tabla 1.1 Categorías clínicas para la codificación VIH en mayores de 13 años

CATEGORÍAS INMUNOLÓGICAS*	A	B	C
	INFECCIÓN AGUDA ASINTOMÁTICA o **LPG**	INFECCIÓN SINTOMÁTICA NO **A** NO **C**	PROCESOS INCLUIDOS EN LA DEFINICIÓN DE SIDA
1	A1	B1	C1
2	A2	B2	C2
3	A3	B3	C3

*Categoría 1. Linfocitos CD4 mayor o igual a 500/mm3 en número absoluto o bien CD4 mayor o igual al 29%.
Categoría 2. Linfocitos CD4 entre 200 y 499/mm3 o bien entre 14-28%.
Categoría 3. Linfocitos CD4 menor de 200/mm3 o bien CD4 menor del 14%.

- **Categoría A.** Se aplica a los pacientes con infección primaria y a los pacientes asintomáticos con o sin Linfadenopatía Generalizada Persistente (LPG) asintomáticos.

- **Categoría B.** Se aplica a los pacientes que presentan o han presentado síntomas o enfermedades relacionadas con la infección por el VIH (no pertenecientes a la categoría C), o cuyo manejo o tratamiento puedan verse complicados debido a la presencia de la infección por VIH. Ejemplo de estas patologías son:

  - Angiomatosis bacilar
  - Candidiasis oral (muguet)

- Candidiasis vulvo-vaginal persistente, frecuente (más de un mes), o que responde mal al tratamiento
- Displasia cervical (moderada o grave) o carcinoma in situ
- Fiebre (>38,5ºC) o diarrea de más de un mes de evolución
- Leucoplasia oral vellosa
- Herpes zóster (dos o más episodios o un episodio multidérmico (que afecte a más de un dermatoma)
- Púrpura trombocitopénica idiopática
- Listeriosis
- Enfermedad inflamatoria pélvica, sobre todo si se complica con absceso tuboovárico
- Neuropatía periférica
- Endocarditis bacteriana, meningitis, neumonía o sepsis
- Otras complicaciones menores asociadas a la infección VIH-1

- **Categoría C**. Se aplica a los pacientes que presenten o hayan presentado alguna de las complicaciones ya incluidas en la definición de SIDA, cuando el paciente tiene una infección por el VIH demostrada y no existen otras causas de inmunodeficiencia que pueda explicarla. Son procesos oportunistas, infecciosos o neoplásicos cuya presencia define SIDA en el paciente VIH positivo:

- Candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar
- Candidiasis esofágica
- Carcinoma de cérvix invasivo
- Coccidioidomicosis diseminada o extrapulmonar (en una localización diferente o además de los pulmones y los ganglios linfáticos cervicales o hiliares)
- Criptococosis extrapulmonar
- Criptosporidiasis intestinal de más de un mes
- Infección por citomegalovirus con afectación de órganos distintos del hígado, bazo o ganglios linfáticos, en un paciente de más de un mes de edad
- Retinitis por citomegalovirus
- Encefalopatía por VIH
- Infección por virus del herpes simple que cause una úlcera mucocutánea de más de un mes de evolución, o bronquitis, neumonitis o esofagitis de cualquier duración, que afecten a pacientes de más de un mes de edad
- Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar (en una localización diferente o además de los pulmones y los ganglios linfáticos cervicales o hiliares)
- Isosporidiasis intestinal crónica (más de un mes)
- Sarcoma de Kaposi
- Linfoma de Burkitt o equivalente
- Linfoma inmunoblástico o equivalente
- Linfoma cerebral primario en menores de 60 años
- Infección por M. Avium-intracelulare o M. Kansasii diseminada o extrapulmonares
- Tuberculosis diseminada, pulmonar o extrapulmonar
- Infección por otras micobacterias, diseminada o extrapulmonar
- Neumonía por Pneumocystis Jiroveci (anteriormente P. carinii)
- Neumonía recurrente
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva

- Sepsis recurrente por especies de Salmonella diferente a S. Tiphy
- Toxoplasmosis cerebral en un paciente de más de un mes de edad
- Enfermedad debilitante "Wasting Syndrome" debida al VIH

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

Tabla 1.2 Categorías clínicas en menores de 13 años

CATEGORÍAS INMUNOLÓGICAS	N	A	B	C
	(No signos ni síntomas)	(Signos o síntomas leves)	(Signos o síntomas moderados)	(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**

1.6 NORMAS ESPECÍFICAS DE CODIFICACIÓN DEL VIH

- La codificación del VIH es una excepción a la norma general, al igual que la codificación de la gripe por virus especificados (categorías J09 y J10), la infección por virus Zika y la enfermedad por coronavirus COVID-19 (SARS-CoV-2), por lo que solo se codificará como infección VIH cuando la existencia de la infección esté claramente documentada (no hace falta documentación de positividad serológica o de cultivo de VIH; es suficiente si el médico indica que es VIH positivo), no codificándose como cierta la sospecha. Solo se codifican los casos confirmados.
- Una vez que se ha clasificado a un paciente VIH en la categoría **B20 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]**, ya siempre se codificará como **B20**, ya que se trata de una infección crónica que no desaparece. En esta categoría además del SIDA están incluidos el Complejo Relacionado con SIDA (CRS), la infección por VIH sintomática, y la enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
- Si el paciente es "VIH positivo" o consta como "VIH conocido" o "prueba de VIH positiva" y no tiene ni ha tenido sintomatología asociada al VIH se le asignará el código **Z21 Estado de infección asintomática por virus de inmunodeficiencia humana [VIH]**, siempre que previamente no haya sido clasificado como **B20.**
- Si la admisión es por una patología relacionada con el VIH según los criterios del CDC, o por una patología que el clínico la relacione como debida a su infección VIH, se secuenciará como código principal el código **B20 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]**, y como diagnósticos secundarios, los de las enfermedades relacionadas.

Paciente diagnosticado al ingreso de candidiasis esofágica. Antecedentes personales: VIH positivo

B20	**Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]**
B37.81	**Esofagitis por cándidas**

Una excepción a esta norma es si el motivo de la admisión es el síndrome hemolítico-urémico asociado con la enfermedad VIH. En ese caso asigne el código **D59.31 Síndrome hemolítico-urémico asociado a infección**, seguido del código **B20 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]**

Si un paciente VIH ingresa por una patología que el clínico no relaciona con el VIH se secuenciará como código principal el de la patología y de secundario el VIH.

Admisión por enteritis regional complicada en un paciente VIH estadio C3

K50.919	**Enfermedad de Crohn, no especificada con complicaciones no especificadas**
B20	**Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]**

- Si la admisión se produce durante el periodo obstétrico se secuenciará en primer lugar el de la subcategoría **O98.7- Enfermedad por virus de inmunodeficiencia humana [VIH] que complica el embarazo, parto y puerperio**, y como secundario la infección VIH sintomática **B20** o asintomática **Z21 Estado de infección asintomática por virus de inmunodeficiencia humana [VIH]**.

Tercer trimestre de embarazo, ingresa para tratamiento de candidiasis oral debida a VIH

O98.713	**Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] que complica el embarazo, tercer trimestre**
B20	**Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]**
B37.0	**Estomatitis candidiásica**

- Si la enfermedad por VIH está producida por el virus VIH tipo 2 se codifica con el código **B97.35 Virus de inmunodeficiencia humana tipo 2 [VIH-2] como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto**. Puede evolucionar, aunque más lentamente a SIDA, en este caso se codificará exclusivamente el código **B20 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]**.
- Para decidir la secuencia de códigos es irrelevante si el paciente ha sido diagnosticado por primera vez o ha tenido más contactos.
- Cuando el contacto es para la realización de las pruebas, pero el paciente presenta síntomas o signos se codificarán estos en primer lugar. Se puede añadir el código de asesoramiento **Z71.7 Asesoramiento por virus de inmunodeficiencia humana [VIH]** si además de la prueba se asesora al paciente. También se utilizará este mismo código si el contacto es para recibir el resultado de la prueba y éste es negativo. Si los resultados son positivos, se aplicarán las normas generales anteriores asignando los códigos correspondientes.
- Nunca podrá utilizarse junto a la categoría **B20 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]** cualquier otro código que recoja circunstancias relacionadas con la infección VIH **Z21 Estado de infección asintomática por virus de inmunodeficiencia humana [VIH]**, **R75 Pruebas de laboratorio no**

concluyentes de virus de inmunodeficiencia humana [VIH] y **Z20.6 Contacto y (sospecha de) exposición al virus de inmunodeficiencia humana [VIH].**

- El código **Z79.899 Otra terapia prolongada (actual) con medicamentos**, puede ser asignado como código adicional para identificar el uso a largo plazo de medicación antirretroviral.

Tabla 1.3 Resumen de la codificación del VIH. (*) Los códigos **Z20.6 y R75** no son excluyentes entre sí

CIE 10 ES	CIRCUNSTANCIAS	EXCLUYE 1
B20 Enfermedad por virus de Inmunodeficiencia Humana	VIH con complejo relacionado con SIDA	**Z21**
	VIH+ y sintomatología relacionada	**R75**
	VIH estadiado de B1 a C3	**Z20.6**
	VIH estadiado de A1 a A3 sintomático	
	SIDA	
Z21 Estado de infección asintomática por VIH	VIH+ (asintomático)	**B20**
	VIH conocido (asintomático)	**R75**
	Prueba de VIH+ asintomático	**Z20.6**
	Estadios de A1 a A3 asintomáticos	
	Niños > 18meses, VIH confirmado, asintomático y no estadiado entre A1 y C3	
	Niños < 13 años con VIH+ confirmado y estadiado desde N1 a N3	
R75 Pruebas de laboratorio no concluyentes de VIH	Resultados de laboratorio especificados como no concluyentes	**B20**
	Niños < 18 meses con serología VIH+ y con madre VIH+	**Z21**
Z20.6 Contacto y (sospecha de) exposición al virus de VIH	Contacto o sospecha de contacto sin confirmación	**B20**
	Niños < 18 meses expuestos al VIH (hijo de madre VIH) sin serología realizada o serología negativa	**Z21**
Z71.7 Asesoramiento por VIH	Consulta por síntomas	
Z11.4 Contacto para cribado de VIH	No síntomas. Estudio de población sana	

1.7 INFECCIONES POR VIRUS ZIKA

Al igual que ocurre con la codificación del VIH y la gripe por virus especificados (categorías **J09** y **J10**), como excepción a la norma general solo deben codificarse los diagnósticos confirmados de virus Zika (**A92.5 Enfermedad por virus del Zika**) documentados por el clínico.

En este contexto, "confirmación" no requiere la documentación acerca de las pruebas realizadas; la confirmación del diagnóstico realizada por el clínico es suficiente. Si el clínico documenta "sospechado", "posible" o "probable" Zika, no asigne el código **A92.5**. Asigne un código(s) que explique la razón del contacto (fiebre, rash, dolor articular) o el código **Z20.821 Contacto y (sospecha de) exposición al virus del Zika**.

1.8 INFECCIÓN POR CORONAVIRUS COVID-19

1.8 INFECCIÓN POR CORONAVIRUS COVID-19 (SARS-CoV-2)

La infección por SARS-CoV-2 fue declarada por la OMS pandemia mundial el 11 de marzo de 2020.

La COVID-19 es una enfermedad infecciosa causada por coronavirus. Los coronavirus son una familia de virus que causan infección en los seres humanos y en una variedad de animales. Se trata de una enfermedad zoonótica, lo que significa que puede transmitirse de los animales a los humanos. Los coronavirus que afectan al ser humano (HCoV) pueden producir cuadros clínicos que van desde el resfriado común con patrón estacional en invierno hasta otros más graves como los producidos por los virus del Síndrome Respiratorio Agudo Grave (por sus siglas en inglés, SARS) y del Síndrome Respiratorio de Oriente Próximo (MERS-CoV).

Los síntomas más habituales de la COVID-19 son la fiebre, la tos seca y el cansancio. Otros síntomas menos frecuentes que afectan a algunos pacientes son las mialgias o artralgias, la congestión nasal, el dolor de cabeza, la conjuntivitis, el dolor de garganta, la diarrea, la pérdida del gusto o el olfato y las erupciones cutáneas o cambios de color en los dedos de las manos o los pies. El curso clínico de la enfermedad ha variado desde el inicio de la pandemia y ha sido modificado por la vacunación y la aparición de nuevas variantes. Toda la información acerca de la infección por SARS-CoV-2 está disponible en la web del Ministerio de Sanidad, a través del siguiente enlace:

https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos.htm

CODIFICACIÓN COVID-19

1.8.1 Codifique solo los casos confirmados

Solo deben codificarse como COVID-19 los diagnósticos confirmados que hayan sido constatados por el clínico o por la presencia documental de una prueba con resultado positivo a COVID-19. En los casos confirmados, asigne el código **U07.1 COVID-19**.

Al igual que en la Infección VIH/SIDA, la gripe por virus especificados (categorías **J09** y **J10**) y la infección por virus Zika, esta es una excepción a la normativa general de codificación en pacientes hospitalizados, precisándose siempre la confirmación diagnóstica por parte del clínico. En este contexto la confirmación clínica, no precisa documentación específica del tipo de pruebas realizadas, siendo suficiente la confirmación diagnóstica por parte del facultativo de que el individuo tiene COVID-19. Los resultados positivos de la prueba COVID-19 deben codificarse como confirmados.

Paciente asintomático al que se le realiza PCR cuyo resultado es positivo para COVID-19

U07.1 COVID-19

Si el clínico documenta COVID-19 "sospechoso", "posible", "probable" o "no concluyente", no debe asignarse el código **U07.1**; asigne un código que explique el motivo del encuentro y secuencie a continuación el código **Z20.822 Contacto y (sospecha de) exposición a COVID-19**.

Paciente diagnosticado de neumonía vírica por **posible COVID-19**

J12.9	**Neumonía vírica, no especificada**
Z20.822	**Contacto y (sospecha de) exposición a COVID-19**

1.8.2 Secuencia de códigos

Cuando la infección por COVID-19 cumpla con la definición de diagnóstico principal, el código **U07.1 COVID-19**, debe secuenciarse primero seguido de los códigos necesarios para describir las manifestaciones asociadas. En caso de pacientes obstétricas deben seguirse las instrucciones específicas que se indican en el apartado correspondiente del capítulo 15 EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO. La sepsis o complicaciones de trasplantes también tienen normativa específica que puede precisar secuenciar en primer lugar otros códigos, según las circunstancias del ingreso (ver punto 1.8.5 Codificación sepsis grave por COVID-19.

1.8.3 Manifestaciones respiratorias agudas por COVID-19

Cuando la razón del contacto sea una manifestación respiratoria debida a COVID-19, asigne el código **U07.1 COVID-19**, como diagnóstico principal y asigne, como secundarios, los códigos necesarios que identifiquen correctamente las manifestaciones respiratorias.

Las siguientes afecciones son ejemplos de manifestaciones respiratorias comunes por COVID-19.

1.8.3.a Neumonía

En los registros de pacientes con neumonía debida a COVID-19, debe utilizarse el código **J12.82 Neumonía por enfermedad de coronavirus 2019**, precedido del código **U07.1 COVID-19**

Paciente con tos, mal estado general y febrícula de días de evolución. En la radiología se aprecian infiltrados compatibles con neumonía por COVID-19, que se confirma con PCR +. JD: Neumonía bilateral por COVID-19

U07.1	**COVID-19**
J12.82	**Neumonía por enfermedad de coronavirus 2019**

1.8.3.b Bronquitis aguda

Para la bronquitis aguda confirmada como debida a COVID-19, asigne los códigos **U07.1 COVID19** y **J20.8 Bronquitis aguda por otros organismos especificados.** La bronquitis no especificada de otra manera (NEOM) debida a COVID-19 debe codificarse utilizando los códigos **U07.1** y **J40 Bronquitis, no especificada como aguda o crónica**.

1.8.3.c Infección de las vías respiratorias inferiores

Si el COVID-19 está documentado como asociado a una infección respiratoria inferior, no especificada de otra manera (NEOM), o a una infección respiratoria aguda, NEOM, deben asignarse los códigos **U07.1** y **J22 Infección aguda del tracto respiratorio inferior, no especificada**.

Si el COVID-19 está asociado documentalmente a una infección respiratoria NEOM, se deben asignar los códigos **U07.1** y **J98.8 Otros trastornos respiratorios especificados.**

1.8.3.d Síndrome de dificultad respiratoria aguda (distrés respiratorio)

Para el síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) debido a COVID-19, asigne los códigos **U07.1** y **J80 Síndrome de dificultad respiratoria aguda [distrés respiratorio].**

1.8.3.e Insuficiencia respiratoria aguda

Para la insuficiencia respiratoria aguda debida a COVID-19, asigne el código **U07.1** y el código **J96.0-Insuficiencia respiratoria aguda.**

1.8.4 Manifestaciones no respiratorias debidas COVID-19

Cuando la razón del contacto es una manifestación no respiratoria (p. Ej., Enteritis viral) debida a COVID-19, asigne el código **U07.1 COVID-19**, como diagnóstico principal y asigne los códigos adecuados para identificar las manifestaciones como diagnósticos adicionales.

1.8.5 Sepsis grave por COVID-19

La secuencia de códigos dependerá de las circunstancias del ingreso. Si la causa del ingreso es una sepsis grave/shock séptico por coronavirus COVID-19, secuencie en primer lugar el código **U07.1 COVID-19**. A continuación debe añadirse el código adecuado de la subcategoría **R65.2**, **R65.20 Sepsis grave** o **R65.21 Sepsis grave con shock séptico**.

Paciente ingresado por sepsis grave secundaria a neumonía por COVID-19

U07.1	**COVID-19**
R65.20	**Sepsis grave**
J12.82	**Neumonía por enfermedad de coronavirus 2019**

Si el paciente ingresa por una afección debida al COVID-19 y durante el ingreso evoluciona a sepsis grave, la secuencia de códigos adecuada será **U07.1 COVID-19**, seguido del código de la afección desarrollada y a continuación el código correspondiente de la subcategoría **R65.2** y los códigos de fallo orgánico, si los hubiere.

Paciente ingresado por neumonía debida a COVID-19 que se complica durante su ingreso con sepsis grave secundaria

U07.1	**COVID-19**
J12.82	**Neumonía por enfermedad de coronavirus 2019**
R65.20	**Sepsis grave**

1.8.6 Síndrome inflamatorio multisistémico

A los pocos meses de declararse la pandemia, se empezó a observar un síndrome inflamatorio asociado a la exposición o a la infección por COVID-19. Este síndrome se ha descrito principalmente en niños (SIM-C o SIM-P (pediátrico)), pero también puede presentarse en adultos (SIM-A). Es una afección poco frecuente pero grave asociada al COVID-19 que provoca inflamación de diferentes partes internas del cuerpo (corazón, pulmones, riñones, cerebro, piel, ojos y el tracto gastrointestinal).

Para identificar adecuadamente este síndrome, utilizaremos el código **M35.81 Síndrome inflamatorio multisistémico (SIM)**.

Para pacientes con síndrome inflamatorio multisistémico y COVID-19 asigne el código **U07.1 COVID-19** como diagnóstico principal y asigne el código **M35.81 Síndrome Inflamatorio multisistémico (SIM)** como código adicional.

Paciente de 8 años ingresado con mal estado general por infección debida a COVID-19. A los diez días del ingreso deterioro brusco con fallo renal agudo e insuficiencia hepática aguda, siendo diagnosticado de síndrome inflamatorio multisistémico

U07.1	**COVID-19**
M35.81	**Síndrome inflamatorio multisistémico (SIM)**
N17.9	**Fallo renal agudo, no especificado**
K72.00	**Insuficiencia hepática aguda y subaguda sin coma**

Si un individuo con exposición conocida o sospechada a COVID-19, y sin infección actual por COVID-19 o historia de COVID-19 desarrolla un síndrome inflamatorio multisistémico, asigne los códigos **M35.81 Síndrome inflamatorio multisistémico (SIM)** y **Z20.822 Contacto y (sospecha de) exposición a COVID-19**.

Paciente de 8 años que ingresa en situación de fallo renal agudo e insuficiencia hepática aguda, siendo diagnosticado de Síndrome inflamatorio multisistémico. Su madre, con la que convive, fue diagnosticada de COVID-19, hace dos semanas. El paciente, aún no ha presentado resultados positivos de laboratorio

M35.81	**Síndrome inflamatorio multisistémico (SIM)**
N17.9	**Fallo renal agudo, no especificado**
K72.00	**Insuficiencia hepática aguda y subaguda sin coma**
Z20.822	**Contacto y (sospecha de) exposición a COVID-19**

Si un paciente con historia de COVID-19 desarrolla un Síndrome Inflamatorio Multisistémico, se deberán asignar los códigos **M35.81 Síndrome inflamatorio multisistémico (SIM)** y **U09.9 Afección pos-COVID-19, no especificada.**

Paciente diagnosticado de infección por COVID19 hace siete semanas presentando síntomas leves, que no requirieron ingreso. Ingresa en situación de fallo renal agudo e insuficiencia hepática aguda, siendo diagnosticado de Síndrome inflamatorio multisistémico, como secuela de infección por COVID-19

M35.81 Síndrome inflamatorio multisistémico (SIM)
N17.9 Fallo renal agudo, no especificado
K72.00 Insuficiencia hepática aguda y subaguda sin coma
U09.9 Afección pos-COVID-19, no especificada

Se deben asignar códigos adicionales para cualquier complicación asociada al síndrome inflamatorio sistémico, tal como indica la nota de instrucción bajo el código **M35.81**

1.8.7 Exposición a COVID-19

El código **Z20.822 Contacto y (sospecha de) exposición a COVID-19**, debe usarse en pacientes que tienen una exposición conocida o sospechada a COVID-19, sean asintomáticos o presentan signos o síntomas asociados al COVID-19, y los resultados de la prueba son negativos, no concluyentes o desconocidos (o la prueba no está disponible). Si el individuo expuesto da positivo por el virus COVID-19, debe codificarse como caso confirmado. Los códigos **Z20** pueden usarse para pacientes que se encuentran en un área donde la enfermedad es epidémica.

Paciente que acude por tos y fiebre, siendo dado de alta por posible infección por COVID-19 (familiar con el que convive positivo para COVID-19) (no se realiza test de laboratorio)

R05.9 Tos, no especificada
R50.9 Fiebre no especificada
Z20.822 Contacto y (sospecha de) exposición a COVID-19

Paciente que acude por tos y fiebre con PCR + para COVID-19

U07.1 COVID-19

Paciente asintomático que acude para realización de PCR para COVID-19 por ser contacto estrecho de paciente diagnosticado de infección por COVID-19. El resultado de la PCR es negativo

Z20.822 Contacto y (sospecha de) exposición a COVID-19

1.8.8 Cribado para COVID-19

Un cribado es la realización de pruebas diagnósticas a individuos aparentemente sanos (sin signos o síntomas de la enfermedad en estudio), con el fin de proporcionar un diagnóstico y tratamiento precoz en aquellos que den resultado positivo.

En caso de realizarse un cribado para COVID-19, se utilizará el código **Z11.52 Contacto para cribado por COVID-19**. Si las pruebas de detección para COVID-19 dan un resultado positivo, debe codificarse como caso confirmado con el código **U07.1**

1.8.9 Signos y síntomas sin diagnóstico definitivo de COVID-19

Para los pacientes que presentan signos o síntomas asociados con COVID-19 (como fiebre, tos, etc.) en los que no se ha establecido un diagnóstico definitivo, asigne los códigos apropiados para cada uno de los signos y síntomas tales como:

- **R05.- Tos**
- **R06.02 Dificultad para respirar**
- **R50.9 Fiebre no especificada**

Si un paciente presenta signos o síntomas asociados al COVID-19, y ha tenido una exposición real o sospechada al virus, asigne el código **Z20.822 Contacto y (sospecha de) exposición a COVID-19**, como código adicional.

1.8.10 Individuos asintomáticos con test positivo para COVID-19

Para las personas asintomáticas que dan positivo en los test para COVID-19, asigne el código **U07.1 COVID-19**. Aunque el individuo es asintomático, si el individuo ha dado positivo se considera que tiene la infección COVID-19.

1.8.11 Historia personal de COVID-19

Para pacientes con antecedentes de COVID-19, asigne el código **Z86.16 Historia personal de COVID-19**, como código adicional.

1.8.12 Contacto para seguimiento después de que la infección por COVID-19 se haya resuelto

Para las personas que han padecido una infección por COVID-19, sin síntomas ni afecciones residuales, y están siendo vistas para una evaluación de seguimiento, y los resultados de la prueba COVID-19 son negativos, asigne los códigos **Z09 Contacto para reconocimiento médico de seguimiento después de finalizar tratamiento de afecciones distintas de neoplasia maligna** y **Z86.16 Historia personal de COVID-19**.

1.8.13 Contacto para pruebas de anticuerpos

Si el contacto para la prueba de anticuerpos no se está realizando para confirmar una infección actual por COVID-19, ni es una prueba de seguimiento después de la resolución de COVID-19, asigne **Z01.84 Contacto para prueba de respuesta a anticuerpos**.

Si la persona está siendo examinada para confirmar una infección actual por COVID-19 siga las pautas anteriormente explicadas.

Infección por COVID-19 en el embarazo, parto y puerperio, ver capítulo 15 (punto 15.3.8).

1.8.14 Afección pos-COVID-19

El código **U09.9 Afección pos-COVID-19, no especificada**, será utilizado cuando el clínico indique en la documentación que la patología actual es consecuencia, o está asociada o relacionada, con una infección ya pasada por COVID-19. En primer lugar, se secuenciará la afección residual o persistente o síntomas específicos, si se conocen y a continuación el código **U09.9**.

El código **U09.9** no debe ser asignado para manifestaciones de una infección activa (actual) por COVID-19. Si un paciente tiene una afección asociada con una infección previa por COVID-19 y desarrolla una nueva infección (actual) por el SARS-CoV-2 el código **U09.9** puede ser asignado junto con el código **U07.1 COVID-19**, para identificar que el paciente también tiene una afección asociada con la infección previa por COVID-19. Los códigos para las afecciones específicas asociadas con esta infección previa por SARS-CoV-2 y los códigos para las manifestaciones de la nueva infección (actual) COVID-19 también deben ser asignados.

U09 Afección pos-COVID-19

U09.9 Afección pos-COVID-19, no especificada

Secuela posaguda de COVID-19

Codifique primero la afección específica relacionada con la COVID-19, si se conoce, tal como

-embolia pulmonar (I26.-)

-fibrosis pulmonar (J84.10)

-insuficiencia respiratoria crónica (J96.1-)

-pérdida del gusto (R43.8)

-pérdida del olfato (R43.8)

-síndrome inflamatorio multisistémico (M35.81)

Nota: Este código permite establecer una relación con la COVID-19

Este código no debe utilizarse cuando la enfermedad por COVID-19 aún esté activa

Sin embargo, se hace una excepción en los casos de reinfección por COVID-19, que ocurren con una afección relacionada con COVID-19 anterior

Paciente que fue dado de alta por infección debida a COVID-19 hace cuatro semanas con PCR negativa. En la actualidad ingresa por debilidad progresiva de las cuatro extremidades. Se diagnostica de síndrome de Guillain-Barré, asociado a infección pasada por COVID-19

DP: G61.0	**Síndrome de Guillain-Barré**
DS: U09.9	**Afección pos-COVID-19, no especificada**

El codificador no debe presuponer la vinculación de afecciones pos-COVID-19 que no estén documentadas como tales por el clínico.

1.8.15 Estado de déficit de vacunación para COVID-19

El código **Z28.310 Sin vacunar contra COVID-19**, debe ser asignado cuando el paciente no ha recibido ninguna vacuna para COVID-19 (de ningún tipo). El código **Z28.311 Parcialmente vacunado contra COVID-19**, se puede asignar cuando el paciente haya sido parcialmente vacunado para COVID-19 en el momento del contacto.

2. NEOPLASIAS

El Capítulo 2 de la CIE-10-ES clasifica las neoplasias en los códigos comprendidos entre las categorías **C00** y **D49**, según su comportamiento y topografía (localización anatómica).

Algunos tumores benignos, se pueden encontrar en los capítulos específicos de sistemas corporales.

IAE
Adenofibroma
- próstata – *véase* Agrandamiento, agrandado, próstata
Agrandamiento, agrandado – *véase* además Hipertrofia
- próstata N40.0

2.1 CLASIFICACIÓN DE LAS NEOPLASIAS

Para realizar una correcta codificación de una neoplasia se necesita determinar el comportamiento de la misma a partir de la morfología o histología obtenida de la historia clínica, con el fin de determinar qué columna de la tabla de neoplasias del índice alfabético es la adecuada para la asignación del código correspondiente. Así, comprobaremos si la neoplasia es maligna primaria, secundaria, in-situ, benigna, de evolución incierta o no especificada.

2.1.1 PRINCIPIOS GENERALES

En el caso de una neoplasia maligna debe diferenciarse si se trata de una localización primaria (original) o secundaria (metastásica). La neoplasia secundaria consiste en la aparición de un tumor a partir de la extensión del tumor primario. Esta extensión puede producirse por:

- **contigüidad:** el tumor primario invade e infiltra las estructuras adyacentes
- **a distancia:** las células malignas se desprenden del tumor primario y desarrollan nuevos tumores alejados del tumor origen

Las vías de diseminación a distancia son tres:

- **extensión linfática:** las células tumorales infiltran los vasos linfáticos locales
- **diseminación hemática:** las células tumorales invaden el torrente sanguíneo
- **implantes:** las células tumorales se desprenden del tumor origen y se esparcen en el interior de cavidades corporales

El carcinoma in situ es una neoplasia que está experimentando cambios malignos, pero que aún están limitados al punto de origen, sin invasión del tejido normal circundante. Se le denomina también “intraepitelial”, “no infiltrante”, “no invasivo” o “preinvasivo”.

La neoplasia benigna es de crecimiento local y no diseminada a localizaciones adyacentes o a distancia, aunque pueda provocar efectos locales como desplazamientos o compresión de tejidos u órganos que le rodean.

La neoplasia de evolución incierta es aquella neoplasia histológicamente bien definida pero cuyo comportamiento ulterior no puede predecirse de acuerdo a criterios clínicos.

La neoplasia no especificada o sin especificar es aquella de la que desconocemos histología y comportamiento debido a que la fuente documental no aporta información suficiente.

El término “masa” o “lesión” o “bulto” en determinado órgano no debe ser considerado como una neoplasia. Su codificación debe atenerse a la entrada en el índice alfabético de enfermedades según el término usado por el clínico. Si no existe modificador esencial para ese órgano, se debe codificar como “enfermedad” de esa localización.

2.1.2 METODOLOGÍA DE CODIFICACIÓN

Para la codificación de la localización anatómica (topografía) de las neoplasias deberá acudirse a la **tabla de las neoplasias** en el índice alfabético, donde debe atenderse a dos ejes:

- Eje horizontal: para la localización anatómica (filas)
- Eje vertical: para el comportamiento (columnas)

Tabla 2.1 Ejemplo de tabla de Neoplasias

Neoplasia	Maligna			Benigna	Evolución Incierta	Sin especificar
	Primaria	**Secundaria**	**In situ**			
- ovario	**C56.-**	**C79.6-**	**D07.39**	**D27.-**	**D39.1-**	**D49.59**

Es muy importante seleccionar la columna correcta de la tabla, es decir la que corresponde con el comportamiento de la neoplasia.

El propio índice alfabético da instrucciones sobre qué columna de la tabla de las neoplasias debemos consultar para la localización anatómica del tumor (filas); y en otras ocasiones, las menos, a partir de un tipo histológico, el índice alfabético de enfermedades asigna un código directo de localización.

IAE
Adenocarcinoma – *véase* además Neoplasia, maligna, por localización
- células renales C64.-

El siguiente paso es ir a comprobar en la lista tabular el código que nos ha asignado la tabla de neoplasias, verificar si es correcto y completarlo y comprobar que no existe otro código más específico.

2.1.3 TAXONOMÍA

La lista tabular agrupa las neoplasias en categorías y secciones por su comportamiento.

Tabla 2.2 Taxonomía

C00-C75, C76-C96	Malignas
C7A-C7B, D3A	Neuroendocrinas
D00-D09	Carcinomas in situ
D10-D36	Benignas
D37-D48	Comportamiento incierto
D49	Comportamiento no especificado

2.2 MORFOLOGÍA DE LAS NEOPLASIAS

La morfología o histología de las neoplasias hace referencia a la forma y estructura de las células tumorales y se estudia con el fin de clasificar una neoplasia por su tejido de origen. El tejido de origen y el tipo de células que componen una morfología determinan a menudo la tasa de crecimiento esperada, la gravedad de la enfermedad y el tipo de tratamiento recomendado.

La CIE-10-ES no facilita códigos de morfología en el índice alfabético de enfermedades, ni dispone de un apéndice de morfologías, por lo que para la adecuada codificación de la morfología de los tumores se deberá acudir a la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIE-O).

2.2.1 NOMENCLATURA VIGENTE

En la actualidad existe una 3ª edición en castellano (CIE-O-3.1, año 2011) que se corresponde con la actualización WHO-IARC realizada sobre la "International Classification of Diseases for Oncology 3rd Edition" (ICD-O-3, año 2000) de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La asignación de códigos de morfología que informen del tipo histológico del tumor es obligatoria en todos los casos de codificación de neoplasias (Capítulo 2), aunque en el propio literal de la localización anatómica o tipo de leucemia o linfoma vaya incluido el tipo histológico.

Carcinoma basocelular en brazo derecho

CIE-10-ES **C44.612 Carcinoma basocelular de piel de extremidad superior derecha, incluyendo hombro**
CIE-O-3.1 **8090/3 Carcinoma basocelular, SAI***
***SAI Sine alter indicatio, "sin otra indicación"**

2.2.2 ESTRUCTURA DEL CÓDIGO

Únicamente utilizaremos de la CIE-O-3.1 el código de morfología. Dicho código consta de siete caracteres (6 dígitos y una barra "/" que separa el 4º del 5º dígito). Los cuatro primeros dígitos identifican el tipo histológico de la neoplasia, el quinto número indica su comportamiento y el sexto el grado de diferenciación de la neoplasia o la designación del inmunofenotipo en las leucemias y linfomas.

Solamente serán obligatorios los caracteres para identificar el tipo histológico del tumor y su comportamiento. El sexto dígito de diferenciación celular y de inmunofenotipo será opcional según Comunidad Autónoma o centro hospitalario. Su uso será exclusivo para neoplasias malignas primarias (/3) y neoplasias "in situ" (/2).

Carcinoma epidermoide pobremente diferenciado

CIE-O-3.1 **8070/3 Carcinoma epidermoide, SAI**

8070/33 Carcinoma epidermoide, SAI - grado III, pobremente diferenciado

Tabla 2.3 Dígito de diferenciación histológica

Código de 6º dígito para la diferenciación histológica		
Código	**Grado**	**Definición**
1	Grado I	Bien diferenciado Diferenciado, SAI
2	Grado II	Moderadamente diferenciado Moderadamente bien diferenciado Diferenciación intermedia
3	Grado III	Pobremente diferenciado
4	Grado IV	Indiferenciado Anaplásico
9	Grado o diferenciación no determinada, no indicado o no aplicable	

Tabla 2.4 Dígito de inmunofenotipo

Código de 6ºdígito para la designación de inmunofenotipo en leucemias y linfomas	
Código	**Inmunofenotipo**
5	Células T
6	Células B Pre-B B precursoras
7	Células nulas No T-no B
8	Células NK Células asesinas naturales (natural killers)
9	Tipo de células no determinado, no indicado o no aplicable

2.2.3 DÍGITOS DE COMPORTAMIENTO

El comportamiento de la morfología clasificada según CIE-O-3.1, debería corresponderse con la clasificación topográfica de localización anatómica de CIE-10-ES. Los códigos de morfología extraídos de la CIE-O-3.1 son códigos adicionales al del capítulo 2 de la CIE-10-ES.

En algunas ocasiones puede haber discordancia en el comportamiento que asignan a un mismo tumor CIE-10-ES y CIE-O-3.1, por tratarse de clasificaciones de enfermedades diferentes. En estos casos excepcionales se mantendrán los comportamientos que establezcan ambas clasificaciones, aunque haya discrepancia entre los mismos.

Adenoma velloso de colon izquierdo

CIE-10-ES **D37.4 Neoplasia de comportamiento incierto de colon**
CIE-O-3.1 **8261/0 Adenoma Velloso, SAI**

Astrocitoma piloide del lóbulo frontal

CIE-10-ES **C71.1 Neoplasia maligna de lóbulo frontal**
CIE-O-3.1 **9421/1 Astrocitoma Pilocítico**

Síndrome mielodisplásico tipo Anemia Refractaria

CIE-10-ES **D46.4 Anemia refractaria, no especificada**
CIE-O-3.1 **9980/3 Anemia Refractaria, SAI**

Tabla 2.5 5º dígito de Morfología de comportamiento

0	Benigno
1	Evolución incierta o sin especificar
2	In situ
3	Maligno, localización primaria
6	Maligno, localización secundaria

En el caso de que una morfología primaria carezca de su correspondiente código de metástasis, se podrá codificar la misma reproduciendo el tipo histológico (cuatro primeros dígitos) con el quinto dígito de comportamiento /6 metastásico.
Cuando en un paciente se presentan múltiples localizaciones metastásicas de un mismo tumor maligno primario, es suficiente con la asignación de un solo código de morfología metastásica.

Cuando un diagnóstico morfológico indique dos adjetivos y éstos tengan diferente código numérico, se usará el código de mayor valor numérico ya que implica una mayor especificidad.

Aunque existe un quinto dígito de comportamiento /9 (Maligno, sin certeza de que se trate de una localización primaria o metastásica) en la CIE-O-3.1, no puede usarse en la codificación de episodios de hospitalización, ya que todas las neoplasias se presumen primarias (/3) o secundarias (/6), según otros datos que figuren en el historial médico y atendiendo a normas de codificación.

Adenocarcinoma de células en anillo de sello de colon derecho
C18.2 8490/3
CIE-10-ES **Adenocarcinoma** *véase* además Neoplasia, maligna, por localización
Tabla: -colon – véase Neoplasia, intestino, grueso
-intestino
--grueso
---colon
----derecho C18.2 C78.5 D01.0 D12.2 D37.4 D49.0

CIE-O-3.1 **Adenocarcinoma** (véase también carcinoma)
-células en anillo de sello 8490/3

2.3 NEOPLASIAS NO ESPECIFICADAS COMO PRIMARIAS O SECUNDARIAS

Cuando no se especifica si un tumor maligno es primario o secundario será considerado como primario excepto en los tumores de hígado y del sistema linfático.

Hígado: Existe un código específico para esta circunstancia **C22.9 Neoplasia maligna del hígado, no especificada como primaria ni secundaria**.

Linfáticos: Las neoplasias malignas de nódulos o ganglios linfáticos, a menos que se especifique lo contrario, se consideran secundarias por defecto (**C77 Neoplasia maligna secundaria y no especificada de ganglios linfáticos**).

Cuando el diagnóstico incluye el término metastásico y no se especifica si el tumor maligno es primario o secundario, se deben seguir los siguientes pasos:

1. Examinar la historia Clínica para identificar el o los lugares primarios o secundarios.
2. Verificar el tipo histológico de la morfología.
3. Si a pesar de lo anterior, no obtenemos mayor información, lo consideraremos primario, excepto si se trata de alguna de las siguientes localizaciones (ver tabla 2.6), o de las localizaciones anatómicas comprendidas en la categoría **C76 Neoplasia maligna de otras localizaciones y las mal definidas**.

Adenocarcinoma de fémur derecho metastásico

CIE-10-ES **C79.51 Neoplasia maligna secundaria de hueso**
CIE-O-3.1 **8140/6 Adenocarcinoma metastásico, SAI**
CIE-10-ES **C80.1 Neoplasia maligna (primaria), no especificada**
CIE-O-3.1 **8140/3 Adenocarcinoma, SAI**

Tabla 2.6 Localizaciones anatómicas

Cerebro	Hígado	Meninges
Corazón	Hueso	Peritoneo
Diafragma	Mediastino	Pleura
Ganglios linfáticos	Médula espinal	Retroperitoneo

2.4 NEOPLASIAS MALIGNAS CON LÍMITES SOLAPADOS

Cuando una neoplasia maligna primaria con localización inicial conocida infiltre o invada estructuras codificables dentro de la misma categoría, solo se codificará el punto de origen de neoplasia primaria.

Adenocarcinoma de ángulo hepático de colon que infiltra a colon transverso

CIE-10-ES **C18.3 Neoplasia maligna de ángulo hepático**
CIE-O-3.1 **8140/3 Adenocarcinoma, SAI**

Las neoplasias malignas contiguas dentro de la misma categoría, con localización de origen no conocida, se codificarán en las subcategorías o códigos .8 ("lesiones solapadas"), a menos que la combinación esté específicamente clasificada en otra parte.

Adenocarcinoma de colon que se extiende por ángulo hepático y colon transverso

CIE-10-ES **C18.8 Neoplasia maligna de localizaciones contiguas de colon**
CIE-O-3.1 **8140/3 Adenocarcinoma, SAI**

Una neoplasia maligna primaria de origen conocido, con neoplasias contiguas pertenecientes a distintas categorías, pero a la misma sección, se codificarán la primera como primaria y las contiguas como metástasis.

Adenocarcinoma de ángulo hepático de colon que infiltra hígado

CIE-10-ES **C18.3 Neoplasia maligna de ángulo hepático**
CIE-O-3.1 **8140/3 Adenocarcinoma, SAI**
CIE-10-ES **C78.7 Neoplasia maligna secundaria de hígado y vías biliares intrahepáticas**
CIE-O-3.1 **8140/6 Adenocarcinoma metastásico, SAI**

Las neoplasias contiguas de distinta categoría, pero dentro de la misma sección, cuya localización de origen no pueda ser determinada, se codificarán con los códigos específicos de localizaciones contiguas que la CIE-10-ES dispone en cada sección.

Adenocarcinoma que infiltra ángulo hepático, hígado y asas de intestino delgado

CIE-10-ES **C26.9 Neoplasia maligna de sitios mal definidos dentro del aparato digestivo**
CIE-O-3.1 **8140/3 Adenocarcinoma, SAI**

Los tumores múltiples de una misma localización anatómica que no son contiguos, tales como los tumores de diferentes cuadrantes de la misma mama, deben codificarse con diferentes códigos para cada una de las localizaciones.

2.5 LATERALIDAD DE LAS NEOPLASIAS

La CIE-10-ES dispone de códigos de lateralidad en los órganos pares (pulmón, ovario, testículo, riñón, etc.) para la identificación del lado donde está ubicada la neoplasia (derecho o izquierdo). A pesar de la existencia de códigos de tipo "no especificado", el codificador deberá buscar e identificar en la historia clínica la lateralidad del tumor para su correcta codificación.

Seminoma y teratoma, mixto en testículo izquierdo descendido

CIE-10-ES **C62.12 Neoplasia maligna de testículo descendido izquierdo**
CIE-O-3.1 **9085/3 Tumor mixto de células germinales**

2.6 NEOPLASIAS DE TEJIDOS LINFÁTICOS, HEMATOPOYÉTICOS Y RELACIONADOS

Existen dos tipos básicos de neoplasias malignas:

- neoplasias o tumores sólidos (**C00-C75**, **C76-C80**)
- neoplasias de tejidos linfáticos, hematopoyéticos y relacionados (**C81-C96**)

Los tumores sólidos de una localización determinada, que se considera neoplasia primaria, pueden crecer y extenderse dando lugar a las neoplasias secundarias o metástasis.

Por el contrario, las neoplasias linfáticas y hematopoyéticas se originan en una o en diversas localizaciones de forma simultánea y sus células neoplásicas pueden circular por el torrente sanguíneo y sistema linfático. Éstas se consideran siempre neoplasias primarias. Por ello, existen ciertas peculiaridades en los códigos de estas neoplasias.

2.6.1 LINFOMAS

Las categorías de las neoplasias malignas de tejidos linfáticos tipo linfomas (**C81-C85**) se completan con el quinto dígito de subcategoría que indica la localización afectada:

- **0**: localización no especificada
- **1**, **2**, **3**, **4, 5**, **6**: ganglios linfáticos por zonas
- **7**: bazo
- **8**: ganglios linfáticos de localizaciones múltiples
- **9**: localizaciones extraganglionares y órganos sólidos

Linfoma difuso de células B grandes de ganglios mediastínicos

CIE-10-ES **C83.32 Linfoma difuso de células B grandes, ganglios linfáticos intratorácicos**
CIE-O-3.1 **9680/3 Linfoma maligno, difuso, tipo B de células grandes, SAI**

En caso de afectación simultánea ganglionar y extraganglionar o de órganos sólidos del linfoma, se asignará el quinto dígito 9 de localizaciones extraganglionares y órganos sólidos. Por ejemplo, un linfoma difuso de células B grandes que se extiende con afectación de pulmón, cerebro y glándula suprarrenal debe ser clasificado bajo el código **C83.39 Linfoma difuso de células B grandes, localizaciones extraganglionares y de órganos sólidos**, en lugar de un código de neoplasia secundaria para el órgano sólido afectado.

2.6.1.a Linfoma anaplásico de células grandes asociado a implante de mama

El linfoma anaplásico de células grandes (BIA-ALCL) asociado a implantes mamarios es un tipo de linfoma que puede desarrollarse alrededor de los implantes de mama. Este linfoma se clasifica bajo el código **C84.7A Linfoma anaplásico de células grandes, ALK negativo, mama**. No deben utilizarse códigos de complicación del capítulo 19.

En la lista tabular, bajo este código aparece la nota de instrucción de “utilice código adicional para identificar: estado de implante mamario (**Z98.82**) o historia personal de extracción de implante mamario (**Z98.86**)

2.6.2 MIELOMA MÚLTIPLE Y LEUCEMIAS

Las neoplasias malignas de órganos hematopoyéticos como mieloma múltiple y leucemias (**C90-C95**), utilizan un quinto dígito de subcategoría para indicar la etapa de la enfermedad en la que se encuentran:

- **0**: sin haber alcanzado la remisión o remisión fallida
- **1**: en remisión
- **2:** recidiva de la enfermedad

Leucemia monocítica aguda en remisión

CIE-10-ES **C93.01 Leucemia monoblástica/monocítica aguda, en remisión**
CIE-O-3.1 **9891/3 Leucemia monocítica aguda**

A efectos de codificación, en las leucemias y mielomas múltiples pueden utilizarse los códigos de historia personal de neoplasia maligna (**Z85.6 Historia personal de leucemia** y **Z85.79 Historia personal de otras neoplasias malignas de tejidos linfáticos, hemopoyéticos y tejidos relacionados**), cuando hayan transcurrido 7 años desde haber alcanzado la remisión completa y durante ese mismo período de tiempo hayan estado sin tratamiento para la neoplasia.

2.6.3 OTRAS CATEGORÍAS DE NEOPLASIAS DE TEJIDOS LINFÁTICOS, HEMATOPOYÉTICOS Y RELACIONADOS

Existen tres categorías dentro de la sección neoplasias de tejidos linfáticos, hematopoyéticos y relacionados que no utilizan un quinto dígito**:**

- **C86 Otros tipos especificados de linfoma de células T/NK**
- **C88 Enfermedades inmunoproliferativas malignas y ciertos linfomas de células B de otros tipos**
- **C96 Otros tipos de neoplasias malignas de tejido linfático, hemopoyético y relacionados y los no especificados**

Dentro de estas categorías hay enfermedades que anteriormente no eran consideradas como neoplasias, pero que en CIE-10-ES sí lo son, como por ejemplo la Macroglobulinemia de Waldeström, Enfermedad de cadenas pesadas, Histiocitosis X, Enfermedad de Hand-Schüller-Christian, etc.

Macroglobulinemia de Waldeström

CIE-10-ES **C88.0 Macroglobulinemia de Waldenström**
CIE-O-3.1 **9761/3 Macroglobulinemia de Waldenström**

2.7 TUMORES NEUROENDOCRINOS

Los Tumores neuroendocrinos (TNE) surgen de células endocrinas o neuroendocrinas distribuidas a lo largo del organismo. Estos tumores son clasificados comúnmente de acuerdo con el presumible sitio embrionario de origen. La mayoría son tumores endocrinos gastroenteropancreáticos (TEGEP), representando el tumor carcinoide más del 60% de estos tumores. Existen más tipos de TNE en esta localización como el gastrinoma, insulinoma, glucagonoma, somatostatinoma, etc. Otros tipos de TNE que

se desarrollan fuera del área gastroenteropancreática son el carcinoma medular de tiroides, carcinoma pulmonar de células pequeñas, neurofibromatosis tipo I, neuroblastoma, carcinoma de células de Merkel, paraganglioma, etc. En todos estos tumores si se conoce el tipo específico de TNE se codificará como tal. Así, dejaremos estas categorías de TNE para los que se desconoce su histología y para los tumores carcinoides**.**

Tumor neuroendocrino tipo gastrinoma maligno

CIE-10-ES **C25.4 Neoplasia maligna de páncreas endocrino**
CIE-O-3.1 **8153/3 Gastrinoma maligno**

Los tumores neuroendocrinos se clasifican en 3 categorías distintas según su comportamiento:

- **C7A Tumores malignos neuroendocrinos**
- **C7B Tumores neuroendocrinos secundarios**
- **D3A Tumores neuroendocrinos benignos**

El tumor carcinoide es un tumor que se desarrolla de células enterocromafines. Estas células producen hormonas que normalmente se encuentran en el intestino delgado, apéndice, colon, recto, bronquios, páncreas, ovarios, testículos, conductos biliares, hígado y otros órganos. Los tumores carcinoides son capaces de producir las mismas hormonas, con frecuencia en grandes cantidades, y así causar el síndrome carcinoide (**E34.0 Síndrome carcinoide**). Estos tumores se pueden encontrar en todo el organismo, pero sobre todo en el tracto gastrointestinal. Aproximadamente el 25% de estos tumores carcinoides se encuentran en los bronquios y pulmón.

Si un síndrome de neoplasia endocrina múltiple (NEM) se asocia a un tumor neuroendocrino (TNE) maligno o benigno, se codificará además el NEM (**E31.2-**). Si se asocia también un síndrome endocrino, como síndrome carcinoide (**E34.0**) se asignará este como código adicional.

Tumor carcinoide maligno de estómago, síndrome de Wermer y síndrome carcinoide

CIE-10-ES **C7A.092 Tumor carcinoide maligno de estómago**
CIE-O-3.1 **8240/3 Tumor carcinoide, SAI**
CIE-10-ES **E31.21 Neoplasia endocrina múltiple [NEM][MEN] tipo I**
CIE-10-ES **E34.0 Síndrome carcinoide**

2.8 CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL

El carcinoma de Merkel, también llamado carcinoma neuroendocrino de la piel, es producido por un crecimiento incontrolado de las células de Merkel de la piel. Es poco frecuente pero su potencial agresividad y pronóstico desfavorable justifican el tratamiento radical. A menudo se desarrolla en la piel expuesta al sol (cabeza, cuello, brazos) como un bulto indoloro, firme y de color entre carne y rojo.

La categoría **C4A Carcinoma de células de Merkel** se reserva para la codificación de la localización primaria de este tipo de TNE cutáneo. En el caso de la localización metastásica de este tipo de tumor se utilizará la subcategoría **C7B.1 Carcinoma secundario de células de Merkel**, independientemente de las localizaciones de la misma.

Carcinoma de células de Merkel en piel de tronco, con metástasis hepáticas

CIE-10-ES	**C4A.59 Carcinoma de células de Merkel de otra parte de tronco**
CIE-O-3.1	**8247/3 Carcinoma de células de Merkel**
CIE-10-ES	**C7B.1 Carcinoma secundario de células de Merkel**
CIE-O-3.1	**8247/6 Carcinoma de células de Merkel, metastásico**

2.9 NORMAS DE CODIFICACIÓN DE LAS NEOPLASIAS

2.9.1 NEOPLASIA PRIMARIA CON NEOPLASIA SECUNDARIA

Se asignará el código de la neoplasia primaria y el código de la neoplasia secundaria, siendo el diagnóstico principal el de aquella neoplasia a la 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, en cuyo caso será éste el código principal.

Mujer diagnosticada en este ingreso de carcinoma lobular y ductal infiltrante de CSE mama derecha y metástasis costales

CIE-10-ES	**C50.411 Neoplasia maligna de cuadrante superior externo de mama femenina derecha**
CIE-O-3.1	**8522/3 Carcinoma ductal y lobulillar infiltrante**
CIE-10-ES	**C79.51 Neoplasia maligna secundaria de hueso**
CIE-O-3.1	**8522/6 Carcinoma ductal y lobulillar infiltrante metastásico**

2.9.2 NEOPLASIA RECIDIVADA

La neoplasia recidivada en el mismo tejido y localización se clasificará con el código de neoplasia primaria de la localización correspondiente y no se utilizará el código de historia personal de neoplasia maligna de dicha localización.

En la práctica, a veces se habla de recidivas para indicar una diseminación metastásica del tumor, es decir, la aparición de un nuevo tumor tras la extirpación total de órgano origen de la neoplasia. Para la CIE la extensión de un tumor por continuidad a otro órgano es una metástasis, sin embargo, para el clínico la metástasis es la diseminación del tumor a distancia por vía sanguínea. En caso de duda debe consultarse con el médico para que determine si es realmente una recidiva de la enfermedad o si es una metástasis.

Recidiva de adenocarcinoma de colon derecho

CIE-10-ES	**C18.2 Neoplasia maligna de colon ascendente**
CIE-O-3.1	**8140/3 Adenocarcinoma, SAI**

2.9.3 NEOPLASIA SECUNDARIA CON NEOPLASIA PRIMARIA DE LOCALIZACIÓN DESCONOCIDA

Se asignará el código correspondiente de la neoplasia secundaria y el código **C80.1 Neoplasia maligna (primaria), no especificada** para la neoplasia primaria desconocida. Un código de metástasis siempre

debe ir acompañado de un código del tumor primario, o en su caso, del código que informe del antecedente de haber tenido previamente un tumor maligno primario ya curado.

Paciente con metástasis cerebral, se desconoce la localización del tumor primario

CIE-10-ES **C79.31 Neoplasia maligna secundaria de cerebro**
CIE-O-3.1 **8000/6 Neoplasia, metastásica**
CIE-10-ES **C80.1 Neoplasia maligna (primaria), no especificada**
CIE-O-3.1 **8000/3 Neoplasia, maligna**

2.9.4 NEOPLASIAS PRIMARIAS DE LOCALIZACIONES MÚLTIPLES

La presencia de tumores primarios múltiples (TPM) en un mismo paciente constituye una situación clínica que es diagnosticada con cierta frecuencia en la actualidad. Llamamos TPM a las neoplasias malignas primarias que se presentan en un mismo sujeto simultánea o sucesivamente, siempre que respondan a los siguientes criterios:

- Cada tumor debe tener un patrón definido de malignidad
- Se debe excluir cuidadosamente que uno no constituya metástasis de otro
- Cada tumor debería tener una histología diferente y si ambos son similares dentro del mismo órgano, que no se pueda demostrar conexión alguna entre ellos

El diagnóstico de los tumores puede ser simultáneo en el tiempo (**tumores sincrónicos**) o en diferentes períodos de tiempo (**tumores metacrónicos**). Cuando coexistan dos o más localizaciones primarias, se codificarán como tales cada una de ellas.

Paciente con adenocarcinoma de próstata y carcinoma de células transicionales de pared lateral de vejiga urinaria

CIE-10-ES **C61 Neoplasia maligna de próstata**
CIE-O-3.1 **8140/3 Adenocarcinoma SAI**
CIE-10-ES **C67.2 Neoplasia maligna de pared lateral de vejiga**
CIE-O-3.1 **8120/3 Carcinoma de células transicionales SAI**

2.9.5 NEOPLASIA DE LOCALIZACIÓN DESCONOCIDA

Si se desconoce la localización de una neoplasia ya sea primaria o secundaria, se utilizará el código **C80.1 Neoplasia maligna (primaria), no especificada**.

Se utilizará el código **C80.0 Neoplasia maligna diseminada, no especificada** cuando se trate de una enfermedad neoplásica diseminada o carcinomatosis. Este código solo se debe utilizar en aquellos casos en los que el paciente tiene una enfermedad metastásica avanzada y no se especifican localizaciones primarias y secundarias conocidas.

No se debe utilizar, para sustituir la asignación de los códigos de localización primaria y de cada una de las localizaciones secundarias conocidas.

Paciente con diagnóstico de carcinomatosis sin mención de localizaciones específicas

CIE-10-ES **C80.0 Neoplasia maligna diseminada, no especificada**
CIE-O-3.1 **8010/3 Carcinoma SAI**

2.9.6 NEOPLASIA MALIGNA ACTUAL FRENTE A HISTORIA PERSONAL DE NEOPLASIA MALIGNA

Cuando ya se ha extirpado una neoplasia, pero hay un tratamiento posterior para la misma, tal como intervenciones quirúrgicas, radioterapia o quimioterapia adicionales que se dirigen a la misma localización, se deberá seguir utilizando un código de neoplasia maligna primaria hasta que el tratamiento se haya completado.

Cuando se ha extirpado la neoplasia maligna primaria o se ha erradicado por otros medios, y no hay tratamiento ulterior dirigido a la misma localización, y no hay evidencia de que persista la neoplasia maligna primaria en ese lugar, se asignará un código de la categoría **Z85 Historia personal de neoplasia maligna**. Existen además códigos específicos para identificar los antecedentes personales de haber tenido una neoplasia in situ (**Z86.00-**), neoplasia benigna (**Z86.01-**) y neoplasia de comportamiento incierto (**Z86.03**).

Ninguno de estos códigos **Z85 Historia personal de neoplasia maligna** o **Z86.0-** pueden ser diagnóstico principal en un episodio de hospitalización.

Metástasis óseas de un paciente al que se le practicó una prostactectomía radical por un tumor maligno de próstata y que en la actualidad no recibe tratamiento para su tumor primario ni presenta recidiva del mismo

CIE-10-ES **C79.51Neoplasia maligna secundaria de hueso**
CIE-O-3.1 **8000/6 Neoplasia, metastásica**
CIE-10-ES **Z85.46 Historia personal de neoplasia maligna de próstata**

Las subcategorías **Z85.0 Historia personal de neoplasia maligna de los órganos digestivos - Z85.7 Historia personal de otras neoplasias malignas de tejidos linfáticos, hemopoyéticos y tejidos relacionados** solo deben ser utilizadas para localizaciones antiguas de neoplasias malignas primarias, no para las localizaciones de neoplasias secundarias. Los códigos de la subcategoría **Z85.8- Historia personal de neoplasia maligna de otros órganos y sistemas**, pueden asignarse para las localizaciones antiguas tanto de neoplasias primarias como secundarias incluidas en esta subcategoría.

2.9.7 ACTIVIDAD FUNCIONAL DE UNA NEOPLASIA

Algunas neoplasias que asientan sobre determinados órganos (testículos, tiroides, páncreas, ovarios, hipófisis, etc.) pueden ser funcionalmente activas ya que pueden afectar la actividad de estas glándulas endocrinas. Se necesitará de un código adicional para identificar la disfunción endocrina asociada (o sus consecuencias) cuando la haya.

Adenoma endometrioide borderline de ovario derecho con hirsutismo

CIE-10-ES	**D39.11 Neoplasia de comportamiento incierto de ovario derecho**
CIE-O-3.1	**8380/1 Adenoma endometrioide malignidad borderline**
CIE-10-ES	**L68.0 Hirsutismo**

2.9.8 NEOPLASIA MALIGNA EN ÓRGANO TRASPLANTADO

Se codifica como una complicación de trasplante, que se clasifica en la categoría **T86 Complicaciones de órganos y tejidos trasplantados**. Se asignará como principal el código correspondiente a "otra complicación del órgano concreto trasplantado", seguido del código **C80.2 Neoplasia maligna asociada a órgano trasplantado**. Además, se debe asignar un código adicional para identificar la neoplasia maligna específica.

Paciente trasplantado renal (derecho) al que se le diagnostica un carcinoma papilar de células transicionales en la pelvis del riñón trasplantado

CIE-10-ES	**T86.19 Otra complicación de trasplante de riñón**
CIE-10-ES	**C80.2 Neoplasia maligna asociada a órgano trasplantado**
CIE-10-ES	**C65.1 Neoplasia maligna de pelvis renal derecha**
CIE-O-3.1	**8130/3 Carcinoma papilar de células transicionales**

2.9.9 SEGUIMIENTO DE NEOPLASIA MALIGNA CURADA

La CIE-10-ES proporciona un código para clasificar el contacto para reconocimiento o seguimiento después de finalizar el tratamiento de una neoplasia maligna (**Z08 Contacto para reconocimiento médico de seguimiento después de finalizar un tratamiento de neoplasia maligna**). Este código, que podrá ser solamente diagnóstico principal, requiere el uso adicional de otro código de antecedente de la neoplasia maligna curada (**Z85.-**). Además, se debe asignar otro código de estado de ausencia de órgano (**Z90.-**), en el caso que haya sido extirpado parcial o totalmente el órgano donde asentaba el tumor.

Antes de usar estos códigos es necesario verificar en la historia clínica que no existe enfermedad neoplásica (recidiva o metástasis) o complicación (del tumor o de la técnica usada para su erradicación). Si existiera alguna de estas circunstancias anteriores, deben ser codificadas y por tanto no se utilizará el código **Z08 Contacto para reconocimiento médico de seguimiento después de finalizar un tratamiento de neoplasia maligna**.

Seguimiento de un paciente con antecedentes de carcinoma de células transicionales de vejiga, sin que se encuentre recidiva tumoral ni complicación

Z08	**Contacto para reconocimiento médico de seguimiento después de finalizar un tratamiento de neoplasia maligna**
Z85.51	**Historia personal de neoplasia maligna de vejiga**

2.9.10 EXTRACCIÓN PROFILÁCTICA DE ÓRGANO

Para ingresos específicos para la extracción profiláctica de un órgano (mamas, ovarios u otro órgano) debido a la presencia de una susceptibilidad genética a padecer un cáncer o a historia familiar de un cáncer específico, el diagnóstico principal debe ser un código de la categoría **Z40 Contacto para cirugía profiláctica**. Se deben añadir los códigos apropiados para identificar los factores de riesgo, tales como susceptibilidad genética a enfermedad maligna (**Z15.0-**) o historia familiar de neoplasia maligna (**Z80.-**).

Si el paciente al que se realiza una extirpación profiláctica de un órgano para prevenir tanto una neoplasia primaria como una metástasis, tiene una neoplasia en otra localización, se debe asignar un código adicional para esta neoplasia maligna al código de subcategoría **Z40.0 Contacto para cirugía profiláctica por factores de riesgo relacionados con neoplasias malignas.** No debe asignarse un código de subcategoría **Z40.0-** si el paciente es sometido a extirpación de órgano para tratamiento de la neoplasia, tal como la extirpación de testículos para el tratamiento del cáncer de próstata.

Admisión para mastectomía profiláctica por antecedentes familiares de cáncer de mama y estudios de susceptibilidad genética positivos a cáncer de mama

Z40.01	**Contacto para extracción profiláctica de mama**
Z80.3	**Historia familiar de neoplasia maligna de mama**
Z15.01	**Susceptibilidad genética a neoplasia maligna de mama**

2.10 SECUENCIACIÓN DE CÓDIGOS EN NEOPLASIAS

2.10.1 DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

La norma básica para designar el diagnóstico principal es la misma para las neoplasias que para cualquier otra condición. No hay normativa que indique que un código de malignidad sea preferente. Cuando dos afecciones cumplan el criterio de diagnóstico principal, siendo una de ellas una neoplasia maligna, se tendrá en cuenta la normativa que indica que la selección del mismo vendrá determinada por las circunstancias del ingreso, o por el diagnóstico al que se hayan dirigido fundamentalmente los procedimientos diagnósticos o terapéuticos.

2.10.2 INGRESO PARA ESTUDIO DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO DEL TUMOR

El diagnóstico principal será la neoplasia excepto si el ingreso es para tratamiento con radioterapia de haz externo, quimioterapia o inmunoterapia.

2.10.3 NEOPLASIA PRIMARIA CON NEOPLASIA SECUNDARIA

Se asignará el código de la neoplasia primaria y el código de la neoplasia secundaria, siendo el diagnóstico principal el de aquella neoplasia a la 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, en cuyo caso será éste el código principal.

2.10.4 INGRESO PARA TRATAMIENTO EXCLUSIVO DE LAS METÁSTASIS

Cuando un paciente es admitido con una neoplasia maligna primaria con metástasis y el tratamiento se dirige exclusivamente a la neoplasia secundaria, ésta se asignará como diagnóstico principal, aunque la neoplasia de origen aún esté presente.

2.10.5 INGRESO EXCLUSIVAMENTE PARA LA ADMINISTRACIÓN DE RADIOTERAPIA DE HAZ EXTERNO, QUIMIOTERAPIA O INMUNOTERAPIA

Si el contacto de un paciente solo tiene como finalidad la administración de quimioterapia, inmunoterapia o radioterapia de haz externo, se asignará como diagnóstico principal el código que proceda de la categoría **Z51**: **Z51.0 Contacto para radioterapia antineoplásica**, **Z51.11 Contacto para quimioterapia antineoplásica** o **Z51.12 Contacto para inmunoterapia antineoplásica**. Se asigna como código adicional el de la neoplasia que está siendo tratada. Estos códigos Z solo pueden ser utilizados como diagnóstico principal. En el caso de que se administren dos tratamientos en el mismo ingreso, uno de ellos podrá ser secundario.

2.10.6 INGRESO EXCLUSIVAMENTE PARA LA ADMINISTRACIÓN DE RADIOTERAPIA DE HAZ EXTERNO, QUIMIOTERAPIA O INMUNOTERAPIA Y EL PACIENTE DESARROLLA COMPLICACIONES

Ingreso para radioterapia de haz externo, quimioterapia o inmunoterapia y el paciente desarrolla complicaciones tales como náuseas o vómitos incontrolados o deshidratación, el diagnóstico principal es un código **Z51.0 Contacto para radioterapia antineoplásica**, o **Z51.1- Contacto para quimioterapia e inmunoterapia antineoplásica**, seguido del código de la complicación.

2.10.7 SÍNDROME DE LISIS TUMORAL

El síndrome de lisis tumoral (SLT) es un conjunto de trastornos metabólicos potencialmente letales que puede ocurrir en el seno de una neoplasia maligna de manera espontánea o tras el tratamiento antineoplásico, radioterápico o corticoideo. Se asocia más frecuentemente a leucemias y linfomas, pero puede darse en otras neoplasias hematológicas y de órganos sólidos. El código **E88.3 Síndrome de lisis tumoral**, se asigna primero, seguido del código **T45.1X5- Efecto adverso de fármacos antineoplásicos e inmunosupresores** para identificar la causa cuando un SLT es inducido por un medicamento antineoplásico.

Admisión para quimioterapia con citarabina de niño de 5 años con leucemia mieloblástica aguda en recidiva. Tras la administración de la citarabina desarrolla un síndrome de lisis tumoral secundario a la misma

CIE-10-ES	**Z51.11 Contacto para quimioterapia antineoplásica**
CIE-10-ES	**C92.02 Leucemia mieloblástica aguda, en recidiva**
CIE-O-3.1	**9872/3 Leucemia mieloide aguda con diferenciación mínima**
CIE-10-ES	**E88.3 Síndrome de lisis tumoral**
CIE-10-ES	**T45.1X5A Efecto adverso de fármacos antineoplásicos e inmunosupresores, contacto inicial**

2.10.8 INGRESO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE RADIOTERAPIA DE HAZ EXTERNO, QUIMIOTERAPIA O INMUNOTERAPIA CON REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS PARA DETERMINAR LA EXTENSIÓN DEL TUMOR

Cuando el ingreso es para la administración de quimioterapia, inmunoterapia o radioterapia de haz externo y además se realizan procedimientos diagnósticos para determinar la extensión del tumor, se codificará como diagnóstico principal la neoplasia. No se asignará ningún código adicional de las subcategorías **Z51.0 Contacto para radioterapia antineoplásica** ni **Z51.1- Contacto para quimioterapia e inmunoterapia antineoplásica**.

2.10.9 INGRESO PARA BRAQUITERAPIA

Ingreso para implante o inserción de elemento radiactivo o para tratamiento con radioisótopos. No se considerará como ingreso exclusivo para una sesión de radioterapia. El código de la neoplasia será el diagnóstico principal y no se utiliza el código **Z51.0 Contacto para radioterapia antineoplásica**.

Si un paciente contacta para la inserción o implante de elementos radiactivos (por ejemplo, braquiterapia) y desarrolla complicaciones tales como náuseas, vómitos o deshidratación, el diagnóstico principal es el correspondiente a la neoplasia maligna, seguido de los códigos de las complicaciones.

2.10.10 INGRESO PARA COLOCACIÓN DE VÍA DE ACCESO VASCULAR

Cuando el ingreso es para la inserción de una vía de acceso vascular para la administración de tratamiento, hay dos posibilidades. Si la quimioterapia o inmunoterapia no se administra durante el mismo ingreso, se codifica como diagnóstico principal la neoplasia. Sin embargo, si en el mismo ingreso, tras la colocación del acceso se le administra la quimioterapia o inmunoterapia, se asignará como diagnóstico principal el código **Z51.1- Contacto para quimioterapia e inmunoterapia antineoplásica**, añadiéndose el de la neoplasia como código adicional.

2.11 MANIFESTACIONES DE NEOPLASIAS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO

Los pacientes con neoplasias malignas desarrollan con frecuencia manifestaciones clínicas debidas a la propia malignidad o complicaciones como consecuencia de los tratamientos que reciben.

2.11.1 MANIFESTACIÓN DEL TUMOR

Cuando la admisión es exclusivamente para el tratamiento de la manifestación del tumor y no se realiza ningún tratamiento o estudio de extensión de su neoplasia, la complicación se codifica primero, seguida del código apropiado de la neoplasia, respetando las instrucciones y convenciones de la lista tabular.

Paciente que ingresa por ictericia obstructiva relacionada con colangiocarcinoma conocido. Al segundo día se da de alta tras tratamiento sintomático de la ictericia

CIE-10-ES **K83.1 Obstrucción de conducto biliar**
CIE-10-ES **C22.1 Carcinoma de conducto biliar intrahepático**
CIE-O-3.1 **8160/3 Colangiocarcinoma**

Paciente que ingresa por ictericia obstructiva relacionada con colangiocarcinoma conocido y estudio de extensión tumoral

CIE-10-ES **C22.1 Carcinoma de conducto biliar intrahepático**
CIE-O-3.1 **8160/3 Colangiocarcinoma**
CIE-10-ES **K83.1 Obstrucción de conducto biliar**

Paciente que ingresa por obstrucción intestinal relacionada con adenocarcinoma de colon descendente. Tratamiento sintomático que resuelve la obstrucción sin precisar tratamiento de su patología de base

CIE-10-ES **C18.6 Neoplasia maligna de colon descendente, izquierdo (L)**
CIE-O-3.1 **8140/3 Adenocarcinoma, SAI**

En este caso los códigos de la subcategoría **K56.69- Otros tipos de obstrucción intestinal** no deben utilizarse, porque hay un *Excluye 1* que indica que lo que debe codificarse es la afección causante de la obstrucción

2.11.2 SÍNTOMAS, SIGNOS Y RESULTADOS ANORMALES DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS, NO CLASIFICADAS BAJO OTRO CONCEPTO

Los síntomas, signos y afecciones mal definidas que aparecen en el capítulo 18. SÍNTOMAS, SIGNOS Y RESULTADOS ANORMALES DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS, NO CLASIFICADAS BAJO OTRO CONCEPTO (**R00-R99**) y que se asocien a una neoplasia primaria o secundaria, no pueden ser diagnóstico principal, independientemente del número de ingresos o contactos que el paciente haya tenido para su tratamiento o cuidados.

Paciente que ingresa por hematuria macroscópica relacionada con su neoplasia vesical maligna

CIE-10-ES **C67.9 Neoplasia maligna de vejiga, no especificada**
CIE-O-3.1 **8000/3 Neoplasia, maligna**
CIE-10-ES **R31.0 Hematuria macroscópica**

2.11.3 CONTACTO POR COMPLICACIÓN ASOCIADA A UNA NEOPLASIA

Cuando el motivo del contacto es el tratamiento de una complicación asociada a la neoplasia, tal como una deshidratación, y el tratamiento solamente se dirige a la complicación, se codifica la complicación en primer lugar seguida de los códigos apropiados para la neoplasia.

La excepción a esta norma es la anemia (ver punto siguiente).

2.11.4 ANEMIA ASOCIADA A NEOPLASIA

Si un paciente ingresa para tratar una anemia asociada a una neoplasia y el tratamiento es exclusivamente dirigido a la anemia, la neoplasia se asigna como diagnóstico principal, seguida del código ***D63.0 Anemia en enfermedad neoplásica***.

Paciente que ingresa para tratamiento de la anemia debida al colangiocarcinoma diagnosticado hace un mes

CIE-10-ES **C22.1 Carcinoma de conducto biliar intrahepático**
CIE-O-3.1 **8160/3 Colangiocarcinoma**
CIE-10-ES ***D63.0 Anemia en enfermedad neoplásica***

2.11.5 ANEMIA ASOCIADA A TRATAMIENTO ANTINEOPLÁSICO

Si un paciente ingresa para tratamiento de una anemia asociada a tratamiento con quimioterapia o inmunoterapia (**D64.81 Anemia debida a quimioterapia antineoplásica**), y el único tratamiento está dirigido a la anemia, ésta se secuencia primero, seguida del código de la neoplasia y del efecto adverso del agente quimioterápico (**T45.1X5- Efecto adverso de fármacos antineoplásicos e inmunosupresores**).

Paciente que ingresa para tratamiento de anemia debida a la quimioterapia que recibe por su carcinoma pulmonar del LSD de células pequeñas

CIE-10-ES **D64.81 Anemia debida a quimioterapia antineoplásica**
CIE-10-ES **T45.1X5A Efecto adverso de fármacos antineoplásicos e inmunosupresores, contacto inicial**
CIE-10-ES **C34.11 Neoplasia maligna de lóbulo superior, bronquio o pulmón derecho**
CIE-O-3.1 **8041/3 Carcinoma de células pequeñas, SAI**

2.11.6 ANEMIA ASOCIADA A TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO

Ingreso para tratamiento de una anemia asociada a tratamiento de radioterapia, y el único tratamiento es para la anemia, ésta se secuencia primero, seguida del código de la neoplasia y del código **Y84.2 Procedimiento radiológico y de radioterapia como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento**, de efecto adverso de la radioterapia.

Paciente que ingresa para tratamiento de la anemia causada por la radioterapia a la que se somete periódicamente para el tratamiento de la Enfermedad de Hodgkin que padece

CIE-10-ES **D64.9 Anemia, no especificada**
CIE-10-ES **Y84.2 Procedimiento radiológico y de radioterapia como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento**
CIE-10-ES **C81.90 Linfoma de Hodgkin, no especificado, localización no especificada**
CIE-O-3.1 **9650/3 Linfoma de Hodgkin, SAI**

2.11.7 PANCITOPENIA DEBIDA A QUIMIOTERAPIA

Ingreso para tratamiento de pancitopenia debida a quimioterapia **(D61.810)**. En pacientes con cáncer, puede producirse supresión de la médula ósea por la quimioterapia, esto conlleva la disminución simultánea de los valores de las tres series hematológicas (hematíes, leucocitos y plaquetas) por debajo de los rangos normales. Se codificará la pancitopenia como principal, y se deben añadir el código correspondiente de la neoplasia por la que está siendo tratada y el del efecto adverso del medicamento (**T45.1X5-**) (ver 3.1.5 anemia aplásica y pancitopenia).

2.11.8 COMPLICACIÓN DE UN TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PREVIO

Si se produce un ingreso para tratar una complicación de un tratamiento quirúrgico previo, esta complicación será el diagnóstico principal si el tratamiento realizado ha sido para resolver directamente la complicación.

Paciente con adenocarcinoma de próstata conocido que ingresa, tras RTU el mes anterior, por complicación posoperatoria debida a estenosis uretral bulbar posprocedimiento

CIE-10-ES **N99.111 Estenosis de uretra bulbar posprocedimiento, masculina**
CIE-10-ES **C61 Neoplasia maligna de próstata**
CIE-O-3.1 **8140/3 Adenocarcinoma, SAI**

2.11.9 DOLOR NEOPLÁSICO

Cuando el ingreso es para el tratamiento específico del dolor provocado por una neoplasia se asignará el código **G89.3 Dolor (agudo) (crónico) relacionado con neoplasia** como diagnóstico principal y como código adicional el de la neoplasia. No precisa ningún código para identificar la localización del dolor.

Paciente con sarcoma de Ewing femoral izquierdo que ingresa en la unidad del dolor para tratamiento de dolor incontrolado debido a la neoplasia

CIE-10-ES **G89.3 Dolor (agudo) (crónico) relacionado con neoplasia**
CIE-10-ES **C40.22 Neoplasia maligna de huesos largos de extremidad inferior izquierda**
CIE-O-3.1 **9260/3 Sarcoma de Ewing**

2.11.10 FRACTURA PATOLÓGICA NEOPLÁSICA

Cuando el motivo de ingreso es el tratamiento de una fractura patológica debida a una neoplasia, se asignará como diagnóstico principal un código de la subcategoría **M84.5- Fractura patológica en enfermedad neoplásica**, y como diagnóstico secundario el código que identifique la neoplasia.

Si el objetivo del ingreso es tratar la neoplasia, aunque tenga una fractura patológica asociada, el código de la neoplasia irá como diagnóstico principal seguido del código correspondiente para la fractura patológica (**M84.5-**).

Paciente con adenocarcinoma femoral metastásico (neoplasia primaria pulmonar curada) que ingresa para tratamiento de fractura patológica femoral derecha debida a la metástasis

CIE-10-ES **M84.551A Fractura patológica en enfermedad neoplásica, fémur derecho, contacto inicial por fractura**
CIE-10-ES **C79.51 Neoplasia maligna secundaria de hueso**
CIE-O-3.1 **8140/6 Adenocarcinoma metastásico, SAI**
CIE-10-ES **Z85.118 Historia personal de otra neoplasia maligna de bronquios y pulmón**

2.12 OTRAS CUESTIONES DE INTERÉS EN LA CODIFICACIÓN DE LAS NEOPLASIAS

2.12.1 NEOPLASIA MALIGNA EN PACIENTE EMBARAZADA

Cuando una mujer embarazada tiene una neoplasia maligna se debe secuenciar primero un código de subcategoría **O9A.1 Neoplasia maligna que complica el embarazo, parto y puerperio**, seguido del código correspondiente del capítulo 2 para indicar el tipo de neoplasia.

2.12.2 MODULADORES SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES DE ESTRÓGENOS Y NEOPLASIA DE MAMA

El Tamoxifeno, el Raloxifeno o el Toremifeno son medicamentos moduladores selectivos de los receptores estrogénicos (SERMs) que se usan tanto para el tratamiento del cáncer de mama como para la prevención de la recidiva y metástasis producidas por este tumor.

Pueden darse dos circunstancias:

- Que el paciente esté recibiendo los moduladores selectivos de los receptores estrogénicos para el tratamiento de su cáncer primario de mama, en cuyo caso se asignará un código de la categoría **C50 Neoplasia maligna de mama**.
- Que el paciente ya ha sido previamente tratado de su cáncer primario de mama (por ejemplo, mastectomía, quimioterapia, radioterapia) y ahora se le administran medicamentos moduladores selectivos de los receptores estrogénicos como mantenimiento para la prevención de metástasis o recidiva de la enfermedad, en este caso se debe asignar un código **Z85.3 Historia personal de neoplasia maligna de mama**.

En ambas circunstancias debe añadirse el código **Z79.810 Uso prolongado (actual) de moduladores selectivos de receptores de estrógenos (SERMs)** para indicar que se están utilizando estos medicamentos.

2.12.3 DERRAME PLEURAL MALIGNO

El derrame pleural maligno ***J91.0 Derrame pleural maligno*** es el acúmulo de líquido (generalmente trasudado) en la cavidad pleural en el transcurso de una neoplasia y puede ocurrir tanto por un drenaje linfático deficiente provocado por la compresión de un tumor mediastínico (especialmente los linfomas) como por la invasión directa de la pleura por el tumor. El código de la neoplasia maligna causante del mismo se asigna primero, y el ***J91.0 Derrame pleural maligno***, como diagnóstico adicional.

2.12.4 ASCITIS MALIGNA

La ascitis maligna **R18.0 Ascitis maligna** es la acumulación anormal de fluido en la cavidad peritoneal causada por una neoplasia maligna. Los carcinomas de ovario, mama, endometrio, colon, estómago, páncreas y bronquios tienen una alta incidencia de ascitis maligna. Como ocurre con el derrame pleural maligno, el código **R18.0 Ascitis maligna**, es un diagnóstico adicional al código de la neoplasia maligna causante de esta entidad.

2.12.5 NEOPLASIAS MALIGNAS DE TEJIDO ECTÓPICO

Las neoplasias malignas de tejidos ectópicos se codificarán en el sitio mencionado en la documentación. Por ejemplo, la neoplasia maligna de páncreas ectópico que afecta a estómago, se codifica como neoplasia de páncreas, **C25.9 Neoplasia maligna de páncreas, no especificada**.

IAE (Tabla de Neoplasias)

Neoplasia, neoplásico

-páncreas

--tejido ectópico C25.9 C78.89 -- D13.6 D37.8 D49.0

3. ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN AL MECANISMO INMUNOLÓGICO

El capítulo 3 de la CIE-10-ES clasifica las enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos (incluyendo bazo, médula ósea y tejidos linfáticos). Además, este capítulo incluye ciertos trastornos del mecanismo inmune tales como inmunodeficiencias (excepto el SIDA que se clasifica en la categoría **B20 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]** dentro del capítulo 1. CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS). Este capítulo abarca los códigos comprendidos entre las categorías **D50** y **D89**.

Determinadas afecciones hematológicas se encuentran clasificadas en otros capítulos:

- Cuando complican el embarazo, parto o puerperio, se asignan al capítulo 15. EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, y suelen requerir codificación múltiple.
- Si son alteraciones en el recién nacido, se codifican en el capítulo 16. CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERÍODO PERINATAL.
- Las neoplasias de la sangre y de los órganos hematopoyéticos se clasifican en el capítulo 2. NEOPLASIAS.
- Los hallazgos anormales en el análisis de sangre u otros signos o síntomas suelen encontrarse en el capítulo 18. SÍNTOMAS, SIGNOS Y RESULTADOS ANORMALES DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS, NO CLASIFICADOS BAJO OTRO CONCEPTO (**R00-R99**).

La hematopoyesis es el proceso de formación, desarrollo y maduración de los elementos formes de la sangre (eritrocitos o glóbulos rojos, leucocitos o glóbulos blancos y plaquetas o trombocitos) a partir de un precursor celular común e indiferenciado conocido como célula madre hematopoyética pluripotencial. En el adulto las células madre hematopoyéticas se encuentran en la médula ósea de ciertos huesos y son las responsables de formar todas las células y derivados celulares que circulan por la sangre.

Cualquier cambio anormal en el proceso de la hematopoyesis puede dar lugar a una alteración en la cantidad o calidad de algunos o todos los elementos de la sangre. Así, por ejemplo, una disminución de los hematíes producirá anemia, o un aumento de plaquetas dará lugar a la trombocitosis, o una disminución de los tres elementos (hematíes, leucocitos y plaquetas) será una pancitopenia.

La bicitopenia es la disminución de dos series sanguíneas, por ejemplo, anemia y trombocitopenia, o anemia y leucopenia, o también trombocitopenia y leucopenia.

3.1 ANEMIAS

La anemia es una afección en la cual el cuerpo no tiene suficientes eritrocitos (o hematíes o glóbulos rojos) sanos. Los glóbulos rojos o hematíes son las células encargadas de suministrar el oxígeno a los tejidos. La hemoglobina es la proteína que transporta el oxígeno dentro de los glóbulos rojos y les da su color rojo. Las personas con anemia no tienen suficiente hemoglobina en su sangre.

Aunque muchas partes del cuerpo ayudan a producir glóbulos rojos, la mayor parte del trabajo se hace en la médula ósea. Los glóbulos rojos sanos tienen una vida que va entre los 90 y 120 días. Ciertas partes del cuerpo eliminan luego las células sanguíneas viejas. Una hormona, llamada eritropoyetina, producida en los riñones le da la señal a la médula ósea para producir más glóbulos rojos.

Por otra parte, el cuerpo necesita ciertas vitaminas, minerales y nutrientes para producir suficientes glóbulos rojos. El hierro, la vitamina B12 y el ácido fólico son tres de los más importantes. Se pueden producir anemias carenciales ya que es posible que el cuerpo no tenga suficiente cantidad de estos nutrientes debido a:

- Cambios en el revestimiento del estómago o de los intestinos que afectan a la forma en cómo se absorben los nutrientes (por ejemplo, la enfermedad celíaca).
- Alimentación deficiente.
- Pérdida lenta de sangre (por ejemplo, por períodos menstruales copiosos o úlceras gástricas).
- Cirugía en la que se extirpa parte del estómago o los intestinos.

Otras posibles causas de anemia abarcan:

- Administración de ciertos medicamentos.
- Destrucción de los glóbulos rojos antes de lo normal (lo cual puede ser causado por problemas con el sistema inmunitario).
- Enfermedades prolongadas (crónicas), como cáncer, colitis ulcerosa o artritis reumatoide.
- Ciertas enfermedades hereditarias, como la talasemia o anemia drepanocítica.
- Embarazo.
- Problemas con la médula ósea, como linfoma, leucemia, mielodisplasia, mieloma múltiple o anemia aplásica.
- Pérdidas agudas de sangre, a consecuencia de traumatismos o de intervenciones quirúrgicas.

La CIE-10-ES agrupa las anemias en tres secciones según su etiología:

Tabla 3.1. Anemias

Anemias carenciales	**D50-D53**
Anemias hemolíticas	**D55-D59**
Anemias aplásicas y otras anemias y síndrome de insuficiencia medular	**D60-D64**

3.1.1 ANEMIA FERROPÉNICA

La anemia ferropénica es la debida a la carencia de hierro. Puede ser causada por una pérdida crónica de sangre **D50.0 Anemia ferropénica secundaria a pérdida de sangre (crónica)** debida a enfermedades tales como hemorragias gastrointestinales o a menorragias, o provocadas por la ingesta insuficiente de hierro por la dieta **D50.8 Otras anemias por carencia de hierro**. Si la causa no se conoce, se debe utilizar el código **D50.9 Anemia ferropénica, no especificada**.

Si la anemia ferropénica se especifica que es debida a una pérdida de sangre aguda, se debe usar el código **D62 Anemia poshemorrágica aguda**.

Anemia ferropénica debida a pérdida sanguínea por úlcera gástrica crónica

D50.0 Anemia ferropénica secundaria a pérdida de sangre (crónica)
K25.4 Úlcera gástrica crónica o no especificada con hemorragia

3.1.2 ANEMIA DEBIDA A PÉRDIDA DE SANGRE

Es importante diferenciar entre anemia por pérdida de sangre crónica y anemia por pérdida de sangre aguda, ya que las dos condiciones tienen códigos diferentes en la CIE-10-ES.

Una anemia por pérdida de sangre aguda ocurre de una manera repentina, por una pérdida significativa de sangre en un breve período de tiempo. Esto puede ocurrir en traumatismos con ruptura o laceración de bazo o de otras vísceras abdominales, donde no se evidencia hemorragia externa. La anemia por pérdida de sangre aguda puede ocurrir después de una cirugía, pero no se debe considerar necesariamente una complicación del procedimiento y no debería ser codificada como una complicación posoperatoria a menos que el clínico la identifique como tal. Muchos procedimientos, tales como la colocación de prótesis de cadera, conllevan una pérdida importante de sangre durante el procedimiento, pero esa pérdida sanguínea es "esperada". El codificador no debe asumir que la pérdida de sangre o la transfusión realizada durante una intervención sea sinónimo de anemia, ya que, en ocasiones, las transfusiones sanguíneas pueden ser una medida preventiva. Un código de anemia solo debe ser asignado cuando así está documentado en la historia clínica.

Cuando una anemia posoperatoria no está documentada como debida a pérdida de sangre, se usará el código **D64.9 Anemia, no especificada**. Si la anemia posoperatoria está especificada como debida a pérdida de sangre aguda, el código apropiado será el **D62 Anemia poshemorrágica aguda.** Si se especifica que la anemia se debe a una pérdida de sangre crónica, el código será el **D50.0 Anemia ferropénica secundaria a pérdida de sangre (crónica)**.

Anemia posoperatoria por sangrado en la intervención

D62 Anemia poshemorrágica aguda

3.1.3 ANEMIA EN ENFERMEDAD CRÓNICA

Los pacientes con enfermedades crónicas sufren con frecuencia anemia, y ésta es causa de ingresos o contactos hospitalarios para su tratamiento. Aunque el tratamiento se dirija con frecuencia a la anemia y no a la enfermedad fundamental de base, a la hora de codificar, la CIE-10-ES establece en la lista tabular la secuencia correcta de códigos, proporcionando la instrucción de "codifique primero la enfermedad subyacente". Los códigos para estos tipos de anemia se codifican como sigue:

3.1.3.a Anemia en enfermedad renal crónica (ERC)

Debe codificarse primero la ERC (**N18.-**) con el estadio de la misma y después el código ***D63.1 Anemia en enfermedad renal crónica***.

Anemia nefrogénica por ERC grave

N18.4 **Enfermedad renal crónica, estadio 4 (grave)**
D63.1 ***Anemia en enfermedad renal crónica***

3.1.3.b Anemia en enfermedad neoplásica

Debe codificarse primero la neoplasia (**C00-D49**) responsable de la anemia y después el código ***D63.0 Anemia en enfermedad neoplásica*** (ver 2.11.4. Anemia asociada a neoplasia).

3.1.3.c Anemia en otras enfermedades crónicas

Debe codificarse primero la enfermedad subyacente y después el código ***D63.8 Anemia en otras enfermedades crónicas clasificadas bajo otro concepto***.

3.1.4 ANEMIA DEBIDA A QUIMIOTERAPIA

(Ver 2.11.5. Anemia asociada a tratamiento antineoplásico).

3.1.5 ANEMIA APLÁSICA Y PANCITOPENIA

3.1.5.a Anemia aplásica

La **anemia aplásica** es causada por un fallo de la médula ósea en la producción de glóbulos rojos. Puede ser de causa congénita **D61.09 Otras aplasias constitucionales**, o de causa idiopática, es decir, que no se identifica ninguna causa de la misma **D61.3 Anemia aplásica idiopática**. En otras ocasiones es de causa adquirida y puede ser debida a numerosas enfermedades, tales como neoplasias malignas o ciertas infecciones (por ejemplo, hepatitis vírica), o causada por ciertos tratamientos, como radiaciones y fármacos. La anemia aplásica debida a fármacos se codifica como **D61.1 Anemia aplásica inducida por fármacos,** con un código adicional que identifique el efecto adverso y el fármaco (**T36-T50** con un quinto o sexto carácter 5).

La anemia aplásica debida a radiaciones, infecciones u otros agentes externos, se codifica como **D61.2 Anemia aplásica debida a otros agentes externos**. Si es de causa tóxica, codificaremos primero los efectos tóxicos de sustancias de procedencia principalmente no medicinal (**T51-T65**). Si solo tenemos el diagnóstico de anemia aplásica sin más especificación, el código apropiado es el **D61.9 Anemia aplásica, no especificada**.

Ingreso por anemia aplásica por exposición accidental al benceno

T52.1X1A **Efecto tóxico de benceno, accidental (no intencionado), contacto inicial**
D61.2 **Anemia aplásica debida a otros agentes externos**

3.1.5.b Pancitopenia

La pancitopenia (**D61.81-**) es la disminución de los tres elementos formes de la sangre, y puede ser resultado de una aplasia medular o no. Cuando un paciente tiene anemia (deficiencia de glóbulos rojos o eritrocitos), leucopenia (deficiencia de glóbulos blancos) y trombocitopenia (deficiencia de trombocitos o plaquetas) solo debe usarse un código, el de pancitopenia (**D61.81-**)**.** Cuando la pancitopenia es inducida por fármacos, la CIE-10-ES diferencia si el fármaco es un quimioterápico **D61.810 Pancitopenia debida a**

quimioterapia antineoplásica u otro fármaco distinto **D61.811 Pancitopenia debida a otros fármacos**. Se necesita de un código adicional que identifique el efecto adverso y el fármaco (**T36-T50** con un quinto o sexto carácter 5). En caso de intoxicación, se debe codificar primero el envenenamiento debido a fármaco o sustancia tóxica (**T36-T65** con quinto o sexto carácter 1-4 o 6).

Pancitopenia por corticoides en paciente con LES

D61.811	**Pancitopenia debida a otros fármacos**
T38.0X5A	**Efecto adverso de glucocorticoides y análogos sintéticos, contacto inicial**
M32.9	**Lupus eritematoso sistémico no especificado**

Cuando se trata de una pancitopenia congénita el código adecuado es el **D61.09 Otras aplasias constitucionales**. Si desconocemos la causa de la pancitopenia, la codificaremos como **D61.818 Otra pancitopenia**.

Paciente con anemia, leucopenia y trombocitopenia

D61.818	**Otra pancitopenia**

Debemos tener especial cuidado al codificar la pancitopenia y revisar bien el *Excluye 1* de la subcategoría **D61.81-**. No debe utilizarse un código de la subcategoría **D61.81-** si la pancitopenia es debida o se presenta con: anemia aplásica (**D61.9**), anemia leucoeritroblástica (**D61.82**), aplasia (pura) de serie roja congénita (**D61.01**), con enfermedad VIH (**B20**) enfermedades mieloproliferativas (**D47.1**), infiltración de médula ósea (**D61.82**), leucemia de células peludas o tricoleucemia (**C91.4-**) o síndromes mielodisplásicos (**D46.-**).

Pancitopenia en anemia aplásica

D61.9	**Anemia aplásica, no especificada**

3.2 NEUTROPENIA FEBRIL POSQUIMIOTERAPIA

La neutropenia febril es una afección potencialmente muy grave en el que el recuento de leucocitos es muy bajo. En este punto, el mecanismo de defensa del cuerpo para luchar contra la infección está debilitado. La fiebre puede suponer un proceso infeccioso grave que requiere evaluación e intervención terapéutica inmediata. Cuando el paciente se presenta con fiebre y un recuento absoluto de neutrófilos inferior a lo normal, se establece el diagnóstico de fiebre neutropénica.

Sin embargo, la codificación de la neutropenia febril depende del diagnóstico explícito del médico y en ningún caso debe deducirse directamente de los resultados del laboratorio. El protocolo clínico es semejante al de la septicemia. El enfoque es generalmente doble: identificar la fuente de la infección si está presente y prevenir la progresión hacia una sepsis. A este fin, se realizan hemocultivos continuados y los pacientes son tratados con antibióticos intravenosos de forma intensiva, pudiéndose administrar

factor estimulante de colonias de granulocitos para incrementar el recuento de leucocitos y en algunos casos requiere ingreso en UCI.

En numerosas ocasiones esta enfermedad se presenta como complicación del tratamiento quimioterápico de una neoplasia. Para la codificación de esta enfermedad son necesarios un mínimo de tres códigos, **D70.1 Agranulocitosis secundaria a quimioterapia antineoplásica**, **R50.81 Fiebre asociada a afecciones clasificadas bajo otro concepto**, y el código adicional del efecto adverso para identificar el fármaco (**T45.1X5-**). Si conocemos la infección, también se codificará, así como la neoplasia por la que está recibiendo el tratamiento.

Paciente con neoplasia maligna en tratamiento quimioterápico que ingresa por neutropenia febril posquimioterapia

D70.1 Agranulocitosis secundaria a quimioterapia antineoplásica
R50.81 Fiebre asociada a afecciones clasificadas bajo otro concepto
T45.1X5A Efecto adverso de fármacos antineoplásicos e inmunosupresores, contacto inicial
Código de la neoplasia maligna

3.3 ENFERMEDADES DE LAS PLAQUETAS

Las plaquetas o trombocitos son fragmentos de células sanguíneas circulantes por la sangre, son una fuente natural de factores de crecimiento y son las responsables de la hemostasia sanguínea, iniciando la formación de coágulos o trombos.

Diversas enfermedades o circunstancias (como la toma de ciertos medicamentos) pueden provocar un aumento (trombocitosis) o una disminución de las plaquetas (trombocitopenia).

3.3.1 TROMBOCITOSIS

La trombocitosis se caracteriza por la presencia de un alto número de plaquetas en la sangre. Aunque generalmente es asintomática (particularmente cuando es secundaria o reactiva), puede predisponer a una trombosis en algunos pacientes. La trombocitosis puede ser:

3.3.1.a Trombocitosis primaria o esencial

También llamada trombocitemia esencial, realmente es un síndrome mieloproliferativo crónico. La trombocitosis esencial o primaria se codificará con el código del capítulo 2, **D47.3 Trombocitemia esencial (hemorrágica)**.

3.3.1.b Trombocitosis reactiva o secundaria.

La trombocitosis secundaria es exclusivamente reactiva y no un trastorno de las plaquetas. Las plaquetas son reactantes de fase aguda y por tanto incrementan su respuesta a varios estímulos, como enfermedades inflamatorias, hemorragias y neoplasias. Cuando cesa este estímulo, el paciente recupera su número normal de plaquetas. La trombocitosis reactiva es menos grave que la trombocitosis primaria o esencial. CIE-10-ES la clasifica en la subcategoría **D75.83 Trombocitosis**, bajo el código **D75.838 Otra trombocitosis**, donde tienen cabida la trombocitosis reactiva y la trombocitosis secundaria. En este caso, debe codificarse además, si procede y se conoce, la afección subyacente.

La trombocitosis sin especificar si es primaria o secundaria se clasifica bajo el código **D75.839 Trombocitosis no especificada**.

Paciente con antecedentes de artritis reumatoide, que ingresa para estudio de elevado recuento plaquetario. Se diagnostica de trombocitosis secundaria a artritis reumatoide

D75.838 Otra trombocitosis
M06.9 Artritis reumatoide no especificada

3.3.2 TROMBOCITOPENIAS

La trombocitopenia o plaquetopenia es la disminución de la cantidad de trombocitos o plaquetas circulantes en el torrente sanguíneo por debajo de los niveles normales. Se caracteriza por mayor facilidad para el sangrado, hematomas y hemorragias en distintas partes corporales. Puede desencadenarse por tres mecanismos: disminución de la producción de plaquetas o producción de plaquetas anómalas, acumulación excesiva de plaquetas en el bazo o disminución de la supervivencia de las plaquetas.

3.3.2.a Trombocitopenia

El código **D69.6 Trombocitopenia no especificada** se utilizará cuando desconozcamos el mecanismo o causa de la misma.

3.3.2.b Trombocitopenia esencial o púrpura trombocitopénica idiopática

Es un trastorno autoinmunitario que da lugar a la formación de anticuerpos antiplaquetarios, de manera que las plaquetas muestran una susceptibilidad mayor frente a la fagocitosis y la destrucción en el bazo. Se asignará el código **D69.3 Púrpura trombocitopénica inmune (PTI).**

3.3.2.c Trombocitopenia inducida por fármacos

Es una reacción mediada por mecanismos inmunitarios que disminuye el número de plaquetas circulantes. El fármaco que desencadena con mayor frecuencia este proceso es la heparina. La trombocitopenia inducida por heparina se clasifica en la subcategoría **D75.82- Trombocitopenia inducida por heparina (TIH)**, con sexto carácter que indica el tipo. Otros fármacos como la quinina, la quinidina y las sulfamidas pueden destruir las plaquetas por lisis mediadas por el complemento. Existen otros fármacos que pueden reducir la producción plaquetaria, como los quimioterápicos. El código apropiado para la trombocitopenia por fármacos que no sean la heparina es el **D69.59 Otras trombocitopenias secundarias**. Los códigos que clasifican la trombocitopenia inducida por fármacos deberán ir acompañados de un código que identifique el efecto adverso o intoxicación y el fármaco relacionado con tal efecto (**T36-T65**). La interrupción de la administración del fármaco suele resolver el problema.

Paciente de 74 años intervenida de prótesis de cadera en tratamiento con heparina de bajo peso molecular que presenta trombocitopenia moderada secundaria al uso de la misma

D75.829 Trombocitopenia inducida por heparina, no especificada
T45.515A Efecto adverso de anticoagulantes, contacto inicial

Trombocitopenia secundaria al uso de cefalosporinas

D69.59 Otras trombocitopenias secundarias
T36.1X5A Efecto adverso de cefalosporinas y otros antibióticos beta-lactámicos, contacto inicial

3.3.2.d Trombocitopenia congénita (amegacariocítica)

Es una enfermedad rara caracterizada por una trombocitopenia aislada con disminución o ausencia de megacariocitos (precursores de las plaquetas) en médula ósea y que tiene su origen en una deficiente megacariocitopoyesis desde el nacimiento. Se usará el código **D69.42 Púrpura trombocitopénica congénita y hereditaria**.

3.3.2.e Trombocitopenia postransfusional

Se clasifica en el código **D69.51 Púrpura postransfusional**. Se produce en ocasiones tras la transfusión sanguínea, y está producida por la producción de aloanticuerpos creados por el receptor contra los antígenos presentes en las plaquetas del producto transfundido. Estos aloanticuerpos destruyen tanto las plaquetas transfundidas como las del propio paciente, ocasionando trombocitopenia. No se debe confundir esta trombocitopenia postransfusional con la dilucional, en la que **transfusiones masivas de sangre entera** provocan una trombocitopenia aguda por dilución de las plaquetas del paciente, no por destrucción por aloanticuerpos. En estos casos de **trombocitopenia dilucional**, el código apropiado es el **D69.59 Otras trombocitopenias secundarias.**

> Paciente que ingresa en el hospital con petequias y equimosis múltiples una semana después de recibir transfusión sanguínea. Sospecha de trombocitopenia postransfusional
>
> **D69.51 Púrpura postransfusional**

3.3.2.f Púrpura trombótica trombocitopénica

Es un trastorno relativamente raro que afecta sobre todo a mujeres de entre 20 y 30 años. Puede deberse a una lesión endotelial con liberación de sustancias procoagulantes. La formación diseminada de trombos en las arteriolas y capilares de la microcirculación puede inducir una trombocitopenia potencialmente mortal con anemia hemolítica, insuficiencia renal y alteraciones neurológicas. El código apropiado es el **M31.1 Microangiopatía trombótica** que pertenece al capítulo 13. ENFERMEDADES DEL APARATO MUSCULOESQUELÉTICO Y DEL TEJIDO CONECTIVO**.**

> Mujer con presencia de púrpuras y petequias múltiples, metrorragias, cefalea de meses de evolución, que ingresa por convulsiones y recuento bajo de plaquetas. Tras el estudio pertinente se diagnostica de púrpura trombótica trombocitopénica
>
> **M31.19 Otra microangiopatía trombótica**

3.4 TRASTORNOS DEL SISTEMA INMUNITARIO

Diversos desórdenes del sistema inmunitario están clasificados dentro de las categorías **D80-D89**, con la excepción de la enfermedad VIH o SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido) que se clasifica en el Capítulo 1. CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS, dentro de la categoría **B20 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]**.

3.4.1 SARCOIDOSIS O ENFERMEDAD DE BESNIER-BOECK

La CIE-10-ES clasifica la sarcoidosis en el capítulo 3, dentro de la categoría **D86 Sarcoidosis**. La sarcoidosis o enfermedad de Besnier-Boeck, es una enfermedad granulomatosa sistémica, de carácter autoinmune, que afecta a todas las poblaciones y etnias humanas, y fundamentalmente a adultos de entre 20 y 40 años. Su etiología es desconocida, la hipótesis más aceptada es que se trata de una respuesta inmunitaria en individuos genéticamente predispuestos. Los síntomas pueden aparecer repentinamente, pero suelen manifestarse de manera gradual. El curso de la enfermedad es variable, pudiendo ir desde asintomática hasta crónica (en el 5% de los casos), incluso llevando a la muerte (solo en un 1% de los casos en que se hace crónica). La enfermedad puede manifestarse en cualquier órgano del cuerpo, con mayor frecuencia en el pulmón y ganglios linfáticos intratorácicos. También son frecuentes las manifestaciones oculares, cutáneas y hepáticas.

La CIE-10-ES facilita código único para la enfermedad y sus localizaciones más frecuentes, tales como **D86.0 Sarcoidosis pulmonar**, **D86.1 Sarcoidosis de los ganglios linfáticos**, **D86.2 Sarcoidosis pulmonar con sarcoidosis de los ganglios linfáticos**, **D86.3 Sarcoidosis de piel**, etc.

Paciente con sarcoidosis con afectación pulmonar y linfática

D86.2 Sarcoidosis pulmonar con sarcoidosis de los ganglios linfáticos

4. ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS

Las enfermedades endocrinas, de la nutrición y metabólicas se clasifican en el capítulo 4 de CIE-10-ES Diagnósticos entre las categorías **E00-E89**.

Este capítulo hace especial referencia a las alteraciones de la glucemia. Además, este capítulo incluye trastornos de otros sistemas orgánicos.

Determinadas afecciones endocrinas, de la nutrición y metabólicas se encuentran clasificadas en otros capítulos. Cuando complican el embarazo, parto o puerperio, se asignan al capítulo 15. EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, y suelen requerir codificación múltiple. Si son alteraciones en el recién nacido, se codifican en el capítulo 16. CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL. Todas las neoplasias, ya sean funcionalmente activas o no, están clasificadas en el capítulo 2. NEOPLASIAS. Se pueden utilizar los códigos adecuados de este capítulo 4 (E05.8, E07.0, E16-E31, E34.-) como códigos adicionales para indicar tanto la actividad funcional de tumores y tejidos endocrinos ectópicos como la hiperfunción o hipofunción de glándulas endocrinas asociadas a neoplasias.

4.1 DIABETES MELLITUS (CATEGORÍAS E08-E13)

La Diabetes Mellitus (DM) es una alteración del metabolismo de la glucosa debida a un déficit de producción de insulina o a una reducción de su efecto biológico en el organismo. Se diagnostica clínicamente tras la detección de cifras elevadas de glucemia en determinadas circunstancias.

Los códigos de la diabetes mellitus son códigos de combinación que incluyen el tipo de DM, el aparato o sistema orgánico afectado, así como las complicaciones que afectan a dicho aparato o sistema corporal.

Se deben utilizar tantos códigos de una misma categoría como sean necesarios para describir todas las complicaciones de la enfermedad.

La secuencia de códigos se basará en el motivo específico del contacto.

4.1.1 DIABETES MELLITUS PRIMARIA

Esta patología está desencadenada por una alteración en el metabolismo de la insulina. En la CIE-10-ES Diagnósticos encontramos la siguiente clasificación:

4.1.1.a Diabetes tipo 1. Categoría E10

Es una enfermedad metabólica que se caracteriza por un fallo en la producción de insulina por el páncreas.

Los diabéticos tipo 1 desarrollan la enfermedad, en general, antes de llegar a la pubertad, siendo frecuente la cetoacidosis.

Precisa de tratamiento regular con insulina por lo que en la codificación de la diabetes tipo 1 no se utilizará el código **Z79.4 Uso prolongado (actual) de insulina**.

Términos relacionados: diabetes mellitus tipo1, DM 1, DB 1, Tipo juvenil.

Diabetes mellitus tipo 1 con hipoglucemia

E10.649 Diabetes mellitus tipo 1 con hipoglucemia sin coma

4.1.1.b Diabetes tipo 2. Categoría E11

En este tipo de diabetes existe producción de insulina, pero ésta o es insuficiente o el organismo es incapaz de utilizarla adecuadamente. Aparece generalmente en adultos de mediana edad o más tarde. También puede aparecer en individuos jóvenes, sobre todo asociada a la obesidad. Habitualmente no precisa tratamiento con insulina, controlándose con dieta, antidiabéticos orales o antidiabéticos inyectables no insulínicos y ejercicio. Solo si estas medidas no son suficientes requerirá tratamiento con insulina.

La edad de un paciente no es el único factor determinante, por lo que si el tipo de la diabetes mellitus no está documentado en la historia clínica el valor por defecto será **E11 Diabetes mellitus tipo 2**.

Términos relacionados: diabetes mellitus tipo 2 (DM 2), diabetes mellitus no insulín-dependiente (DMNID), diabetes mellitus del adulto, diabetes mellitus (sin más especificación).

Paciente de 60 años, diabético en tratamiento con insulina que es atendido por retinopatía diabética no proliferativa leve con edema macular. También presenta una catarata diabética en el ojo derecho

E11.3219 Diabetes mellitus tipo 2 con retinopatía diabética no proliferativa leve con edema macular, ojo no especificado
E11.36 Diabetes mellitus tipo 2 con catarata diabética
Z79.4 Uso prolongado (actual) de insulina

4.1.1.c Diabetes mellitus en el embarazo y diabetes gestacional. Categoría O24

La diabetes mellitus es un factor importante de complicación en el embarazo. Para las pacientes diabéticas que estén embarazadas hay que asignar en primer lugar un código de la categoría **O24 Diabetes mellitus en el embarazo, parto y puerperio**, seguido de los códigos correspondientes a la diabetes (**E08-E13**) si existen manifestaciones o complicaciones asociadas. Si la diabetes es tipo 1 no es necesario añadir el código **Z79.4 Uso prolongado (actual) de insulina.** En otros tipos de diabetes si se debe asignar el código **Z79.4 Uso prolongado (actual) de insulina**, **Z79.84 Uso prolongado (actual) de medicamentos hipoglucemiantes orales**, o **Z79.85 Uso prolongado (actual) de medicamentos antidiabéticos no insulínicos inyectables**, si la diabetes mellitus está siendo tratada con insulina, hipoglucemiantes orales, o con hipoglucemiantes inyectables no insulínicos. Si la paciente está en tratamiento con más de uno de estos medicamentos, para su correcta codificación ver punto 4.1.5.

Gestante de 39 semanas, con diabetes mellitus que ingresa para parto, presentando feto en podálica y naciendo un único feto con vida

O32.8XX0 Atención materna por otra presentación anómala del feto, no aplicable o no especificado
O24.32 Diabetes mellitus preexistente no especificada en el parto
Z37.0 Nacido vivo único
Z3A.39 39 semanas de gestación

Por otro lado, la diabetes gestacional es una intolerancia anormal a la glucosa que aparece durante la gestación, normalmente durante el segundo y tercer trimestre de la misma, en mujeres sin diabetes previa. Este tipo de diabetes puede causar complicaciones en el embarazo similares a las de una diabetes mellitus preexistente, y también puede aumentar el riesgo de desarrollar diabetes después del embarazo.

Los códigos para la diabetes gestacional se encuentran en la subcategoría **O24.4 Diabetes mellitus gestacional** y ésta presenta ciertas particularidades:

- Ningún código de esta subcategoría debe utilizarse con otro código de la categoría **O24 Diabetes mellitus en embarazo, parto y puerperio**.

- Los códigos de esta subcategoría incluyen formas "controladas con dieta", "controladas con insulina" y "controladas con antidiabéticos orales". Si una embarazada con diabetes gestacional es tratada con dieta e insulina solo se necesita el código de "diabetes controlada con insulina". Si es tratada con dieta y con hipoglucemiantes orales, solo debe utilizarse el código de "controlada por hipoglucemiantes orales".

- Los códigos **Z79.4 Uso prolongado (actual) de insulina**, **Z79.84 Uso prolongado (actual) de medicamentos hipoglucemiantes orales**, o **Z79.85 Uso prolongado (actual) de medicamentos antidiabéticos no insulínicos inyectables**, no se deben asignar junto con los códigos de la subcategoría **O24.4**.

Gestante de 43 años y 26 semanas de su tercera gestación, que acude por diabetes gestacional en tratamiento actual con insulina, sin presentar otro tipo de problema en el momento actual

O24. 414 Diabetes mellitus gestacional en el embarazo, controlada con insulina
O09.522 Supervisión de multigrávida añosa, segundo trimestre
Z3A.26 26 semanas de gestación

4.1.2 DIABETES MELLITUS SECUNDARIA. CATEGORÍAS E08, E09 Y E13

Supone el 2% de la diabetes y es desencadenada por otra afección o circunstancia que altera el metabolismo de la insulina, como puede ser:

- Pancreatectomía.
- Infecciones.
- Neoplasia de páncreas.
- Hemocromatosis.
- Fibrosis quística.
- Efectos adversos, intoxicaciones o secuelas por fármacos o drogas.
- Otras causas.

Los códigos existentes bajo la categoría **E08 Diabetes mellitus debida a afección subyacente**, **E09 Diabetes mellitus inducida por fármaco o sustancia química** y **E13 Otro tipo de diabetes mellitus especificada**, identifican las complicaciones y las manifestaciones asociadas a la diabetes mellitus secundaria.

A tenor de los actuales hallazgos científicos, se ha considerado oportuno incluir en la categoría **E13** dos tipos poco frecuentes de diabetes.

La Diabetes MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young) o diabetes del adulto con inicio en la juventud o en la infancia, constituye un tipo particular de diabetes mellitus de inicio en la juventud y comportamiento similar a la diabetes tipo 2, pudiendo controlarse con dieta o con antidiabéticos no insulínicos. Puede heredarse según un patrón autosómico dominante. Se clasifica en la categoría **E13 Otro tipo de diabetes mellitus especificada**.

La diabetes LADA o diabetes mellitus autoinmune latente del adulto, es un tipo de diabetes mellitus con características autoinmunes, similar a la diabetes tipo 1 con comienzo en edad adulta. También es conocida como diabetes tipo 1.5. Aparece en individuos mayores (normalmente por encima de los 30 años) que, a menudo, son clasificados de manera errónea como personas con diabetes tipo 2 por la presentación tardía y la ausencia de necesidad de terapia con insulina en estadios iniciales. Este tipo de diabetes debe clasificarse también en la categoría **E13 Otro tipo de diabetes mellitus especificada**.

Tabla 4.1 Diabetes mellitus secundaria

CATEGORÍA	CAUSA	NORMAS DE CLASIFICACIÓN
E08	Debida a afección subyacente: fibrosis quística, pancreatitis, neo páncreas, hemocromatosis, etc.	Codificar primero la enfermedad subyacente + Código de diabetes secundaria dentro de la categoría **E08** + Código de uso de insulina, de antidiabéticos orales, o de antidiabéticos inyectables no insulínicos, si es el tratamiento habitual, no uso temporal
E09	Inducida por fármaco o sustancia química y que causa una intoxicación o envenenamiento	Codificar primero la intoxicación o envenenamiento (T36-T65) + Código de diabetes secundaria de la categoría **E09** + Código de uso de insulina, de antidiabéticos orales, o de antidiabéticos inyectables no insulínicos, si es el tratamiento habitual, no uso temporal
	Efecto adverso de medicamento correctamente administrado o secuela de efecto adverso de medicamento correctamente administrado	Codificar primero la diabetes, como efecto adverso, dentro de la categoría **E09** + Código del fármaco o droga causante del efecto adverso + Código de uso de insulina, de antidiabéticos orales, o de antidiabéticos inyectables no insulínicos si es el tratamiento habitual, no uso temporal
E13	Otro tipo de diabetes mellitus especificada: posprocedimiento, pospancreatectomía, secundaria NCOC, debida a defectos genéticos, etc.	En diabetes posprocedimiento: Codificar primero código E89.1 (véase más abajo ej. de diabetes pospancreatectomía) + Código categoría **E13** + Código de uso de insulina o de antidiabéticos orales, o de antidiabéticos inyectables no insulínicos si es el tratamiento habitual, no uso temporal

Paciente de 55 años que presenta una diabetes mellitus secundaria a pancreatitis crónica en tratamiento con insulina. Ingresa por presentar hiperglucemia de difícil control

K86.1 Otros tipos de pancreatitis crónica
E08.65 Diabetes mellitus debida a afección subyacente con hiperglucemia
Z79.4 Uso prolongado (actual) de insulina

Paciente con fibrosis quística que presenta diabetes secundaria con retinopatía diabética. Tratamiento habitual con insulina

E84.8 Fibrosis quística con otras manifestaciones
E08.319 ***Diabetes mellitus debida a afección subyacente con retinopatía diabética no especificada sin edema macular***
Z79.4 Uso prolongado (actual) de insulina

Paciente que presenta neuralgia diabética con diabetes desencadenada por tratamiento con quimioterapia realizada hace 10 años

E09.42 Diabetes mellitus inducida por fármaco o sustancia química con complicaciones neurológicas, con polineuropatía diabética
T45.1X5S Efecto adverso de fármacos antineoplásicos e inmunosupresores, secuela
(Ver instrucción de 7º dígito al inicio de la categoría)
(El sexto carácter –5– en las categorías T36 a T50 indica el efecto adverso)

Paciente con diabetes esteroidea ya conocida por tratamiento habitual de asma, con corticoides inhalados, que ingresa por mal control, precisando ajuste de su tratamiento habitual con insulina. Contacto sucesivo

E09.65 Diabetes mellitus inducida por fármaco o sustancia química con hiperglucemia
T38.0X5D Efecto adverso de glucocorticoides y análogos sintéticos, contacto sucesivo
J45.909 Asma no especificada, sin complicaciones.
Z79.4 Uso prolongado (actual) de insulina
Z79.51 Uso prolongado (actual) de esteroides inhalados
(El sexto carácter –5– en las categorías T36 a T50 indica el efecto adverso)

Paciente en tratamiento habitual con betabloqueantes, que ha estado tomando accidentalmente doble dosis de la prescrita. En este contacto inicial presenta diabetes secundaria con coma Hiperosmolar

T44.7X1A Envenenamiento por antagonistas beta-adrenérgicos, accidental (no intencionado), contacto inicial
(ver instrucción de 7º dígito al inicio de la categoría)
E09.01 Diabetes mellitus inducida por fármaco o sustancia química con hiperosmolaridad con coma
(El sexto carácter –1– en las categorías T36 a T50 indica intencionalidad accidental)

Diabetes mellitus pospancreatectomía

E89.1 Hipoinsulinemia posprocedimiento
E13.9 Otra diabetes mellitus especificada sin complicaciones
Z90.410 Ausencia adquirida total de páncreas

Paciente que desarrolla diabetes postrasplante renal como consecuencia de su tratamiento inmunosupresor

E09.9 Diabetes mellitus inducida por fármaco o sustancia química sin complicaciones
T45.1X5A Efecto adverso de fármacos antineoplásicos e inmunosupresores
Z94.0 Estado de trasplante renal

4.1.3 COMPLICACIONES DE LA DIABETES MELLITUS

Las complicaciones, tanto agudas como crónicas, se recogen en la subcategoría de cuarto carácter, según tabla adjunta, expandiéndose a un quinto, sexto, o séptimo carácter para indicar más especificidad.

Si no existe un código específico para una complicación de la diabetes habrá que aplicar la norma de codificación múltiple, es decir, utilizar los códigos de la clasificación general que se precisen para describir la afección.

A la hora de codificar determinadas condiciones que aparecen listadas junto con el diagnóstico de diabetes debe tenerse en cuenta si éstas aparecen relacionadas bajo el término “con” en el Índice Alfabético o en una nota de instrucción de la lista tabular. Tal como se ha reflejado en el punto A.2.3 INSTRUCCIONES DE LA LISTA TABULAR DE ENFERMEDADES: “La clasificación supone una relación causal entre las dos afecciones vinculadas por este término en el índice alfabético o lista tabular. Estas afecciones deben ser codificadas como relacionadas, incluso aunque la documentación del clínico no las asocie de forma explícita, salvo que en la documentación se indique claramente que dichas afecciones no guardan relación. En caso de afecciones no vinculadas específicamente por los términos relacionales de la clasificación, la documentación del profesional sanitario debe asociar ambas afecciones para poder codificarlas como relacionadas”.

Tabla 4.2 Uso del cuarto, quinto y sexto carácter para las categorías comprendidas del E08 al E13

CUARTO CARÁCTER	DESCRIPCIÓN	QUINTO Y SEXTO CARÁCTER
0	Con hiperosmolaridad	El quinto carácter indica la presencia o no de coma, excepto en la categoría E10, que no existe el cuarto carácter "0"
1	Con cetoacidosis	El quinto carácter indica la presencia o no de coma
2	Complicaciones renales	El quinto carácter especifica el tipo de nefropatía
3	Complicaciones oftálmicas	El quinto carácter indica la afectación oftálmica, el sexto añade especificidad a la complicación, y el séptimo indica la lateralidad
4	Complicaciones neurológicas	El quinto carácter especifica el tipo de neuropatía
5	Complicaciones circulatorias	El quinto carácter indica la presencia o no de gangrena
6	Otras complicaciones específicas	El quinto carácter indica otras complicaciones habituales y el sexto añade más especificidad a las mismas
8	Con complicaciones no específicas Su uso es incompatible con cualquiera de los anteriores	
9	Sin complicaciones Su uso es incompatible con cualquiera de los anteriores	

4.1.3.a Manifestaciones Metabólicas: Cuarto Carácter 0-1

Tradicionalmente se ha considerado que la cetoacidosis diabética es la complicación metabólica característica de la DM tipo 1. Por ello, salvo que el clínico la identifique específicamente como diabetes tipo 2, por defecto se clasifica como diabetes tipo 1, por lo que se usará el código **E10.1 Diabetes con cetoacidosis tipo 1 con cetoacidosis**.

Sin embargo, y aunque es poco frecuente, se han publicado casos de cetoacidosis diabética en pacientes con DM tipo 2, bien como forma de inicio de la enfermedad o bien como episodio intercurrente en pacientes ya diagnosticados. Desde la edición de 2020 se ha incorporado un código específico para esta situación, tal y como se refleja en el ejemplo siguiente:

Diabetes tipo 2 con cetoacidosis

E11.10 Diabetes mellitus tipo 2 con cetoacidosis sin coma

4.1.3.b Manifestaciones Renales: Cuarto Carácter 2

Los pacientes con diabetes pueden desarrollar complicaciones renales. Las manifestaciones renales en la diabetes mellitus más frecuentes son: proteinuria, glomeruloesclerosis difusa o glomerulopatía exudativa que pueden evolucionar a síndrome nefrótico, síndrome nefrítico e incluso llegar a insuficiencia renal crónica y a diálisis. En este caso los códigos serán el de la DM con enfermedad renal junto a un código que identifique la manifestación renal.

Nefropatía diabética esclerosante difusa

E11.21 Diabetes mellitus tipo 2 con nefropatía diabética
N05.8 Síndrome nefrítico no especificado con otros cambios morfológicos

4.1.3.c Manifestaciones Oftálmicas: Cuarto Carácter 3

Los pacientes con diabetes pueden desarrollar complicaciones oftálmicas. En estos casos se utilizará el código correspondiente de DM con el cuarto carácter 3. Las complicaciones más frecuentes de la DM a nivel ocular son retinopatía diabética por alteración de la microvascularización de la retina, con o sin desprendimiento de la misma y cataratas por afectación del cristalino.

Paciente de 85 años, diabético conocido desde hace años que presenta una retinopatía diabética. Tiene también una catarata senil no relacionada con su diabetes.

E11.319 Diabetes mellitus tipo 2 con retinopatía diabética no especificada sin edema macular
H25.9 Catarata senil, no especificada

4.1.3.d Manifestaciones Neurológicas: Cuarto Carácter 4

La complicación neurológica más frecuente es la neuropatía diabética que afecta al sistema nervioso periférico. También puede haber afectación del sistema nervioso autónomo.

Mononeuropatía de miembro inferior debida a DM tipo 2

E11.41 Diabetes mellitus tipo 2 con mononeuropatía diabética

4.1.3.e Manifestaciones Vasculares Periféricas: Cuarto Carácter 5

Aunque la arteriosclerosis aparece antes y más extensamente en pacientes diabéticos, manifestaciones como la enfermedad coronaria, cardiomiopatía y enfermedad cerebrovascular no son complicaciones de la diabetes y no se incluyen en los códigos con cuarto carácter 5 a no ser que así lo indique el clínico.

Un diagnóstico de gangrena diabética, sin más especificación, se clasificará en la subcategoría **E11.52 Diabetes Mellitus tipo 2 con angiopatía periférica diabética con gangrena**.

Paciente con diabetes tipo 1 que acude para cura de úlcera diabética crónica en pie izquierdo. Presenta también una angiopatía diabética periférica y enfermedad renal crónica estadio 2 de origen diabético.

E10.621 Diabetes mellitus tipo 1 con úlcera en pie
L97.529 Úlcera crónica no debida a presión de otra parte de pie izquierdo, de gravedad no especificada
E10.51 Diabetes mellitus tipo 1 con angiopatía periférica diabética sin gangrena
E10.22 Diabetes mellitus tipo 1 con nefropatía diabética crónica
N18.2 Enfermedad renal crónica, estadio 2 (leve)

4.1.3.f Otras manifestaciones crónicas especificadas de la diabetes: cuarto carácter 6

Se incluyen todas las complicaciones crónicas de la diabetes que no pueden ser clasificadas en las anteriores subcategorías y aquéllas que, pudiendo tener tanto un origen neuropático como vascular, éste no aparece en la expresión diagnóstica.

Impotencia orgánica diabética (no especificada como neuropática o vascular)

E11.69 Diabetes mellitus tipo 2 con otra complicación especificada
N52.1 Disfunción eréctil debida a otras enfermedades clasificadas bajo otro concepto

4.1.4 COMPLICACIONES DEBIDAS AL MAL FUNCIONAMIENTO DE LA BOMBA DE INSULINA

La bomba de insulina es un pequeño dispositivo que administra insulina de forma continuada. Consta fundamentalmente de dos partes: el infusor de insulina programable y el catéter de conexión. Suministra insulina de forma continuada las 24 horas del día. A esto se le conoce como “perfusión o tasa basal”.

Un mal funcionamiento de dicha bomba puede dar lugar a una infradosificación o a una sobredosificación de insulina.

Tabla 4.3 Complicaciones de la bomba de insulina

CAUSA	NORMAS DE CLASIFICACIÓN
INFRADOSIFICACIÓN	Precisa codificación múltiple: - Codificar primero un código de la subcategoría **T85.6 Complicación mecánica de otras prótesis, implantes e injertos internos y externos especificados**. - En segundo lugar, el código **T38.3X6- Infradosificación de insulina e hipoglucemiantes orales [antidiabéticos orales]**. - Asignar código adicional para el tipo de diabetes mellitusy las posibles complicaciones asociadas a la infradosificación.
SOBREDOSIFICACIÓN	Precisa codificación múltiple: - Codificar primero un código de la subcategoría **T85.6 Complicación mecánica de otras prótesis, implantes e injertos internos y externos especificados**. - En segundo lugar, el código **T38.3X1- Envenenamientopor insulina y fármacos hipoglucemiantes [antidiabéticos] orales, accidental (no intencionado)**. - Asignar código adicional para el tipo de diabetes mellitusy las posibles complicaciones asociadas a la sobredosis de insulina.

4.1.5 OTRAS CONSIDERACIONES EN LAS NORMAS DE CODIFICACIÓN

- La Diabetes Mellitus, tipo 1 o tipo 2, sin mención de complicación (**E10.9** y **E11.9**) no se deberá utilizar como diagnóstico principal excepto para el caso de debut diabético sin complicaciones.

> Varón de siete años que acude a urgencias por poliuria, polidipsia e hiperglucemia. Se estabiliza en urgencias con insulina y se ingresa en planta para control y educación diabetológica. Diagnóstico: Debut diabetes juvenil
>
> **E10.9 Diabetes mellitus tipo 1 sin complicaciones**

- Uso de insulina, hipoglucemiantes orales e hipoglucemiantes inyectables:

- El uso de insulina no determina la clasificación en una categoría determinada.

- En los pacientes con diagnóstico de DM tipo 1 el uso de la insulina va implícito, por lo que no precisará ningún código adicional.

- Si el tipo de diabetes mellitus no está documentado en la historia clínica, el valor por defecto es **E11.- Diabetes mellitus tipo 2**. Si la documentación de la historia clínica no indica el tipo de diabetes, pero especifica que el paciente utiliza insulina debe utilizarse la categoría **E11 Diabetes mellitus tipo 2**. Deben utilizarse códigos adicionales de la categoría **Z79 Tratamiento farmacológico prolongado (actual)**, para identificar el uso prolongado de insulina, antidiabéticos orales o hipoglucemiantes inyectables no insulínicos. Si el paciente es tratado tanto con insulina como con antidiabéticos orales asigne los códigos **Z79.4 Uso (actual) prolongado de insulina** y **Z79.84 Uso prolongado (actual) de medicamentos**

hipoglucemiantes orales. Si el paciente es tratado tanto con insulina como con un medicamento antidiabético no insulínico inyectable, asigne los códigos **Z79.4 Uso (actual) prolongado de insulina** y **Z79.85 Uso prolongado (actual) de medicamentos antidiabéticos no insulínicos inyectables**.

Si el paciente recibe tratamiento tanto con hipoglucemiantes orales como con un antidiabético inyectable no insulínico, asigne los códigos **Z79.84 Uso prolongado (actual) de medicamentos hipoglucemiantes orales**, y **Z79.85 Uso prolongado (actual) de medicamentos antidiabéticos no insulínicos inyectables**. El código **Z79.4 Uso prolongado (actual) de insulina**, no debe asignarse si la insulina es administrada temporalmente, para controlar la glucemia de un paciente diabético tipo 2, durante un contacto.

- En el resto de las categorías hay que distinguir si el tratamiento con insulina es habitual o si ha sido circunstancial. En la diabetes que precise tratamiento continuado con insulina, se añadirá el código **Z79.4 Uso prolongado (actual) de insulina**. Si la insulina es administrada ocasionalmente, por ejemplo, durante un ingreso, este código no deberá ser utilizado.

- El código de inyección de insulina, se podrá utilizar en aquellos pacientes que precisen puntualmente este tratamiento, tanto para diabéticos tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales, como para cualquier otro tipo de pacientes no diabéticos. Su uso es incompatible con el código **Z79.4 Uso prolongado (actual) de insulina**.

- Si el motivo de la asistencia al paciente es para educación, consejo o entrenamiento dietético se codificará con el código **Z71.3 Asesoramiento y vigilancia dietética**.

- En CIE-10-ES la diabetes pobremente controlada, mal controlada o incontrolada se codifica como diabetes con hiperglucemia.

Paciente de 40 años con diabetes mellitus mal controlada en tratamiento con insulina, que ingresa para control

E11.65 Diabetes mellitus tipo 2 con hiperglucemia
Z79.4 Uso prolongado (actual) de insulina

- Si tenemos un diagnóstico de Pie diabético (no hay entrada como tal en IAE) el codificador deberá revisar la información de la historia clínica para determinar en lo posible su origen, vascular o neuropático, y en su caso si presenta úlcera o gangrena. Si se desconoce su etiología se utilizará cuarto carácter 6 (diabetes mellitus con otras complicaciones especificadas).

- Diagnóstico "límite". Si el clínico documenta un diagnóstico como "límite" en el informe de alta, éste se debe codificar como confirmado, a menos que la clasificación proporcione una entrada específica como, por ejemplo, en el caso de prediabetes: **R73.03 Prediabetes**.

- La diabetes mellitus en el embarazo se codificará con un código de la categoría **O24 Diabetes mellitus en el embarazo, parto y puerperio** seguido de los códigos correspondientes a la diabetes (**E08-E13**). Véase capítulo 15 EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.

4.2 OTROS TRASTORNOS DE LA REGULACIÓN DE LA GLUCOSA Y DE LA SECRECIÓN INTERNA DEL PÁNCREAS (CATEGORÍAS E15-E16)

La hipoglucemia en pacientes no diabéticos se codifica en las categorías **E15 Coma hipoglucémico no diabético** y **E16 Otros trastornos de la secreción interna del páncreas**. Si es debida a efecto adverso,

intoxicación o envenenamiento se seguirá la secuencia de códigos establecida para estos casos.

Paciente, no diabético conocido, que ingresa por coma hipoglucémico

E15 Coma hipoglucémico no diabético

Paciente que ingresa para estudio y control de hipoglucemias de repetición desde que inició la toma de betabloqueante indicado por su cardiólogo por presentar episodios de arritmias

E16.0 Hipoglucemia inducida por fármaco, sin coma
T44.7X5A Efecto adverso de antagonistas de receptores beta-adrenérgicos, contacto inicial

4.3 COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS Y POSPROCEDIMIENTO DEL SISTEMA ENDOCRINO (CATEGORÍAS E36 Y E89)

4.3.1 COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS

En CIE-10-ES las complicaciones intraoperatorias del sistema endocrino se encuentran dentro de la categoría **E36 Complicaciones intraoperatorias del sistema endocrino**

Perforación accidental de páncreas durante un procedimiento de colecistectomía

E36.12 Punción y desgarro accidental de órgano o estructura del sistema endocrino durante otro tipo de procedimiento

Tiroidectomía complicada con hemorragia intraoperatoria

E36.01 Hemorragia y hematoma intraoperatorios de órgano o estructura del sistema endocrino que complica un procedimiento de sistema endocrino

4.3.2 COMPLICACIONES POSPROCEDIMIENTO O POSOPERATORIAS

Las complicaciones posoperatorias o posprocedimiento del sistema endocrino y metabólico van a la categoría **E89 Complicaciones y trastornos endocrinos y metabólicos posprocedimiento, no clasificadas bajo otro concepto**, siendo el código de esta categoría el que va en primer lugar.

Paciente con insuficiencia ovárica posanexectomía

E89.40 Insuficiencia ovárica asintomática posprocedimiento
Z90.722 Ausencia adquirida de ovarios, bilateral

4.4 DESNUTRICIÓN (CATEGORÍAS E40-E46)

CIE-10-ES clasifica los distintos tipos de desnutrición:

E40 Kwashiorkor, o desnutrición proteica
E41 Marasmo nutricional, o desnutrición calórica (marasmo)
E42 Kwashiorkor marasmático, o desnutrición mixta calórico-proteica (Kwashiorkor marasmático)

CIE-10-ES clasifica la desnutrición mixta según su severidad, en:

- Leve o de primer grado, código **E44.1 Malnutrición calórico-proteica leve**
- Moderada o de segundo grado, código **E44.0 Malnutrición calórico-proteica moderada**
- Grave o de tercer grado, código **E43 Malnutrición calórico-proteica grave no especificada**

La desnutrición en edad pediátrica se codifica con el código **E45 Retraso del desarrollo secundario a malnutrición calórico-proteica**.

No se considera específicamente la desnutrición hospitalaria del adulto.

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

4.5 SOBREPESO Y OBESIDAD (CATEGORÍAS E65-E66)

Diagnósticos como sobrepeso y obesidad deben ser documentados por el clínico que atiende al paciente.

El índice de masa corporal (IMC) determina rangos de sobrepeso o de delgadez. En la CIE-10-ES se codifica con códigos de la categoría **Z68 Índice de masa corporal (IMC)**.

La asignación de los códigos de índice de masa corporal puede basarse en la documentación de la historia aportada por otros profesionales distintos al médico responsable, por ejemplo, dietistas, pero siempre han de llevar asociado un diagnóstico clínico de obesidad o sobrepeso.

Si hay documentación contradictoria en la historia clínica, se debe consultar al facultativo responsable de la atención del paciente, para clarificar la circunstancia.

Los códigos de IMC solo deben registrarse como diagnósticos secundarios. No se deben asignar estos códigos durante el embarazo.

5. TRASTORNOS MENTALES Y DE COMPORTAMIENTO

El Capítulo 5 de la CIE-10-ES Diagnósticos clasifica las enfermedades mentales en los códigos comprendidos entre las categorías **F01-F99**.

5.1 TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A AFECCIONES FISIOLÓGICAS CONOCIDAS

Son aquellos cuya etiología es una enfermedad o lesión cerebral que puede ser primaria, cuando afecta al cerebro de un modo directo o secundaria como en el caso de las enfermedades sistémicas que afectan a diversos órganos o sistemas, entre ellos al cerebro.

Trastorno de personalidad debido a foco epiléptico cerebral

G40.909 Epilepsia, no especificada, no intratable, sin estado de mal epiléptico
F07.9 Trastorno de personalidad y del comportamiento no especificado debidos a afección fisiológica conocida

5.1.1 DEMENCIA (F01-F03)

Es un síndrome debido a una enfermedad cerebral en la que hay déficits de múltiples funciones corticales superiores previamente adquiridas, entre ellas la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio; sin embargo, la conciencia permanece conservada.

No debe confundirse con el trastorno cognitivo**,** que es un deterioro de la memoria y de la capacidad de concentrarse durante un periodo largo en una tarea y en el que la capacidad de habla o el vocabulario no suelen verse afectados. El deterioro cognitivo no especificado se codifica como **F09 Trastorno mental no especificado debido a afección fisiológica conocida**, debiendo codificar primero dicha afección, si se conoce.

IAE
Trastorno
-cognitivo

Hay demencias que se asocian a otras enfermedades siendo necesario para codificarlas secuenciar primero la enfermedad subyacente y a continuación otro código adicional para identificar la demencia con presencia o ausencia de alteraciones de la conducta (conducta agresiva o violenta).

Demencia por cuerpos de Lewy

G31.83 Trastorno neurocognitivo por cuerpos de Lewy
F02.80 Demencia en otras enfermedades clasificadas bajo otro concepto, gravedad no especificada, sin alteración del comportamiento, alteración psicótica, alteración del estado de ánimo ni ansiedad

Clasificación de las demencias según su etiología:

- Degenerativas: enfermedad de Alzheimer, por cuerpos de Lewy, fronto-temporal, etc.
- Vascular: multiinfarto, Binswanger, etc.
- Postencefalopatía: postraumática, etc.
- Infecciosa: asociada a VIH, neurosífilis, etc.
- Tóxica: alcohólica, etc.
- Metabólicas: asociada a insuficiencia hepática, etc.
- Neoplásicas: primaria, secundaria, síndrome paraneoplásico.
- Nutricionales: por déficit de vitamina B12, etc.
- Trastornos crónicos inflamatorios: lupus, etc.

La CIE-10-ES clasifica la demencia (categorías **F01**, **F02**, y **F03**) en base a su etiología y en base a la severidad (no especificada, leve, moderada, o grave).

La selección del nivel apropiado de severidad debe hacerse solo en base a la documentación clínica, a menos que exista otra instrucción en la clasificación. Si la documentación no proporciona información acerca de la severidad de la demencia asigne el código apropiado para severidad no especificada.

Si el paciente ingresa con demencia con un nivel especificado de severidad y durante el ingreso progresa a un nivel mayor, asigne solo un código para el nivel más alto de severidad documentado durante el ingreso.

La severidad en la demencia viene recogida en la CIE-10-ES en las categorías **F01.-**, **F02.-**, **F03.-** con el cuarto carácter A (leve), B (moderada), C (grave) y no especificada.

Adicionalmente, y en las mismas categorías (**F01**, **F02** y **F03**) el quinto carácter nos da información de la sintomatología predominante que presente el paciente:

0 Demencia sin alteración del comportamiento, alteración psicótica, alteración del estado de ánimo ni ansiedad

1 Demencia con alteración del comportamiento.

2 Demencia con alteración psicótica.

3 Demencia con alteración del estado de ánimo.

4 Demencia con ansiedad.

5.1.1.1 DEMENCIA VASCULAR (F01)

Es una demencia aguda o crónica debida a enfermedad vascular cerebral ya sea en forma de infartos cerebrales múltiples, un solo infarto en una localización estratégica, enfermedad de pequeño vaso, procesos hemorrágicos, etc. El comienzo de la enfermedad es más frecuente en la edad avanzada. El cuadro puede ser brusco, como consecuencia de un episodio isquémico aislado y el deterioro cursa con brotes pues normalmente ocurren accidentes o microaccidentes vasculares repetidos. El deterioro cognoscitivo suele ser desigual y en función del área del encéfalo afectada se producen síntomas distintos.

La severidad en la demencia vascular viene recogida en la CIE-10-ES, en la categoría **F01 Demencia vascular**, con el cuarto carácter (**5** gravedad no especificada, **A** leve, **B** moderada, y **C** grave).

Dependiendo de la sintomatología predominante que presente el paciente el quinto dígito clasifica la demencia vascular tal como se ha explicado anteriormente.

Mujer de 75 años ingresada por demencia vascular con desinhibición sexual y vagabundeo

F01.518	**Demencia vascular, gravedad no especificada, con otro tipo de alteración del comportamiento**
Z91.83	**Vagabundeo en enfermedades clasificadas bajo otro concepto**

Es importante diferenciar entre **Demencia vascular** (**F01**) y el deterioro cognitivo como secuela de un ACV. Cuando no se especifique claramente que existe demencia, se codificará como **I69.31- Deterioro cognitivo tras infarto cerebral**.

La demencia vascular supone el 15-20% de todas las demencias. En ocasiones, coexiste con la enfermedad de Alzheimer constituyendo la denominada demencia mixta. La demencia mixta puede definirse como un deterioro cognitivo progresivo resultado de la presencia de alteraciones clinicopatológicas propias de más de un tipo de demencia, por lo general, de demencia debida a enfermedad de Alzheimer y de demencia vascular. En algunos casos, los menos, también se encuentra evidencia de que coexisten con las anteriores, patología relacionada con demencia de los cuerpos de Lewy, degeneración frontotemporal, etc.

Para la codificación de la demencia mixta o combinada (o de etiología múltiple) es necesario conocer el tipo de demencias que se combinan, aunque es cierto que lo más frecuente es la asociación de enfermedad de Alzheimer y demencia vascular pues son las dos causas principales de demencia.

5.1.1.2 DEMENCIA EN OTRAS ENFERMEDADES CLASIFICADAS BAJO OTRO CONCEPTO (F02)

Bajo esta categoría se engloban aquellas demencias que se presentan asociadas a otras enfermedades. En estos casos es preciso codificar primero la enfermedad subyacente y a continuación un código de la categoría **F02**.

La severidad viene recogida en el cuarto carácter (**8** gravedad no especificada, **A** leve, **B** moderada, y **C** grave).

Con el quinto carácter se refleja la sintomatología predominante del paciente, tal como se ha explicado en el párrafo de introducción.

Paciente ingresado con demencia frontotemporal leve con agitación

G31.09	**Otro trastorno neurocognitivo frontotemporal**
F02.A11	**Demencia en otras enfermedades clasificadas bajo otro concepto, leve, con agitación**

5.1.1.3 DEMENCIA NO ESPECIFICADA (F03)

Bajo esta categoría se engloban aquellas demencias no clasificadas como vasculares o asociadas a enfermedades clasificadas bajo otro concepto como por ejemplo la demencia senil, o presenil, entre otras.

Al igual que en las categorías previas el cuarto carácter nos indica la severidad de la demencia (**9** gravedad no especificada, **A** leve, **B** moderada, y **C** grave); y el quinto la sintomatología predominante.

Mujer de 72 años ingresada con demencia senil de tipo paranoide severa

F03.C2 Demencia no especificada, grave, con alteración psicótica

5.1.2 DELIRIUM NO INDUCIDO POR DROGAS

Se trata de un síndrome cerebral orgánico caracterizado por la presencia simultánea de trastornos de conciencia y atención, de la percepción, del pensamiento, de la memoria, de la psicomotricidad, de las emociones y del ciclo sueño-vigilia. El síntoma cardinal es la alteración de la conciencia. Su inicio es brusco, su duración es corta (horas o días) y presenta fluctuaciones a lo largo del día.

La entrada en el IA se realiza por **Delirio** (**R41.0**).

En caso de encontrar en el informe de alta la existencia de agitación psicomotriz, sería conveniente indagar en la historia clínica pues muchas veces se trata de estados confusionales agudos debidos a la hospitalización o a la enfermedad de base. En este caso se codificaría como **F05 Delirio debido a afección fisiológica conocida**.

5.1.3 OTROS TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A LESIÓN O DISFUNCIÓN CEREBRAL O A ENFERMEDAD SOMÁTICA (F06-F09)

Las categorías **F06 Otros trastornos mentales debidos a afección fisiológica conocida**, **F07 Trastornos de personalidad y del comportamiento debidos a afección fisiológica conocida** y **F09 Trastorno mental no especificado debido a afección fisiológica conocida**, llevan una nota de instrucción que indica que hay que codificar primero la causa física o neurológica causante del trastorno mental. Habitualmente la entrada en IA se realiza por trastorno mental, debido a proceso orgánico o síndrome psicoorgánico.

Paciente con trastorno depresivo orgánico, debido a malformación cerebral

Q04.9 Malformación congénita del cerebro, no especificada
F06.31 Trastorno del estado de ánimo debido a afección fisiológica conocida con rasgos depresivos

5.2 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (F10-F19)

El código de historia de alcoholismo o de adicción a drogas se usa raramente pues la recuperación completa también lo es. Lo más adecuado sería codificar alcoholismo o drogadicción en remisión. En la sección TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (F10-F19), la utilización de códigos "en remisión" (categorías **F10-F19** con **.11** Y **21**) requiere un juicio clínico por parte del facultativo. Estos códigos solo se asignan cuando existe suficiente documentación clínica, a menos que las instrucciones de la clasificación lo indiquen de otra manera.

Los trastornos por consumo leve de sustancias que se encuentran en remisión inicial o prolongada, se clasifican con los códigos apropiados de abuso de sustancias en remisión y los trastornos por consumo moderado o grave de sustancias en remisión inicial o prolongada, se clasifican con los códigos apropiados para la dependencia de sustancias en remisión.

5.2.1 USO, ABUSO Y DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

En los códigos de uso, abuso y dependencia, la categoría identifica cuál es la sustancia psicoactiva y el cuarto carácter indica el patrón de consumo.

Ejemplos:

F10 Trastornos relacionados con alcohol, **F11 Trastornos relacionados con opiáceos**, etc.

F10.1 **Abuso** de alcohol
F10.2 **Dependencia** de alcohol
F10.9 **Consumo** de alcohol no especificado

5.2.1.a Consumo

Entendemos por uso o consumo, aquel tipo de relación con las drogas en el que, bien por su cantidad, por su frecuencia o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, no se detectan consecuencias inmediatas sobre el consumidor ni sobre su entorno.

5.2.1.b Abuso

Entendemos por abuso aquella forma de relación con las drogas en la que, bien por su cantidad, por su frecuencia y/o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, se producen consecuencias negativas para el consumidor y/o su entorno. El término consumo perjudicial, es otra forma de denominar el abuso de sustancias psicotrópicas.

Abuso esporádico de barbitúricos

F13.10 Abuso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos sin complicaciones

5.2.1.c Dependencia

La OMS la define como “síndrome que implica un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes”. Integra la dimensión física y psíquica.

En las dependencias a múltiples drogas especificadas hay que codificarlas cada una por separado. No existe código de combinación.

Síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética secundario a alcoholismo crónico

E22.2 Síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética
F10.20 Dependencia de alcohol, sin complicaciones

Politoxicómano dependiente de opiáceos (consumo diario) y cocaína (consumo diario)

F11.20 Dependencia de opiáceos, sin complicaciones
F14.20 Dependencia de cocaína, sin complicaciones

Cuando la documentación clínica acredita el uso, el abuso y la dependencia de una misma sustancia (por ejemplo, alcohol, cannabis, opiáceos, etc.), para identificar el patrón de uso solo se debe asignar un código basado en la siguiente jerarquía:

- Si uso y abuso están documentados a la vez, asigne solo el código de abuso.
- Si están documentados a la vez abuso y dependencia, asigne solo el código de la dependencia.
- Si uso, abuso y dependencia, están documentados, asigne solo el código de la dependencia.
- Si uso y dependencia, están documentados, asigne solo el código de la dependencia.

La CIE-10-ES no tiene en cuenta la pauta de consumo de una sustancia (diario, episódico, esporádico).

Paciente que ingresa para desintoxicación por abuso de alcohol crónico. Sigue revisiones en el hospital, por su alcoholismo, desde hace 10 años

F10.20 Dependencia de alcohol, sin complicaciones

5.2.1.d Consumo no especificado de sustancia psicoactiva

Los códigos de trastorno por uso no especificado de sustancia psicoactiva (F10.**9**-, F11.**9**-, F12.**9**-, F13.**9**-, F14.**9**-, F15.**9**-, F16.**9**-, F18.**9**-, F19.**9**-) solo se asignarán en base a la documentación clínica y cuando cumpla con los criterios de selección de diagnósticos. Estos códigos se deben utilizar solo cuando el consumo de las sustancias psicoactivas esté asociado a un trastorno relacionado con la sustancia y esta relación esté documentada por el clínico (trastornos del capítulo 5 tales como disfunción sexual, trastornos del sueño o trastornos mentales o del comportamiento; o a una condición médica). Se añade además un quinto dígito 1 para indicar el consumo no especificado en remisión (F10.91, F11.91, F12.91, F13.91, F14.91, F15.91, F16.91, F18.91, F19.91).

5.2.1.e Condiciones médicas debidas al uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas

Las condiciones médicas debidas al uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas no se clasifican como trastornos inducidos por estas sustancias. Asigne el código correspondiente para la condición médica según el Índice Alfabético, junto con el código apropiado de uso, abuso o dependencia de la sustancia psicoactiva.

Paciente varón de 75 años que ingresa por pancreatitis alcohólica aguda debida a su dependencia al alcohol

K85.20 Pancreatitis aguda inducida por alcohol sin necrosis ni infección
F10.20 Dependencia de alcohol, sin complicaciones

5.2.1.f Nivel de alcohol en sangre

Se puede asignar un código de la categoría **Y90 Evidencia de implicación de alcohol determinada por el nivel de alcohol en sangre**, cuando esta información está documentada y el facultativo responsable del paciente ha documentado una condición clasificable en la categoría **F10 Trastornos relacionados con alcohol**. El nivel de alcohol en sangre no necesita ser documentado por el facultativo responsable del paciente (pueden hacerlo otros profesionales de la salud) para que sea codificado.

5.2.1.g Síndrome de abstinencia

El síndrome de abstinencia es un conjunto de reacciones tanto físicas como mentales que sufre una persona con adición a una sustancia cuando deja de consumirla.
Los signos de abstinencia aparecen comúnmente algunas horas después del cese del consumo de la sustancia, pero el inicio y el curso varían mucho dependiendo de la dosis utilizada por la persona y de la velocidad especifica de eliminación de la sustancia del cuerpo. En el pico máximo de gravedad, los síntomas de abstinencia de algunas sustancias implican solo niveles moderados de malestar, mientras que la abstinencia de otras sustancias puede ser mortal. Los síntomas de abstinencia remiten lentamente durante días, semanas o meses, dependiendo de la sustancia en particular y de la dosis que alcanzó la persona tras la escalada debida a la tolerancia.

CRITERIOS PARA LA ABSTINENCIA DE SUSTANCIAS (DSM V)

A. Desarrollo de cambios significativos y problemáticos comportamentales, junto con cambios fisiológicos y cognitivos debidos al cese o a la reducción del consumo prolongado y frecuente de la sustancia.
B. El síndrome específico produce malestar o un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
C. Los síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y tampoco se explican mejor por otro trastorno mental.
D. La abstinencia suele estar, aunque no siempre asociada a un trastorno por consumo de sustancias. La mayoría de las personas con abstinencia tienen necesidad intensa de volver a administrase la sustancia para reducir los síntomas.

Para realizar un diagnóstico de dependencia no basta la presencia de un cuadro de abstinencia ya que hay pacientes dependientes que no desarrollan abstinencia y otros que la desarrollan sin serlo; este sería por ejemplo el caso de pacientes ingresados que requieren opiáceos para controlar unos días el dolor y que, al retirarlos, desarrollan un cuadro de abstinencia siendo éste un efecto adverso del fármaco y no una dependencia. La utilización de códigos "con abstinencia" (categorías F10-F19 con .13 .23 y .93) requiere un juicio clínico por parte del facultativo.

Paciente, en tratamiento con mórficos para tratamiento de dolor crónico, que ingresa para desintoxicación controlada en medio hospitalario. Presenta durante el ingreso síndrome de abstinencia que se resuelve con tratamiento

F11.23 Dependencia de opiáceos, con abstinencia
T40.2X5A Efecto adverso de otros opiáceos, contacto inicial
Z79.891 Uso prolongado (actual) de analgésicos opiáceos
G89.29 Otro dolor crónico

Paciente de 57 años que ingresa con delirio por abstinencia de alcohol (última ingesta hace 12 horas) secundario a abuso crónico de alcohol

F10.131 Abuso de alcohol, con delirio por abstinencia

5.2.2 INTOXICACIÓN, SOBREDOSIS O ENVENENAMIENTO

La intoxicación por sustancias como alcohol o drogas se codificará con las pautas específicas para los envenenamientos. Los códigos de las categorías **T36-T65** son códigos de combinación que incluyen tanto las sustancias ingeridas, como la intención. No se necesita código adicional de causa externa para los códigos de envenenamiento.

Se codifican en las categorías **T51-T65 Efectos tóxicos de sustancias de procedencia principalmente no medicamentosas**.

El **6º carácter** indica si ha sido accidental, autolesión, agresión o sin determinar. Si no existe documentación al respecto se codificará como accidental. Si el clínico refiere que no se puede saber la intencionalidad se codificará como sin determinar.

Hay que añadir un **7º carácter** para indicar si el contacto es inicial (**A**), sucesivo (**D**) o secuela (**S**).

Si el paciente tuviese una relación previa de dependencia o abuso con el alcohol o las drogas se deberá añadir el código adecuado para esta circunstancia.

5.2.2.a Interacción de fármacos y drogas

Siempre se considera como una intoxicación y se deberán recoger todas las sustancias que provocan el cuadro (fármaco, alcohol o droga) (cuando se produce una reacción debida a la interacción entre drogas y alcohol se debe clasificar como envenenamiento, ver punto 19.7.1.c de este Manual).

Niño que acude a urgencias con intoxicación accidental de marihuana

T40.711A Envenenamiento por cannabis, accidental (no intencionado), contacto inicial

Somnolencia en paciente con embriaguez y tratamiento crónico con benzodiacepinas

T51.0X1A Efecto tóxico de etanol, accidental (no intencionado), contacto inicial
T42.4X1A Envenenamiento por benzodiacepinas, accidental (no intencionado), contacto inicial
R40.0 Somnolencia
F10.129 Abuso de alcohol con intoxicación, no especificada (Embriaguez)

Tabla 5.1 Selección del diagnóstico principal

CIRCUNSTANCIA	SECUENCIA DE CÓDIGOS
Paciente admitido por síndrome mental orgánico inducido por el alcohol u otras drogas	Existe código de combinación de abuso, dependencia o consumo y el trastorno mental
Paciente admitido para desintoxicación o rehabilitación de dependencia de alcohol u otras drogas	Código principal: Dependencia de alcohol u otras drogas + código de procedimiento
Paciente admitido por complicación orgánica (no trastorno mental) debida a alcohol u otras drogas	Código principal: Patología orgánica Código asociado: Dependencia, abuso o consumo de alcohol u otras drogas

Tabla 5.2 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol

CIRCUNSTANCIA	CÓDIGOS
Dependencia de alcohol (alcoholismo) con intoxicación alcohólica aguda (borrachera, embriaguez, resaca, etc.)	**F10.229 Dependencia de alcohol con intoxicación, no especificada**
Dependencia de alcohol (alcoholismo) sin intoxicación alcohólica aguda (borrachera, embriaguez, etc.)	**F10.20 Dependencia de alcohol, sin complicaciones**
Coma etílico	**T51.0X1- Efecto tóxico de etanol, accidental (no intencionado)** **R40.20 Coma no especificado**
Abuso de alcohol (embriaguez, borrachera, ingestión excesiva de alcohol, efectos residuales de borrachera, resaca, etc.) sin dependencia de alcohol (alcoholismo)	**F10.129 Abuso de alcohol con intoxicación, no especificada**
Deprivación alcohólica	**F10.130-F10.139 Abuso de alcohol con abstinencia** **F10.230-F10.239 Dependencia de alcohol con abstinencia** **F10.930-F10.939 Consumo de alcohol no especificado, con abstinencia**
Dependencia de alcohol y otras drogas	Se necesitará de codificación múltiple para ambas condiciones
Intoxicación o envenenamiento por alcohol	**T51.0X1- Efecto tóxico de etanol, accidental (no intencionado)** Códigos de las manifestaciones de la intoxicación. Se deberá añadir el código de abuso o dependencia, si la hubiera

Paciente con alcoholismo crónico visto en urgencias por estado de embriaguez

F10.229 Dependencia de alcohol con intoxicación, no especificada

El índice alfabético, proporciona entrada directa a este código para la intoxicación por alcohol o la embriaguez aguda con dependencia.

Tabla 5.3 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de drogas

CIRCUNSTANCIA	CÓDIGOS
Dependencia o adicción a drogas diferentes a alcohol	**F11-F19 con subcategoría 2 Dependencia a drogas**
Politoxicomanía	Si se conocen cada una de ellas se codificarán por separado. Si no se conocen, **F19.20 Dependencia de otra sustancia psicoactiva, sin complicaciones**
Abuso de drogas (sin dependencia)	**F11-F19 con subcategoría 1 Abuso de drogas**
Síndrome por abstinencia de drogas (excluido el alcohol)	**F11, F13 al F15 y F19 con subcategorías 13, 23 o 93** **F17.213, F17.223 y F17.293**
Ex ADVP en programa de desintoxicación con Metadona	**F11-F19 con subcategoría 2 Dependencia a drogas**
Intoxicación o envenenamiento por drogas	**T36-T65 Envenenamientos por drogas, sustancias medicamentosas y sustancias biológicas.** Códigos de las manifestaciones de la intoxicación. Se deberá añadir el código de abuso o dependencia, si la hubiera

Paciente con dependencia a cocaína que ingresa por coma debido a sobredosis de dicha sustancia

T40.5X1A	**Envenenamiento por cocaína, accidental (no intencionado), contacto inicial**
R40.20	**Coma no especificado**
F14.229	**Dependencia de cocaína, con intoxicación no especificada**

Tabla 5.4 Factores relacionados con el tabaco

	CÓDIGOS
Paciente fumador o en tratamiento antitabáquico	**F17.200 Dependencia de nicotina no especificada, sin complicaciones**
Historia de uso de tabaco (exfumador)*	**Z87.891 Historia personal de dependencia a nicotina**
Fumador pasivo	**Z77.22 Contacto y (sospecha de) exposición al humo del tabaco ambiental (agudo)(crónico)** **P96.81 Exposición perinatal al humo del tabaco (tabaquismo de los padres)** **Z57.31 Exposición ocupacional al humo del tabaco ambiental**
Intoxicación por tabaco y nicotina	**T65.211- hasta T65.294-**
Embarazada fumadora	**O99.33- Trastorno por consumo de tabaco que complica el embarazo, parto y puerperio** Añadir código **F17** para identificar tipo de tabaco
Uso de tabaco	**Z72.0 Consumo de tabaco** (eventual, no constante)

*Según la OMS, exfumador es aquel que lleva, al menos, 6 meses sin fumar. En codificación se considera exfumador si ha dejado de fumar, independientemente del tiempo que lleve sin hacerlo.

5.2.2.b Desintoxicación y rehabilitación (deshabituación)

La dependencia puede tratarse con técnicas de desintoxicación, rehabilitación (deshabituación) o ambas. El que un paciente ingrese para desintoxicación generalmente lleva implícito que existe una dependencia. El código **Z79.891 Uso prolongado (actual) de analgésicos opiáceos** no se debe utilizar para el uso de la metadona en programas de deshabituación a opiáceos. Se podría utilizar en casos de tratamiento crónico del dolor con dicha sustancia.

5.3 ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia **F20** se caracteriza por distorsiones de la percepción, del pensamiento y de las emociones, así como manifestaciones afectivas inapropiadas. En general se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognitivos.

La CIE-10-ES no distingue entre la forma aguda, crónica, compensada o descompensada.

Ingreso por descompensación de esquizofrenia paranoide de paciente diagnosticado hace 10 años

F20.0 Esquizofrenia paranoide

5.4 TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO (AFECTIVOS) (F30-F39)

Se caracterizan por una alteración del humor o de la afectividad, por lo general en el sentido de la depresión y en el de la euforia. La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes.

5.4.1 TRASTORNO BIPOLAR

La categoría **F31** clasifica el trastorno bipolar. Sinónimos: trastorno maníaco-depresivo, psicosis maniaco-depresiva, reacción maniaco-depresiva, trastorno bipolar estacional. La entrada en el Índice Alfabético se realizará por estos términos clave: trastorno, psicosis o reacción, entre otros.

5.4.2 OTRAS FORMAS DE DEPRESIÓN

Depresión no especificada: **F32.A Depresión, no especificada**

- **Depresiones Psicóticas:**

Depresión psicótica:

F32.3 Trastorno depresivo mayor, episodio único, grave con síntomas psicóticos
F33.3 Trastorno depresivo mayor, recurrente grave con síntomas psicóticos

Depresión psicógena reactiva:
F32.9 Trastorno depresivo mayor, episodio único, no especificado

- **Depresiones No psicóticas:**

Histérica: **F44.89 Otros tipos de trastornos disociativos y de conversión**
Neurótica: **F34.1 Trastorno distímico**
Trastorno de personalidad depresiva: **F34.1 Trastorno distímico**
Síndrome ansioso-depresivo (NEOM, leve o no persistente): **F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados**
Síndrome ansioso-depresivo persistente: **F34.1 Trastorno distímico**
Depresión situacional o como reacción de adaptación: **F43.21 Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo**

5.5 TRASTORNOS MENTALES SOMATOMORFOS NO PSICÓTICOS Y TRASTORNOS DE COMPORTAMIENTO ASOCIADOS A TRASTORNOS FISIOLÓGICOS Y FACTORES FÍSICOS

Las enfermedades psíquicas con manifestaciones orgánicas pueden ser sin lesiones en los tejidos, **F45 Trastornos somatomorfos** o con lesiones en los tejidos, **F54 Factores psicológicos y de comportamiento asociados con trastornos o enfermedades clasificadas bajo otro concepto**, debiendo codificar primero la enfermedad física asociada.

Gastritis nerviosa

K29.70 Gastritis, no especificada, sin hemorragia
F54 Factores psicológicos y de comportamiento asociados con trastornos o enfermedades clasificadas bajo otro concepto

Tortícolis psicógena

F45.8 Otros trastornos somatomorfos

Dolor psicógeno

F45.41 Trastorno doloroso exclusivamente relacionado con factores psicológicos

El código **F45.42 Trastorno doloroso relacionado con factores psicológicos** debe utilizarse con un código de la categoría **G89 Dolor, no clasificado bajo otro concepto**, si existe documentación de componente psicológico en un paciente con dolor agudo o crónico.

5.5.1 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Anorexia nerviosa (**F50.0-**)

Se trata de una psicopatología caracterizada por la persistencia de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal. Generalmente existe desnutrición de grado variable con cambios endocrinos y metabólicos secundarios. Hay que diferenciarla de la anorexia de causas fisiológicas (por ejemplo, una gastroenteritis) que se caracteriza por la falta anormal de apetito y que desaparece cuando cesa su causa.

La entrada en el Índice Alfabético es por **Anorexia**, nerviosa.

En algunos pacientes la pérdida de peso es tan importante que causa desnutrición, la cual deberá ser codificada para describir la severidad de la enfermedad.

Bulimia nerviosa (**F50.2**)

Se caracteriza por episodios repetidos de ingesta excesiva y una gran preocupación por el control del peso, que conduce a continuación a vomitar o tomar purgantes. Los vómitos repetidos provocan trastornos electrolíticos y complicaciones físicas. La entrada en el Índice Alfabético es por **Bulimia**, nerviosa.

Otros trastornos de la conducta alimentaria (**F50.8**)

F50.81 Trastorno de ingestión compulsiva

F50.82 Trastorno de evitación/restricción de la ingestión

F50.89 Otros trastornos especificados de la conducta alimentaria

5.6 CODIFICACIÓN DE LOS INTENTOS DE SUICIDIO

La codificación del intento de suicidio se caracteriza porque las lesiones o manifestaciones del mismo serán diagnóstico principal cuando sean la causa del ingreso hospitalario, siendo la patología psiquiátrica causante del suicidio, diagnóstico secundario.

Si las lesiones o manifestaciones del intento de suicidio no justifican el ingreso hospitalario, el trastorno mental subyacente será diagnóstico principal pues su estudio o tratamiento es lo que justifica el ingreso.

En aquellos casos en que la acción suicida no haya producido lesiones (por ejemplo, ahorcamiento interrumpido precozmente), ni exista identificado por el clínico ningún trastorno psiquiátrico específico, se codificará el intento de suicidio con el código adecuado **T14.91- Intento de suicidio**.

Las ideas de suicidio se codifican como **R45.851 Ideaciones suicidas** y la historia personal de conducta suicida como **Z91.51 Historia personal de conducta suicida**.

Varón de 50 años que ingresa con fracturas costales múltiples derechas y distrés respiratorio tras saltar desde su casa (2º piso). Estaba diagnosticado desde hace 5 años de un trastorno delirante persistente

S22.41XA Fracturas múltiples de costillas de lado derecho, contacto inicial por fractura cerrada
J80 Síndrome de dificultad respiratoria [distrés respiratorio]
X80.XXXA Lesiones autoinflingidas intencionadamente al saltar desde un lugar alto, contacto inicial
Y92.009 Lugar no especificado de residencia no institucional (privada) no especificada, como lugar del acontecimiento de la causa externa
F22 Trastornos delirantes

La autolesión (intento) no suicida, autolesión no suicida y la automutilación (intento) no suicida se deben codificar como **R45.88 Autolesión no suicida**. La historia personal de autolesión no suicida se codifica como **Z91.52 Historia personal de autolesión no suicida**.

5.7 TRASTORNO FACTICIO

El trastorno facticio autoprovocado o síndrome de Munchausen es un trastorno en el que una persona se causa sus propios signos o síntomas físicos o psicológicos, o informa falsamente sobre ellos. Se clasifica con un código **F68.1- Trastorno facticio aplicado a uno mismo.**

El síndrome de Munchausen por poderes (MSBP) es un trastorno en el cual un cuidador (perpetrador) informa falsamente o causa una enfermedad o lesión a otra persona (víctima) bajo su cuidado, como un niño, un adulto mayor o una persona que tiene una discapacidad. Esta condición se conoce también como "trastorno facticio impuesto a otro" o "trastorno facticio por poder". El perpetrador, no la víctima, recibe este diagnóstico y se clasifica con el código **F68.A Trastorno facticio aplicado a otro**, en la historia del perpetrador. Para la víctima de un paciente que padece MSBP se debe asignar el código apropiado de las categorías **T74 Abuso, negligencia y otros malos tratos infantiles y de adultos, confirmados** o **T76 Abuso, negligencia y otros malos tratos infantiles y de adultos, sospecha.**

6. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO

El Capítulo 6 de la CIE-10-ES clasifica las enfermedades del sistema nervioso en los códigos comprendidos entre las categorías **G00** y **G99**.

El Sistema nervioso es rector y coordinador de todas las actividades conscientes e inconscientes del organismo. Desde el punto de vista anatómico se clasifica en sistema nervioso central (SNC) y sistema nervioso periférico (SNP).

6.1 ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL SNC (G00-G09)

Las enfermedades inflamatorias del SNC engloban las encefalitis, meningitis, mielitis (inflamación de la médula espinal), las inflamaciones de más de una de estas estructuras (como meningoencefalitis), los abscesos intracraneales e intraespinales y las inflamaciones de los senos venosos intracraneales. Pueden ser de causa infecciosa y no infecciosa (por ejemplo, de causa tóxica), por lo que se deben seguir las directrices del IAE y de la LT para una correcta codificación.

Pueden requerir codificación múltiple. En este caso la enfermedad subyacente se secuencia como código principal seguido del código de la manifestación.

6.1.1 MENINGITIS

La meningitis es la inflamación de las meninges, comúnmente causada por una infección que afecta predominantemente al espacio subaracnoideo. El origen de la infección puede ser bacteriano, viral o fúngico. También puede ser de causa medicamentosa, deberse a una enfermedad inflamatoria como el lupus, algunos tipos de cáncer, o a una lesión traumática en la cabeza o la columna. Tanto unas como otras pueden requerir un código adicional, bien para especificar mejor el organismo causante, bien para clasificar cualquier otra circunstancia responsable de la meningitis.

Los códigos **G00.2-G00.8 Meningitis bacteriana, no clasificadas bajo otro concepto** requieren código adicional para añadir información sobre el organismo causante de la meningitis.

Meningitis estafilocócica, causada por Staphylococcus aureus resistente a la meticilina

G00.3	**Meningitis estafilocócica**
B95.62	**Infección por Staphylococcus aureus resistente a meticilina como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto**

Debe tenerse en cuenta que algunas meningitis no se clasifican en este capítulo, sino en el de enfermedades infecciosas que dispone de códigos de combinación que incluyen patología y microorganismo responsable. Ejemplos: **B37.5 Meningitis por cándidas**; **A69.21 Meningitis por enfermedad de Lyme**.

6.1.2 ENCEFALITIS Y MIELITIS

La encefalitis o patología inflamatoria del encéfalo puede ir asociada a inflamación de meninges (meningoencefalitis) y de la médula espinal (encefalomielitis). Existen dos tipos de encefalitis: primaria o encefalitis viral aguda y secundaria o posinfecciosa.

Las encefalitis y las mielitis se clasifican en las categorías **G04** y **G05**. La categoría **G05 Encefalitis, mielitis y encefalomielitis en enfermedades clasificadas bajo otro concepto**, incluye estas afecciones cuando se presentan en enfermedades clasificadas bajo otro concepto, debiendo codificarse tal como indica la lista tabular, es decir, codificando primero la enfermedad de base y teniendo en cuenta que la nota *Excluye 1* afecta a toda la categoría.

Ejemplos: **B02.0 Encefalitis debida a herpes zóster**; **A84.81 Enfermedad por virus Powassan**; **A83.1 Encefalitis equina occidental**; **A83.5 Encefalitis de California** (Encefalitis de Crosse).

Encefalomielitis por poliovirus

A80.9 **Poliomielitis aguda, no especificada**
G05.3 ***Encefalitis y encefalomielitis en enfermedades clasificadas bajo otro concepto***

Las encefalitis y mielitis de causa tóxica, (plomo, mercurio, talio, etc.) se codifican siguiendo la normativa de codificación de los envenenamientos.

6.1.3 ABSCESO INTRACRANEAL Y ABSCESO ESPINAL

El absceso cerebral es una infección supurada y focal dentro del parénquima encefálico, formando una cápsula, si bien la inflamación y el edema se extienden más allá de la misma. Los agentes causantes más frecuentes son bacterias, hongos y parásitos.

Los abscesos y granulomas intracraneales e intrarraquídeos se codifican en la categoría **G06 Absceso y granuloma intracraneal e intrarraquídeo**. Debe utilizarse un código adicional **B95-B97 Agentes infecciosos bacterianos y virales**, para identificar el agente infeccioso, excepto si la etiología es tuberculosa (**A17.81**) o amebiana (**A06.6**).

Absceso epidural por E. Coli

G06.2 **Absceso extradural y subdural, no especificado**
B96.20 **Escherichia coli [E. coli] no especificado como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto**

6.1.4 SECUELAS DE ABSCESOS O INFECCIÓN PIOGÉNICA INTRACRANEAL

Las secuelas más frecuentes de las meningitis bacterianas y de los abscesos cerebrales son: disminución de la capacidad intelectual, alteración de la memoria, crisis epilépticas, hipoacusia y mareo, trastornos de la marcha, hidrocefalia o cuadros de parálisis.

Las secuelas de infecciones intracraneales piogénicas ya resueltas se codifican en la categoría **G09 Secuelas de enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central**, siguiendo la norma general de codificar primero la afección residual seguida del código que la identifica como secuela.

Discapacidad mental moderada por absceso intracraneal resuelto

F71 **Discapacidad intelectual moderada**
G09 **Secuelas de enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central**

6.2 ATROFIAS SISTÉMICAS QUE AFECTAN AL SNC (G10-G14)

6.2.1 ENFERMEDAD DE HUNTINGTON

La Enfermedad de Huntington (**G10**) es un trastorno genético, hereditario, neuropsiquiátrico, que presenta una clínica de degeneración neuronal constante, progresiva e ininterrumpida, produciendo una alteración cognoscitiva, psiquiátrica y motora. Su codificación precisa, además, si se acompaña de demencia, de un código adecuado de la categoría **F02.- Demencia en otras enfermedades clasificadas bajo otro concepto**, para indicar el tipo de demencia, la severidad (no especificada, leve, moderada o grave) y la existencia o no de alteración de la conducta.

6.2.2 ATAXIAS Y ATROFIAS NEUROMUSCULARES

Trastorno caracterizado por la disminución de la capacidad de coordinación de los movimientos. Tal definición puede utilizarse indistintamente para referirse a los signos clínicos de una coordinación defectuosa del movimiento muscular (**R25-R29 Síntomas y signos que involucran los sistemas nerviosos y aparato musculoesquelético**) o para nombrar una enfermedad degenerativa concreta del SN (**G12 Atrofia muscular espinal y síntomas relacionados**, **G13 Atrofias sistémicas que afectan principalmente al SNC**).

Paciente que ingresa por disfagia, siendo diagnosticado de esclerosis lateral amiotrófica

G12.21	**Esclerosis lateral amiotrófica**
R13.10	**Disfagia, no especificada**

Las Ataxias se recogen en la categoría **G11 Ataxia hereditaria**; pueden ser hereditarias como la Ataxia de Friedreich (**G11.11**), o la Enfermedad de Machado-Joseph (**G11.19**) o adquiridas como las provocadas por accidentes cerebrovasculares, esclerosis múltiple, tumores, deficiencias vitamínicas (codificando en estos casos, en primer lugar, la patología o enfermedad subyacente).

6.3 TRASTORNOS EXTRAPIRAMIDALES Y DEL MOVIMIENTO (G20-G26)

6.3.1 ENFERMEDAD DE PARKINSON Y OTROS PARKINSONISMOS

La Enfermedad de Parkinson (o Parkinsonismo primario) es una afección neurodegenerativa progresiva caracterizada por presentar un cuadro clínico de bradicinesia, temblor en reposo, rigidez muscular, marcha festinante y postura en flexión; suele acompañarse de alteraciones autonómicas, sensitivas, del sueño, cognitivas y psiquiátricas.

El parkinsonismo primario se clasifica con el código **G20 Enfermedad de Parkinson**.

Entrada IAE:

Parkinson, enfermedad, síndrome o temblor – *véase* Parkinsonismo
Parkinsonismo (idiopático) (primario) G20

La demencia con enfermedad de Parkinson se codifica utilizando el código **G20 Enfermedad de Parkinson,** añadiendo, además, un código adecuado de la categoría **F02 Demencia en otras enfermedades clasificadas bajo otro concepto**, para indicar el tipo de demencia, la severidad (no especificada, leve,

moderada o grave) y la existencia o no de alteración de la conducta. En este caso la entrada en el IAE es a través del término principal "Demencia".

Paciente con demencia diagnosticado de Enfermedad de Parkinson

G20	**Enfermedad de Parkinson**
F02.80	***Demencia en otras enfermedades clasificadas bajo otro concepto, gravedad no especificada, sin alteración del comportamiento, alteración psicótica, alteración del estado de ánimo ni ansiedad***

Del mismo modo, la entrada por Demencia - con - - Parkinsonismo, aboca a la codificación con los códigos G20 [F02.80]

Demencia (degenerativa (primaria)) (gravedad no especificada) (persistente) (senil) (sin alteración del comportamiento, alteración psicótica, alteración del estado de ánimo ni ansiedad) F03.90
-con
--Parkinsonismo (*véase* además Demencia, en, enfermedades especificadas bajo otro concepto) G20 [F02.80]

Parkinsonismo (idiopático) (primario) G20
-demencia (*véase* además Demencia, en, enfermedades especificadas bajo otro concepto) G20 [F02.80]

El parkinsonismo secundario se clasifica en la categoría **G21 Parkinsonismo secundario**. Cuando está causado por fármacos precisa código adicional para identificar la causa del efecto adverso (**T36-T50**), donde el quinto o sexto carácter identifica la intencionalidad, y seguir las pautas de la Lista Tabular en el uso del séptimo carácter que identifica el tipo de contacto (A-D-S).

El código **G21.0 Síndrome neuroléptico maligno**, precisa un código adicional que especifique la causa responsable del efecto adverso (**T43.3X5-**, **T43.4X5-**, **T43.505-**, **T43.595-**).

En el parkinsonismo secundario a otros agentes externos (**G21.2**), debe secuenciarse primero el agente tóxico, categorías **T51-T65**.

Parkinsonismo secundario al tratamiento con Toracina, contacto inicial

G21.11	**Parkinsonismo inducido por neurolépticos**
T43.3X5A	**Efecto adverso de antipsicóticos y neurolépticos a base de fenotiacinas, contacto inicial**

El parkinsonismo sifilítico, se codifica: **A52.19 Otras neurosífilis sintomáticas**.

6.4 OTRAS ENFERMEDADES DEGENERATIVAS DEL SISTEMA NERVIOSO (G30-G32)

En esta sección muchas afecciones van a estar provocadas por una enfermedad subyacente, que se codificará primero. Asimismo, algunas de estas enfermedades conllevan una demencia, por lo que requieren un código adecuado de la categoría **F02.- Demencia en otras enfermedades clasificadas bajo otro concepto**, para indicar el tipo de demencia, la severidad (no especificada, leve, moderada o grave) y la existencia o no de alteración de la conducta; se deben seguir las indicaciones del IAE y de la Lista Tabular.

6.4.1 DEMENCIA POR CUERPOS DE LEWY

Las principales características clínicas de la demencia con cuerpos de Lewy difusos (DCL, también denominada demencia por cuerpos de Lewy) son la fluctuación de la capacidad cognitiva, con variaciones importantes de la atención y del estado de alerta, las alucinaciones visuales complejas recurrentes bien formadas y detalladas, y los signos motores espontáneos de parkinsonismo. Siendo así, el parkinsonismo es uno de sus principales signos definitorios, aunque no necesariamente siempre presente.

Se codifica siguiendo las entradas del IAE:

Demencia (degenerativa (primaria)) (gravedad no especificada) (persistente) (senil) (sin alteración del comportamiento, alteración psicótica, alteración del estado de ánimo ni ansiedad) F03.90
-con
--cuerpos de Lewy (*véase* además Demencia, en, enfermedades especificadas bajo otro concepto) G31.83 [F02.80]

Enfermedad, enfermo – *véase* además Síndrome
-con cuerpos de Lewy (demencia) (*véase* además Demencia, en, enfermedades especificadas bajo otro concepto) G31.83 [F02.80]

Lewy, cuerpo (-s) (demencia) (enfermedad) de G31.83

6.4.2 ENFERMEDAD Y DEMENCIA DE ALZHEIMER

La enfermedad de Alzheimer, es una enfermedad neurodegenerativa, que se manifiesta como deterioro cognitivo y trastornos conductuales. Esta degeneración conduce a cambios mentales, pasando por varias fases, desde un deterioro intelectual leve a demencia con pérdida de funciones cognitivas, manifestaciones neuropsiquiátricas y pérdida de funciones biológicas.

El Alzheimer se codifica en la categoría **G30 Enfermedad de Alzheimer**, especificando si tiene un comienzo: temprano **G30.0**, tardío **G30.1**, otros **G30.8** o no especificado **G30.9**.

Alzheimer

G30.9	**Enfermedad de Alzheimer, no especificada**
F02.80	***Demencia en otras enfermedades clasificadas bajo otro concepto, gravedad no especificada, sin alteración del comportamiento, alteración psicótica, alteración del estado de ánimo ni ansiedad***

Demencia moderada con estado de ánimo alterado debido a Alzheimer tardío

G30.1	**Enfermedad de Alzheimer de comienzo tardío**
F02.B3	***Demencia en otras enfermedades clasificadas bajo otro concepto, moderada, con alteración del estado de ánimo***

Paciente de 84 años con antecedentes de demencia tipo Alzheimer sin alteraciones del comportamiento. Ingresa por infección urinaria con fiebre elevada, deshidratación y cuadro de delirio

N39.0	**Infección de tracto urinario, localización no especificada**
E86.0	**Deshidratación**
G30.9	**Enfermedad de Alzheimer no especificada**
F02.80	***Demencia en otras enfermedades clasificadas bajo otro concepto, gravedad no especificada, sin alteración del comportamiento, alteración psicótica, alteración del estado de ánimo, ni ansiedad***
F05	**Delirio debido a afección fisiológica conocida**

6.5 TRASTORNOS EPISÓDICOS Y PAROXÍSTICOS (G40-G47)

6.5.1 EPILEPSIA

La epilepsia es un desorden paroxístico crónico de la función cerebral, caracterizada por ataques convulsivos recurrentes. Puede producir síntomas transitorios, trastornos del movimiento, de los sentidos o de la función mental.

La CIE-10-ES proporciona el término “intratable” para identificar algunas epilepsias. El médico puede describir también esta situación con términos como: "farmacorresistente (farmacológicamente resistente)", "mal controlada", "refractaria (médicamente)", y "resistente al tratamiento".

Cuando en la documentación clínica no se especifica como “intratable” o “no intratable”, por defecto se considera “no intratable”.

En la categoría **G40.- Epilepsia y crisis epilépticas recurrentes** el cuarto carácter especifica el tipo de epilepsia. El quinto carácter indica si es intratable (1) o no intratable (0). El sexto carácter indica si presenta estado de mal epiléptico (1) o sin estado (9). La subcategoría **G40.8 Otros tipos de epilepsia y crisis recurrentes**, no sigue esta pauta y asigna un código final con un sexto carácter diferente (1, 2, 3, 4) para cada combinación de intratable o no y presencia o no de estado de mal epiléptico.

Hay dos subcategorías con una letra (A, B) en la cuarta posición dedicadas principalmente al síndrome epiléptico con ausencias y a la epilepsia mioclónica (**G40.A- Síndrome epiléptico con ausencias** y **G40.B Epilepsia mioclónica juvenil [petit mal impulsivo]**) de la etapa infanto-juvenil.

Paciente diabético que ingresa por un episodio de EEGTC (estatus epiléptico generalizado tónico-clónico)

G40.401 Epilepsia y otros síndromes epilépticos generalizados, no intratables, con estado de mal epiléptico
E11.9 Diabetes mellitus tipo 2 sin complicaciones

La epilepsia en el periodo obstétrico requiere un código de la subcategoría **O99.35 Enfermedades del sistema nervioso que complican el embarazo, parto y puerperio** seguido del código de la categoría **G40** que identifique el tipo de epilepsia.

Mujer que ingresa en la 10ª semana de su embarazo con crisis epilépticas parciales complejas, resistentes al tratamiento

O99.351 Enfermedades del sistema nervioso que complican el embarazo, primer trimestre
G40.219 Epilepsia (focal) (parcial) sintomática relacionada con la localización y síndromes epilépticos con crisis parciales complejas, intratable, sin estado de mal epiléptico
Z3A.10 10 semanas de gestación

Cuando el diagnóstico se establece solo en términos de convulsión o convulsiones sin ninguna identificación adicional de la causa, se utiliza el código: **R56.9 Convulsiones no especificadas**.
Las convulsiones solo se codificarán en la categoría **G40 Epilepsia y crisis epilépticas recurrentes** si tienen un calificativo que haga referencia a su origen epiléptico.

Algunas epilepsias infantiles están recogidas en la subcategoría **G40.8 Otros tipos de epilepsia y crisis recurrentes**; como son el Síndrome de Lennox-Gastaut (LGS) y el Síndrome de Dravet (SD).

- El **Síndrome de Lennox-Gastaut (G40.81-)**, es una variante de la epilepsia infantil de difícil manejo, que presenta clínica de convulsiones frecuentes y diversas, acompañadas a menudo de retraso mental y con un deterioro neurológico progresivo.
- El **Síndrome de Dravet (G40.83)**, también conocido como Epilepsia Mioclónica Grave de la Infancia (SMEI), es una enfermedad genética clasificada como enfermedad rara, con inicio temprano de los síntomas que no suele responder a tratamiento y con problemas asociados de retraso cognitivo, psicomotor y problemas conductuales.

6.5.2 MIGRAÑA

La migraña (**G43**), es un síndrome repetitivo de dolor de cabeza severo con particularidades específicas tales como la afectación por lo general de un solo lado de la cabeza, de carácter pulsátil e incapacitante. Suele estar precedido de manifestaciones neurológicas tales como aura o trastornos visuales, y con frecuencia se asocia a irritabilidad, náuseas, vómitos y fotofobia.

El dolor de cabeza NEOM sin ningún tipo de especificidad se clasifica en la categoría **R51 Cefalea**; esta categoría incluye dos códigos: **R51.9 Cefalea, no especificada** y el **R51.0 Cefalea con componente ortostático, no clasificada bajo otro concepto**.

Se considera migraña intratable cuando en la historia clínica se asocia a términos como: “farmacorresistente”, “resistente al tratamiento”, “refractaria” y “mal controlada”.

Cuando aparece reflejado “estatus migrañoso”, se refiere a un ataque de migraña severo que dura más de 72 horas; sin embargo, esta designación debe ser refrendada por el facultativo. Si no disponemos de más información, se codificará como estatus migrañoso NEOM: **G43.901 Migraña, no especificada, no intratable, con estatus migrañoso**.

6.5.3 OTROS SÍNDROMES DE CEFALEA

La categoría **G44 Otros síndromes de cefalea**, clasifica otras cefaleas especificadas (cefalea en racimos, cefalea vascular, cefalea tensional, cefalea postraumática, cefalea por abuso de medicamentos, y otros síndromes de cefalea especificada).

La cefalea postraumática tanto aguda como crónica está a menudo asociada con el síndrome posconmocional (**F07.81**). En esta circunstancia se utiliza un código adicional de la subcategoría **G44.3-Cefalea postraumática**.

6.5.4 ACCIDENTES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS Y SÍNDROMES CEREBRALES

Estas entidades nosológicas de origen vascular se clasifican en el capítulo del sistema nervioso, categorías **G45 Accidentes isquémicos cerebrales transitorios y síndromes relacionados** y **G46 Síndromes vasculares cerebrales en enfermedades cerebrovasculares**. La categoría **G45** clasifica aquellos episodios breves de disfunción neurológica por isquemia focal cerebral, de inicio brusco y con una duración inferior a 24 horas. Suelen ser temporales, no convulsivos, que revierten solos, y con una clínica variable.

La isquemia cerebral transitoria (TIA, AIT) se codifica en la subcategoría **G45.9 Accidente isquémico cerebral transitorio, no especificado**.

La categoría **G46 Síndromes vasculares cerebrales en enfermedades cerebrovasculares**, clasifica los síndromes vasculares cerebrales en enfermedad cerebrovascular (**I60-I69**). Se caracteriza por la presencia de manifestaciones neuropsicológicas (déficit de memoria, alteración del razonamiento, disartria, etc.) y síndromes lacunares (hemiparesia motora y sensitiva, lesiones ipsilaterales, movimientos anormales). Estos síndromes de la categoría **G46**, se secuencian siempre como código secundario, codificando primero la enfermedad subyacente.

Paciente que ingresa por un síndrome lacunar motor puro secundario a un pequeño infarto en el territorio de una arteria perforante cerebral (infarto lacunar)

I63.81 Otro infarto cerebral debido a oclusión o estenosis de arteria pequeña
G46.5 Síndrome lacunar motor puro

6.5.5 TRASTORNOS DEL SUEÑO

La categoría **G47 Trastornos del sueño** incluye los trastornos orgánicos del sueño además de las perturbaciones inespecíficas del sueño. En toda la categoría se codificará cualquier afección asociada.

Paciente con obesidad severa (IMC 38) que queda ingresado para estudio de apnea obstructiva del sueño

G47.33 Apnea obstructiva del sueño (del adulto) (pediátrica)
E66.01 Obesidad mórbida (severa) por exceso de calorías
Z68.38 Índice de masa corporal (IMC) 38,0 a 38,9, adulto

El capítulo 5 de Enfermedades Mentales también incluye una categoría de trastornos del sueño, **F51 Trastornos del sueño no debidos a sustancia ni afección fisiológica conocida**, ambas categorías no siempre son mutuamente excluyentes.

6.6 TRASTORNOS DE LOS NERVIOS, DE LAS RAÍCES Y DE LOS PLEXOS NERVIOSOS (G50-G59)

La CIE-10-ES aporta dos códigos para clasificar el síndrome del miembro fantasma: **G54.6 Síndrome de miembro fantasma con dolor** y **G54.7 Síndrome de miembro fantasma sin dolor**, que se asignarán respectivamente según el dolor esté presente o ausente.

Si el trastorno es manifestación de una enfermedad se codifica solo la enfermedad.

Paciente con dolor facial severo por neuralgia del trigémino de origen posherpético

B02.22 Neuralgia del trigémino posherpética

El código ***G53 Trastornos de los nervios craneales en enfermedades clasificadas bajo otro concepto***, se utiliza como código adicional para clasificar los daños causados a los nervios craneales como consecuencia de sufrir otras enfermedades.

Trastorno de los nervios craneales por melanoma del nervio óptico derecho

C72.31	**Neoplasia maligna de nervio óptico derecho**
8720/3	**Melanoma NEOM**
G53	***Trastornos de los nervios craneales en enfermedades clasificadas bajo otro concepto***

Los trastornos que afectan a las fibras parasimpáticas que acompañan a los pares craneales III, VII, IX y X no se clasifican según el par craneal, sino en la categoría **G90 Trastornos del sistema nervioso autónomo.**

6.6.1 MONONEUROPATÍAS

El término mononeuropatía se refiere a la enfermedad o lesión de un solo nervio. Las causas más frecuentes son compresión, atrapamiento y traumatismos.

En las mononeuropatías, el quinto carácter indica la lateralidad (**0**: no especificado; **1**: derecha; **2**: izquierda, **3** Bilateralidad).

Paciente que presenta mononeuritis femoral de pierna izquierda

G57.22	**Lesión de nervio femoral, extremidad inferior izquierda**

6.6.2 POLINEUROPATÍAS Y OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO (G60-G65)

La polineuropatía, hace referencia a un subgrupo de enfermedades tanto inflamatorias como degenerativas del sistema nervioso periférico, que se caracterizan por presentar un patrón simétrico y diseminado, habitualmente distal y gradual, que puede presentar pérdida sensitiva, debilidad muscular o una combinación de ambas.

La polineuropatía en un paciente crítico esta normalmente asociada a complicaciones por sepsis o fallo multiorgánico; suelen requerir cuidados intensivos. El código que se asigna es **G62.81 Polineuropatía del paciente crítico**.

La polineuropatía desmielinizante inflamatoria puede ser aguda o crónica, variando la asignación del código en cada una de ellas. En la polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda (polineuritis desmielinizante inflamatoria aguda) (Polineuritis aguda (pos-) infecciosa), asignar el código: **G61.0 Síndrome de Guillain-Barré**. Se asignará el código: **G61.81 Polineuritis desmielinizante inflamatoria crónica**, para la codificación del trastorno crónico.

6.7 ENFERMEDADES DE LA UNIÓN NEUROMUSCULAR Y DEL MÚSCULO (G70-G73)

Son un conjunto de enfermedades neurológicas que afectan a la musculatura y al sistema nervioso, cuya principal característica es la debilidad muscular.

6.7.1 MIASTENIA GRAVIS

Enfermedad neuromuscular autoinmune y crónica caracterizada por debilidad de los músculos voluntarios, causada por un defecto de la trasmisión de los impulsos nerviosos (unión neuromuscular). Afecta principalmente a los músculos que controlan el movimiento (ojos, párpados, expresión facial, masticación, deglución), afectando también en algunos casos a la respiración, a los movimientos del cuello y a las extremidades.

Episodio de crisis miasténica en paciente en seguimiento por su miastenia gravis como secuela de exposición de insecticidas organofosforados

G70.01 Miastenia gravis con exacerbación (aguda)
T60.0X4S Efecto tóxico de insecticidas organofosforados y carbamatos, intencionalidad sin determinar, secuela

6.7.2 OTRAS MIOPATÍAS

La miopatía crítica es una enfermedad que ocurre en pacientes críticos, especialmente en los que desarrollan sepsis grave con síndrome de disfunción multiorgánica (SDMO). Se asigna el código **G72.81 Miopatía del paciente crítico**.

En las miopatías alcohólicas se utilizará un código adicional de la categoría **F10 Trastornos relacionados con el alcohol**, para identificar la relación con el consumo de alcohol.

Paciente ex alcohólico con miopatía alcohólica crónica

G72.1 Miopatía alcohólica
F10.21 Dependencia de alcohol, en remisión

6.8 PARÁLISIS CEREBRAL Y OTROS SÍNDROMES PARALÍTICOS (G80-G83)

Las categorías **G81 Hemiplejia y hemiparesia**, **G82 Paraplejia (paraparesia) y tetraplejia (tetraparesia)**, y **G83 Otros síndromes paralíticos**, solo se deben utilizar si las afecciones no están documentadas con mayor especificidad, o si se documenta que son antiguas o de larga evolución, pero de causa indeterminada.

- **Monoplejía o monoparesia**: se encuentra afectado un solo miembro.
- **Hemiplejía o hemiparesia**: se encuentra afectado uno de los dos lados del cuerpo.
- **Diplejía o diparesia**: la mitad inferior está más afectada que la superior.
- **Diplejía superior:** afectación de las extremidades superiores.
- **Paraplejía o paraparesia**: afectación de los miembros inferiores.
- **Triplejía o triparesia**: se encuentran afectados tres miembros.
- **Tetraplejía, tetraparesia, cuadriplejía o cuadriparesia**: los cuatro miembros están afectados.

La categoría **G81 Hemiplejia y hemiparesia** solo debe utilizarse cuando se documenta una hemiplejia (completa, incompleta) sin más especificación o bien si está documentada como antigua o de larga evolución, pero de causa indeterminada. En ciertas circunstancias esta categoría también se puede utilizar en codificación múltiple para identificar los diferentes tipos de hemiplejia.

En la categoría **G81 Hemiplejia y hemiparesia** y en las subcategorías **G83.1 Monoplejia de extremidad inferior**, **G83.2 Monoplejia de extremidad superior** y **G83.3 Monoplejia no especificada**, el quinto carácter identifica si el lado dominante o no dominante está afectado. En el caso de no estar documentado como dominante o no dominante el lado afectado, se seguirá el siguiente criterio:

- Si el lado afectado es el derecho, por defecto se considera como dominante.
- Si el lado afectado es el izquierdo, por defecto se considera como no dominante.
- En pacientes ambidiestros, el valor por defecto será el dominante.

Paciente zurda con infarto cerebral por trombosis de la arteria cerebral media derecha. Presenta una hemiplejia completa izquierda

I63.311 Infarto cerebral debido a trombosis de arteria cerebral media derecha
G81.92 Hemiplejia no especificada que afecta a lado izquierdo dominante

Cuando el paciente es admitido en un ingreso posterior con un síndrome paralítico debido a la secuela de la enfermedad cerebrovascular, se le asigna un código de la categoría **I69 Secuelas de enfermedad cerebrovascular** para indicar la condición de efecto tardío de un ACV.

6.9 OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO (G89-G99)

6.9.1 DOLOR. NORMAS GENERALES

El capítulo sexto de la CIE-10-ES incluye la categoría **G89 Dolor, no clasificado bajo otro concepto**. Los códigos de esta categoría se pueden utilizar en combinación con códigos de otras categorías y capítulos para detallar mejor el dolor agudo o crónico y el dolor relacionado con neoplasias.

La codificación del dolor, se basa en una normativa de codificación muy específica que indica cuando deben utilizarse los códigos de la categoría **G89 Dolor, no clasificado bajo otro concepto** y cómo deben ser secuenciados:

- Si el dolor no se especifica como agudo, como crónico, postoracotomía o posprocedimiento, ni relacionado con una neoplasia, no se deben asignar códigos de la categoría **G89**.
- No debe asignarse un código de la categoría **G89** si el diagnóstico definitivo de la afección que produce el dolor ya se conoce, a no ser que el motivo de contacto sea el control o tratamiento del dolor o que durante dicho contacto sanitario el dolor haya precisado una evaluación o un tratamiento específico.
- Cuando se produce un contacto para realizar un procedimiento dirigido a la enfermedad subyacente (por ejemplo: fusión espinal, cifoplastia), se deberá asignar el código de la

enfermedad subyacente (por ejemplo: fractura vertebral, estenosis espinal) como diagnóstico principal. No se debe asignar ningún código de la categoría **G89**.

Paciente visto en consulta por lumbalgias de repetición incapacitantes debidas a radiculopatía por hernia de disco L3-L4. Ingreso para procedimiento de fusión

M51.16 Trastornos de disco intervertebral con radiculopatía, región lumbar

- Cuando el motivo del ingreso o consulta es el tratamiento de la patología subyacente y durante el ingreso es preciso realizar un tratamiento o procedimiento (p.ej. neuroestimulador) para el control del dolor, se asignará como diagnóstico principal el código de la patología subyacente y como diagnóstico secundario el código de dolor correspondiente.

- **Códigos de la categoría G89 Dolor, no clasificado bajo otro concepto como diagnóstico principal**:
  - Cuando la razón del contacto sea el control o tratamiento del dolor (por ejemplo, un paciente con un disco intervertebral desplazado, con un pinzamiento de un nervio o con dolor de espalda severo que acude para una inyección de corticoides en el conducto vertebral o para colocación de un neuroestimulador). La causa subyacente del dolor debe ser codificada como diagnóstico adicional, si se conoce.

Paciente con dolor lumbar crónico por desplazamiento de disco L3-L4, que acude a la unidad del dolor para tratamiento con corticoides en el conducto vertebral

G89.29 Otro dolor crónico
M51.26 Otros desplazamientos de disco intervertebral, región lumbar

- **Uso de códigos de la categoría G89 Dolor, no clasificado bajo otro concepto, junto con códigos específicos de localización del dolor**
  - **Asignación de códigos de la categoría G89 y códigos de dolor de localización especificada:**

    Los códigos de la categoría **G89** se pueden utilizar en combinación con códigos que identifican el lugar del dolor (incluyendo los códigos del capítulo 18) si el código de la categoría **G89** proporciona información adicional. Por ejemplo, si el código describe la localización del dolor, pero no describe completamente si el dolor es agudo o crónico, se deben asignar ambos códigos.

  - **Secuenciación de códigos de la categoría G89 junto con códigos de dolor de localización especificada.**

    La secuenciación de códigos de la categoría **G89** con los códigos de dolor de localizaciones especificadas (incluyendo códigos del capítulo 18), depende de las circunstancias del contacto/admisión, tal y como se indica a continuación:

    - Si el contacto es para control o tratamiento del dolor, se debe asignar el código de la categoría **G89** seguido del código que identifica la localización específica del dolor.

Contacto para control de un dolor agudo en el cuello debido a un traumatismo

G89.11	**Dolor agudo debido a traumatismo**
M54.2	**Cervicalgia**

- Si el contacto es por un motivo distinto al tratamiento del dolor, y el clínico no ha establecido un diagnóstico definitivo relacionado, se debe asignar en primer lugar el código para la localización específica del dolor, seguido del código apropiado de la categoría **G89**.

Contacto para observación y estudio por dolor agudo en el cuello que persiste después de varios días de haber sufrido un traumatismo. Es dado de alta pendiente de otras pruebas que permitan llegar al diagnóstico definitivo

M54.2	**Cervicalgia**
G89.11	**Dolor agudo debido a traumatismo**

6.9.1.a Dolor debido a dispositivos, implantes e injertos

El dolor asociado con dispositivos, implantes o injertos colocados en un lugar quirúrgico (por ejemplo, prótesis de cadera dolorosa) precisa codificación múltiple, el código del capítulo 19 para describir la complicación y además un código de la categoría **G89 Dolor, no clasificado bajo otro concepto**, para identificar el tipo de dolor. Debe añadirse además un código **Z** para identificar la localización anatómica en la que se encuentra el dispositivo, prótesis, etc., siempre y cuando aporte información sobre la localización.

Paciente al que se le realizó una artroplastia total de rodilla derecha que ingresa un año después para estudio por dolor crónico en dicha rodilla

T84.84XA	**Dolor por (debido a) prótesis, implantes e injertos ortopédicos internos, contacto inicial**
G89.28	**Otros tipos de dolor crónico posprocedimiento**
Z96.651	**Presencia de articulación de rodilla derecha artificial**
Y83.1	**Cirugía con implante de dispositivo interno artificial como causa de reacción anormal del paciente, o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento**

6.9.1.b Dolor posprocedimiento

Es importante utilizar la documentación del clínico como guía para la codificación del dolor posprocedimiento.

- El dolor postoracotomía y el dolor posprocedimiento no especificado como agudo ni crónico, se codifica por defecto como agudo.
- El dolor posoperatorio habitual o esperado que se produce inmediatamente después de una cirugía, no debe codificarse.

- El dolor posprocedimiento no asociado a complicaciones posoperatorias específicas, se debe codificar con el código adecuado de la categoría **G89**.
- El dolor posprocedimiento asociado a complicaciones específicas (tal como el dolor por suturas metálicas) se debe codificar con los códigos apropiados del Capítulo 19: Lesiones, envenenamientos y otras consecuencias de las causas externas. Deben utilizarse códigos adicionales de la categoría **G89** para identificar si el dolor es agudo o crónico (**G89.18 Otros tipos de dolor agudo posprocedimiento** o **G89.28 Otros tipos de dolor crónico posprocedimiento**).

Paciente que acude por dolor agudo en ojo derecho. Una vez estudiado se comprueba que ha tenido un desplazamiento de la prótesis de órbita colocada hace una semana

T85.320A	**Desplazamiento de prótesis de órbita del ojo derecho, contacto inicial**
G89.18	**Otros tipos de dolor agudo posprocedimiento**
H57.11	**Dolor ocular, ojo derecho**
Y83.1	**Cirugía con implante de dispositivo interno artificial como causa de reacción anormal del paciente, o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento**

6.9.1.c Dolor crónico

La determinación de si es un dolor agudo, dolor crónico o síndrome de dolor crónico, dependerá de la documentación. El dolor crónico se clasifica en la subcategoría **G89.2- Dolor crónico**. No hay límite de tiempo para definir un dolor crónico. Se debe utilizar la documentación del clínico como guía para la utilización de estos códigos.

6.9.1.d Dolor relacionado con neoplasia

El código **G89.3 Dolor (agudo) (crónico) relacionado con neoplasia**, se asigna al dolor que se documenta como relacionado, asociado o debido a cáncer, neoplasia malignas primarias o secundarias.
Este código se asigna independientemente de si el dolor es agudo o crónico. Este código debe asignarse como diagnóstico principal cuando la razón declarada para el contacto se documenta como control o tratamiento del dolor, la neoplasia subyacente debe codificarse como diagnóstico secundario.

Paciente que acude para control del dolor crónico en muslo derecho, secundario a un sarcoma de Ewing de fémur

G89.3	**Dolor (agudo) (crónico) relacionado con neoplasia**
C40.21	**Neoplasia maligna de huesos largos de extremidad inferior derecha**
9260/3	**Sarcoma de Ewing**

Cuando el motivo del contacto es el tratamiento de la neoplasia y también se documenta el dolor asociado a la misma, se debe utilizar el código **G89.3** como diagnostico adicional. No es necesario asignar código adicional para la localización del dolor (ver 2.11.8).

6.9.1.e Síndrome de dolor central y Síndrome de dolor crónico

Tanto el **G89.0 Síndrome de dolor central** como el **G89.4 Síndrome de dolor crónico** son diferentes de los términos "dolor agudo" y "dolor crónico", por lo tanto, dichos códigos solo deben utilizarse cuando el clínico haya documentado específicamente estas afecciones.

6.9.2 TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (G90)

El sistema nervioso autónomo (SNA) se ocupa de mantener la homeostasis fisiológica del organismo coordinadamente con el sistema endocrino.

El síndrome **G90.4 Disreflexia autonómica** (DA), se caracteriza por un inicio brusco. Se produce una descarga incontrolada del sistema nervioso simpático en personas con lesión de médula espinal, generalmente por encima del nivel T6, desencadenando una respuesta parasimpática (bradicardia, visión borrosa, sudoración, etc.). El código **G90.4**, se utiliza para clasificar dicha condición, no siendo necesario codificar cada manifestación o síntoma por separado. En este caso no se sigue la norma general para la codificación múltiple, siendo la patología crónica subyacente que ha desencadenado la afección (úlceras por presión, impactación fecal, infección del tracto urinario), la que debe clasificarse como diagnóstico secundario**.**

Paciente tetrapléjico con infección urinaria que ingresa por un episodio de disreflexia autonómica

G90.4	**Disreflexia autonómica**
N39.0	**Infección de tracto urinario, localización no especificada**
G82.50	**Tetraplejia, no especificada**

G90.5-Síndrome de dolor regional complejo tipo I (SDRCI). Este código clasifica el trastorno crónico causante de un dolor, continuo e intenso excediendo en magnitud y duración al curso clínico esperado del incidente inicial, con una progresión variable en el tiempo, de localización regional, de predominio distal y que suele afectar a las extremidades. Habitualmente se reconoce un antecedente o factor desencadenante de origen traumático, como esguinces articulares de tobillo y muñeca, lesiones por aplastamiento e inmovilizaciones prolongadas. También es conocido como "distrofia simpática refleja"**.**

G57.7- Causalgia de extremidad inferior, También conocido como Síndrome de dolor regional complejo tipo II de extremidad inferior (SDRCII). Este síndrome difiere del anterior en que presenta como antecedente obligado la lesión parcial o total de un tronco nervioso periférico o una de sus ramas principales. También es conocido como "Causalgia".

6.9.3 HIDROCEFALIA (G91)

La Hidrocefalia es el aumento anormal del líquido cefalorraquídeo (LCR), pudiendo acompañarse de hipertensión intracraneal. Se puede deber a varias causas como son un aumento anormal en la producción del líquido, un bloqueo en la circulación o una disminución de la absorción del líquido.

En esta categoría tenemos dos tipos de hidrocefalia normotensiva: **G91.0 Hidrocefalia comunicante**, que se asignará cuando, siendo normotensiva, es secundaria a otras patologías, y **G91.2 Hidrocefalia**

normotensiva (idiopática), cuando no se especifica su causa. La hidrocefalia crónica del adulto, muchas veces de causa desconocida, se clasifica en este código.

La hidrocefalia congénita se clasifica en el capítulo 17 de malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas en la categoría **Q03 Hidrocefalia congénita.**

6.9.4 ENCEFALOPATÍAS, MIELOPATÍAS Y OTROS TRASTORNOS DEL SNC (G92-G96)

La encefalopatía es un término utilizado para describir cualquier trastorno de la función cerebral. Es un término muy amplio y suele llevar asociado otros términos que describen la razón, causa o condiciones que provocan la enfermedad cerebral.

Paciente diagnosticado de sepsis grave meningocócica, aguda, que presenta una encefalopatía asociada, debida a la sepsis

A39.2	**Meningococemia aguda**
R65.20	**Sepsis grave sin shock séptico**
G93.41	**Encefalopatía metabólica**

No todas las encefalopatías se clasifican en estas categorías (G92-G93). Por ejemplo:

- Encefalopatía hepática: Si se presenta con coma la entrada en el IAE es por fallo hepático por tipo y con coma (coma hepático NEOM: **K72.91 Insuficiencia hepática, no especificada, con coma**), y si no existe coma su entrada es encefalopatía hepática (sin coma), **K76.82 Encefalopatía hepática sin coma**.
- Encefalopatía de Wernicke (**E51.2**).

En la categoría **G92 Encefalopatía tóxica**, se recoge el síndrome de neurotoxicidad asociada a célula inmune efectora (ICANS) (**G92.0-**), otro tipo de encefalopatía tóxica (**G92.8**) y la encefalopatía tóxica no especificada (**G92.9**)**.** Estos dos últimos códigos incluyen la nota de instrucción de “codifique primero” si procede, el fármaco (**T36-T50**) o el agente tóxico causante (**T51-T65**) si se trata de un envenenamiento; o “utilice código adicional” si procede, de efecto adverso para identificar el fármaco (**T36-T50**).

En la subcategoría **G93.4- Otros tipos de encefalopatía**, se recogen entre otras, la encefalopatía metabólica y las no especificadas.

En la categoría **G95 Otras enfermedades de médula espinal y las no especificadas** se incluyen otras lesiones, trastornos y enfermedades de la médula espinal y las no especificadas. Pueden estar causados por lesiones tumorales, vasculares o compresiones de la médula espinal.

En la categoría **G96 Otros trastornos del sistema nervioso central**, se incluyen:

- Las fugas de líquido cefalorraquídeo con la ubicación donde se han producido y el tipo de fuga (**G96.0-**).

Paciente acude a urgencias tras caerse de la bicicleta, refiriendo golpe en la cabeza y dolor frontal; en la exploración se observa rinorraquia siendo ingresado para observación y tratamiento

G96.08 Otra fuga de líquido cefalorraquídeo craneal
S06.9X9A Traumatismo intracraneal no especificado, con pérdida de conciencia de duración no especificada, contacto inicial
V19.3XXA Ciclista (conductor) (pasajero) lesionado en un accidente no de tráfico no especificado, contacto inicial

- El **Quiste perineural** (**G96.191**) o Quiste de Tarlov que se desarrollan en las capas internas de las meninges (piamadre y aracnoides) y que contienen LCR.
- La **Hipotensión intracraneal** (**G96.81-**), esta patología se produce por una pérdida de LCR, lo que provoca que la presión intracraneal disminuya, puede ser espontánea o idiopática (**G96.811 Hipotensión intracraneal, espontánea**) o debida a otras causas como puede ser fuga de LCR debido a traumatismos, trombosis, fístulas, etc. (**G96.819 Otra hipotensión intracraneal**) codificando en todos los casos los diagnósticos asociados.

Paciente pendiente de cirugía por siringomielia adquirida. Acude por cefalea holocraneal de varios días de duración es ingresado por presentar hipotensión intracraneal

G96.811 Hipotensión intracraneal, espontánea

G95.0 Siringomielia y siringobulbia

6.9.5 COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS Y POSPROCEDIMIENTO DEL SISTEMA NERVIOSO

Algunas de las complicaciones específicas de los procedimientos quirúrgicos y diagnósticos realizados sobre el sistema nervioso se clasifican en el capítulo 6 dentro de la categoría **G97 Complicaciones intraoperatorias y posprocedimiento del sistema nervioso, no clasificadas bajo otro concepto**.

7. ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS

Este capítulo abarca los códigos comprendidos entre las categorías **H00-H59**.

El ojo es un órgano que detecta la luz y es la base del sentido de la vista. Su función consiste básicamente en transformar la energía lumínica en señales eléctricas que son enviadas al cerebro a través del nervio óptico. Está alojado en la cavidad orbitaria, en la parte anterior del cráneo. Su forma es aproximadamente esférica, mide 2,5 cm de diámetro y está formado por el globo ocular y los anejos.

7.1 GLOBO OCULAR

7.1.1 CAPAS Y ESTRUCTURAS

La capa más externa del globo ocular está formada por la córnea, transparente, y la esclerótica, opaca.

La capa media del ojo, úvea o túnica vascular está formada por el iris, cuerpo ciliar y coroides. El iris tiene una apertura central, la pupila. El iris contacta con la córnea en el ángulo iridocorneal, donde se forma la malla trabecular. El cuerpo ciliar forma la pars plicata y la pars plana. La coroides es la parte posterior de la úvea.

La capa interna, la retina con sus dos capas, retina sensorial y epitelio pigmentario, ocupa el fondo del ojo, la parte posterior interna del globo ocular. Se une a la pars plana de la úvea y en su parte central se encuentra la papila del nervio óptico y la mácula.

La retina transmite imágenes captadas desde el exterior al sistema nervioso central mediante el nervio óptico.

El cristalino es una lente transparente biconvexa que se encuentra detrás del iris.

7.1.2 CÁMARAS

En la porción anterior del ojo se encuentran dos pequeños espacios: la cámara anterior que está situada entre la córnea y el iris, y la cámara posterior que se ubica entre el iris y el cristalino. Estas cámaras están llenas de un líquido que se llama humor acuoso, cuyo nivel de presión, llamado presión intraocular, es muy importante para el correcto funcionamiento del ojo.
La cámara vítrea, zona comprendida entre el cristalino y la retina, está rellena del humor vítreo.

7.1.3 SEGMENTOS

El segmento anterior del globo ocular lo forman la conjuntiva, la córnea, el cristalino, el iris y las cámaras anterior y posterior.

En el segmento posterior se encuentra la cámara vítrea, humor vítreo, retina, nervios ópticos y coroides

7.2 ANEJOS

Alrededor del globo ocular están ubicados los anejos. En la parte anterior se encuentran la conjuntiva, párpados, pestañas, cejas, músculo elevador del párpado superior, músculo orbicular y estructuras

lagrimales (glándula y vías lagrimales). En la parte posterior (espacio retrobulbar) están los músculos oculares extrínsecos, vasos y nervios, grasa y tejido conjuntivo.

7.3 NORMAS GENERALES DE CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL OJO

La patología del ojo se clasifica principalmente en el Capítulo 7 ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS**.** Al inicio del mismo aparece una nota indicando que, cuando el problema es debido a una causa externa, se debe añadir el código para identificar la causa de la patología ocular.

En otros capítulos de la CIE-10-ES también se encuentran clasificados ciertos trastornos del ojo como afecciones oculares relacionadas con la diabetes mellitus (**E09.3**, **E10.3**, **E11.3**, **E13.3**), los traumatismos del ojo y órbita (**S05**), o las malformaciones congénitas de los ojos (**Q10-Q15**) entre otros.

7.4 ALTERACIONES DE LOS PÁRPADOS, APARATO LAGRIMAL Y ÓRBITA (H00-H05)

La mayoría de las alteraciones que se producen a este nivel se clasifican entre las categorías **H00-H05.**

7.4.1 CHALAZIÓN

El chalazión es una inflamación crónica no infecciosa por obstrucción de las glándulas de Meibomio del párpado. Las glándulas de Meibomio son glándulas sebáceas que se encuentran situadas en los párpados (superior e inferior), y producen una secreción compuesta por diferentes sustancias, entre las que abundan lípidos diversos como fosfolípidos, triglicéridos y esteroles libres. Esta secreción forma parte de la película lagrimal. El chalazión se clasifica en la subcategoría **H00.1 Chalazión** según su localización. Si existe infección de la glándula de Meibomio no se codifica como chalazión, sino que se considera como orzuelo interno y se codificaría mediante códigos de la subcategoría **H00.02 Orzuelo interno**. Si se pudiese determinar el germen causante deberá asociarse el código correspondiente.

7.4.2 ECTROPIÓN Y ENTROPIÓN

7.4.2.a Entropión y triquiasis

El entropión o inversión del borde palpebral se codifica en la subcategoría **H02.0 Entropión y triquiasis de párpado**.

El término triquiasis se refiere a la mala dirección de las pestañas previamente normales. Si se presenta junto al entropión, no se codifica. La triquiasis sin entropión se clasifica en el código **H02.05 Triquiasis**.

7.4.2. b Ectropión

El ectropión o eversión del borde palpebral provoca la exposición de parte de la conjuntiva y se pueden presentar lesiones asociadas, como la epífora (lagrimeo) o las lesiones corneales, que se codificarán si están descritas.

El ectropión se clasifica en la subcategoría **H02.1 Ectropión de parpado,** en los distintos códigos dependiendo de su etiología.

7.4.3 BLEFAROPTOSIS O PTOSIS PALPEBRAL

La blefaroptosis es un descenso permanente del párpado superior. Si hay una patología conocida causante de la ptosis, se deberá codificar también. Este síntoma puede ser provocado por un daño palpebral (se usa entonces el vocablo Blefaroptosis) o por un daño nervioso del séptimo par o de los centros nerviosos del cerebro (en este caso, se emplea con frecuencia la palabra ptosis).

Se define la ptosis como la situación en la que el párpado superior desciende con respecto a la posición normal o con respecto a la del otro ojo. En la mirada al frente, el párpado superior cubre la córnea 2 mm en condiciones normales. Esta situación puede producir oclusión parcial o total del área pupilar, con el déficit visual que ello conlleva. Son múltiples y diversas las causas, de lo que se deriva que existan múltiples clasificaciones. Si hay una patología conocida causante de la ptosis, se deberá codificar también.

Paciente afecto de miastenia que ingresa para corrección de ptosis miógena bilateral

H02.423 Ptosis miógena de parpado, bilateral
G70.00 Miastenia gravis sin exacerbación (aguda)

7.4.4 ALTERACIONES DEL APARATO LAGRIMAL

El aparato lagrimal es el sistema fisiológico que contiene las estructuras orbitales para la producción y el drenaje de lágrimas. Está compuesto por la glándula lagrimal, que secreta las lágrimas, los canalículos lagrimales, el saco lagrimal, y el conducto nasolagrimal, por los cuales el fluido se transporta hacia la cavidad nasal.

7.4.4.a Dacrioadenitis y dacriocistitis

La dacrioadenitis o dacriadenitis es la inflamación o infección de la glándula lagrimal y se clasifica en la subcategoría **H04.0 Dacrioadenitis**.

La dacriocistitis o inflamación del saco lagrimal, generalmente es de causa infecciosa por la obstrucción del conducto nasolagrimal con códigos específicos para especificar tipos, y si es aguda o crónica.

7.5 ALTERACIONES DE LA CONJUNTIVA

La conjuntiva es una membrana mucosa transparente que tapiza el globo ocular desde el limbo esclerocorneal hasta los fondos de saco conjuntivales. La inflamación conjuntival ocurre normalmente por infección, alergia o irritación. Puede ser clasificada siguiendo varios criterios; según su modo de presentación: aguda, subaguda y crónica; por la naturaleza de la secreción: serosa, mucosa, purulenta y pseudomembranosa; y según el mecanismo responsable de la inflamación: alérgica, bacteriana, vírica, inespecífica, etc. La afección conjunta de párpado y conjuntiva se denomina blefaroconjuntivitis. La afección de córnea y conjuntiva se denomina queratoconjuntivitis.

La patología conjuntival se clasifica en las categorías **H10 Conjuntivitis** y **H11 Otros trastornos de conjuntiva**. Además, la conjuntivitis viral se codifica mediante códigos de la categoría **B30 Conjuntivitis viral** perteneciente al capítulo 1 CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS (A00-B99), por ejemplo la debida a adenovirus se codifica mediante el código **B30.1 Conjuntivitis por adenovirus.**

Si el diagnóstico fuese de queratoconjuntivitis por adenovirus se asignará el código **B30.0**

Queratoconjuntivitis por adenovirus. Si la infección por Chlamydias es neonatal se asignará el código **P39.1 Conjuntivitis y dacriocistitis neonatal**.

7.5.1 PINGUÉCULA

La pinguécula es un nódulo amarillento y pequeño en la conjuntiva cerca de la córnea, sin que crezca hacia esta. No hay que confundirla con la pingueculitis que se produce por infección o inflamación de la pinguécula. La codificación es diferente en cada caso: **H11.15- Pinguécula**, **H10.81- Pingueculitis.**

7.5.2 PTERIGIÓN

El pterigión consiste en un crecimiento anormal por inflamación de tejido de la conjuntiva (tejido fino y transparente que cubre la superficie externa del ojo), que tiende a dirigirse desde la conjuntiva bulbar, hacia el tejido de la córnea de forma triangular. Se clasifica en la subcategoría **H11.0 Pterigión del ojo**, donde el 5º dígito especifica el tipo de pterigión o la localización en el espacio orbitario y mediante 6ºdígito se especifica el ojo afectado.

7.6 TRASTORNOS DE LA ESCLERÓTICA, CÓRNEA, IRIS Y CUERPO CILIAR (H15-H22)

7.6.1 QUERATITIS

Las queratitis son inflamaciones o infecciones de la córnea, presentándose como queratitis superficiales o queratitis intersticiales, a menudo se asocian con una conjuntivitis secundaria (queratoconjuntivitis).

Una queratitis puede evolucionar a una ulceración corneal o a una neovascularización corneal. La cornea es una estructura avascular, sin embargo, en ciertas circunstancias, como en procesos inflamatorios o queratitis, se inicia una formación de vasos sanguíneos y linfáticos originados desde los capilares y vénulas del plexo limbar. Esta neovascularización forma parte del proceso de curación de lesiones corneales, pero a veces se produce una persistencia del proceso que interfiere la transparencia corneal.

En la CIE-10-ES, en líneas generales, las queratitis se codifican mediante la categoría **H16 Queratitis**, pero hay excepciones como es el caso de algunas queratitis infecciosas, que se clasifican con códigos de combinación en el capítulo 1. Las queratitis bacterianas o fúngicas que no tenga código específico, precisarán codificación múltiple con un código para identificar el tipo de queratitis que corresponda, más otro código para identificar el germen, generalmente de la sección AGENTES INFECCIOSOS BACTERIANOS Y VIRALES (B95-B97).

El tracoma puede dejar como secuela una queratitis, en cuyo caso se añadirá al código de la queratitis el código **B94.0 Secuelas de tracoma**.

7.6.2 QUERATOCONJUNTIVITIS SECA Y OJO SECO

La queratoconjuntivitis seca **no especificada como parte del síndrome de Sjögren** se clasifica en la subcategoría **H16.22 Queratoconjuntivitis seca, no especificada como de Sjögren**.

7.6.3 LACERACIONES CORNEALES

Las laceraciones corneales están clasificadas en el Capítulo 19 LESIONES TRAUMÁTICAS, ENVENENAMIENTOS Y OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS, en la categoría **S05.- Traumatismo del ojo y órbita**.

7.7 TRASTORNOS DEL CRISTALINO (H25-H28)

La patología fundamental de cristalino es la catarata y consiste en una opacidad congénita o degenerativa del mismo. Esto provoca que la luz se disperse dentro del ojo y no se pueda enfocar en la retina, creando imágenes difusas. El síntoma principal es una pérdida de visión progresiva e indolora. Las cataratas se pueden clasificar según su etiología, edad de aparición, morfología o grado de opacidad.

En la codificación de las cataratas, no se debe presuponer una relación con la edad, determinadas patologías, o antecedentes personales, sino que los diagnósticos deben estar especificados en la historia clínica. La excepción a esta norma es que el índice alfabético establezca una relación entre ambas patologías mediante el término **"con"**. En este caso deberá seguirse la norma general que especifica que el término "con" debe ser interpretado como "asociado/a con" o "debido/a" ya que la clasificación supone una relación causal entre las dos afecciones si están vinculadas por este término en el Índice Alfabético o en la Lista Tabular, incluso aunque la documentación del clínico no las asocie de forma explícita, salvo que en la documentación se indique claramente que dichas afecciones no guardan relación.

Teniendo en cuenta lo anterior las podemos codificar:

- **H25 Catarata relacionada con la edad**
- **H26 Otras cataratas**
- **H26.0 Catarata Infantil y juvenil**
- **H26.1 Catarata traumática**, a los que debe asociarse el código del traumatismo y el de la causa externa.
- **H26.2 Catarata complicada**, se seguirán las instrucciones de la Lista Tabular
- **H26.3 Catarata inducida por fármacos**. Se deberá asignar un código adicional para especificar el fármaco.
- **H26.4 Catarata secundaria**
- **H26.9 Catarata no especificada**
- **H28 Catarata en enfermedades clasificadas bajo otro concepto**
- **Q12.0 Catarata congénita**
- **Catarata diabética:** Diabetes Mellitus (**E08-E13**)

Los códigos **Z98.4- Estado de extracción de catarata**, identifican que un ojo ha sido operado con anterioridad de cataratas; el quinto carácter permite especificar la lateralidad. Si además se ha sustituido el cristalino por una lente intraocular se asigna también el código **Z96.1 Presencia de lente intraocular**.

7.8 TRASTORNOS DE LA RETINA (H30-H36)

La retina es una capa delgada y parcialmente transparente, forma la parte posterior interna del globo ocular y está en contacto con la cara interna de la coroides y con el humor vítreo. Está formada básicamente por varias capas de neuronas interconectadas mediante sinapsis, las únicas células sensibles

directamente a la luz son los conos y los bastones. Los bastones funcionan principalmente en condiciones de baja luminosidad y proporcionan la visión en blanco y negro, los conos, sin embargo, están adaptados a las situaciones de mucha luminosidad y proporcionan la visión en color.

Entre la retina neural y la coroides se sitúa el epitelio pigmentario de la retina (EPR) que es una monocapa de células pigmentadas y juega un papel crítico para mantener a los conos y bastones sanos y funcionando bien.

7.8.1 DESPRENDIMIENTO DE RETINA

El desprendimiento de retina se produce por la separación de la retina neurosensorial (capa donde se encuentran las células sensibles a la luz) del epitelio pigmentario, acumulándose líquido en el espacio que queda entre ambas.

Existen 3 tipos de desprendimiento:

- Desprendimiento retina regmatógeno

  Comprende una rotura de la retina como un desgarro o un orificio, puede ser debido a una miopía, a un traumatismo, etc.

- Desprendimiento de retina por tracción o no regmatógeno

  Puede deberse a la tracción vitreorretiniana debida a membranas fibrosas prerretinianas como puede ocurrir en la retinopatía diabética proliferativa o la anemia de células falciformes.

- Desprendimiento de retina seroso (exudativo)

  No implica rotura de la retina, es no regmatógeno.

  Es el resultado de la trasudación de líquido hacia el espacio subretiniano. Las causas incluyen uveítis grave, sobre todo en la enfermedad de Vogt-Koyanagi-Harada, hemangiomas coroideos y cánceres coroideos primarios o metastásicos.

En la categoría **H33 Desprendimientos y rotura de retina** se clasifican los desprendimientos de retina regmatógenos. El quinto carácter permite distinguir el tipo de desgarro, y el sexto la lateralidad. Se codificará por separado la hemorragia vítrea que coexista con el desprendimiento de retina, **H43.1-Hemorragia de vítreo**.

H33.001 Desprendimiento de retina no especificado, con rotura retiniana, ojo derecho
H33.042 Desprendimiento de retina con diálisis retiniana, ojo izquierdo

El Índice Alfabético indica con facilidad los códigos de desprendimiento de retina, pero se requiere una indización cuidadosa del episodio para asignar un código con la mayor especificidad posible.

El desprendimiento o el desgarro pueden ser complicación de una técnica quirúrgica. Se asignarán los códigos correspondientes según las normas de codificación de complicaciones intraoperatorias (**H59 Complicaciones y trastornos intraoperatorios y posprocedimiento de ojo y sus anexos, no clasificados bajo otro concepto**).

7.8.2 DEGENERACIÓN MACULAR RELACIONADA CON LA EDAD

La mácula ocular es una pequeña zona ubicada en el centro de la retina, que permite tener la visión de los detalles y el movimiento. Esta zona hace posible distinguir las caras y poder leer sin inconvenientes.

La degeneración macular o degeneración macular relacionada con la edad (DMAE, conocida también por sus siglas en inglés AMD-Age related Macular Degeneration) es la causa más frecuente de pérdida irreversible de la visión central en pacientes adultos mayores. Puede tener dos presentaciones:

- Atrófica o Seca

Es la forma más común (85% de los casos aproximadamente) y avanza de forma lenta y progresiva con el paso de los años. Se forman acumulaciones de depósitos de desecho de los conos y bastones, que degeneran en sacos o drusas produciendo alteraciones en el epitelio pigmentario de la retina (EPR). La mácula va degenerándose y puede acabar atrofiándose por completo en estadios avanzados. Este tipo de DMAE puede evolucionar a la forma húmeda.

- Húmeda o exudativa

Para compensar la falta de nutrientes, se desarrollan nuevos vasos sanguíneos anómalos, que pueden sangrar, deformar la retina y provocar diversas complicaciones. Cuando esto ocurre, la pérdida de visión es más rápida y agresiva, en apenas semanas o unos pocos meses.

La codificación de la degeneración macular se realizará con el código

H35.30 Degeneración macular no especificada
H35.31- Degeneración macular no exudativa relacionada con la edad
H35.32- Degeneración macular exudativa relacionada con la edad

La codificación correcta de la degeneración macular exudativa y no exudativa, precisa además de un séptimo carácter que informa sobre el estadio en el que se encuentra la enfermedad. Los valores de séptimo carácter son:

- 0 estadio no especificado /0 estadio no especificado
- 1 estadio seco inicial /1 con neovascularización coroidea activa
- 2 estadio seco intermedio /2 con neovascularización coroidea inactiva
- 3 atrofia avanzada sin afectación subfoveal /3 con cicatriz inactiva
- 4 atrofia avanzada con afectación subfoveal

• Drusas

Las drusas son depósitos amarillos debajo de la retina. Frecuentemente se encuentran en las personas mayores de 60 años. Las drusas solas generalmente no causan pérdida de visión. De hecho, los científicos no están seguros sobre la conexión entre las drusas y la degeneración macular. Lo que sí saben es que un aumento en el tamaño o en el número de drusas aumenta el riesgo que una persona pueda desarrollar la degeneración macular seca avanzada o la forma húmeda.

Si se determina que el proceso es de una DMAE, sólo se asignará el código correspondiente a este proceso.

La sola determinación de la presencia de drusas se codificará si se detectan en mácula mediante códigos de la subcategoría **H35.36 Drusas (degenerativas) de mácula** o en papila mediante códigos de la subcategoría **H47.32 Drusas de nervio óptico**. La membrana epirretiniana o gliosis epirretiniana es la formación de una membrana delgada en la interfase vitreorretiniana debido a que células gliales retinianas acceden a la superficie retiniana por la ruptura de la membrana limitante interna.

Se divide en dos formas clínicas:

- Maculopatía en celofán o pucker macular, son membranas fibrocelulares avasculares (que tienen pocos o ningún vaso sanguíneo), semitranslúcidas, que se forman en la superficie interna de la retina. Generalmente causan síntomas mínimos y se pueden observar con facilidad, pero en algunos casos pueden ocasionar una pérdida de visión indolora y metamorfopsia (distorsión visual).

- Pliegue macular: Este ocurre cuando se forman arrugas, pliegues o protuberancias en la mácula. La mácula debe permanecer lisa contra la parte posterior del ojo para funcionar correctamente. Cuando la mácula se arruga o sobresale, la visión central se ve afectada.

El término membrana epirretiniana no tiene entrada en el IA pero una de sus formas, el pliegue macular, si tiene entrada por lo que se asignará para codificar esta patología un código de la subcategoría **H35.37 Arruga o gliosis de mácula**.

7.9 GLAUCOMA (H40-H42)

El glaucoma es la consecuencia de una lesión en el nervio óptico y esta lesión en el nervio suele relacionarse con un aumento de presión en el ojo. A medida que este nervio se deteriora gradualmente, aparecen puntos ciegos en el campo visual.

La presión ocular elevada se debe a una acumulación de líquido (humor acuoso) que circula dentro del ojo. Por lo general, este líquido interno drena a través de un tejido llamado malla trabecular en el ángulo en el que se juntan el iris y la córnea. Cuando se produce un exceso de líquido o el sistema de drenaje no funciona de manera correcta, el líquido no puede salir a su ritmo normal y aumenta la presión ocular.

Muchas formas de glaucoma no presentan signos de advertencia. El efecto es tan gradual que es posible que no notes un cambio en la vista hasta que la afección se encuentre en una etapa avanzada.

La CIE-10-ES clasifica los glaucomas mayoritariamente mediante la sección GLAUCOMA (H40-H42).

Estos códigos nos informan con el 5º dígito generalmente el tipo de glaucoma, mediante 6º dígito localiza el/los ojos afectados y, si hubiera, 7º digito nos daría el estadio del glaucoma.

- **0** estadio no especificado
- **1** estadio leve
- **2** estadio moderado
- **3** estadio grave
- **4** estadio indeterminado

Fuera de la propia sección de glaucomas nos encontramos otros códigos referentes a glaucoma como, por ejemplo:

H44.51 Glaucoma absoluto
Q15.0 Glaucoma congénito

La CIE-10-ES incluye diferentes códigos para clasificar adecuadamente los tipos de glaucoma:

Tabla 7-1. Tipos de glaucoma

TIPOS DE GLAUCOMA	
SOSPECHA DE GLAUCOMA	**H40.00- a H40.06-**
GLAUCOMA DE ÁNGULO ABIERTO	**H40.10- a H40.15-**
GLAUCOMA DE ÁNGULO CERRADO	**H40.20- a H40.24-**
GLAUCOMA SECUNDARIO A TRAUMATISMO OCULAR	**H40.30- a H40.33-**
GLAUCOMA SECUNDARIO A INFLAMACIÓN OCULAR	**H40.40- a H40.43-**
GLAUCOMA SECUNDARIO A OTROS TRASTORNOS DEL OJO	**H40.50- a H40.53-**
GLAUCOMA SECUNDARIO A FÁRMACOS	**H40.60- a H40.63-**
OTROS GLAUCOMAS	**H40.81- a H40.89**
GLAUCOMA EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS BAJO OTRO CONCEPTO	**H42**

Paciente afectado de glaucoma moderado de baja tensión en ojo izquierdo

H40.1222 Glaucoma de baja tensión, ojo izquierdo, estadio moderado

Paciente que tras la correcta administración de mitomicina, presenta glaucoma grave en ojo derecho motivo por el que acude a urgencias

H40.61X3 Glaucoma secundario a fármacos, ojo derecho, estadio grave
T45.1X5A Efecto adverso de fármacos antineoplásicos e inmunosupresores, contacto inicial

7.9.1 TIPOS DE GLAUCOMA

El glaucoma se puede clasificar según la apertura del ángulo iridocorneal (glaucoma de ángulo abierto y de ángulo cerrado), según su origen (primario y secundario), por su evolución (agudo y crónico) y según su momento de aparición (congénito, infantil, juvenil y adulto).

A continuación, se definen los glaucomas más comúnmente conocidos:

Glaucoma de ángulo abierto. Es la forma más frecuente de presentación de glaucoma.
La elevación de la presión intraocular es el principal factor de riesgo para la aparición y la progresión del glaucoma, aunque no es el único. Otros factores como los antecedentes familiares, la miopía elevada, la raza negra…, también pueden contribuir a la aparición del glaucoma provocando un daño progresivo del nervio óptico que en estadios finales de la enfermedad puede llevar a la ceguera.

En función de si existe otra enfermedad que ocasione el glaucoma de ángulo abierto este se clasifica en primario o secundario. El glaucoma secundario de ángulo abierto puede estar causado por enfermedades oculares (tumores, traumatismos, cirugías previas, inflamaciones…) o no oculares.

En la mayoría de los casos el glaucoma primario de ángulo abierto es una patología asintomática y por esta ausencia de síntomas al glaucoma habitualmente se le denomina como la ceguera silenciosa.

Glaucoma de ángulo cerrado. Se produce en aquellos ojos en los que la salida del humor acuoso (el líquido que produce el ojo) está comprometida al obstruir el iris el ángulo camerular.

Es más frecuente en ojos pequeños e hipermétropes y en pacientes con ascendencia asiática; hay factores asociados al cristalino (catarata) o al propio iris que lo pueden desencadenar.

Este cierre angular se puede presentar de forma aguda, intermitente o crónica:

En el cierre angular agudo la tensión ocular sube bruscamente desencadenando una serie de síntomas típicos, dolor intenso (dolor de "clavo"), visión borrosa, náuseas, vómitos y sudoración intensa, en ocasiones se puede confundir con un cuadro gastrointestinal. Es poco frecuente, pues apenas representa el 5% de los glaucomas, pero es un cuadro clínico de urgencia médica y debe tratarse de forma inmediata.

El cierre angular intermitente produce episodios de visión borrosa, con halos alrededor de las luces y cefaleas.

El cierre angular crónico es asintomático, con subida indolora de la PIO y daño en el nervio óptico y en el campo visual.

Glaucoma de tensión normal o de baja tensión. Se produce cuando la presión del ojo es normal. Sin embargo, el nervio óptico se daña y se pierde la visión periférica. Reduciendo la presión del ojo por lo menos un 30 por ciento mediante medicación a veces se frena el progreso de la enfermedad, pero este tipo de glaucoma puede empeorar a pesar de la presión baja. Un historial médico detallado puede ayudar a identificar otros posibles factores de riesgo (como la presión arterial baja) que contribuyen al glaucoma de baja tensión. Si no existen otros factores de riesgo, el tratamiento es el mismo que se usa para el glaucoma de ángulo abierto.

Glaucoma congénito. Afecta a los bebés que nacen con defectos que impiden el drenaje normal del líquido del ojo.

Glaucoma juvenil. Es el glaucoma de ángulo abierto que afecta a los niños, los adolescentes y los adultos jóvenes.

Glaucoma secundario. Se denomina aquel glaucoma que es consecuencia de una patología preexistente, ya sea ésta ocular o sistémica. En tales casos, los mecanismos de drenaje del humor acuoso, y por tanto el nervio óptico, resultan afectados por la evolución de otra enfermedad.

Entre las patologías oculares destaca la uveítis, alteraciones de la retina, alteraciones del cristalino, tumores intraoculares, desprendimiento de tejido de las diferentes estructuras del interior del ojo, etc., por otro lado también se deben reseñar algún traumatismo, como resultado de intervenciones quirúrgicas como el trasplante de córnea, o por el crecimiento de nuevos vasos sanguíneos (neovascularización) que se forman cuando el aporte de oxígeno a los diferentes tejidos del ojo es muy bajo.

Glaucoma pigmentario. Es una forma rara, aparece en el síndrome de dispersión pigmentaria que se caracteriza por la liberación de gránulos de pigmento desde el epitelio pigmentario del iris que se

depositan en el segmento anterior del ojo. Típicamente, el huso de Krukenberg es un depósito de pigmentos en “forma de huso” debido a las corrientes convectivas de flujo del humor acuoso.
Los pacientes con un síndrome de dispersión pigmentaria pueden presentar un glaucoma de ángulo abierto crónico.

Síndrome de Seudoexfoliación (Pseudoexfoliation Syndrome). Se produce cuando las capas exteriores del cristalino se descaman y bloquean el flujo normal del humor acuoso.

Síndrome Iridocorneal Endotelial (ICE). Consiste en un grupo de patologías no hereditarias progresivas, que generalmente se presentan de forma unilateral y se caracterizan por una proliferación anómala de células endoteliales que migran a través del ángulo irido-corneal y estroma del iris. Esta proliferación puede bloquear la malla trabecular causando glaucoma, provocar edema con descompensación corneal y/o formar nódulos en el iris. Presenta tres formas clínicas:

- **Atrofia progresiva del iris**: se caracteriza por una marcada atrofia del iris que va generando orificios elongados y pérdida de estroma en la dirección contraria al desplazamiento pupilar.
- **Síndrome de Chandler**: suele diagnosticarse en estadíos precoces por edema corneal, cuando ya se encuentra en fases más avanzadas puede producirse afectaciones en el estroma del iris. En múltiples ocasiones existe confusión entre el Síndrome de Chandler y la Atrofia progresiva del iris, e incluso se han descrito formas mixtas. Es la variante más frecuente del ICE.
- **Síndrome de Cogan-Reese**: se observa la presencia de múltiples nódulos pedunculados, entre regiones de estroma de iris que han perdido sus criptas. Con el tiempo estos nódulos se tornan marronáceos e incrementan su número.

Glaucoma Neovascular. Es un tipo especial de glaucoma secundario relativamente frecuente y grave que se produce como consecuencia de la formación de nuevos vasos sanguíneos en el iris.
Los nuevos vasos se desarrollan por la pared del iris y alcanzan un lugar de la cámara anterior del ojo que se llama trabéculo, por donde se drena el humor acuoso. Estos nuevos vasos acaban por provocar una obstrucción en la circulación del humor acuoso, lo cual desencadena una elevación de la presión del ojo (hipertensión ocular). Si la isquemia se mantiene, el tejido vascular y el fibroso que lo acompaña invade totalmente la zona del trabéculo provocando el cierre del ángulo iridocorneal (ángulo cerrado) y una elevación muy importante de la presión intraocular.

Las causas principales que producen este tipo de glaucoma son la oclusión de la vena central de la retina y la diabetes mellitus.

Otras causas que pueden desencadenar un glaucoma neovascular incluyen la enfermedad obstructiva carotídea, la oclusión de la arteria central de la retina, tumores intraoculares, desprendimiento de retina de larga duración y cualquier proceso que provoque inflamación e isquemia intraocular mantenida.

7.9.2 CODIFICACIÓN DEL GLAUCOMA

Asigne todos los códigos que sean necesarios de la Categoría H40 Glaucoma, para identificar completamente el tipo de glaucoma, el estadio y el ojo afectado.

- **Glaucoma bilateral del mismo tipo y mismo estadio**

Cuando un paciente tiene un glaucoma bilateral y se documenta en ambos ojos el mismo tipo de glaucoma y el mismo estadio y existe un código de glaucoma bilateral, registre solo el código del tipo de glaucoma bilateral con el séptimo carácter para indicar el estadio.

Cuando un paciente tiene documentado un glaucoma bilateral del mismo tipo y estadio en ambos ojos, pero la clasificación no proporciona un código de glaucoma bilateral (p. e. subcategorías **H40.10** y **H40.20**) registre solo un código que identifique el tipo de glaucoma con el séptimo carácter adecuado para el estadio.

- **Glaucoma bilateral de diferentes tipos o estadios**

Cuando un paciente tiene documentado un glaucoma bilateral y cada ojo tiene un tipo o estadio de glaucoma distinto y la clasificación diferencia lateralidad, asigne el código apropiado para cada ojo en vez de un código de glaucoma bilateral.

Cuando un paciente tiene glaucoma bilateral y está documentado en cada ojo un tipo distinto pero la clasificación no distingue lateralidad (p. e. subcategorías **H40.10** y **H40.20**), asigne un código para cada tipo de glaucoma con el séptimo carácter adecuado para el estadio.

Cuando un paciente tiene un glaucoma bilateral y en cada ojo se ha documentado el mismo tipo, pero diferente estadio y la clasificación no distingue lateralidad (p. e. subcategorías **H40.10** y **H40.20**), asigne para cada ojo un código que describa el tipo de glaucoma con el séptimo carácter apropiado al estadio del glaucoma específico para cada ojo.

- **Paciente ingresado con un glaucoma con un estadio que evoluciona a otro durante el ingreso**

Si ingresa un paciente con glaucoma y durante el ingreso el estadio de su enfermedad avanza, asigne el código del mayor estadio documentado.

- **Glaucoma con estadio indeterminado**

La asignación del séptimo carácter "4" para estadios indeterminados debe basarse en la documentación clínica. El séptimo carácter "4" se utiliza para los glaucomas en los cuales el estadio no puede ser determinado clínicamente. Este séptimo carácter no debe confundirse con el carácter "0" inespecífico, que es asignado cuando la documentación no proporciona información referente al estadio del glaucoma.

7.10 CUERPO EXTRAÑO EN EL OJO

Para codificar correctamente los trastornos por cuerpos extraños en el ojo, hay que tener en cuenta factores como la naturaleza y la localización del cuerpo extraño. Las lesiones actuales por cuerpo extraño se codifican con el código adecuado de lesión (**S05.5- Herida penetrante con cuerpo extraño de globo ocular**). La presencia de un cuerpo extraño retenido (antiguo) intraocular, se clasifica en las subcategorías **H44.6 Retención de cuerpo extraño intraocular (antiguo), magnético** y **H44.7 Cuerpo extraño intraocular retenido (antiguo), no magnético**.

La entrada en el índice alfabético es por **Cuerpo extraño**, si se trata de una lesión aguda. Los modificadores se corresponden con la parte del ojo afectada. El modificador “retenido” facilita la localización de códigos para los cuerpos extraños antiguos.

Paciente que ingresa con trozos de piedra en cámara anterior de ojo derecho desde hace tres años

H44.711 Cuerpo extraño intraocular (antiguo) (no magnético) retenido en cámara anterior, ojo derecho
Z18.83 Fragmento cristalino o de piedra retenido

7.11 TRASTORNOS DE MÚSCULOS OCULARES, MOVIMIENTO BINOCULAR, ACOMODACIÓN Y REFRACCIÓN (H49-H52)

Los músculos extraoculares constituyen una musculatura voluntaria formada por:

- cuatro músculos rectos (dos verticales: recto inferior y recto superior; y dos horizontales: recto medial o interno y recto lateral o externo).

- dos músculos oblicuos (oblicuo superior o mayor y oblicuo inferior o menor), se encuentran en el interior de la órbita y se encargan en conjunto de mover el globo ocular y dirigir la mirada.

La acción combinada y controlada con precisión de estos músculos permite el movimiento vertical, lateral y de rotación del globo ocular. Las acciones de los músculos de los dos ojos normalmente están coordinadas de modo que el movimiento de ambos globos oculares coincide, lo cual se conoce como mirada conjugada.

Tres nervios diferentes son los que controlan el movimiento de estos músculos:

- nervio oculomotor o III par craneal, que inerva el recto superior, recto inferior, recto medial y oblicuo inferior.

- nervio troclear o IV par craneal, que inerva el oblicuo superior.

- nervio abducens o VI par craneal, que inerva el recto lateral.

El estrabismo es la desviación del alineamiento de un ojo en relación al otro. Esto impide fijar la mirada de ambos ojos en el mismo punto del espacio, lo que ocasiona una visión binocular incorrecta que puede afectar adversamente a la percepción de la profundidad.

Los estrabismos pueden clasificarse según diferentes parámetros. De una manera sencilla se clasifican:

Por la presentación de la desviación

Seudoestrabismo

Intermitente: forias. Detectable solo cuando se cubre un ojo, de manera que la visión es monocular.

Persistente: tropías. "desviación manifiesta", o sea que la desviación es detectada a simple vista. Puede afectar a uno o ambos ojos.

Por presencia o ausencia de parálisis de los nervios craneales

Estrabismo paralítico: III, IV y VI pares craneales: Se presenta como consecuencia de paresia o parálisis de uno o más músculos extrínsecos del ojo. Sus síntomas corresponden a los de una paresia o parálisis ocular, y son limitación del movimiento ocular en el sentido del músculo

afectado, diplopía con falsa orientación, mareos y vértigos. Es otra forma de estrabismo con compromiso de algunos músculos extraoculares o nervios relacionados.

Estrabismo no paralítico: Es la forma más común de estrabismo. Se produce por una inervación anormal desde los centros supranucleares. La inervación anormal conduce a una desproporción, en fuerza, entre el poder de convergencia y el de divergencia, ya que normalmente la contracción muscular debe ser de igual potencia. Ambos ojos están afectados por un desequilibrio muscular sin déficit funcional de ningún músculo, no existe paresia ni parálisis.

Por la dirección de la desviación

Convergente o endotropía: hace referencia a desviaciones nasales

Divergente o exotropía: hace referencia a desviaciones temporales

En el eje vertical:

Hipertropías: se refiere desviaciones hacia arriba

Hipotropías: las desviaciones hacia abajo

La CIE-10-ES clasifica los estrabismos mediante los códigos de las categorías **H49 Estrabismo paralítico** y **H50 Otros tipos de estrabismo**.

7.12 ALTERACIONES VISUALES Y CEGUERA (H53-H54)

La ceguera es una discapacidad física que consiste en la pérdida total o parcial del sentido de la vista. Existen varios tipos de ceguera parcial dependiendo del grado y tipo de pérdida de visión, como la visión reducida, el escotoma, la ceguera parcial (de un ojo) o el daltonismo.

En la categoría **H54 Ceguera y baja visión**, hay una nota para la definición de las categorías de la discapacidad visual recomendada por un grupo de trabajo de la OMS, que debemos leer atentamente para adecuar el código que debemos asignar.

Si se documenta "ceguera" o "visión baja" de ambos ojos, pero el grado de discapacidad visual no está documentado, asigne el código **H54.3 Pérdida de visión no calificada, ambos ojos**. Si se documenta "ceguera" o "visión baja" en un ojo, pero el grado de discapacidad visual no está documentado, asigne un código de la subcategoría **H54.6 Pérdida de visión, un ojo**. Si se documenta "ceguera" o "pérdida visual", sin información sobre si uno o ambos ojos están afectados, asigne el código **H54.7 Pérdida de visión no especificada**.

7.13 OTROS TRASTORNOS DEL OJO Y SUS ANEXOS (H55-H59)

En esta sección hay que destacar:

7.13.1 NISTAGMO

Es un movimiento involuntario e incontrolable de los ojos. El movimiento puede ser horizontal, vertical, rotatorio, oblicuo o una combinación de estos. Tiene entrada directa por el índice alfabético.

7.13.2 COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS Y POSPROCEDIMIENTO DEL OJO Y SUS ANEXOS, NO CLASIFICADAS BAJO OTRO CONCEPTO (H59)

La categoría **H59 Complicaciones y trastornos intraoperatorios y posprocedimiento de ojo y sus anexos, no clasificados bajo otro concepto**, incluye complicaciones de procedimientos oftalmológicos con códigos específicos para los órganos y estructuras de dicho sistema.

Paciente con hemorragia en ojo derecho tras vitrectomía

H59.311 Hemorragia posprocedimiento de ojo derecho y sus anexos después de un procedimiento oftalmológico

Y83.6 Extirpación de otro órgano (parcial) (total) como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento

Cuando el código de complicaciones de cuidados lleva implícito en el literal la causa externa que da origen a la complicación no es necesario añadir un código adicional de causa externa.

Paciente con edema macular quístico tras cirugía de cataratas

H59.039 Edema macular quístico tras cirugía de catarata, ojo no especificado

Si para codificar una complicación de cuidados, es necesario utilizar un código de complicación de sistema orgánico y otro de las categorías **T80 -T88 Complicaciones de la atención quirúrgica y médica, no clasificadas bajo otro concepto** pues nos aporta información, se secuenciará en primer lugar el que hace referencia a la complicación del sistema orgánico específico. Añadir códigos de la categoría **Y83 Cirugía y otros procedimientos quirúrgicos como causa de reacción anormal del paciente, o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento** para complementar dicha información.

8. ENFERMEDADES DEL OÍDO Y APÓFISIS MASTOIDES

El Capítulo 8 de la CIE-10-ES clasifica las enfermedades del oído entre las categorías **H60-H95**.

8.1 ANATOMÍA DEL OÍDO

El oído consta de estructuras externas, medias e internas.

El oído externo está formado por el pabellón auricular o de la oreja y el conducto auditivo externo (CAE) que termina en la cara externa del tímpano. El CAE posee glándulas sudoríparas apocrinas que producen el cerumen, cuya misión es protectora frente a gérmenes. Recoge las ondas sonoras y las transmite al oído medio.

El oído medio es una cavidad llena de aire que está separada del conducto auditivo externo por la membrana timpánica y contiene la cadena de huesecillos del oído (martillo, yunque y estribo). Está comunicado con la faringe mediante la trompa de Eustaquio. Hacia atrás se une con las cavidades de la apófisis mastoides del hueso temporal del cráneo. El tímpano y los tres huesecillos son los encargados de conducir el sonido desde el tímpano a la cóclea.

El oído interno o laberinto consta de estructuras para la audición (cóclea o caracol) y del órgano periférico del equilibrio o aparato vestibular (sáculo, utrículo y conductos semicirculares). Estas estructuras están llenas de líquido (endolinfa) y rodeadas de líquido (perilinfa).

8.2 NORMAS GENERALES DE CODIFICACIÓN

No existen normas específicas de codificación para este capítulo, siendo en la mayor parte de los casos fácil su búsqueda en el IAE.

Al inicio del capítulo existe una nota que indica que debe utilizarse un código de causa externa tras el código de afección del oído, si procede, para identificar la causa de dicha afección.

8.2.1 TRASTORNOS DEL OÍDO EXTERNO

Los trastornos del oído externo incluyen obstrucciones, infecciones, lesiones y tumores.
La piel que cubre el oído externo carece de tejido celular subcutáneo, de modo que su inflamación puede alterar la circulación nutriente del cartílago y favorecer las pericondritis y necrosis del cartílago.
Son enfermedades poco frecuentes y con entrada directa en el IAE.

Paciente con otitis externa aguda de oído derecho, no infecciosa

H60.501 Otitis externa aguda no infecciosa no especificada, oído derecho

8.2.2 TRASTORNOS DEL OÍDO MEDIO Y MASTOIDES (H65-H75)

8.2.2.a Otitis media

Es la inflamación del oído medio y se codifica con detalle en las categorías:

H65.- Otitis media no supurativa
H66.- Otitis media supurativa y no especificada

La clasificación distingue, con códigos específicos, entre las otitis medias supurativas y no supurativas; agudas y crónicas; serosas, mucosas, hemorrágicas; así como el lugar anatómico afectado.

Hay que indizar cuidadosamente para poder asignar el código más específico.

También podemos encontrar las otitis medias en otras categorías como son **H74 Otros trastornos del oído medio y mastoides** en la que se haya, por ejemplo, la enfermedad adhesiva del oído y en la categoría **H67.- Otitis media en enfermedades clasificadas bajo otro concepto**.

En la categoría **H65.- Otitis media no supurativa** es frecuente la necesidad de emplear codificación múltiple para identificar el germen causante de la otitis, para cualquier perforación de la membrana timpánica asociada (**H72**), así como para identificar:

- consumo de tabaco (**Z72.0**)
- dependencia de nicotina (**F17**)
- exposición a humo ambiental de tabaco (**Z77.22**)
- exposición al humo de tabaco en periodo perinatal (**P96.81**)
- exposición ocupacional al humo ambiental de tabaco (**Z57.31**)
- historia personal de dependencia a nicotina (**Z87.891**)

Paciente fumador de cigarrillos, con otitis media crónica supurativa y perforación central de la membrana timpánica del oído derecho

H66.3X1 Otros tipos de otitis media supurativa crónica, oído derecho
H72.01 Perforación central de la membrana timpánica, oído derecho
F17.210 Dependencia de nicotina, cigarrillos, sin complicaciones

Entre las otitis medias supurativas (**H66**) hay que distinguir entre las agudas, crónicas y las no especificadas; aisladas o recurrentes; y asociadas o no a ruptura de la membrana timpánica.

El código puede llevar asociado la perforación de la membrana timpánica. En caso contrario, será preciso añadir un código de la categoría **H72 Perforación de la membrana timpánica.**

Paciente con otitis media supurativa aguda con ruptura de la membrana timpánica del oído izquierdo

H66.012 Otitis media supurativa aguda con rotura espontánea de tímpano, oído izquierdo

8.2.2.b Colesteatoma (H71)

El colesteatoma no es una neoplasia sino una patología del oído medio causada por la proliferación de masas de epitelio queratinizante, que forman escamas que no pueden ser expulsadas al exterior, comprimiendo así los alrededores. Suele ser secundaria a una infección crónica del oído y puede llegar a erosionar la mastoides.

Se codifican en la categoría **H71 Colesteatoma del oído medio**, pudiendo distinguir según sea su localización (ático, tímpano, mastoides, difusa o no especificada).

Paciente con colesteatoma de mastoides izquierda

H71.22 Colesteatoma de mastoides, oído izquierdo

8.2.2.c Mastoiditis aguda (H70.0)

Es una infección de las celdillas mastoideas o hueso mastoideo del cráneo, generalmente causada por una infección del oído medio (otitis media aguda), que puede diseminarse desde el oído hasta el hueso mastoideo provocando incluso su destrucción con el riesgo de desarrollar abscesos y complicaciones neurológicas (laberintitis, petrositis, absceso subdural, etc.). Es una entidad rara y más frecuente en niños.

8.2.2.d Mastoiditis crónica (H70.1)

Se produce en mastoides compactas por invasión de las celdillas mastoideas por tejido de granulación originado por una otitis media crónica con o sin colesteatoma; es en realidad una extensión del proceso osteítico que ocurre en las otitis medias crónicas más que una complicación.

En ambos tipos de mastoiditis se puede producir un empiema, que puede drenar espontáneamente a través de la perforación timpánica o a través de una mastoidectomía terapéutica. La interiorización puede provocar complicaciones endocraneales.

El tratamiento para las mastoiditis menos severas incluye la administración de antibióticos, solos o asociados a miringotomía y tubos de ventilación.

La mastoidectomía se reserva para casos más graves, evidencia de complicaciones intracraneales y cuando se sospecha la existencia de colesteatoma en las mastoiditis.

8.2.3 ENFERMEDADES DEL OÍDO INTERNO (H80-H83)

Las enfermedades del oído interno incluyen:

8.2.3.a Otoesclerosis (H80)

Es una enfermedad que afecta al hueso del oído interno, existiendo tanto áreas de reblandecimiento como de endurecimiento y crecimiento óseo, que causa pérdida auditiva. El 5º carácter indica el oído afectado.

H80.0- Otoesclerosis con afectación de ventana oval, no obliterante
H80.1- Otoesclerosis con afectación de ventana oval, obliterante
H80.2- Otoesclerosis coclear

Paciente con otoesclerosis coclear bilateral

H80.23 Otoesclerosis coclear, bilateral

8.2.3.b Trastornos de la función vestibular (H81)

El vértigo es una sensación de falta de equilibrio, generalmente de carácter rotatorio. Existen varias formas, distinguiendo entre vértigo periférico, con origen en el aparato vestibular del oído interno, y el vértigo central, con origen en el sistema nervioso central.

H81.0- Enfermedad de Ménière
H81.1- Vértigo paroxístico benigno
H81.2- Neuronitis vestibular
H81.3- Otros vértigos periféricos
H81.4 Vértigo de origen central
H81.8- Otros trastornos de la función vestibular
H81.9.-Trastorno no especificado de la función vestibular

8.2.3.c Síndromes vertiginosos en enfermedades clasificadas bajo otro concepto (H82)

Existe una instrucción en la categoría indicando la necesidad de codificar primero la enfermedad subyacente.

8.2.3.d Otras enfermedades del oído interno (H83)

Incluye enfermedades tales como laberintitis, fistulas del laberinto; efectos del ruido sobre el oído interno, etc.

8.3 OTROS TRASTORNOS DEL OÍDO (H90-H95)

8.3.1 HIPOACUSIA O SORDERA (H90.0-H91.9)

Se trata de un déficit funcional que ocurre cuando un individuo pierde la capacidad auditiva en mayor o menor grado. Se codifica con detalle en función del origen de la sordera.

- **Hipoacusia conductiva (H90.0-H90.2)**
  También llamada hipoacusia de transmisión. Se produce por alteración de las estructuras de conducción del sonido. Existen subclasificaciones para indicar si es unilateral o bilateral y un 5º carácter para indicar el oído afectado en caso de las unilaterales.
- **Hipoacusia neurosensorial (H90.3-H90.5).** Se produce por alteración de las estructuras nerviosas que intervienen en la audición.
- **Hipoacusia mixta (H90.6-H90.8 y H90.A).** Aquellas que son conductivas y neurosensoriales a la vez.
- **Hipoacusia ototóxica (H91.0).** Hay que tener en cuenta que hay que codificar primero el envenenamiento por fármaco o agente tóxico (si procede), o utilizar código adicional de efecto adverso para identificar el fármaco (si se conoce).

- **Hipoacusia súbita idiopática (H91.2).** Aquella hipoacusia neurosensorial de inicio súbito, sin pródromos, que se desarrolla en un periodo menor o igual a 72 horas. Puede ser unilateral o bilateral y suele recuperarse espontáneamente en el 65% de los casos.

Paciente con sordera debida a intento autolítico con gentamicina hace 5 años

H91.09 Pérdida de audición por ototoxicidad, oído no especificado
T36.5X2S Envenenamiento por aminoglucósidos, autolesión intencionada, secuela

8.4 COMPLICACIONES Y TRASTORNOS INTRAOPERATORIOS Y POSPROCEDIMIENTO DEL OÍDO Y APÓFISIS MASTOIDES NO CLASIFICADOS BAJO OTRO CONCEPTO (H95)

Como ocurre en otros capítulos, las complicaciones se codifican dentro del propio capítulo.

Paciente con quiste mucoso de cavidad postmastoidectomía, oído izquierdo

H95.132 Quiste mucoso de cavidad postmastoidectomía, oído izquierdo

9. ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO

El capítulo 9 de la CIE-10-ES Diagnósticos clasifica entre las categorías **I00** e **I99** los trastornos del aparato circulatorio excepto aquellos que se clasifican en el capítulo 15 por ser condiciones obstétricas, capítulo 16 por afectar al neonato, capítulo 17 por tratarse de anomalías congénitas, capítulo 18 para síntomas, signos y resultados de pruebas no clasificables en otro lugar o en el capítulo 19 para las lesiones y complicaciones relacionadas con el aparato cardiovascular.

9.1 ENFERMEDAD CARDIACA VALVULAR

En la enfermedad cardiaca valvular, cuando no se especifique en la expresión diagnóstica la condición reumática de la misma, la CIE-10-ES Diagnósticos determina, por defecto, dicha condición en función de la válvula afectada y de la afectación en cuestión.

Tabla 9.1 Valvulopatías

VALVULOPATÍAS REUMÁTICAS POR DEFECTO	VALVULOPATÍAS NO REUMÁTICAS POR DEFECTO
TRICUSPÍDEA Cualquier afectación	PULMONAR Cualquier afectación
MITRAL Estenosis	MITRAL Insuficiencia
MITRAL/AÓRTICA/TRICUSPÍDEA Cualquier combinación de afectación	AÓRTICA Cualquier afectación si no hay afectación mitral o tricuspídea

Paciente con insuficiencia aórtica y tricuspídea

I08.2 Trastornos reumáticos tanto de la válvula aórtica como de la tricúspide

Existen códigos tanto en enfermedades valvulares reumáticas individuales como en las no reumáticas individuales o múltiples que permiten caracterizar el defecto valvular con precisión:

Paciente con insuficiencia y estenosis de la válvula aórtica

I35.2 Estenosis con insuficiencia (de la válvula) aórtica no reumática

9.2 ENFERMEDAD HIPERTENSIVA (HTA)

La CIE-10-ES Diagnósticos clasifica las enfermedades hipertensivas en las categorías **I10** a **I16**, excepto las que complican el embarazo, parto y puerperio, las neonatales y las pulmonares.

La cualificación de la naturaleza de la hipertensión como benigna o maligna se recoge en el IAE con modificadores no esenciales por lo que no influye en la asignación de códigos.

Las categorías **I10** a **I13** clasifican la hipertensión primaria jerárquicamente de acuerdo a si la afectación es vascular (**I10 Hipertensión esencial (primaria)**), cardiaca (**I11 Enfermedad cardiaca hipertensiva**), renal (**I12 Enfermedad renal crónica hipertensiva**) o común al corazón y al riñón (**I13 Enfermedad cardiaca y renal crónica hipertensiva**). La categoría **I15 Hipertensión secundaria** clasifica la HTA con causa identificable. La categoría **I16 Crisis hipertensiva** clasifica las crisis hipertensivas.

9.2.1 HTA Y ENFERMEDAD CARDIACA

La categoría **I11 Enfermedad cardíaca hipertensiva** es código de combinación para las enfermedades cardiacas clasificadas bajo **I50 Insuficiencia cardiaca** o **I51.4-I51.7**, **I51.89**, **I51.9.** La clasificación presupone una relación causal entre hipertensión y afectación cardiaca ya que el índice alfabético vincula ambos términos con la preposición "con". Estas afecciones deben codificarse como relacionadas incluso en ausencia de documentación explícita que las asocie. Estas mismas enfermedades (**I50**, **I51.4-I51.7**, **I51.89**, **I51.9**) en pacientes con diagnóstico de hipertensión, **se codifican con códigos diferenciados (es decir, sin utilizar código de combinación) cuando el clínico ha especificado para ellas otra causa diferente a la hipertensión o bien ha documentado que no tienen relación con la misma**. La secuencia de códigos depende de las circunstancias del contacto.

Las subcategorías identifican la presencia o no de insuficiencia cardiaca. En su caso será necesario emplear un código adicional de la categoría **I50 Insuficiencia cardiaca** para especificar el tipo de fallo cardiaco.

Paciente hipertenso y diabético tipo 2 de larga evolución que ingresa por fallo cardiaco congestivo

I11.0	**Enfermedad cardiaca hipertensiva con insuficiencia cardiaca**
I50.9	**Insuficiencia cardiaca, no especificada**
E11.9	**Diabetes mellitus tipo 2 sin complicaciones**

Paciente hipertenso y diabético tipo 2 de larga evolución. Diagnosticado de miocardiopatía dilatada idiopática hace tres años que ingresa por fallo cardiaco congestivo debido a su miocardiopatía

I50.9	**Insuficiencia cardiaca, no especificada**
I42.0	**Miocardiopatía dilatada**
I10	**Hipertensión esencial (primaria)**
E11.9	**Diabetes mellitus tipo 2 sin complicaciones**

Paciente con cardiopatía hipertensiva con fallo cardíaco sistólico congestivo agudo

I11.0	**Enfermedad cardiaca hipertensiva con insuficiencia cardiaca**
I50.21	**Insuficiencia cardiaca sistólica (congestiva) aguda**

9.2.2 HTA Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Al igual que ocurre con la hipertensión con enfermedad cardíaca, la CIE-10-ES Diagnósticos presume la relación **causal** entre hipertensión y enfermedad renal crónica (ERC). Cuando ambas aparecen declaradas

como diagnósticos se recogen mediante códigos de combinación de la categoría **I12 Enfermedad renal crónica hipertensiva**. La enfermedad renal crónica no se codificará como hipertensiva si el clínico ha identificado otra causa diferente a la hipertensión o bien ha documentado que no tiene relación con la misma.

Las dos subcategorías que incluye se utilizan en función del estadio de la enfermedad renal crónica, la cual se precisa con el correspondiente código adicional de los de la categoría **N18 Enfermedad renal crónica (ERC)**. En los pacientes con insuficiencia renal aguda y enfermedad renal crónica, la insuficiencia renal aguda debe ser también codificada. La secuencia de códigos dependerá de las circunstancias del ingreso o contacto.

Paciente con enfermedad renal crónica estadio III. HTA

I12.9	**Enfermedad renal crónica hipertensiva con enfermedad renal crónica en estadio 1 a 4 o con enfermedad renal crónica no especificada**
N18.30	**Enfermedad renal crónica, estadio 3 no especificado**

Paciente con HTA e IRC estadio III por nefropatía diabética crónica

E11.22	**Diabetes mellitus tipo 2 con nefropatía diabética crónica**
N18.30	**Enfermedad renal crónica, estadio 3 no especificado**
I10	**HTA**

Solo si el clínico implica también a la HTA en relación causal con la ERC se podrían utilizar los códigos de combinación para ambas entidades.

Paciente con ERC estadio 3 debida a nefropatía diabética crónica y a HTA

E11.22	**Diabetes mellitus tipo 2 con nefropatía diabética crónica**
I12.9	**Enfermedad renal crónica hipertensiva con enfermedad renal crónica en estadio 1 a 4 o con enfermedad renal crónica no especificada**
N18.30	**Enfermedad renal crónica, estadio 3 no especificado**

9.2.3 HTA Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y CARDIOPATÍA HIPERTENSIVA

La categoría **I13 Enfermedad cardíaca y renal crónica hipertensiva** engloba los códigos de combinación para la presencia conjunta de cualquier trastorno clasificable en la categoría **I11 Enfermedad cardíaca hipertensiva** con otro clasificable en la categoría **I12 Enfermedad renal crónica hipertensiva**.

La subcategoría **I13.1 Enfermedad cardiaca y renal crónica hipertensiva sin insuficiencia cardiaca** recoge aquellos casos donde no coexiste insuficiencia cardiaca, con lo que solo se debe añadir el código adecuado de la categoría **N18 Enfermedad renal crónica (ERC)** para identificar el estadio de la enfermedad renal crónica.

Las subcategorías **I13.0 Enfermedad cardiaca y renal crónica hipertensiva con insuficiencia cardiaca y enfermedad renal crónica estadios 1 a 4 o enfermedad renal crónica no especificada** e **I13.2 Enfermedad cardiaca y renal crónica hipertensiva con insuficiencia cardiaca y con enfermedad renal crónica en estadio 5 o con enfermedad renal en estadio terminal** engloban las situaciones en que además coexiste insuficiencia cardiaca por lo que adicionalmente al código adecuado de la categoría **N18 Enfermedad renal crónica (ERC)** se usará otro de la categoría **I50 Insuficiencia cardiaca** para identificar el tipo de insuficiencia cardíaca.

9.2.4 HIPERTENSIÓN SECUNDARIA

Para su correcta codificación se requieren dos códigos: uno para identificar la etiología fundamental y otro de la categoría **I15 Hipertensión secundaria** para identificar la hipertensión. La secuencia de los códigos la determina la razón del ingreso.

9.2.5 ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR HIPERTENSIVA

Se asignará primero el código apropiado de las categorías **I60-I69** y a continuación el código apropiado de hipertensión.

9.2.6 HIPERTENSIÓN QUE AFECTA A VASOS DEL OJO

Se codificará utilizando códigos de la subcategoría **H35.0 Retinopatía de fondo y cambios vasculares retinianos** junto al que corresponda a la HTA. La secuencia de los códigos la determina la razón del ingreso. En concreto, para la retinopatía hipertensiva se usan códigos de la subcategoría **H35.03 Retinopatía hipertensiva**.

9.2.7 HTA CONTROLADA/INCONTROLADA

La CIE-10-ES Diagnósticos no clasifica estas condiciones por lo que se le asignará el código apropiado de la HTA.
En este sentido, la expresión “historia de HTA” suele referirse a HTA bajo control en cuyo caso se asigna el código correspondiente de HTA.

9.2.8 CRISIS HIPERTENSIVA

Se codificará utilizando un código de la categoría **I16 Crisis hipertensiva**, especificando si se trata de una urgencia hipertensiva (**I16.0**), una emergencia hipertensiva (**I16.1**) o una crisis hipertensiva no especificada (**I16.9**). Además, se debe codificar cualquier enfermedad hipertensiva identificada con un código de las categorías **I10-I15**. La secuencia se asignará en función del episodio de cuidados.

9.2.9 HIPERTENSIÓN TRANSITORIA O ELEVACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL

Una elevación transitoria de la tensión arterial en un paciente sin el diagnóstico establecido de HTA se debe recoger con el código **R03.0 Medida de presión arterial elevada, sin diagnóstico de hipertensión**.

9.2.10 ALTERACIONES DE LA TENSIÓN ARTERIAL RELACIONADAS CON UN PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO

Ante la expresión diagnóstica "hipertensión posoperatoria" 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.

- En aquella documentada como complicación de un procedimiento se utiliza el código **I97.3 Hipertensión posprocedimiento.**

- En la HTA posoperatoria no documentada como complicación de procedimiento se asigna el código correspondiente a la HTA.
- En la elevación de la tensión arterial posprocedimiento sin documentación de relación causal se utiliza el código **R03.0 Medida de presión arterial elevada, sin diagnóstico de hipertensión**.
- 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 **T41 Envenenamiento, efecto adverso e infradosificación por anestésicos y gases medicinales** con 6º carácter 5.
- Hipotensión debida a tratamiento documentada:
  - Si es debida a fármacos se asigna el código **I95.2 Hipotensión debida a fármacos** y el código **T36-T50** que identifique el producto y la circunstancia.
  - Si se produce en hemodiálisis se utiliza el código **I95.3 Hipotensión de la hemodiálisis** y en relación con cualquier otro procedimiento se debe usar el código **I95.81 Hipotensión posprocedimiento**.

9.3 INSUFICIENCIA CARDIACA (FALLO CARDIACO)

9.3.1 NORMA GENERAL

En nuestro ámbito los términos de insuficiencia y fallo son equivalentes. La CIE-10-ES Diagnósticos clasifica la insuficiencia cardiaca atendiendo a varios ejes:

– Según la especificación de la lateralidad del corazón implicada en el fallo se establece:

  – componente izquierdo, donde se incluye el edema de pulmón relacionado con enfermedad cardíaca, mediante el código **I50.1 Insuficiencia ventricular izquierda, no especificada**

  – componente derecho: mediante los códigos de la subcategoría **I50.81 Insuficiencia cardiaca derecha**

  – componente bilateral: mediante los códigos **I50.82 Insuficiencia cardiaca biventricular**, e **I50.814 Insuficiencia cardiaca derecha por insuficiencia cardiaca izquierda**

– Según la naturaleza del fallo mediante las subcategorías:

  I50.2 Insuficiencia cardiaca sistólica (congestiva)

  I50.3 Insuficiencia cardiaca diastólica (congestiva)

  I50.4 Insuficiencia cardiaca combinada sistólica (congestiva) y diastólica (congestiva)

  En estas tres subcategorías y en la **I50.81 Insuficiencia cardiaca derecha**, el quinto y sexto carácter respectivamente especifican la forma de presentación como aguda o crónica.

Estos criterios no son inherentes ni excluyentes por lo que se utilizará codificación múltiple en caso necesario.

Fallo cardíaco agudo combinado sistólico y diastólico biventricular

I50.41 Insuficiencia cardiaca combinada sistólica (congestiva) y diastólica (congestiva), aguda
I50.82 Insuficiencia cardiaca biventricular

La no indicación de alguna de estas características, así como otras expresiones diagnósticas de insuficiencia/fallo cardiaco tales como: congestivo, compensado o descompensado, sin más

especificación, abocan a la codificación con **I50.9 Insuficiencia cardiaca, no especificada** o con **I50.89 Otra insuficiencia cardiaca**, según las indicaciones del IA.

Descompensación de fallo cardiaco congestivo **I50.9 Insuficiencia cardiaca, no especificada**

Si el fallo se da en un paciente afecto de una cardiopatía hipertensiva se utilizará el código de combinación correspondiente de la subcategoría **I11.0 Enfermedad cardíaca hipertensiva con insuficiencia cardiaca**.

Análogamente se hará con las subcategorías **I13.0 Enfermedad cardiaca y renal crónica hipertensiva con insuficiencia cardiaca y enfermedad renal crónica estadios 1 a 4 o enfermedad renal crónica no especificada** e **I13.2 Enfermedad cardiaca y renal crónica hipertensiva con insuficiencia cardiaca y con enfermedad renal crónica en estadio 5 o con enfermedad renal en estadio terminal** cuando además coexista una enfermedad renal crónica hipertensiva. En ambos casos se consignarán los códigos necesarios que especifiquen el tipo de fallo.

9.3.2 CASOS ESPECÍFICOS

9.3.2.a Fallo cardiaco de alto gasto

La insuficiencia cardiaca de alto gasto tiene distintas causas y es una entidad clínica diferente de otros tipos de insuficiencia cardiaca. Se caracteriza por un gasto cardíaco elevado, normalmente con una frecuencia cardíaca alta (causada por arritmias, tirotoxicosis, anemia, enfermedad de Paget, iatrogénica u otros mecanismos), con extremidades calientes, congestión pulmonar y, a veces, con una presión arterial baja, como en el shock séptico. Se codifica mediante el código **I50.83 Insuficiencia cardíaca de alto gasto**.

9.3.2.b Fallo cardiaco estadio terminal

La insuficiencia cardiaca en estadio terminal se caracteriza por presentar una enfermedad cardiaca estructural avanzada y síntomas acusados de insuficiencia cardiaca en reposo o con mínimos esfuerzos. Se codifica mediante el código **I50.84 Insuficiencia cardíaca en estadio terminal**.

9.3.2.c Fallo cardiaco reumático

Se asignará el código **I09.81 Insuficiencia cardiaca reumática** en aquellos casos en los que el fallo cardiaco coexista con una enfermedad cardiaca reumática documentada como tal, excepto que el médico indique una causa diferente del fallo. No se debe asumir la naturaleza del fallo cardíaco como reumático por la mera coexistencia de enfermedades valvulares que la CIE-10-ES Diagnósticos clasifica como reumáticas a menos que el clínico especifiqué la naturaleza reumática del fallo.

Se añadirá un código de la categoría **I50 Insuficiencia cardiaca** para identificar el tipo de insuficiencia cardíaca.

Paciente con estenosis mitral que ingresa por insuficiencia cardiaca congestiva

I50.9 Insuficiencia cardiaca no especificada
I05.0 Estenosis mitral reumática

Fallo cardíaco sistólico en paciente con estenosis mitral reumática

I09.81 Insuficiencia cardiaca reumática
I50.20 Insuficiencia cardiaca sistólica (congestiva), no especificada
I05.0 Estenosis mitral reumática

9.3.2.d Fallo cardiaco posprocedimiento y debido a la presencia de una válvula

El fallo cardíaco que se relaciona con un procedimiento se codifica con códigos de las subcategorías **I97.11 Hipofunción cardiaca posprocedimiento** cuando se pretende referir una situación de hipofunción cardiaca debida o relacionada con un procedimiento o **I97.13 Insuficiencia cardiaca posprocedimiento** para situaciones de fracaso cardiaco manifiesto, utilizándose en este caso código adicional para identificar el tipo de insuficiencia cardiaca. Si el fallo cardiaco se relaciona de forma explícita con la presencia de una prótesis valvular se codifica mediante el código **I97.130 Insuficiencia cardiaca posprocedimiento después de cirugía cardiaca**, utilizándose un código adicional para identificar la insuficiencia cardiaca. Si la válvula presenta una complicación se recogerá mediante el código precedente adecuado de la categoría **T82 Complicaciones de prótesis, implantes e injertos cardiacos y vasculares**, en caso contrario se codifica la presencia de la prótesis con el pertinente código adicional **Z95.2 Presencia de válvula cardiaca protésica**, **Z95.3 Presencia de válvula cardiaca xenogénica** o **Z95.4 Presencia de otra sustitución de válvula cardiaca**.

Paciente dado de alta hace 7 días por sustitución valvular mitral que ingresa por fallo cardiaco congestivo por fuga de la prótesis valvular mitral

T82.03XA Fuga de prótesis valvular cardiaca, contacto inicial
I97.130 Insuficiencia cardiaca posprocedimiento después de cirugía cardiaca
I50.9 Insuficiencia cardiaca, no especificada

9.3.2.e Disfunción sistólica/diastólica

Sin más especificación la disfunción cardiaca por si sola o descrita como sistólica o diastólica se codifica como **I51.89 Otras enfermedades mal definidas cardiacas**. Es necesario que se explicite en la documentación la presencia de insuficiencia cardiaca para poder utilizar códigos de la categoría **I50 Insuficiencia cardiaca**.

9.3.2.f Fracción de eyección (FE) disminuida/preservada

El índice alfabético, remite a codificar la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida como insuficiencia cardíaca sistólica y la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección normal o conservada como insuficiencia cardíaca diastólica.

La expresión diagnóstica “Fracción de eyección disminuida/preservada” no implica la presencia de insuficiencia cardiaca que debe estar explícitamente documentada.

Fallo
- corazón (agudo) (repentino) (senil) I50.9
- - con
- - - fracción de eyección
- - - - conservada - véase Fallo, corazón, diastólico
- - - - normal - véase Fallo, corazón, diastólico
- - - - reducida - véase Fallo, corazón, sistólico

9.4 DAÑO MIOCÁRDICO NO ISQUÉMICO

La cuarta definición universal del infarto de miocardio (documento de consenso de la ESC/ACC/AHA/WHF) establece la definición de **daño miocárdico** como la detección de valores de troponina cardiaca (cTn) elevados con al menos 1 valor por encima del límite superior de referencia del percentil 99.

El daño miocárdico se considera agudo cuando hay un aumento dinámico o un patrón de descenso de los valores de cTn en determinaciones consecutivas. Se considera crónico cuando los valores de troponinas cardiacas están persistentemente elevados.

El daño miocárdico puede producirse por isquemia miocárdica aguda o puede tener otras causas diferentes a la isquemia, siendo entonces denominado daño miocárdico no isquémico, debiendo estar documentado en la información clínica.

Las causas del daño miocárdico no isquémico pueden ser:

- Cardiacas: miocarditis, insuficiencia cardiaca, etc.

- No cardiacas: insuficiencia renal crónica, sepsis, embolia pulmonar, etc.

El daño miocárdico no isquémico se clasifica bajo el código **I5A Lesión miocárdica no isquémica (no traumática)**. Este código identifica el daño miocárdico agudo o crónico que no es de causa isquémica ni traumática. Debe secuenciarse primero la causa subyacente si se conoce y procede.

9. 5 CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

La CIE-10-ES Diagnósticos clasifica las enfermedades cardíacas isquémicas entre las categorías **I20-I25**.

9.5.1 INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IAM)

9.5.1.a Clasificación clínica del infarto de miocardio

Tradicionalmente, enfocado a las estrategias de tratamiento inmediatas, se define como «infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST» (IAMCEST) el que aparece en pacientes que presentan elevación del ST en dos derivaciones contiguas. En contraposición están aquellos sin elevación de esta parte del trazado: «infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST» (IAMSEST).
Otro criterio de clasificación atiende a la presencia o ausencia de ondas Q en el EKG: IAM con onda Q e IAM sin onda Q.

Además, el Grupo de Trabajo Conjunto de la ESC/ACC/AHA/WHF para la Definición Universal del Infarto de Miocardio (4ª definición) lo clasifica en varios tipos, basados en diferencias patológicas, clínicas y pronósticas, que requieren distintas estrategias de tratamiento:

Tipo 1: IM espontáneo

Es el causado por una enfermedad coronaria aterotrombótica (EC) que suele precipitarse por la rotura o

erosión de una placa ateroesclerótica. La carga relativa entre aterosclerosis y trombosis es muy variable en la lesión responsable y el componente trombótico dinámico puede producir una embolización coronaria distal que cause la necrosis miocitaria. Además, la aparición de hemorragia a través de la superficie rota puede complicar la rotura de la placa.

Tipo 2: IM secundario a desequilibrio isquémico

El daño miocárdico isquémico se produce por el desajuste entre el aporte y la demanda de oxígeno. Por ejemplo, en pacientes con enfermedad coronaria, conocida o posible, la presencia de un factor estresante agudo como, por ejemplo, una hemorragia gastrointestinal aguda o una taquiarritmia sostenida con manifestaciones clínicas de isquemia miocárdica puede dar lugar a un daño miocárdico y un IM tipo 2.

El desequilibrio entre la oferta y la demanda de oxígeno puede estar relacionado con una perfusión miocárdica reducida debida a espasmo coronario, disfunción coronaria microvascular, embolia coronaria, disección coronaria con o sin hematoma intramural y otros mecanismos que reducen el aporte de oxígeno como la bradiarritmia grave, la insuficiencia respiratoria con hipoxemia grave, la anemia grave o hipotensión o shock. También puede deberse a un aumento de la demanda miocárdica de oxígeno debido a una taquiarritmia sostenida o hipertensión grave.

Tipo 3: IM que resulta en muerte cuando aún no se dispone de las determinaciones de biomarcadores

Tipo 4a: IM relacionado con intervención coronaria percutánea

Tipo 4b: IM relacionado con trombosis del stent

Tipo 4c: IM relacionado con reestenosis del stent

Tipo 5: IM relacionado con injerto de bypass de arteria coronaria (CABG)

9.5.1.b Codificación del infarto de miocardio

El infarto de miocardio es codificado como agudo con códigos de la categoría **I21 Infarto agudo de miocardio** durante las 4 semanas (28 días) desde la fecha en que sucedió ("ventana aguda" o "marco temporal agudo"). No importa cuántos contactos tenga el paciente durante este periodo, ni donde tengan lugar, ni la secuencia y tipo de episodios de cuidados: en todos ellos se mantendrá la codificación del IAM con el mismo código de la categoría **I21**.

Después de las 4 semanas del evento agudo, incluso aunque el paciente ingrese o se traslade por alguna entidad relacionada con el IAM, se utilizará siempre el código **I25.2 Infarto de miocardio antiguo**, sin perjuicio de utilizar además códigos adicionales de cuidados posteriores si es pertinente, como por ejemplo **Z48.812 Contacto para cuidados posquirúrgicos de cirugía en el aparato circulatorio**, si ha sido sometido a procedimientos de revascularización para recoger esta circunstancia.

Es decir, el código **I25.2** no solo se usa en los casos de infartos antiguos o cicatrizados que ya no requieren más cuidados (equivalente a "historia de"), sino también cuando el paciente aún los recibe, o bien en aquellos en que se refleja que queda una situación de cardiopatía isquémica crónica, y también para recoger el antecedente de un IAM antiguo en un paciente con un nuevo evento isquémico agudo.

Ingreso por neumonía de paciente que hace 27 días había sufrido un IAM no Q

J18.9 Neumonía, microorganismo no especificado
I21.4 Infarto agudo de miocardio sin elevación de ST (IAMSEST) (IMNEST) (NSTEMI)

Paciente con antecedentes de enfermedad coronaria multivaso e infarto de miocardio hace 6 meses, que ingresa por neumonía.

J18.9 Neumonía, microorganismo no especificado
I25.10 Enfermedad cardiaca aterosclerótica de arteria coronaria nativa sin angina de pecho
I25.2 Infarto de miocardio antiguo

9.5.1.b.1 Infarto de miocardio con elevación de ST (IMCEST) e infarto de miocardio sin elevación del ST (IMSEST) de tipo 1

Las subcategorías **I21.0-I21.2** y el código **I21.3** se utilizan para el infarto de miocardio con elevación del ST (IMCEST) tipo 1, también denominado transmural o con onda Q.

El código **I21.4 Infarto agudo de miocardio sin elevación del ST (IAMSEST) (IMSEST) (NSTEMI)** se utiliza para el infarto de miocardio tipo 1 sin elevación del ST (IMSEST), también definido como IM no transmural, IM subendocárdico o IM sin onda Q.

9.5.1.b.2 Infarto de miocardio tipo 2

El IAM debido a isquemia por demanda o secundario a un desequilibrio entre la demanda y el aporte de oxígeno se clasifica con el código **I21.A1 Infarto de miocardio tipo 2**, junto con otro código para la causa subyacente. No se debe asignar el código **I24.8 Otras formas de enfermedad isquémica aguda cardiaca**, para la isquemia por demanda.

Los infartos de miocardio tipo 2 deben codificarse secuenciando en primer lugar la causa subyacente y a continuación el infarto de miocardio.

Cuando un IAM tipo 2 se describe como NSTEMI o STEMI, IAMSEST o IAMCEST y expresiones equivalentes, se debe asignar solo el código **I21.A1**. Los códigos **I21.01-I21.4** solo deberían asignarse para los IAM de tipo 1.

9.5.1.b.3 Otros tipos de infarto de miocardio

Los infartos agudos de miocardio tipo 3, 4a, 4b, 4c y 5 se clasifican con el código **I21.A9 Otro tipo de infarto de miocardio**, independientemente de que estén descritos como NSTEMI o STEMI, IAMSEST o IAMCEST. En los asociados a procedimientos de revascularización (tipos 4 y 5) se atenderá a las notas "Codifique además" y "Codifique primero" y a la normativa genérica que debe aplicarse para codificar las complicaciones.

9.5.1.b.4 Infarto agudo de miocardio, no especificado

El código **I21.9 Infarto agudo de miocardio, no especificado**, es el valor por defecto para el infarto agudo de miocardio inespecífico. Si solo se ha documentado que es un IMCEST o IAM transmural tipo 1 pero sin localización especificada, se debe asignar el código **I21.3 Infarto agudo de miocardio con elevación de ST (IAMCEST) (IMEST) (STEMI) de localización no especificada**.

9.5.1.b.5 Infarto subsiguiente

Se define el infarto de miocardio subsiguiente o recurrente como aquel infarto que aparece en las primeras cuatro semanas después de haber sufrido un infarto de miocardio. Su codificación dependerá del tipo de infarto previo y actual (ver puntos siguientes).

Los códigos incluidos en la categoría **I22 Infarto agudo de miocardio subsiguiente con elevación de ST (IAMCEST) (IMEST) (STEMI) y sin elevación de ST (IAMSEST) (IMNEST) (NSTEMI)**, se deben utilizar cuando un paciente que ha sufrido un IAM tipo 1 o no especificado tiene un nuevo infarto tipo 1 o no especificado, dentro del período de cuatro semanas desde el infarto inicial. Para codificar estos episodios son precisos dos códigos, uno de esta categoría (**I22**) y otro de las subcategorías **I21.0-I21.4** (infartos tipo 1) o **I21.9** (infarto no especificado). La secuenciación depende de las circunstancias del encuentro.

No se debe asignar un código de la categoría **I22 Infarto agudo de miocardio subsiguiente con elevación de ST (IAMCEST) (IMEST) (STEMI) y sin elevación de ST (IAMSEST) (IMNEST) (NSTEMI)**, para infartos de miocardio que no sean del tipo 1 o no especificados. Para IM subsiguientes de cualquier otro tipo debe asignarse el código correspondiente al tipo de infarto.

Paciente que ingresa por Infarto de miocardio anterior tipo 1

I21.09 Infarto agudo de miocardio con elevación de ST (IAMCEST) (IMEST) (STEMI) con implicación de otra arteria coronaria de la cara anterior

Paciente que presentó un infarto de miocardio anterior tipo 1 hace tres semanas que reingresa por infarto subendocárdico, tipo 1

I22.2 Infarto agudo de miocardio subsiguiente sin elevación de ST (IMSEST) (IMNEST) (NSTEMI)
I21.09 Infarto agudo de miocardio con elevación de ST (IAMCEST) (IMEST) (STEMI) con implicación de otra arteria coronaria de la cara anterior

Paciente que presentó infarto de miocardio anterior tipo 1 hace tres semanas que reingresa por nuevo infarto anterior debido a trombosis del stent

T82.867A Trombosis debida a prótesis, implantes e injertos cardiacos, contacto inicial
I21.A9 Otro tipo de infarto de miocardio
I21.09 Infarto agudo de miocardio con elevación de ST (IAMCEST) (IMEST) (STEMI) con implicación de otra arteria coronaria de la cara anterior
Z95.5 Presencia de angioplastia, injertos y prótesis coronarios

Paciente con infarto de miocardio tipo 2 secundario a anemia resuelta hace tres semanas que reingresa por infarto inferior tipo 1

I21.19 Infarto agudo de miocardio con elevación de ST (IAMCEST) (IMEST) (STEMI) con implicación de otra arteria coronaria de cara inferior
I21.A1 Infarto de miocardio tipo 2

Paciente con infarto de miocardio lateral tipo 2 secundario a anemia resuelta hace tres semanas, que reingresa por infarto de miocardio tipo 3

I21.A9 Otro tipo de infarto de miocardio
I21.A1 Infarto de miocardio tipo 2

En el IAE se encuentran las siguientes entradas:

Infarto
-miocardio
- - tipo 1 (véase además Infarto, miocardio, por localización, o con elevación de ST o sin elevación de ST) I21.9
- - tipo 2 I21.A1
- - tipo 3 I21.A9
- - tipo 4 (a) (b) (c) I21.A9
- - tipo 5 I21.A9

Infarto
-miocardio
- - recurrente (reinfarto) (subsiguiente) I22.9
- - - tipo 1 (*véase* además Infarto, miocardio, recurrente, por localización, o con elevación de ST o sin elevación de ST) I22.9
- - - tipo 2 I21.A1
- - - tipo 3 I21.A9
- - - tipo 4 I21.A9
- - - tipo 5 I21.A9

9.5.1.b.6 Otras consideraciones

Dentro de las categorías **I21 Infarto agudo de miocardio** e **I22 Infarto agudo de miocardio subsiguiente con elevación de ST (IAMCEST) (IMEST) (STEMI) y sin elevación de ST (IAMSEST) (IMNEST) (NSTEMI)** el 4º carácter con los valores 0, 1 y 2 permite diferenciar la cara del miocardio afectada por el IAM, y además con una subdivisión de 5º carácter que permite precisar la arteria involucrada en el IAM, si se conoce.

Infarto agudo de miocardio con elevación de ST de cara anterior debido a enfermedad severa de la arteria coronaria descendente anterior (arteria responsable (ARI)) (tipo 1)

I21.02 Infarto agudo de miocardio con elevación de ST (IAMCEST) (IMEST) (STEMI) con implicación de arteria coronaria descendente anterior

Debe estar documentada la relación entre una lesión coronaria y el IAM para la elección correcta del código. No se deben hacer asunciones si no existe dicha especificación, sobre todo si hay más de una arteria coronaria afectada.

Si un paciente ingresa a causa de un IAM y está documentada enfermedad aterosclerótica coronaria, el código del IAM debe secuenciarse antes que el de la enfermedad coronaria.

IAMCEST inferior. Los estudios diagnósticos demuestran afectación severa de la arteria circunfleja (95%) y de la coronaria derecha (80%) (tipo 1)

I21.19 Infarto agudo de miocardio con elevación de ST (IAMCEST) (IMEST) (STEMI) con implicación de otra arteria coronaria de cara inferior
I25.10 Enfermedad cardiaca aterosclerótica de arteria coronaria nativa sin angina de pecho

Las subcategorías que recogen el área lesionada o la arteria implicada no son excluyentes entre sí, pudiéndose utilizar más de un código si es necesario para describir completamente la zona y arterias implicadas.

Si no hay información sobre el área o arteria implicada y existe elevación del segmento ST el IAE dirige al código **I21.3 Infarto agudo de miocardio con elevación de ST (IAMCEST) (IMEST) (STEMI) de localización no especificada**.

El IAM sin onda Q, IMNEST (Infarto de Miocardio no elevación del ST), IMSEST (Infarto de Miocardio sin elevación del ST), infarto no transmural, sin más especificación se indexa bajo el código **I21.4 Infarto agudo de miocardio sin elevación de ST (IAMSEST) (IMNEST) (NSTEMI)**. El uso de este código tiene prioridad sobre cualquier localización o afectación anatómica que se especifique.

IAM no Q tipo 1 de pared anterior. Enfermedad severa de dos vasos

I21.4 Infarto agudo de miocardio sin elevación de ST (IAMSEST) (IMNEST) (NSTEMI)
I25.10 Enfermedad cardiaca aterosclerótica de arteria coronaria nativa sin angina de pecho

Si no hay información acerca del tipo de infarto, ni de la elevación del segmento ST, ni sobre la localización del IAM se asigna el código **I21.9 Infarto agudo de miocardio, no especificado**.

Si no hay información acerca del tipo de infarto, pero se especifica si es IAMCEST o IAMSEST, se codifica según esta característica siguiendo el IAE.

Si no hay información acerca del tipo de infarto ni de la elevación del segmento ST, pero se especifica la localización del IAM se codifica como un IAMCEST por sitio.

Si un IAMSEST tipo 1 evoluciona a IAMCEST se asignará el código correspondiente del IAMCEST.

Si un IAMCEST tipo 1, gracias a terapia trombolítica, evoluciona a IAMSEST se codificará igualmente como IAMCEST.

9.5.1.c Complicaciones del infarto de miocardio

La categoría **I23 Complicaciones en curso, tras infarto de miocardio con elevación de ST (IAMCEST)(IMEST)(STEMI) y sin elevación del ST (IAMSEST)(IMSEST)(NSTEMI) (dentro del periodo de 28 días)** recoge las eventuales complicaciones que se produzcan en los primeros 28 días tras un IAM de cualquier tipo y se deberá acompañar de un código de las categorías **I21 Infarto agudo de miocardio** o **I22 Infarto agudo de miocardio subsiguiente con elevación de ST (IAMCEST) (IMEST) (STEMI) y sin elevación de ST (IAMSEST) (IMNEST) (NSTEMI)**, determinándose el orden de los códigos en función de las circunstancias del contacto.

9.5.2 ARTERIOSCLEROSIS CORONARIA

La arterioesclerosis coronaria, también denominada "enfermedad de vaso coronario" (uno o varios vasos) o “enfermedad de arteria coronaria” en ausencia de angina de pecho se clasifica con el código **I25.10 Enfermedad cardiaca aterosclerótica de arteria coronaria nativa sin angina de pecho** o bien para los casos de derivación o trasplante, con los códigos de la subcategoría **I25.81 Aterosclerosis de otros vasos coronarios sin angina de pecho**, especificándose a nivel de 6º carácter.

La CIE-10-ES Diagnósticos ofrece códigos de combinación para recoger episodios de angina del tipo que sea junto con aterosclerosis coronaria, asumiéndose relación causal entre ambos (a menos que la documentación indique otra causa de la angina) mediante los códigos englobados en la subcategoría **I25.11 Enfermedad cardiaca aterosclerótica de arteria coronaria nativa con angina de pecho** con

subdivisiones a nivel de 6º carácter para indicar el tipo de angina y mediante los códigos de la subcategoría **I25.7 Aterosclerosis de injerto(s) de derivación de arteria coronaria y de arteria coronaria de corazón trasplantado, con angina de pecho**, con múltiples posibilidades en función del tipo de derivación o estado de trasplante y el tipo de angina, recogidas mediante el 5º y 6º carácter.

Angina inestable debida a enfermedad de un vaso coronario

I25.110 Enfermedad cardiaca aterosclerótica de arteria coronaria nativa con angina de pecho inestable

A estos códigos se les debe añadir la subcategoría **I25.82 Oclusión total crónica de arteria coronaria** en el caso de la obstrucción total o completa (100%) de la luz del vaso. Esta entidad no se debe confundir con la oclusión coronaria aguda sin infarto (**I24.0 Trombosis coronaria aguda que no produce infarto de miocardio**) o con el infarto (categorías **I21**, **I22**).

También si se especifica que se trata de una placa rica en lípidos se añade el código **I25.83 Aterosclerosis coronaria debida a placa rica en lípidos**.

Si la lesión coronaria se describe como calcificada se usa el código adicional **I25.84 Aterosclerosis coronaria debida a lesión coronaria calcificada**.

La miocardiopatía isquémica se codifica de manera específica con el código **I25.5 Miocardiopatía isquémica**, pudiendo coexistir con enfermedad aterosclerótica coronaria, siendo el orden determinado por las circunstancias del ingreso.

9.5.3 ÁNGOR

9.5.3.a Ángor preinfarto.

Cuando este término hace referencia a la situación en que tras la angina se acaba desarrollando un infarto, se asigna únicamente el código del IAM. Si no se desarrolla infarto, el código apropiado será el **I20.0 Angina inestable** o bien aquellos de combinación donde además se establece la enfermedad aterosclerótica coronaria: **I25.110 Enfermedad cardiaca aterosclerótica de arteria coronaria nativa con angina de pecho inestable** y los de la subcategoría **I25.7 Aterosclerosis de injerto(s) de derivación de arteria coronaria y de arteria coronaria de corazón trasplantado, con angina de pecho** con 0 como valor del 6º carácter.

9.5.3.b Ángor posinfarto

Se asignará el código **I23.7 Angina posinfarto** además del correspondiente al IAM en el orden que determinen las circunstancias del ingreso. Si además existe enfermedad arteriosclerótica coronaria se recogerá mediante los códigos adecuados según el tipo de vaso y que se especifican como con otras formas de angina de pecho.

IAMCEST tipo 1 anterior con angina post IAM en paciente con enfermedad de dos vasos

I21.09 Infarto agudo de miocardio con elevación de ST (IAMCEST) (IMEST) (STEMI) con implicación de otra arteria coronaria de la cara anterior
I23.7 Angina posinfarto
I25.118 Enfermedad cardiaca aterosclerótica de arteria coronaria nativa con otras formas de angina de pecho

9.5.3.c Ángor de reposo

También se la considera una angina inestable y se asignará por tanto el código **I20.0 Angina inestable** o bien aquellos de combinación donde además se establece la enfermedad aterosclerótica coronaria: **I25.110 Enfermedad cardiaca aterosclerótica de arteria coronaria nativa con angina de pecho inestable** y los de la subcategoría **I25.7 Aterosclerosis de injerto(s) de derivación de arteria coronaria y de arteria coronaria de corazón trasplantado, con angina de pecho** con 0 como valor del 6º carácter.

9.5.3.d Angina refractaria

La angina refractaria es una situación clínica en la que existe un dolor torácico tipo anginoso crónico (de duración igual o superior a tres meses), asociado a isquemia reversible que persiste a pesar del tratamiento médico óptimo y las revascularizaciones percutáneas y/o quirúrgicas actuales. Es un problema de abordaje muy complejo que precisa de nuevas estrategias terapéuticas.

Se asignará el código **I20.2 Angina de pecho refractaria**, o bien aquellos de combinación donde además se establece la enfermedad aterosclerótica coronaria: **I25.112 Enfermedad cardiaca aterosclerótica de arteria coronaria nativa con angina de pecho refractaria**, y los de la subcategoría **I25.7 Aterosclerosis de injerto(s) de derivación de arteria coronaria y de arteria coronaria de corazón trasplantado, con angina de pecho**, con 2 como valor de sexto carácter.

9.5.4 SÍNDROME CORONARIO AGUDO (SCA)

Bajo la denominación de SCA se incluyen entidades como la angina inestable o cualquier tipo de IAM. En ausencia de más información se codificará como **I24.9 Enfermedad isquémica aguda cardíaca no especificada**.

En relación a las alteraciones en el ECG se suelen utilizar los términos:

- Síndrome Coronario Agudo Sin Elevación del ST (SCASEST), que incluye mayoritariamente casos de angina inestable o infarto no Q y excepcionalmente IAM con onda Q.
- Síndrome Coronario Agudo Con Elevación del ST (SCACEST), que hace referencia en la mayor parte de los casos a IAM con onda Q, aunque en una pequeña proporción puede tratarse de angina de Prinzmetal o IAM sin onda Q.

En estos casos se debe analizar exhaustivamente la documentación para determinar a qué entidad se refiere para asignar el código adecuado.

SCASEST tipo IAM no Q (tipo 1)

I21.4 Infarto agudo de miocardio sin elevación de ST (IAMSEST) (IMNEST) (NSTEMI)

9.5.5 DOLOR TORÁCICO

Para el dolor torácico que no pueda ser considerado ángor se utilizará el código adecuado de la categoría **R07 Dolor de garganta y de tórax**.

9. 6 PARADA CARDIORRESPIRATORIA

Según la patología subyacente se codifica como **I46.2 Paro cardiaco debido a enfermedad cardiaca subyacente** si la condición es cardiaca o **I46.8 Parada cardiaca debida a otra afección subyacente** si no lo es, o bien **I46.9 Paro cardiaco, causa no especificada** si se desconoce la naturaleza de la condición. Dentro de las presentaciones posibles, la fibrilación ventricular tiene una codificación específica por lo que no será necesario añadir el código de parada cardíaca. Por contra, las otras formas como son la disociación electromecánica o la asistolia, se codifican mediante estos códigos.

9.6.1 ADMITIDO POR PARADA CARDIORRESPIRATORIA

- Diagnóstico principal: Patología de base causante de la parada cardiorrespiratoria.
- Diagnóstico secundario: Parada según la causa y forma.

Paciente que ingresa por un IAM anterior en PCR por FV

I21.09 Infarto agudo de miocardio con elevación de ST (IAMCEST) (IMEST) (STEMI) con implicación de otra arteria coronaria de la cara anterior
I49.01 Fibrilación ventricular

9.6.2 PARADA CARDIORRESPIRATORIA DURANTE EL EPISODIO

- Diagnóstico principal: Proceso causa del ingreso.
- Diagnóstico secundario: código de la categoría **I46 Paro cardiaco** según la causa de la parada.

Paciente que ingresa por fallo cardíaco congestivo con mala evolución que presenta asistolia al 2º día respondiendo a las maniobras de RCP

I50.9 Insuficiencia cardiaca, no especificada
I46.2 Paro cardiaco debido a enfermedad cardiaca subyacente

9.6.3 PARADA CARDIORRESPIRATORIA COMO CAUSA DEL FALLECIMIENTO

- Diagnóstico principal: Proceso causa del ingreso. No se utilizará código de la categoría **I46 Paro cardíaco**, cuando en la documentación se utilice la expresión con la intención de referir el exitus como evento inherente al mismo, que ya queda recogido el CMBD con el correspondiente código del campo “motivo de alta”.

Paciente de 92 años con pluripatología cardiovascular y neurológica y situación basal de dependencia para las ABVD. Ingresa por fallo cardiaco congestivo y neumonía bilateral. La evolución es tórpida a pesar del tratamiento instaurado, con empeoramiento progresivo de su situación clínica produciéndose finalmente el exitus por parada cardiorrespiratoria

I50.9 Insuficiencia cardiaca, no especificada
J18.9 Neumonía, microorganismo no especificado
(en este caso la parada cardiaca es inherente al exitus del paciente y no se codifica)

9.6.4 PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN RELACIÓN CON PROCEDIMIENTOS

9.6.4.a Parada posprocedimiento

Según suponga una complicación de cirugía cardiaca o de otra cirugía se utilizará **I97.120 Paro cardiaco posprocedimiento después de cirugía cardiaca** y **I97.121 Paro cardiaco posprocedimiento después de otros tipos de cirugía**, respectivamente.

9.6.4.b Parada Intraoperatoria

I97.710 Parada cardiaca intraoperatoria durante cirugía cardiaca o bien **I97.711 Parada cardiaca intraoperatoria durante otra cirugía.**

El código **Z86.74 Historia personal de parada cardiaca súbita** se usa solo para individuos que han tenido un episodio previo de paro cardíaco y que han sido resucitados con éxito. A estos pacientes generalmente se les encuentra alguna enfermedad cardiaca congénita tal como arritmias que no habían sido previamente diagnosticadas. Este código no se usa para identificar pacientes que hayan tenido historia de IAM, en este caso se usa el código **I25.2 Infarto de miocardio antiguo**. Estos códigos se pueden utilizar de forma conjunta.

9. 7 PRESENCIA DE DISPOSITIVOS CARDIACOS

La condición de ser portador de algún tipo de injerto o implante cardiaco de cualquier tipo, sin mención de complicación de las mismas, se recogen mediante la utilización de los códigos de la categoría **Z95 Presencia de implantes e injertos cardiovasculares**:

- **Z95.0 Presencia de marcapasos cardiaco**
- **Z95.1 Presencia de injerto derivación aortocoronaria**
- **Z95.2 Presencia de válvula cardiaca protésica**
- **Z95.3 Presencia de válvula cardiaca xenogénica**
- **Z95.4 Presencia de otra sustitución de válvula cardiaca**
- **Z95.5 Presencia de angioplastia, injertos y prótesis coronarios**
- **Z95.810 Presencia de desfibrilador cardiaco automático (implantable)**
- **Z95.811 Presencia de dispositivo de asistencia cardiaca**
- **Z95.812 Presencia de corazón artificial totalmente implantable**
- **Z95.818 Presencia de otros implantes e injertos cardiacos**
- **Z95.9 Presencia de implante e injerto cardiaco y vascular no especificado**

9. 8 TRASTORNOS CEREBROVASCULARES

CIE-10-ES Diagnósticos clasifica las enfermedades cerebrovasculares no traumáticas, excepto los ataques isquémicos transitorios y síndromes relacionados, en la sección **I60-I69 Enfermedades cerebrovasculares**.

9.8.1 TRASTORNOS HEMORRÁGICOS

Los eventos cerebrovasculares de carácter hemorrágico se clasifican en las categorías **I60 Hemorragia subaracnoidea no traumática** (con especificación a nivel de 4º y 5º carácter de la arteria sangrante y la lateralidad, respectivamente); **I61 Hemorragia intracerebral no traumática**, (con especificación a nivel de 4º carácter de la localización anatómica) e **I62 Otra hemorragia intracraneal no traumática y las no especificadas.**

9.8.2 INFARTO CEREBRAL/ICTUS/ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (ACV)

La categoría **I63 Infarto cerebral** engloba todos los códigos que refieren esta patología con detalle subdividiéndose a nivel de 4º carácter según el mecanismo participante en el infarto (trombosis, embolismo, oclusión o estenosis) y a nivel de 5º y 6º carácter para identificar el vaso y la lateralidad del mismo, respectivamente.

El término ictus y ACV son usados a menudo de manera indistinta para referirse al infarto cerebral. Están indexados en el código **I63.9 Infarto cerebral, no especificado**. El código **I67.9 Enfermedad cerebrovascular, no especificada** o **I67.81 Insuficiencia cerebrovascular aguda** no debe usarse cuando en la documentación consta ictus o ACV.

Ictus trombótico de arteria cerebral media derecha

I63.311 Infarto cerebral debido a trombosis de arteria cerebral media derecha

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

Hemiplejía flácida por infarto frontal agudo con conversión hemorrágica cortical espontánea

I63.9 Infarto cerebral, no especificado
I61.1 Hemorragia intracerebral no traumática en hemisferio, cortical
G81.00 Hemiplejia flácida que afecta a lado no especificado

Cuando un infarto cerebral coexista con una oclusión o estenosis de las arterias precerebrales o cerebrales, sin que se explicite relación causal entre ambos, se secuenciará en primer lugar el código **I63.9 Infarto cerebral, no especificado** y a continuación un código de la categoría **I65 Oclusión y estenosis de arterias precerebrales, que no produce infarto cerebral** o **I66 Oclusión y estenosis de arterias cerebrales, que no produce infarto cerebral**.

Ingreso por ictus. El paciente presenta una estenosis carotidea derecha

I63.9 Infarto cerebral, no especificado
I65.21 Oclusión y estenosis de arteria carótida derecha

Un **infarto cerebral de tipo lacunar** es un infarto de pequeño tamaño lesional (<15 mm de diámetro) localizado en el territorio de distribución de las arteriolas perforantes cerebrales, que clínicamente ocasiona un síndrome lacunar (hemiparesia motora pura, síndrome sensitivo puro, síndrome sensitivo motriz, hemiparesia atáxica y disartria-mano torpe), en un paciente con hipertensión arterial y otros factores de riesgo vascular cerebral.

El infarto lacunar se clasifica bajo el código **I63.81 Otro infarto cerebral debido a oclusión o estenosis de arteria pequeña**.

Los síndromes lacunares son manifestaciones clínicas. Suelen estar causados por infartos lacunares y excepcionalmente por otros subtipos de ictus, sobre todo pequeños hematomas cerebrales. Los síndromes lacunares habituales, clásicos o típicos son el síndrome motor puro, el síndrome sensitivo puro, la hemiparesia atáxica, la disartria-mano torpe y el síndrome sensitivo motriz. Cada uno de ellos se define de forma específica por una serie de síntomas.

Los síndromes lacunares se clasifican en la categoría **G46 Síndromes vasculares cerebrales en enfermedades cerebrovasculares**. La categoría **G46** lleva una nota de instrucción indicando que hay que codificar primero la enfermedad cerebrovascular subyacente (**I60-I69**)

En el Índice Alfabético se encuentra:

Síndrome – véase además Enfermedad
-lacunar NCOC G46.7
-puro
--lacunar sensorial G46.6
--motor lacunar G46.5

Los síndromes lacunares deben codificarse cuando estén documentados como tales por el clínico. Además, deben añadirse los códigos apropiados de los síntomas cuando estos aporten más información (por ejemplo, la lateralidad).

Si el síndrome lacunar no está documentado como tal se codificará el infarto lacunar, acompañado de los códigos necesarios para especificar los síntomas con los que ha cursado.

9.8.3 TRASTORNOS DEBIDOS A ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

Cualquier déficit neurológico producido por un trastorno cerebrovascular agudo (excepto AIT) se codificará, incluso en el caso de que se haya resuelto completamente en el momento del alta hospitalaria.

9.8.4 ACCIDENTES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS (AIT)

CIE-10-ES Diagnósticos clasifica los AIT en sus diferentes presentaciones clínicas en el capítulo 6 ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO, mediante los códigos incluidos en la categoría **G45 Accidentes isquémicos cerebrales transitorios y síndromes relacionados**.

9.8.5 DÉFICIT NEUROLÓGICO ISQUÉMICO REVERSIBLE (DNIR)

Los déficits neurológicos isquémicos reversibles (DNIR) en ausencia de más especificación se codifican como **I63.9 Infarto cerebral, no especificado**.

9.8.6 SÍNDROMES VASCULARES CEREBRALES

CIE-10-ES contiene códigos que permiten codificar específicamente determinados síndromes neurológicos cuando estos son causados por enfermedades cerebrovasculares si así se establece en la documentación. Se encuentran agrupados en la categoría **G46 Síndromes vasculares cerebrales en enfermedades cerebrovasculares** y deben ir precedidos por el correspondiente código de la enfermedad cerebrovascular subyacente (**I60-I69**). (Ver también punto 9.7.2).

9.8.7 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR RELACIONADO CON PROCEDIMIENTOS

Debe evidenciarse en la documentación la relación causa-efecto entre el procedimiento y el evento cerebrovascular.

9.8.7.a Infartos cerebrales

En el caso de los infartos cerebrales las subcategorías **I97.81 Infarto cerebrovascular intraoperatorio** e **I97.82 Infarto cerebrovascular posprocedimiento** se emplean según la fase en que ocurra la complicación y, además, a nivel de sexto carácter se especifica si el procedimiento consiste en una cirugía cardíaca o si se trata de otro tipo de procedimiento. Se deben añadir códigos, si procede, para especificar más el tipo de trastorno.

9.8.7.b Hemorragias y hematomas de estructuras del sistema nervioso

En este caso los códigos pertenecen al capítulo 6 Enfermedades del Sistema Nervioso, encuadrándose ambos eventos indistintamente en la misma subcategoría **G97.3 Hemorragia y hematoma intraoperatorios de órgano o estructura del sistema nervioso que complica un procedimiento** cuando ocurren intraoperatoriamente y usando códigos de diferentes subcategorías cuando ocurren posprocedimiento: **G97.5 Hemorragia posprocedimiento de órgano o estructura del sistema nervioso después de un procedimiento** y **G97.6 Hematoma y seroma posprocedimiento de órgano o estructura del sistema nervioso después de un procedimiento.** En todos ellos se diferencia mediante el 5º carácter si los procedimientos son realizados sobre el sistema nervioso o se trata de otro tipo de procedimiento.

9.8.8 SECUELAS Y ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

La categoría **I69 Secuelas de enfermedad cerebrovascular** contiene códigos que se utilizan para especificar las secuelas producidas por las enfermedades incluidas en las categorías **I60-I67**. Los déficits neurológicos causados por la enfermedad cerebrovascular pueden estar presentes desde su inicio o aparecer durante el episodio o posteriormente al momento del alta. No se utilizan estos códigos para informar de las afectaciones de un ACV actual.

Los códigos de la categoría son códigos de combinación que engloban información sobre la enfermedad cerebrovascular que originó la secuela mediante el 4º carácter y el déficit neurológico residual mediante el 5º carácter.

Además, los códigos que se utilizan para las secuelas del tipo hemiplejia/hemiparesia y monoplejia permiten identificar lateralidad y la dominancia: En pacientes ambidiestros se considera el lado afectado como dominante. Si la documentación especifica el lado afectado, pero no informa sobre su dominancia, se seleccionará el código de modo que si el lado afectado es el derecho se considera dominante y si es el izquierdo se considera lado no dominante.

Paciente con hemiparesia residual izquierda por antigua hemorragia cerebral

I69.154 Hemiplejia y hemiparesia tras hemorragia intracerebral no traumática con afectación de lado izquierdo no dominante

En el resto de síndromes paralíticos y en aquellas circunstancias en que la secuela no quede especificada en el código de la categoría **I69 Secuelas de enfermedad cerebrovascular** se debe añadir un código adicional que permita identificarlo (excepto la parálisis facial para la que existen códigos específicos).

Epilepsia efecto tardío de ACV

I69.898 Otras secuelas de enfermedad cerebrovascular
G40.909 Epilepsia, no especificada, no intratable, sin estado de mal epiléptico.

Los códigos de la categoría **I69 Secuelas de enfermedad cerebrovascular** pueden ser asignados en un episodio con códigos de **I60-I67**, si el paciente presenta un accidente cerebrovascular agudo actual y déficits secuelares derivados de uno antiguo.

El antecedente de haber padecido un ACVA o un AIT cuando no están presentes déficits neurológicos derivados del mismo se recoge mediante el código **Z86.73 Historia personal de ataque isquémico transitorio (AIT) e infarto cerebral sin déficits residuales** y no mediante un código de la categoría **I69 Secuelas de enfermedad cerebrovascular,** siendo incompatible su uso simultaneo en un mismo registro.

10. ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO

Con excepción de las enfermedades neoplásicas o de algunas enfermedades infecciosas, como la **Aspergilosis pulmonar (B44.1)**, las enfermedades respiratorias se clasifican en el capítulo 10 de la CIE-10-ES Diagnósticos en las categorías **J00 a la J99**.

También se incluyen las complicaciones respiratorias intraoperatorias o después de procedimiento a excepción de las que se producen sobre un pulmón trasplantado.

La mayoría de las categorías incluyen instrucciones para reseñar códigos adicionales que identifiquen la exposición al tabaco o la del agente infeccioso causal.

Cuando un problema respiratorio se describe como algo que ocurre en más de un sitio y no está específicamente representado, debe clasificarse en la localización anatómica más baja (por ejemplo, traqueobronquitis se clasifica bajo **J40 Bronquitis, no especificada como aguda o crónica**).

10.1 GRIPE

La gripe es una enfermedad vírica de curso agudo que afecta a vías respiratorias y que se caracteriza, habitualmente, por la presencia de fiebre alta, cefalea, mialgias, postración, rinorrea, dolor de garganta y tos.

Se reconocen tres tipos de virus: A, B y C. El tipo A comprende 15 subtipos, de los cuales dos, el H1 y el H3, han causado epidemias extensas. El tipo B se relaciona con epidemias regionales o diseminadas y el tipo C guarda relación con casos esporádicos y brotes localizados pequeños.

Las personas son el reservorio principal de la enfermedad. Aves y mamíferos, como el cerdo, son fuentes probables de nuevos subtipos humanos, los cuales surgen, probablemente, por recombinación genética.

Desde abril de 2009 se ha producido la aparición de casos de un nuevo tipo de gripe, por el virus A/H1N1, que ha afectado a diversos países del mundo.

- La gripe debida al virus A/H1N1 se incluye en la categoría **J10 Gripe debida a otros tipos de virus de la gripe identificados**.
- La subcategoría **J09.X Gripe debida a virus de la nueva gripe A identificado** incluye la Gripe A/H5N1, las gripes aviar y porcina y la gripe cuyo origen es un animal diferente a ave o cerdo.

Las categorías **J09 Gripe debida a virus de la gripe identificados** y **J10 Gripe debida a otros tipos de virus de la gripe identificados**, solo se asignan en casos confirmados; no se asignan cuando el informe del diagnóstico final indica que la infección es “sospechada”, “posible”, “parecida” o “cuestionable”. En este contexto de 'confirmación', no se requiere la documentación de pruebas de laboratorio positivas específicas para gripe aviar, ni para otra nueva gripe A, ni para otros virus de la gripe identificados. Sin embargo, la codificación debe fundamentarse en que el clínico haya expresado en su diagnóstico que el paciente tiene gripe aviar o bien otra nueva gripe A de la categoría **J09**, o bien que tiene otra cepa particular de gripe identificada como H1N1 y H3N2, o no identificada como nueva o variante, de la categoría **J10**.

En los casos de expresiones diagnósticas de “gripe A” o “Gripe B” debemos entender que se trata de una gripe con virus identificado (el virus de la gripe A o virus de la gripe B) y deben codificarse bajo la categoría **J10 Gripe debida a otros tipos de virus de la gripe identificados**.

La categoría **J09 Gripe debida a virus de la gripe identificados**, está destinada a la codificación de ciertos virus de la gripe identificados y que son de especial interés y seguimiento epidemiológico (nueva gripe A H5N1, aviar, porcina).

- La gripe no especificada se codifica con el código **J11.1 Gripe debida a virus de la gripe no identificado con otro tipo de manifestaciones respiratorias**.

Todas las categorías de la gripe (**J09**, **J10** y **J11**) presentan subcategorías para identificar complicaciones tales como neumonía, gastroenteritis, encefalitis, miocarditis u otitis media.

Gripe A/H1N1 con neumonía por Streptococcus pneumoniae

J10.08 Gripe debida a otros tipos de virus de la gripe identificados con otro tipo de neumonía especificado
J13 Neumonía por Streptococcus pneumoniae

10.2 NEUMONÍA/BRONCONEUMONÍA

La neumonía es una inflamación del parénquima pulmonar de etiología infecciosa que se manifiesta con fiebre, malestar general, tos y expectoración, dolor pleurítico y disnea y puede ser codificada en función de sus características de formas diferentes en la CIE-10-ES. El término neumonitis es sinónimo de neumonía.

Cuando exista un código de combinación, se asignará el código correspondiente del Capítulo 1. CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS (**A00-B99**) o del Capítulo 10. ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO (**J00-J99**), según indique el IAE.

Neumonía en fiebre tifoidea

A01.03 Neumonía tifoidea

Neumonía por Estafilococo aureus

J15.211 Neumonía debida a Staphylococcus aureus sensible a meticilina

Cuando para describir el juicio diagnóstico sea preciso utilizar codificación múltiple porque se trate de neumonías que se producen en el curso de otra enfermedad infecciosa, se tendrá en cuanta la siguiente secuencia: el código principal será el correspondiente al de la enfermedad causal (fiebre Q, fiebre reumática, gripe o esquistosomiasis) y el código secundario será el que identifique a la neumonía.

Neumonía en esquistosomiasis

B65.9 Esquistosomiasis, no especificada
J17 Neumonía en enfermedades clasificadas bajo otro concepto

Los códigos **J15.6 Neumonía por otra bacteria gram-negativa** y **J15.8 Neumonía por otras bacterias especificadas** necesitan de un código adicional que identifique el organismo causal, siempre que exista un código específico para éste.

- En los casos de neumonía sin más especificación y donde no se identifique el microorganismo, se usará el código **J18.9 Neumonía, microorganismo no especificado**.
- Cuando se conoce el germen o existe más información, deberán seguirse las indicaciones de los modificadores esenciales del IAE, asignándose el código adecuado para la neumonía por germen específico.
- **Neumonía basal**: Se codificará como neumonía por el tipo o microorganismo especificado. Si el único modificador de la neumonía fuese el término "basal", entonces se codificará como neumonía no especificada.
- **La Neumonía lobar** por microorganismo no especificado se codifica como **J18.1 Neumonía lobar, microorganismo no especificado**. No deben confundirse los términos lobar y lobular. El IAE remite al término **Bronconeumonía en el caso de Neumonía lobular**. En todo caso, cuando se conoce el germen causal, deberá seguirse las indicaciones de los modificadores esenciales en el Índice Alfabético, asignándose el código adecuado para la neumonía por germen específico.
- **Neumonía lobular o Bronconeumonía**: cuando no se conoce el germen causal, el código que debe asignarse es el **J18.0 Bronconeumonía, microorganismo no especificado**. Cuando se conoce el germen o existe más información, deberán seguirse las indicaciones de los modificadores esenciales en el Índice Alfabético, asignándose el código adecuado para la neumonía por germen específico.

Neumonía en lóbulo inferior
J18.9 Neumonía, microorganismo no especificado

Neumonía basal por Pseudomona aeruginosa
J15.1 Neumonía por pseudomonas

Bronconeumonía por Estafilococo aureus
J15.211 Neumonía debida a Staphylococcus aureus sensible a meticilina

- **Neumonía obstructiva**: cuando no se documenta el tipo de obstrucción y se desconoce el microorganismo causal, se codifica como **J18.9 Neumonía, microorganismo no especificado**. Si se identifica la causa de la obstrucción se codifican las dos patologías.
- **Neumonía bacteriana mixta**: si se mencionan cada uno de los microorganismos implicados, se codifican todos ellos con el código correspondiente.

Neumonía por Proteus y por Klebsiella Pneumoniae

J15.6 Neumonía por otra bacteria gram-negativa
B96.4 Proteus (mirabilis) (morganii) como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto
J15.0 Neumonía por Klebsiella pneumoniae

- **Neumonía vírica**. La categoría **J12 Neumonía vírica, no clasificada bajo otro concepto**, clasifica las neumonías de origen viral. Con el fin de mejorar la identificación de las neumonías causadas por COVID-19, se incorporó a la clasificación en el año 2022, el código **J12.82 Neumonía por enfermedad de coronavirus 2019.** La codificación tal y como indica la lista tabular, debe realizarse asignando primero el código **U07.1 COVID-19** y a continuación el código específico de la neumonía por COVID, **J12.82**.

- **Neumonía intersticial (o Neumopatía Intersticial)**: **J84.9 Enfermedad intersticial pulmonar, no especificada**. No confundir con la entidad Neumonitis Intersticial NEOM, que se codificará con el código **J84.89 Otros tipos de enfermedades pulmonares intersticiales especificadas**.

- **La neumonía por aspiración NEOM**: se codificará con el código **J69.0 Neumonitis debida a inhalación de alimentos y vómito**. Si se produce sobreinfección, se añadirá un código de las categorías **J13-J16** para especificar el germen causante de la neumonía. En el caso de que la neumonía sea debida directamente a la aspiración de gérmenes se asignará únicamente un código de las categorías **J13-J18**.
  También debe codificarse con el código **J69.0 Neumonitis debida a inhalación de alimentos y vómito**, la infección de vías bajas por aspiración**.**
  Sea cual sea la causa, si hay infección de vías respiratorias bajas, se produce una bronquitis o una neumonía/neumonitis.

  En el Índice Alfabético, bajo el término **"Aspiración"**, tanto el modificador esencial "bronquitis" como los de "neumonía" y "neumonitis" nos conduce al mismo código **J69.0 Neumonitis debida a inhalación de alimentos y vómito**:

  Aspiración [-]

  - alimento o cuerpo extraño (con asfixia) - *véase* Asfixia, alimento
  - bronquitis J69.0
  - leche (recién nacido) (sin síntomas respiratorios) P24.30
  - líquido (amniótico) (claro) (recién nacido) P24.10
  - meconio (recién nacido) (sin síntomas respiratorios) P24.00
  - moco - *véase* además Cuerpo extraño, por localización, que provoca asfixia
  - neonatal P24.9
  - neumonía J69.0
  - neumonitis J69.0
  - recién nacido P24.9
  - recién nacido, síndrome de - *véase* Aspiración, por sustancia, con neumonía
  - sangre
  - vérnix caseosa (recién nacido) P24.80
  - vómito - *véase* además Cuerpo extraño, vías respiratorias

Se necesita, si procede, un código adicional de la categoría **T17 Cuerpo extraño en vías respiratorias**, para identificar la presencia de un cuerpo extraño en las vías respiratorias.

Ingreso por neumonía por aspiración sobreinfectada por Pseudomona aeruginosa. El paciente presenta resto de vómito en las vías respiratorias

J69.0 Neumonitis debida a inhalación de alimentos y vómito
J15.1 Neumonía por pseudomonas
T17.918A Contenido gástrico en vías respiratorias, parte no especificada, que produce otras lesiones, contacto inicial

La neumonía por aspiración debida a procedimiento se codifica en la categoría **J95 Complicaciones y trastornos intraoperatorios y posprocedimiento de aparato respiratorio, no clasificados bajo otro concepto**, y se diferencia según la causa:

Si es consecuencia del acto anestésico se codifica como **J95.4 Neumonitis química debida a anestesia**. En su caso se utilizará el código **O74.0 Neumonitis por aspiración debida a anestesia durante el trabajo de parto y parto**.

En cambio, si la neumonía por aspiración es debida al procedimiento en sí, se codificará **J95.89 Otras complicaciones y trastornos posprocedimiento de aparato respiratorio, no clasificados bajo otro concepto**, necesitando un código adicional de la categoría **J69 Neumonitis debida a sólidos y líquidos**.

La neumonía por aspiración fetal se clasifica en la subcategoría **P24.81 Otra aspiración neonatal con síntomas respiratorios**.

Cuando el diagnóstico clínico no especifique la presencia de neumonía, bronquitis aguda, infección respiratoria de vías bajas o infección respiratoria aguda, sino solo "broncoaspiración", deberán seguirse las instrucciones del Índice Alfabético bajo los términos "Aspiración" y "Asfixia".

Ingreso por Gripe A/H1N1. El paciente presenta, a los dos días, broncoaspiración de vómito en las vías respiratorias que le causa asfixia, provocando la muerte

J10.1	**Gripe debida a otros tipos de virus de la gripe identificados con otras manifestaciones respiratorias**
R11.10	**Vómitos, no especificados**
T17.910A	**Contenido gástrico en vías respiratorias, parte no especificada, que produce asfixia, contacto inicial**

- **Neumonía asociada a ventilador**: **J95.851 Neumonía asociada a ventilación mecánica**, precisa un código adicional para identificar el microorganismo causal (no asignar códigos secundarios de las categorías **J12 Neumonía vírica, no clasificada bajo otro concepto** - **J18 Neumonía, microorganismo no especificado,** para identificar el tipo de neumonía). No se necesita ningún código de causa externa para indicar el tipo de procedimiento. La neumonía asociada a ventilador es una infección pulmonar que se desarrolla en personas que están con ventilación mecánica. El código **J95.851 Neumonía asociada a ventilación mecánica** no debe ser asignado en los casos en los que un paciente tiene una neumonía y está conectado a un respirador mecánico, pero el clínico no haya especificado que la neumonía esté asociada al respirador. La asignación de este código se basa en la documentación clínica y solo se asigna si se ha documentado dicha complicación.
- **Neumonía asociada al respirador desarrollada con posterioridad al ingreso:** Un paciente puede ser ingresado con un tipo de neumonía determinada (por ejemplo, **J13 Neumonía por Streptococcus pneumoniae**) y posteriormente desarrollar una neumonía asociada a respirador. En este caso el diagnóstico principal será el código apropiado de las categorías **J12-J18** para la neumonía diagnosticada en el momento de la admisión. El código **J95.851 Neumonía asociada a ventilación mecánica**, se asignará como un diagnóstico adicional siempre que el clínico lo haya documentado.
- **Neumonía postoperatoria o debida a procedimiento**: **J95.89 Otras complicaciones y trastornos posprocedimiento de aparato respiratorio, no clasificados bajo otro concepto**. Debe asignarse además el código o códigos adicionales que identifiquen el tipo de neumonía. La asignación del código se basa en la documentación clínica y se asignará solo cuando exista relación causal. Este código se

debe utilizar también para identificar neumonías debidas a procedimientos como intubación orotraqueal, fibrobroncoscopia, sondaje nasogástrico, etc.

- El término "**neumonía nosocomial**" no implica que la neumonía sea postoperatoria o causada por un procedimiento, por lo que se seguirá la norma general de codificación, añadiendo el código **Y95 Afección nosocomial**.

10.3 ABSCESO PULMONAR

Se trata de una infección microbiana del pulmón que desencadena necrosis del parénquima pulmonar.

Para codificar los abscesos pulmonares se **necesita codificación múltiple:**

- Código principal: Categoría **J85 Absceso pulmonar y del mediastino**.
- Código asociado: El del germen o el de la neumonía, si procede.

Absceso de pulmón y neumonía producidos por pseudomonas

J85.1 Absceso pulmonar con neumonía

J15.1 Neumonía por pseudomonas

Solo existe una entidad que queda descrita con un solo código de combinación: **A06.5 Absceso amebiano del pulmón**.

10.4 ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) Y ASMA

Los códigos de las categorías **J44 Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas** y **J45 Asma** permiten distinguir entre los casos no complicados y los que presentan exacerbación aguda. Una exacerbación aguda es un empeoramiento o una descompensación de una afección crónica, lo que no equivale a infección sobreañadida sobre una afección crónica, aunque una exacerbación puede estar desencadenada por una infección. Por otra parte, no se debe presuponer que una infección respiratoria sea aguda o que afecte al tracto respiratorio inferior si no se especifica.

- El broncoespasmo agudo (**J98.01 Broncoespasmo agudo**), el jadeo NEOM (**R06.2 Roncus y sibilancias**), la dificultad para respirar (**R06.02 Dificultad para respirar**), el distrés respiratorio (**R06.03 Distrés respiratorio agudo**) y la insuficiencia respiratoria NEOM, sin criterios gasométricos (**R06.89 Otras alteraciones de la respiración**) no se codifican.

  IAE
  Distrés
  - respiratorio (adulto) (niño) R06.03
  - - agudo R06.03
  - - - síndrome (adulto) (niño) J80
  - - dificultad para respirar R06.02

- **Hiperreactividad bronquial con broncoespasmo**: El código **J98.01 Broncoespasmo agudo**, se utiliza cuando la causa del broncoespasmo o de la hiperreactividad bronquial no se ha identificado.

10.4.1. ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) O BRONCONEUMOPATÍA CRÓNICA OBSTRUCTIVA (BNCO) U OBSTRUCCIÓN CRÓNICA AL FLUJO AÉREO (OCFA)

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se define como un estado patológico que se caracteriza por una limitación del flujo del aire, progresiva, que no es del todo reversible y asociada, principalmente, al uso del tabaco. La EPOC incluye el **enfisema**, que se caracteriza por destrucción y ensanchamiento de los alvéolos pulmonares, la **bronquitis crónica,** que se define en términos clínicos por tos crónica productiva la mayoría de los días de la semana durante al menos tres meses de duración total en dos años sucesivos, y la **enfermedad de las vías respiratorias finas**, en la que se estrechan los bronquiolos finos. La bronquitis crónica sin obstrucción NO se incluye dentro de la EPOC.

- La EPOC en la que no se especifica la patología de base se identifica con el código **J44.9 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada**.

En caso de **reagudización o descompensación** de EPOC, se asignará el código **J44.1 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación (aguda)**. En caso de que exista reagudización o descompensación de EPOC por infección respiratoria sin especificar, se utilizará el código adicional **J98.8 Otros trastornos respiratorios especificados**.

EPOC reagudizada por infección respiratoria

J44.1	**Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación (aguda)**
J98.8	**Otros trastornos respiratorios especificados**

- Si la EPOC coexiste con infección aguda de vías respiratorias inferiores, se asigna el código **J44.0 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección (aguda) de las vías respiratorias inferiores**, con un código adicional para identificarla: **J22 Infección aguda del tracto respiratorio inferior, no especificada** o **J20.- Bronquitis aguda** o el código de neumonía o bronconeumonía que proceda. Los códigos **J44.1 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación (aguda)** y **J44.0 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección (aguda) de las vías respiratorias inferiores**, deben utilizarse juntos en caso de EPOC descompensada por infección aguda de vías respiratorias inferiores y cualquiera de los dos puede cumplir la condición de diagnóstico principal. En caso de presencia de infección respiratoria, y en la medida de lo posible, deberá buscarse información para determinar si se trata de una infección aguda de vías respiratorias bajas ya que, si no se especifica, se debe asignar el código **J98.8 Otros trastornos respiratorios especificados**.

EPOC reagudizada por bronquitis aguda por Haemophilus influenzae

J44.0	**Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección (aguda) de las vías respiratorias inferiores**
J20.1	**Bronquitis aguda por Haemophilus influenzae**
J44.1	**Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación (aguda)**

- El código **J44.0 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección (aguda) de las vías respiratorias inferiores**, posee una instrucción de *Codifique además la infección*. Esta instrucción no establece una secuencia predeterminada, debiéndose seleccionar el diagnóstico principal en base a las circunstancias del ingreso. No obstante, y con el fin de mantener la homogeneidad en todas las bases

de datos y facilitar la recuperación de los mismos, se recomienda que cuando se produzca un ingreso por EPOC con Infección aguda de las vías respiratorias bajas, en el que cualquiera de dichas entidades cumpla los criterios de diagnósticos principal, se secuencie de la siguiente manera:

1. **J44.0 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección (aguda) de las vías respiratorias inferiores**
2. Código de Neumonía, bronquitis aguda, infección respiratoria de vías bajas (códigos **J12-J16**, **J18**, **J20-J22**)

Infecciones respiratorias tales como la gripe, o aquellas que se clasifican en el capítulo 1, no se ven afectadas por esta norma, y deben secuenciarse en función de las circunstancias del ingreso.
Si la infección respiratoria aguda se produce en el contexto de una infección por coronavirus COVID-19 (SARS-CoV-2), el código **J44.0 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección (aguda) de las vías respiratorias inferiores** será adicional al código **U07.1 COVID-19.**

EPOC reagudizada por Neumonía por Klebsiella pneumonie

J44.0 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección (aguda) de las vías respiratorias inferiores
J15.0 Neumonía por Klebsiella pneumonie
J44.1 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación (aguda)

- Cuando se especifica el enfisema como patología base de la EPOC, sin bronquitis crónica, se asignará el código correspondiente.

Paciente con enfisema pulmonar que ingresa por reagudización de su proceso

J43.9 Enfisema, no especificado

Paciente con enfisema pulmonar centrolobulillar con reagudización debida a infección respiratoria aguda

J43.2 Enfisema centrolobulillar
J22 Infección aguda del tracto respiratorio inferior, no especificada

10.4.2 ASMA BRONQUIAL

El asma es un síndrome caracterizado por obstrucción de las vías respiratorias, generalmente reversible, pero en algunas personas con asma crónica resulta irreversible.

La condición de asma está clasificada en la categoría **J45 Asma,** permitiendo distinguir el tipo y la presencia o no de agudización.

La presencia de "crisis asmática" no es sinónimo de estado asmático. Este implica una resistencia al tratamiento y deberá estar debidamente documentado. Se utilizarán códigos adicionales para el **fracaso respiratorio** (**J96.- Insuficiencia respiratoria no clasificada bajo otro concepto**) **y la encefalopatía hipercápnica** (**G93.41 Encefalopatía metabólica**) si así constan en la información clínica.

En la CIE-10-ES existen códigos para especificar el tipo de asma: intermitente y persistente (leve, moderada o grave).

Tabla 10.1 Tipo de asma según frecuencia de los síntomas

SEVERIDAD DEL ASMA	FRECUENCIA DE LOS SÍNTOMAS
Asma INTERMITENTE (J45.2-)	Menor o igual a dos veces por semana
Asma PERSISTENTE LEVE (J45.3-)	Más de dos veces por semana
Asma PERSISTENTE MODERADA (J45.4-)	A diario; puede restringir la actividad física
Asma PERSISTENTE GRAVE (J45.5-)	A lo largo del día; severos ataques frecuentes que limitan la capacidad de respirar

El asma con obstrucción crónica o con cualquier diagnóstico de enfermedad obstructiva crónica (EPOC), se clasifica en la categoría **J44 Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas**, con un código adicional de la categoría **J45 Asma** para indicar el tipo de asma.

Bronquitis asmática aguda con estado asmático:
- **J45.902 Asma no especificada con estado asmático**

Asma infantil:
- **J45.909 Asma, no especificada, sin complicaciones**

Asma con EPOC:
- **J44.9 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica**
- **J45.909 Asma no especificada, sin complicaciones**

Bronquitis asmática crónica con exacerbación aguda:
- **J44.1 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación (aguda)**
- **J45.901 Asma no especificada, con exacerbación (aguda)**

Asma psicógena:
- **J45.909 Asma no especificada, sin complicaciones**
- **F54 Factores psicológicos y del comportamiento asociados con trastornos o enfermedades clasificadas bajo otro concepto**

Exacerbación aguda de EPOC, bronquitis aguda y asma intrínseca con estado asmático:
- **J44.1 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación (aguda)**
- **J44.0 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección (aguda) de las vías respiratorias inferiores**
- **J20.9 Bronquitis aguda, no especificada**
- **J45.902 Asma no especificada con estado asmático**

Exacerbación aguda de EPOC, bronquitis aguda y exacerbación aguda de asma extrínseca:
- **J44.1 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación (aguda)**
- **J44.0 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección (aguda) de las vías respiratorias inferiores**
- **J20.9 Bronquitis aguda, no especificada**
- **J45.901 Asma no especificada con exacerbación (aguda)**

10.5 BRONQUIECTASIAS

Las bronquiectasias son dilataciones irreversibles de las vías respiratorias que afectan al pulmón, ya sea de manera localizada o difusa.

Se clasifican en la categoría **J47 Bronquiectasias,** con un cuarto dígito que indica la existencia o no de exacerbación aguda o infección aguda de vías respiratorias inferiores.

Puede ser necesario el uso de codificación múltiple en caso de coexistir con enfisema o asma.

En caso de bronquiectasias infectadas o sobreinfectadas se utilizará el código **J47.0 Bronquiectasias con infección aguda de vías respiratorias bajas**, añadiendo los códigos adicionales en caso de conocerse los gérmenes causantes.

- El código **J47.0 Bronquiectasias con infección aguda de vías respiratorias bajas,** ha cambiado la instrucción *Utilice código adicional* por la de *Codifique además la infección*. Esta instrucción no establece una secuencia predeterminada, debiéndose seleccionar el diagnóstico principal en base a las circunstancias del ingreso. No obstante, y con el fin de mantener la homogeneidad en todas las bases de datos y facilitar la recuperación de los mismos, se recomienda que cuando se produzca un ingreso por bronquiectasias con infección aguda de las vías respiratorias bajas, en el que cualquiera de dichas entidades cumpla los criterios de diagnóstico principal, se secuencie de la siguiente manera:

1. **J47.0 Bronquiectasias con infección aguda de vías respiratorias bajas**
2. Código de neumonía, bronquitis aguda, infección respiratoria de vías bajas (códigos **J12-J16**, **J18**, **J20-J22**)

Bronquiectasias con neumonía

J47.0 Bronquiectasias con infección aguda de vías respiratorias bajas
J18.9 Neumonía, microorganismo no especificado

En el Índice Alfabético:

Bronquiectasia (cilíndrica) (difusa) (fusiforme) (localizada) (sacular) J47.9
-con
--aguda
---bronquitis J47.0
---infección respiratoria baja J47.0

Tabla 10.2 Exacerbación/Descompensación de enfermedad respiratoria crónica

	NEOM	DESCOMPENSADO	CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA O DE VÍAS BAJAS	REAGUDIZADO O DESCOMPENSADO POR INFECCIÓN RESPIRATORIA	REAGUDIZADO O DESCOMPENSADO POR (O CON) INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA O DE VÍAS BAJAS
EPOC NEOM	**J44.9**	**J44.1**	**J44.0 + (J12-J16, J18, J20-J22)**	**J44.1 + J98.8**	**J44.0 + (J12-J16, J18, J20-J22) + J44.1**
EPOC tipo bronquitis crónica obstructiva	**J44.9**	**J44.1**	**J44.0 + (J12-J16, J18, J20-J22)**	**J44.1 + J98.8**	**J44.0 + (J12-J16, J18, J20-J22) + J44.1**
EPOC tipo enfisema	**J43.9**	**J43.9**	**J43.9 + (J12-J16, J18, J20-J22)**	**J43.9 + J98.8**	**J43.9 + (J12-J16, J18, J20-J22)**
Bronquiectasias con bronquitis crónica obstructiva	**J47.9**	**J47.1**	**J47.0 + (J12-J16, J18, J20-J22)**	**J47.1 + J98.8**	**J47.0 + (J12-J16, J18, J20-J22) + J47.1**
Asma bronquial + EPOC	**J44.9 + J45.909**	**J44.1 + J45.901**	**J44.0 + (J12-J16, J18, J20-J22) + J45.901**	**J44.1 + J45.901 + J98.8**	**J44.0 + (J12-J16, J18, J20-J22) + J44.1+ J45.901**
Enfisema con Bronquitis crónica	**J44.9**	**J44.1**	**J44.0 + (J12-J16, J18, J20-J22)**	**J44.1 + J98.8**	**J44.0 + (J12-J16, J18, J20-J22) + J44.1**

10.6 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

La insuficiencia respiratoria (IR) se define como la situación en la que el aparato respiratorio se muestra incapaz de cumplir su función de intercambio pulmonar de gases de forma suficiente para atender las necesidades metabólicas del organismo. Se acepta que existe una insuficiencia respiratoria cuando, respirando aire ambiente (fracción inspiratoria de oxígeno o FiO_2 de 0,21), al nivel del mar, en reposo y en vigilia, la presión arterial de oxígeno (PaO_2) es menor de 60 mmHg y/o la presión arterial de anhídrido carbónico ($PaCO_2$) es mayor de 45 mmHg.

Cuando la PaO_2 se encuentra entre 60 y 80 mmHg se habla de **Hipoxemia (R09.02)**.

En función de criterios gasométricos o fisiopatológicos**,** se habla de **IR hipercápnica o global** si se acompaña de cifras elevadas de $PaCO_2$ e **IR no hipercápnica** si las cifras de $PaCO_2$ son normales.

- En función del tiempo de instauración, se considera **IR aguda** (**J96.0**-) cuando se presenta en un corto periodo de tiempo (horas o días), como un episodio aislado en la historia natural de una enfermedad, e **IR crónica** (**J96.1**-) cuando se instaura en semanas o meses, considerándose un proceso estable y generalmente irreversible o poco reversible, habiéndose desencadenado mecanismos compensadores de adaptación. Algunos autores definen la **IR crónica agudizada** (**J96.2**-) como una variación en los valores de la PaO_2 o de la $PaCO_2$ de más de 5 mmHg respecto a las cifras previas medidas en situación estable, como resultado de la agudización de una enfermedad pulmonar crónica.

Tabla 10.3 Tipo de insuficiencia respiratoria

TIPO DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	PaO2	PaCO2
Insuficiencia Respiratoria Aguda Parcial	↓	Normal o ↓
Insuficiencia Respiratoria Aguda Global	↓	↑
Insuficiencia Respiratoria Crónica Parcial	↓	Normal o ↓
Insuficiencia Respiratoria Crónica Global	↓	↑
Insuficiencia Respiratoria Crónica Reagudizada Parcial	↓	Normal o ↓
Insuficiencia Respiratoria Crónica Reagudizada Global	↓	↑

Se evitará utilizar le entrada alfabética “Insuficiencia, respiratoria” debido a que sus modificadores esenciales subordinados no proporcionan acceso adecuado a los códigos correctos. En cualquier caso, se aplicará de forma sistemática, la instrucción “*véase además* Fallo”.

IAE
Fallo
- respiración, respiratorio J96.90
- - con
- - - hipercapnia J96.92
- - - hipercarbia J96.92
- - - hipoxia J96.91
- - agudo J96.00
- - - con
- - - - hipercapnia J96.02
- - - - hipercarbia J96.02
- - - - hipoxia J96.01
- - agudo y (sobre) crónico (reagudizado) J96.20
- - - con
- - - - hipercapnia J96.22
- - - - hipercarbia J96.22
- - - - hipoxia J96.21
- - central G93.89
- - crónico J96.10
- - - con

- - - - hipercapnia J96.12
- - - - hipercarbia J96.12
- - - - hipoxia J96.11

Es frecuente encontrar en los informes de alta, el diagnóstico de **Insuficiencia respiratoria parcial.** Esta expresión diagnóstica, que conceptualmente se refiere a un **fallo respiratorio solo hipoxémico J96.91 Insuficiencia respiratoria no especificada, con hipoxia** (si la PaO2 es menor de 60 mmHg y la PaCO2 es normal), puede utilizarse, en algunos contextos, para describir situaciones de **Hipoxemia R09.02** (PaO2 entre 60- 80 mmHg). Es el clínico, quien debe determinar la afección que presenta el paciente determinando si es una hipoxemia o un fallo respiratorio hipóxico. Si existe información, sobre si es un proceso agudo o crónico, se seguirán las correspondientes entradas del índice alfabético.

En todo caso, solo se codificará la insuficiencia respiratoria cuando esté perfectamente documentada por el clínico. Los criterios gasométricos deben considerarse únicamente como apoyo al diagnóstico clínico. Sin embargo, es preciso extremar las precauciones, ya que el término clínico "insuficiencia respiratoria aguda", puede corresponder a una insuficiencia respiratoria global, a una insuficiencia respiratoria parcial, a una hipoxemia o incluso a una dificultad respiratoria o, con menos frecuencia, a un síndrome de distrés respiratorio del adulto. La "insuficiencia pulmonar" se considera asimismo un término vago e inespecífico que no tiene porqué significar fallo o fracaso respiratorio. También hay que tener en cuenta que, en ocasiones, el término insuficiencia respiratoria puede ser utilizado para referirse a afecciones clínicas completamente diferentes como la hipertrofia de cornetes, o la desviación septal, en cuyo caso no deben utilizarse códigos de la categoría **J96 Insuficiencia respiratoria no clasificada bajo otro concepto**.

- **Secuencia de códigos**

La insuficiencia respiratoria será diagnóstico principal cuando el médico responsable establezca que es la condición que originó el ingreso y la selección se apoya en el IAE y la LT.

Cuando un paciente es ingresado con insuficiencia respiratoria y otro proceso agudo la selección del diagnóstico principal dependerá de las circunstancias de admisión. Si tanto la insuficiencia respiratoria como la otra afección son igualmente responsables de ocasionar el ingreso en el hospital y no existen reglas específicas de capitulo para la secuencia de códigos, se puede aplicar la norma relativa a dos o más diagnósticos que cumplen por igual la definición de diagnóstico principal.

Si la documentación no es clara en cuanto a si un fracaso respiratorio agudo y otra afección son igualmente responsables de ocasionar el ingreso, consulte al clínico para que lo aclare.

Paciente que llega a urgencias en insuficiencia respiratoria aguda, siendo intubado e ingresado en el hospital. El paciente presenta, asimismo, insuficiencia cardiaca congestiva. El médico documenta, al alta, que la causa de ingreso fue el fracaso respiratorio agudo

J96.00 Insuficiencia respiratoria aguda no especificada si con hipoxia o con hipercapnia
I50.9 Insuficiencia cardiaca, no especificada

La insuficiencia respiratoria puede ser diagnóstico secundario si aparece después del ingreso o bien si está presente al ingreso, pero no cumple los criterios de definición de diagnóstico principal.

Paciente que ingresa por insuficiencia cardiaca congestiva debiendo ser intubado a los dos días por insuficiencia respiratoria aguda

I50.9 Insuficiencia cardiaca, no especificada
J96.00 Insuficiencia respiratoria aguda no especificada sin con hipoxia o con hipercapnia

En los niños no es habitual la petición de los valores de la gasometría. Para evaluar el grado de insuficiencia respiratoria en estos casos, se utilizan escalas que evalúan diferentes parámetros (frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno, presencia o no de tiraje intercostal, etc.) aunque habitualmente, se considera que existe insuficiencia cuando se precisa la utilización de oxigenoterapia.

Existen instrucciones concretas para la codificación de la insuficiencia respiratoria del recién nacido (ver Capítulo 16) y para la secuenciación de códigos de capítulos específicos (obstetricia, envenenamientos, VIH), de tal manera que, en estas circunstancias, el fallo respiratorio deberá figurar como diagnóstico secundario.

Paciente con síndrome de inmunodeficiencia adquirida que ingresa en el hospital con insuficiencia respiratoria aguda con hipoxemia e hipercapnia debida a neumonía por Pneumocystis carinii

B20 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]
J96.01 Insuficiencia respiratoria aguda con hipoxia
J96.02 Insuficiencia respiratoria aguda con hipercapnia
B59 Neumocistosis

10.7 SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO DEL ADULTO

Se puede definir como una insuficiencia respiratoria aguda y refractaria a oxigenoterapia, en pulmones previamente sanos. No suele acompañarse de retención de CO_2.

Términos sinónimos son: pulmón blanco, pulmón de shock e hipoxemia refractaria.

Se puede producir, a las 24-48 horas, en una serie de circunstancias patológicas diversas, de origen tóxico o por afecciones sistémicas como sepsis y shock, así como posteriormente a cirugía o trauma. El código que recoge esta patología es el **J80 Síndrome de dificultad respiratoria [distrés respiratorio]**.

10.8 COMPLICACIONES RESPIRATORIAS

Todas las complicaciones y trastornos intraoperatorios respiratorios y los que ocurren después de un procedimiento se clasifican en la categoría **J95 Complicaciones y trastornos intraoperatorios y posprocedimiento de aparato respiratorio, no clasificados bajo otro concepto**.

Paciente intervenido por una apendicitis con peritonitis que desarrolla insuficiencia pulmonar aguda en el postoperatorio.

K35.33 Apendicitis aguda con perforación, peritonitis localizada y gangrena, con absceso
J95.2 Insuficiencia pulmonar aguda después de cirugía no torácica

Al igual que ocurre en la codificación de todas las complicaciones de cuidados, debe de existir una relación causa-efecto, y un diagnóstico médico que así lo exprese.

Se deba prestar atención a las instrucciones de la Lista Tabular para la correcta clasificación de las complicaciones, así como para la utilización obligatoria de códigos adicionales.

IAE
Complicación
- sistema
- - respiratorio
- - - dispositivo, implante o injerto - *véase* Complicación, prótesis o implante, especificado NCOC
- - - posoperatoria J95.89
- - - - especificado NCOC J95.89
- - - - estenosis subglótica J95.5
- - - - fuga de aire J95.812
- - - - insuficiencia
- - - - - pulmonar (aguda) (después de cirugía no torácica) J95.2
- - - - - - crónica J95.3
- - - - - - después de cirugía torácica J95.1
- - - - - respiratoria (aguda) J95.821
- - - - - - aguda y crónica J95.822
- - - - Mendelson, síndrome de (neumonitis química) J95.4
- - - - neumotórax J95.811
- - - - traqueostomía, complicación de - *véase* Complicación, traqueostomía
- - - terapia T81.89-
- - - trasplante de pulmón - *véase* Complicación, trasplante, pulmón

La insuficiencia respiratoria (fallo o fracaso respiratorio) aguda debida a un procedimiento **J95.821 Insuficiencia respiratoria aguda posprocedimiento** y la insuficiencia respiratoria (fallo o fracaso respiratorio) aguda y crónica debida a un procedimiento **J95.822 Insuficiencia respiratoria aguda y crónica posprocedimiento** no deben asignarse si la insuficiencia respiratoria aguda ocurrió realmente antes de la operación y persistió después de la misma o si se atribuye a una condición médica preexistente, como la insuficiencia cardiaca o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica grave. En estos casos se deben utilizar los códigos correspondientes de la categoría **J96**.

La insuficiencia pulmonar aguda/crónica debida a cirugía **J95.1 Insuficiencia pulmonar aguda después de cirugía torácica**, **J95.2 Insuficiencia pulmonar aguda después de cirugía no torácica** y **J95.3 Insuficiencia pulmonar crónica después de cirugía**, se considera una condición indefinida en la que los criterios de insuficiencia respiratoria no están bien definidos.

El Síndrome de dificultad respiratoria del adulto (SDRA) postoperatorio debe informarse con dos códigos: **J95.89 Otras complicaciones y trastornos posprocedimiento de aparato respiratorio, no clasificados bajo otro concepto** y **J80 Síndrome de dificultad respiratoria [distrés respiratorio]**.

10.9 HIPERTENSIÓN PULMONAR Y COR PULMONALE

Se habla de hipertensión pulmonar cuando existen signos directos (cateterismo) o indirectos (ecocardiografía, técnicas de imagen) de elevación de la presión en arteria pulmonar por encima de los límites establecidos.

La hipertensión pulmonar se clasifica en la categoría **I27 Otros tipos de enfermedad pulmonar cardiaca.** Para la hipertensión pulmonar secundaria (**I27.1 Cardiopatía cifoscoliótica**, **I27.2- Otra hipertensión pulmonar secundaria**) se debe codificar además cualquier afección asociada o efecto adverso de medicamento o tóxico. La secuencia de códigos se basará en el motivo del contacto.

La consecuencia de la hipertensión pulmonar crónicamente mantenida es el cor pulmonale crónico, definido como la hipertrofia de cavidades cardiacas derechas por enfermedades respiratorias crónicas y excluyendo causas cardiacas. No incluye per se el concepto de insuficiencia cardiaca derecha.

Paciente con EPOC, hipertensión pulmonar secundaria al mismo y cor pulmonale

J44.9 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada
I27.23 Hipertensión pulmonar debida a enfermedades pulmonares e hipoxia
I27.81 Cor pulmonale (crónico)

A pesar de que el IAE y la LT dirigen a codificar el cor pulmonale agudo con el código **I26.09 Otra embolia pulmonar con cor pulmonale agudo**, este código sólo debe utilizarse cuando existe embolia de pulmón. Para el cor pulmonale agudo sin embolia de pulmón debe utilizarse el código correspondiente a la insuficiencia cardiaca derecha.

10.10 EDEMA AGUDO DE PULMÓN

Consiste en un exceso de líquido en los tejidos y espacios alveolares del pulmón y puede ser de origen cardiogénico o no cardiogénico.

Tabla 10.4 Codificación del Edema Agudo de Pulmón Cardiogénico

CIRCUNSTANCIA	CODIFICACIÓN
Edema agudo de pulmón cardiogénico NEOM	**I50.1**
Insuficiencia cardiaca congestiva	**I50.9**
Insuficiencia cardiaca izquierda	**I50.1**
Insuficiencia cardiaca derecha, biventricular	**I50.81.- -I50.82**
Cardiopatía hipertensiva con insuficiencia cardiaca	**I11.0 + I50.-**
Enfermedad cardiaca reumática	**I09.81 + I50.-**
Enfermedad cardiaca y renal hipertensiva con insuficiencia cardiaca	**I13.0 ó I13.2 + I50.- + N18.-**
En enfermedad cardiaca isquémica	**I50.-**

Ingreso por edema agudo de pulmón debido a fibrilación auricular no conocida

I48.91 Fibrilación auricular no especificada
I50.1 Insuficiencia ventricular izquierda, no especificada

Con los códigos de enfermedad isquémica cardiaca (**I20-I25**), el edema agudo de pulmón no está incluido. Si éste se presenta con alguna de ellas se considera debido a insuficiencia cardiaca izquierda (código adicional: **I50.1 Insuficiencia ventricular izquierda**), excepto que esté documentado un fallo cardiaco congestivo, utilizando entonces el código que corresponda de **I50.2- - Insuficiencia cardiaca sistólica (congestiva) a I50.9. Insuficiencia cardiaca, no especificada**.

Tabla 10.5 Codificación del Edema Agudo de Pulmón No Cardiogénico

CIRCUNSTANCIA	CODIFICACIÓN
Postoperatorio/posprocedimiento	**J95.88** ó **J95.89** (otras complicaciones) + **J81.0** Edema agudo de pulmón
Debido a radiación	**J70.0** Manifestaciones pulmonares agudas debidas a radiación + Código Causa Externa
Por inhalación de humos o vapores	Codifique primero (**T51-T65**) para identificar causa + **J68.1** Edema pulmonar debido a productos químicos, gases, humos y vapores
Aspiración de agua en ahogamiento no fatal	**T75.1-** Efectos no especificados de ahogamiento y sumersión no fatal + Código Causa Externa
Efectos de altitud o barotrauma	**T70.29-** Otros efectos de gran altitud + Código Causa Externa
Sobredosis droga	Código de envenenamiento + **J81.0** Edema agudo de pulmón + Código de dependencia o abuso, si procede

10.11 ENCEFALOPATÍA HIPERCÁPNICA

Mientras que la hipercapnia crónica suele ser bien tolerada, presentándose tan solo con una leve somnolencia diurna y temblor (flapping tremor), la hipercapnia de instauración aguda se caracteriza por un cuadro de encefalopatía con desorientación, agitación motora, diaforesis facial, cefalea, obnubilación y coma. Se recoge en el código **G93.41 Encefalopatía metabólica**. Una manifestación de dicha encefalopatía (no imprescindible para su definición) puede ser la aparición de delirio agudo. En caso de producirse éste, se utilizará como código adicional el **F05 Delirio debido a afección fisiológica conocida**.

Ingreso por EPOC reagudizada. Durante su estancia, el paciente desarrolla fracaso respiratorio y delirio agudo debido a encefalopatía hipercápnica

J44.1 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación (aguda)
J96.02 Insuficiencia respiratoria aguda con hipercapnia
G93.41 Encefalopatía metabólica
F05 Delirio debido a afección fisiológica conocida

10.12 DERRAME PLEURAL

El espacio pleural se encuentra entre el pulmón y la pared torácica y normalmente contiene una capa muy fina de líquido que sirve de sistema de acoplamiento. Un derrame pleural supone un exceso de líquido en el espacio pleural.

Podemos encontrar las siguientes situaciones:

- **Derrame tuberculoso**:
  - **A15.6 Pleuritis tuberculosa**
  - **A15.7 Tuberculosis respiratoria primaria**
- **Derrame pleural en Lupus Eritematoso Sistémico: M32.13**
- **Derrame pleural en afecciones clasificadas bajo otro concepto** (**J91.-**):
  - ***J91.0 Derrame pleural maligno***. Se debe codificar primero la neoplasia maligna. Los tumores pueden producir derrame pleural por tres mecanismos: por afectación tumoral directa, por acción indirecta del tumor (mediante afectación linfática del mediastino, interrupción del conducto torácico, atelectasia, neumonía obstructiva, síndrome, vena cava superior, o afectación pericárdica) y, en tercer lugar, por otras causas como la hipoalbuminemia, tromboembolismo pulmonar, o como efectos secundarios del tratamiento con la radiación mediastínica o quimioterapia.

Paciente que ingresa por derrame pleural debido a metástasis de pleura de adenocarcinoma de pulmón diagnosticado hace un mes

C78.2	**Neoplasia maligna secundaria de pleura**
8140/6	**Adenocarcinoma metastásico, SAI**
J91.0	***Derrame pleural maligno***
C34.90	**Neoplasia maligna de parte no especificada, bronquio o pulmón no especificados**
8140/3	**Adenocarcinoma, SAI**

  - ***J91.8 Derrame pleural en otras afecciones clasificadas bajo otro concepto***. Es un código adicional al código de la afección causal como la gripe (**J09.X2**, **J10.1**, **J11.1**).

Gripe complicada con derrame pleural

J11.1	**Gripe debida a virus de la gripe no identificado con otro tipo de manifestaciones respiratorias**
J91.8	***Derrame pleural en otras afecciones clasificadas bajo otro concepto***

- **Derrame de origen traumático**. Se clasificará según la lesión de la pleura con los códigos **S27.60 Traumatismo no especificado de pleura**, **S27.63 Desgarro de pleura** o **S27.69 Otro traumatismo de pleura**, con séptimo carácter (A, D, S) para especificar el tipo de contacto. Se utilizarán, en cualquier caso, códigos adicionales para identificar la causa externa.

- **J90 Derrame pleural, no clasificable bajo otro concepto**.
- Otras formas específicas de derrame pleural, como el quilotórax y el hemotórax espontáneo o de origen traumático tienen códigos específicos en las categorías **J94 Otros problemas pleurales** y **S27 Traumatismo de otros órganos intratorácicos y los no especificados**, respectivamente.

10.13 ATELECTASIA

Es el colapso de una parte o de todo el pulmón (con mucha menor frecuencia), causada por una obstrucción de las vías aéreas (bronquios o bronquiolos) o por presión en la parte externa del pulmón.
El código **J98.11 Atelectasia** no se utiliza si es un hallazgo casual en una radiografía; solo se codifica cuando el clínico identifica la condición.

10.14 SÍNDROME DE OBESIDAD-HIPOVENTILACIÓN

Algunos pacientes con obesidad presentan, además, el Síndrome de Hipoventilación-Obesidad (SOH) o "Síndrome de Pickwick", definido por la presencia de hipercapnia y disminución de la respuesta ventilatoria a la hipoxemia en presencia de parénquima pulmonar normal. Se codifica en la subcategoría **E66.2 Obesidad mórbida (severa) con hipoventilación alveolar**.

10.15 HIPOVENTILACIONES DEL SUEÑO

El síndrome de apnea obstructiva del sueño, código **G47.33**, (SAOS o SAHS) se caracteriza por un cuadro de somnolencia, trastornos neuropsiquiátricos y cardiorrespiratorios secundarios a episodios de apnea y/o hipopnea repetidos durante el sueño, que provocan constantes desaturaciones y despertares transitorios que no permiten un sueño reparador.

Los trastornos orgánicos del sueño se codifican en la subcategoría **G47.3**.
Las entradas al IAE incluyen:

Apnea, apneico (de) (episodios) **R06.81**
-sueño G47.30
--central (primaria) G47.31
---en afecciones clasificadas bajo otro concepto G47.37
--especificada NCOC G47.39
--obstructiva (adulto) (pediátrica) G47.33
--primaria central G47.31
Hipoventilación R06.89
-alveolar central congénita G47.35
-relacionada con el sueño
--alveolar no obstructiva idiopática G47.34
--en afecciones clasificadas bajo otro concepto G47.36

Si se conoce la causa, ésta deberá secuenciarse en primer lugar.

10.16 DEPENDENCIA A MÁQUINAS

Existen enfermedades que cursan con insuficiencia respiratoria en algún momento de su evolución, teniendo indicación de ventilación mecánica o de oxigenoterapia a largo plazo. Esta circunstancia debe

identificarse con los códigos de la categoría **Z99 Dependencia a máquinas y dispositivos de apoyo, no clasificados bajo otro concepto**, apropiados en cada caso.

- **Dependencia de respirador** (ventilador). Los códigos de la subcategoría **Z99.1** son mutuamente excluyentes.
  - **Z99.11 Estado de dependencia de respirador [ventilador]**. Es siempre un código secundario e indica que el paciente tiene un fallo respiratorio crónico, por lo que, por defecto, debe acompañarse de un código de insuficiencia respiratoria.
  - **Z99.12 Contacto por dependencia de respirador [ventilador] durante falta de electricidad**. Es siempre un código principal y necesita, igualmente, codificar además el fallo respiratorio crónico o crónico reagudizado.
- **J95.850 Complicación mecánica de respirador**. Se usa para los ingresos de pacientes con dependencia a respirador con un fallo de funcionamiento del mismo. Este código puede ser principal y precisa código adicional para expresar el fallo respiratorio crónico o crónico reagudizado.
- La dependencia a ventilación mecánica no invasiva (tipo CPAP, BiPAP, etc.) se codifica con el código **Z99.89 Dependencia de otras máquinas y dispositivos de apoyo**.
- La dependencia a oxigenoterapia domiciliaria se codifica con el código **Z99.81 Dependencia de oxígeno suplementario** y no necesariamente requiere un código adicional de insuficiencia respiratoria crónica.

Paciente con SAOS e insuficiencia respiratoria crónica, en tratamiento con BiPap y oxigenoterapia domiciliaria. Ingresa por descompensación de EPOC

J44.1	**Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación (aguda)**
J96.10	**Insuficiencia respiratoria crónica no especificada si con hipoxia o con hipercapnia**
G47.33	**Apnea obstructiva del sueño (del adulto) (pediátrica)**
Z99.81	**Dependencia de oxígeno suplementario**
Z99.89	**Dependencia de otras máquinas y dispositivos de apoyo**

10.17 TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL VAPEO

El 17 de septiembre de 2019, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos activaron una investigación de emergencia sobre los vínculos entre los cigarrillos electrónicos y vaporizadores y las lesiones y muertes pulmonares. En diciembre se habían notificado más de 2.409 casos de pacientes hospitalizados y 52 muertes confirmadas. La Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) ratificó también su posición de alerta ante el uso de los cigarrillos electrónicos y los dispositivos de vapeo ante los casos publicados de enfermedad respiratoria desconocida en los Estados Unidos y cuyo vínculo común parece ser la inhalación a través de cigarrillos electrónicos.

Se describe "Trastorno relacionado con el vapeo" aquél resultante de la inhalación de una solución vaporizada (aerosol) que con frecuencia contiene aromatizantes, generalmente disueltos en Propilen-glicol o Glicerina, o ambos, y puede contener o no dosis de nicotina y otras sustancias y aditivos con el uso de sistemas electrónicos de administración de nicotina (ENDS) o sistemas electrónicos de administración sin nicotina (ENNDS).

El mecanismo etiopatogénico exacto del trastorno y el mecanismo principal del daño pulmonar no están claros y es posible que se puedan ver afectados otros órganos. Los síntomas iniciales de EVALI, la enfermedad pulmonar relacionada con el uso de productos de vapeo o cigarrillos electrónicos, pueden parecerse a los de la neumonía o no ser reconocidos.

Para los pacientes que presentan afecciones relacionadas con el vapeo, se asigna el código **U07.0 Trastorno relacionado con el vapeo**, del CAPÍTULO 22. CÓDIGOS PARA PROPÓSITOS ESPECIALES (U00-U85), como diagnóstico principal. Para lesiones pulmonares debidas a vapeo se asigna sólo el código **U07.0**. Deben utilizarse códigos adicionales para otras manifestaciones, como insuficiencia respiratoria aguda (subcategoría **J96.0-**) o neumonitis (código **J68.0 Bronquitis y neumonitis por productos químicos, gases, humos y vapores**).

Los signos y síntomas respiratorios que se deben al vapeo, tales como tos, dificultad para respirar, etc., no se deben codificar por separado si ya hay un diagnóstico definitivo establecido. Sin embargo, sí debe codificarse, adicionalmente, cualquier síntoma gastrointestinal, como por ejemplo la diarrea o el dolor abdominal.

11. ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO

Las enfermedades del aparato digestivo se clasifican en el capítulo 11 de CIE-10-ES Diagnósticos, entre las categorías **K00** y **K95**, que se estructura en diez secciones. En la última sección se clasifican la mayoría de las complicaciones del aparato digestivo debidas a procedimientos, realizados o no sobre el aparato digestivo.

11.1 DIENTES INCLUIDOS E IMPACTADOS

CIE-10-ES Diagnósticos presenta códigos para diferenciar ambas situaciones:

– **Diente incluido**. Es un diente que no ha erupcionado durante su periodo normal de erupción y permanece dentro del hueso, parcial o totalmente. Se encuentra sumergido en el maxilar, con o sin patología asociada. Es más frecuente la afectación de los cordales (muelas del juicio) superiores e inferiores, y de los caninos (colmillos) superiores, debido a que estos son los últimos en erupcionar. Se codifica **K01.0 Dientes incluidos**.

– **Diente impactado**. Es un diente que ha sufrido la detención de la erupción, bien por su posición anómala, o bien por una barrera física mientras intenta erupcionar, como puede ser otro diente, hueso o tejido blando. Su código es **K01.1 Dientes impactados**.

La posición anormal de dientes erupcionados no se codifica aquí. Se clasifica en la subcategoría **M26.3-Anomalías de posición dentaria en diente(s) completamente erupcionados**, en el capítulo 13 de Enfermedades del Aparato Musculoesquelético y del Tejido Conectivo.

11.2 ENFERMEDADES DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES

Existen tres pares de glándulas salivales mayores o principales, las glándulas parótidas, las submandibulares y las sublinguales. Los trastornos de las glándulas salivales se clasifican en la categoría **K11 Enfermedades de las glándulas salivales.** Incluye atrofia (**K11.0**), hipertrofia (**K11.1**), sialoadenitis (**K11.2**), absceso (**K11.3**) y fístula (**K11.4**), mucocele (**K11.6**), alteraciones de la secreción salival (**K11.7**) y el cálculo de la glándula o conducto salival o sialolitiasis (**K11.5**).

- **Sialoadenitis.** Es la inflamación de las glándulas salivales. Cuando afecta a las parótidas también se denomina parotitis o parotiditis. Es importante saber diferenciar estos términos e identificar cuando se refieren a la inflamación de las glándulas parótidas por paperas, también denominada parotiditis infecciosa o epidémica (enfermedad viral contagiosa causada por un virus ARN de la familia Paramyxoviridae) que se codifica en la categoría **B26 Parotiditis infecciosa**.

La sialoadenitis puede ser causada por una infección bacteriana, por un traumatismo, por una reacción alérgica o por radiación. Otras veces, generalmente en adultos, se relaciona con la presencia de cálculos en los conductos salivales. La inflamación produce molestias y dolor que aumentará si se produce el bloqueo del paso de la saliva con su consiguiente acumulación, además de presentarse otros síntomas asociados como sequedad de boca, dificultad a la deglución, etc. La enfermedad aguda puede hacerse recidivante, y también puede evolucionar a la cronicidad, existiendo códigos diferenciados para cada una de estas situaciones:

- **K11.20 Sialoadenitis, no especificada**.
- **K11.21 Sialoadenitis aguda**.
- **K11.22 Sialoadenitis aguda recidivante**.
- **K11.23 Sialoadenitis crónica**.

Hombre de 32 años, con dolor parotídeo y fiebre de dos días de evolución. Acude a Urgencias donde se diagnostica parotiditis bacteriana aguda por Staphylococcus aureus

K11.21 Sialoadenitis aguda.
B95.61 Infección por Staphylococcus aureus sensible a meticilina como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto.

11.3 ESTOMATITIS Y LESIONES RELACIONADAS

En general, el término estomatitis se refiere a cualquier trastorno inflamatorio de los tejidos orales. En la categoría **K12 Estomatitis y lesiones relacionadas** solo se clasifican los trastornos inflamatorios relacionados con la mucosa oral, excluyendo los secundarios a deficiencia dietética (**E53.0**) y los debidos a ciertas infecciones causadas por espiroquetas (**A69.0**; **A69.1**), virus (**B00.2**; **B08.8**; **A93.8**), y hongos (**B37.0**; **B48.3**). Las afecciones clasificadas en esta categoría son estomatitis, aftas orales, celulitis y absceso, y mucositis oral.

La expresión frecuente "gingivoestomatitis" se codifica **K05.10 Gingivitis crónica, inducida por placa** (gingivitis NEOM).

Una nota bajo el título de la categoría nos recuerda la necesidad de utilizar un código adicional para identificar la presencia, si es el caso, de alguna de las siguientes situaciones muy relacionadas con la etiopatogenia de estas patologías:

- Abuso de alcohol y dependencia de alcohol (**F10.-**).
- Consumo de tabaco (**Z72.0**).
- Dependencia de tabaco (**F17.-**).
- Exposición al humo ambiental de tabaco (**Z77.22**).
- Exposición al humo de tabaco en período perinatal (**P96.81**).
- Exposición ocupacional al humo ambiental de tabaco (**Z57.31**).
- Historia de dependencia de tabaco (**Z87.891**).

- **Aftas orales recidivantes.** Son lesiones ulcerosas de etiología desconocida, dolorosas, que vienen precedidas por un pequeño eritema. Se pueden definir como una pérdida de sustancia de la mucosa oral, aguda, inicialmente necrótica, dolorosa y recidivante. La estomatitis aftosa recidivante es conocida vulgarmente como "aftas". Su etiopatogenia es multifactorial además de controvertida. Pueden desencadenarse por estrés, por alergias a los alimentos, por falta de vitaminas y minerales o por cambios hormonales. Su código es **K12.0 Aftas orales recidivantes**.

- **Mucositis oral.** A menudo los términos mucositis oral y estomatitis se usan indistintamente pero no se refieren a procesos idénticos. La mucositis oral se refiere a la inflamación de la mucosa oral, manifestada como eritema o ulceraciones, secundaria al tratamiento con ciertos fármacos, fundamentalmente

antineoplásicos, o como efecto adverso de la radiación ionizante. Por sus características histológicas la mucosa del tubo digestivo es especialmente susceptible al daño producido por la quimioterapia y la radioterapia. Las molestias y el dolor pueden interferir con la alimentación y el habla. La pérdida de mucosa aumenta la posibilidad de infecciones bacterianas, fúngicas o víricas de la boca. Su tratamiento es sintomático y si no hay infección curan solas al cabo de unas semanas de cesar el tratamiento "agresor".

Se codifica en la subcategoría **K12.3 Mucositis oral (ulcerosa)**. Cuando proceda, se deberá añadir un código adicional para identificar el efecto adverso del medicamento (sea o no antineoplásico), o bien un código de causa externa para identificar la radiación, terapéutica o no, como la causante.

Hombre en tratamiento con metotrexato por carcinoma vesical, que acude por primera vez a urgencias por dificultad al comer y se diagnostica de mucositis secundaria a la quimioterapia

K12.31 Mucositis (ulcerosa) oral debida a terapia antineoplásica
T45.1X5A Efecto adverso de fármacos antineoplásicos e inmunosupresores, contacto inicial.
C67.9 Neoplasia maligna de vejiga, no especificada
8010/3 Carcinoma, SAI

Paciente en tratamiento radioterápico de carcinoma de glotis estadio III que, por molestias orales, acude a su médico de cabecera que lo remite al hospital, donde se diagnostica de mucositis oral secundaria al tratamiento radioterápico

K12.31 Mucositis (ulcerosa) oral debida a terapia antineoplásica.
Y84.2 Procedimiento radiológico y de radioterapia como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento
C32.0 Neoplasia maligna de glotis
8010/3 Carcinoma, SAI

Mucositis orofaríngea ulcerosa por sobreexposición accidental de rayos X. El paciente vuelve al hospital tras tratamiento inicial para valoración de la evolución

K12.33 Mucositis (ulcerosa) oral, debida a radiación
W88.0XXD Exposición a rayos X, contacto sucesivo

11.4 ENFERMEDADES DEL ESÓFAGO

Hay una categoría específica para el reflujo gastroesofágico, **K21 Enfermedad por reflujo gastroesofágico**.

- **Esofagitis**. La causa más frecuente de la inflamación de la mucosa esofágica es el reflujo gastroesofágico, pero existen otras, aunque menos frecuentes, como la respuesta a ciertos alérgenos (alimentos, polen), consumo de ciertos medicamentos (AINES, antibióticos, corticosteroides, bifosfonatos, cloruro de potasio), vómitos de repetición, radioterapia, infecciones, ingesta de cáusticos, enfermedades sistémicas, cirugía previa, y traumatismos.

En la categoría **K20 Esofagitis**, se codifican la esofagitis eosinofílica, causada por acumulación de eosinófilos en la mucosa esofágica como respuesta a alérgenos externos digeridos o inhalados (**K20 Esofagitis eosinofílica**), otras esofagitis especificadas con o sin hemorragia, como el absceso de esófago

(**K20.80 Otros tipos de esofagitis sin hemorragia** y **K20.81 Otros tipos de esofagitis con hemorragia**) y la esofagitis no especificada con o sin hemorragia (**K20.90**; **K20.91**) donde se codifica la esofagitis infecciosa, excepto la más frecuente, que es la de origen candidiásico (**B37.81 Esofagitis por cándidas**).

Al codificar la esofagitis debemos tener en cuenta que el término esofagitis péptica no significa esofagitis por reflujo, siendo "péptica" un modificador no esencial al igual que los términos acompañantes "aguda", "alcalina", "química", "crónica", "infecciosa", "necrótica", y "posoperatoria". Por tanto, todas ellas deben codificarse como **K20.90 Esofagitis, no especificada, sin hemorragia** o bien si fuera el caso **K20.91 Esofagitis, no especificada, con hemorragia**.

Si la esofagitis en su evolución causa úlcera en el esófago se codifica como esofagitis ulcerosa, asignando según exista o no hemorragia, el código **K22.10 Úlcera de esófago sin hemorragia**, o bien **K22.11 Úlcera de esófago con hemorragia**.

Esofagitis aguda inicial inducida por tratamiento correcto de doxiciclina

K20.90 Esofagitis, no especificada, sin hemorragia
T36.4X5A Efecto adverso de tetraciclinas, contacto inicial

Esofagitis infecciosa crónica

K20.90 Esofagitis, no especificada sin hemorragia

- **Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).** Cuando la irritación esofágica por el reflujo produce síntomas en el paciente al menos dos días a la semana o bien interfiere con su vida diaria, se habla ya de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) como enfermedad digestiva crónica. La categoría **K21 Enfermedad por reflujo gastroesofágico**, clasifica esta enfermedad, donde no se incluye la del recién nacido (**P78.83**), diferenciando la presencia o no de esofagitis, y a su vez si la esofagitis se acompaña o no de sangrado:

  - **K21.00 Enfermedad por reflujo gastroesofágico con esofagitis sin hemorragia**
  - **K21.01 Enfermedad por reflujo gastroesofágico con esofagitis con hemorragia**
  - **K21.9 Enfermedad por reflujo gastroesofágico sin esofagitis**

- **Esófago de Barrett**. Consiste en la sustitución del epitelio o capa más superficial de la pared del esófago, que normalmente es de tipo escamoso, por otro tipo cilíndrico o columnar, que es el propio del estómago e intestino, como respuesta adaptativa de la porción inferior del esófago a la agresión continua del reflujo del contenido del estómago, especialmente los ácidos. Se codifica en la subcategoría **K22.7**, donde no se incluye la úlcera de Barret que se codifica como úlcera de esófago en la subcategoría **K22.1**.

  - **K22.70 Esófago de Barrett sin displasia** (esófago de Barrett NEOM)
  - **K22.710 Esófago de Barrett con displasia de bajo grado**
  - **K22.711 Esófago de Barrett con displasia de alto grado**
  - **K22.719 Esófago de Barrett con displasia, no especificado**

11.5 ÚLCERA PÉPTICA

La úlcera péptica es una lesión en forma de herida más o menos profunda de la mucosa del tubo digestivo. La mayoría se localizan en el estómago y el duodeno proximal, siendo menos comunes las localizadas en el esófago inferior, el duodeno distal o el yeyuno.

En su generación pueden intervenir diferentes mecanismos patogénicos, que involucran siempre el efecto del ácido gástrico sobre la mucosa, con un desequilibrio entre los factores protectores y agresores, siendo cada vez más relevante a la luz de las investigaciones, el papel de la inflamación en su producción. Entre los factores involucrados en su aparición están la producción excesiva de ácido clorhídrico gástrico, la infección bacteriana por Helicobacter Pylori, el uso de fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE), y el consumo de alcohol y de tabaco. Su clasificación se realiza por su localización anatómica.

- **Úlcera de esófago**. Se codifica en la subcategoría **K22.1** donde se diferencia si existe o no hemorragia. En la localización esofágica no existen códigos de combinación para informar de la presencia o no de perforación, ni de obstrucción, por lo que en su caso habrá que recurrir a la codificación múltiple. Igualmente hay que utilizar otros códigos en aquellos casos en los que se indique una causa tóxica o farmacológica. Tampoco se diferencia entre úlcera esofágica péptica aguda o crónica, términos que se comportan como modificadores no esenciales.

Paciente con dolor abdominal agudo que acude por primera vez a urgencias. Se diagnostica úlcera esofágica aguda perforada secundaria a tratamiento crónico con AAS

K22.10 Úlcera de esófago sin hemorragia
K22.3 Perforación de esófago
T39.015A Efecto adverso de aspirina, contacto inicial
Z79.82 Uso prolongado (actual) de aspirina

Úlcera de Barrett crónica sangrante con obstrucción esofágica subtotal

K22.11 Úlcera de esófago con hemorragia
K22.2 Obstrucción de esófago

– **Úlcera gástrica, duodenal y gastroyeyunal**. Existen categorías diferenciadas para las localizaciones gástrica (**K25**), duodenal (**K26**), gastroyeyunal (**K28**) o bien de localización no especificada (**K27**).

Cada categoría provee códigos para la úlcera aguda, crónica o no especificada; y a su vez para codificar si se manifiesta con hemorragia, perforación, ambas o ninguna. No existen códigos para identificar una posible obstrucción. Si existe obstrucción deberá utilizarse codificación múltiple.

Una úlcera no especificada como aguda ni como crónica, si presenta hemorragia, perforación o ambas se codifica por defecto como crónica, en su localización. Si no está documentada la presencia de estas complicaciones, se codifica en la subcategoría residual de su localización como “sin especificar como aguda ni como crónica, sin hemorragia ni perforación” (es decir, con un **.9**).

En estas categorías no se codifican la úlcera péptica del recién nacido (**P78.82**) ni la úlcera primaria de intestino grueso (**K63.3**).

Paciente con consumo abusivo de alcohol que ingresa por hemorragia digestiva. Se diagnostica de úlcera péptica gástrica sangrante

K25.4 Úlcera gástrica crónica o no especificada con hemorragia
F10.10 Abuso de alcohol, sin complicaciones

Paciente que acude a urgencias por dolor abdominal. Tras estudio se diagnostica de úlcera duodenal aguda perforada obstructiva

K26.1 Úlcera duodenal aguda con perforación
K31.5 Obstrucción de duodeno

Mujer en estudio con el diagnóstico de erosión péptica marginal

K28.9 Úlcera gastroyeyunal, no especificada como aguda ni crónica, sin hemorragia ni perforación

11.6 GASTRITIS CRÓNICA

La gastritis crónica es una enfermedad inflamatoria crónica de la mucosa gástrica. Produce síntomas dispépticos. Su existencia se sospecha clínicamente, se observa endoscópicamente y se diagnostica por confirmación histológica. Su etiología es multifactorial, pudiendo intervenir tanto factores exógenos (infección, AINES, irritantes gástricos, drogas, alcohol, tabaco, cáusticos, radiación) como endógenos (ácido gástrico y pepsina, bilis, jugo pancreático, uremia, inmunes), siendo el más común la infección por H. Pylori. La clasificación actualizada de Sidney que se basa en hallazgos endoscópicos, histológicos, etiológicos, topográficos y grado de daño, clasifica así las gastritis crónicas:

- Gastritis antral no atrófica: se asocia con H. Pylori. Suele ser una gastritis superficial sin atrofia, conocida también como gastritis tipo B.
- Gastritis atrófica multifocal antral y corporal: asociada principalmente a factores externos, siendo el más importante en su iniciación también el H. Pylori.
- Gastritis atrófica corporal difusa: denominada también gastritis autoinmune o gastritis tipo A. Se asocia con anemia perniciosa y deficiencia de vitamina B12. Incrementa el riesgo de cáncer gástrico y de tumores carcinoides.

En CIE-10-ES Diagnósticos se clasifica:

K29.3 Gastritis crónica superficial
- **K29.30 Gastritis crónica superficial sin hemorragia**
- **K29.31 Gastritis crónica superficial con hemorragia**

K29.4 Gastritis crónica atrófica (incluye la atrofia gástrica)
- **K29.40 Gastritis crónica atrófica sin hemorragia**
- **K29.41 Gastritis crónica atrófica con hemorragia**

K29.5 Gastritis crónica no especificada (Gastritis crónica antral, Gastritis crónica de fundus gástrico)

- **K29.50 Gastritis crónica no especificada sin hemorragia**
- **K29.51 Gastritis crónica no especificada con hemorragia**

11.7 APENDICITIS AGUDA

La inflamación e infección agudas del apéndice vermiforme, también llamada apéndice cecal, se codifica en la categoría **K35**, donde se diferencia la apendicitis aguda con o sin peritonitis, si ésta es localizada o generalizada, si existe o no la presencia de absceso peritoneal, y en su caso si hay perforación o gangrena:

K35.2 Apendicitis aguda con peritonitis generalizada

- **K35.20 Apendicitis aguda con peritonitis generalizada, sin absceso** (incluye apendicitis con peritonitis generalizada NEOM)
- **K35.21 Apendicitis aguda con peritonitis generalizada, con absceso**

K35.3 Apendicitis aguda con peritonitis localizada

- **K35.30 Apendicitis aguda con peritonitis localizada sin perforación ni gangrena** (incluye apendicitis aguda con peritonitis localizada NEOM)
- **K35.31 Apendicitis aguda con peritonitis y gangrena localizadas, sin perforación**
- **K35.32 Apendicitis aguda con perforación, peritonitis localizada y gangrena, sin absceso** (incluye apendicitis con perforación NEOM, apéndice perforado NEOM y rotura de apéndice NEOM)
- **K35.33 Apendicitis aguda con perforación, peritonitis localizada y gangrena, con absceso** (incluye apendicitis con absceso NEOM, y rotura de apéndice con peritonitis localizada y absceso)

K35.8 Otros tipos de apendicitis aguda y los no especificados

- **K35.80 Apendicitis aguda no especificada** (incluye apendicitis aguda NEOM y apendicitis aguda sin peritonitis)
- **K35.89 Otros tipos de apendicitis aguda**
- **K35.890 Otros tipos de apendicitis aguda sin perforación ni gangrena**
- **K35.891 Otros tipos de apendicitis aguda sin perforación, con gangrena** (incluye apendicitis con gangrena NEOM)

Ingreso por apendicitis aguda gangrenosa

K35.891 Otros tipos de apendicitis aguda sin perforación, con gangrena

Paciente intervenida con diagnóstico de apendicitis aguda catarral

K35.80 Apendicitis aguda no especificada

11.8 HERNIAS DIGESTIVAS

Una hernia consiste en la protrusión de un órgano o parte de él a través de la pared de la cavidad que normalmente lo contiene. En la evolución de las hernias de la pared abdominal, una hernia puede ir

aumentando de tamaño o bien sufriendo mayor presión del cuello por donde protruye y pasar de considerarse reducible a hacerse irreducible o incarcerada, acompañándose de obstrucción. Si este atrapamiento se intensifica, hablamos de hernia estrangulada, que además de presentar también obstrucción intestinal puede terminar en gangrena intestinal por el compromiso de la irrigación del intestino.

Los adjetivos incarcerada, irreducible y estrangulada significan presencia de obstrucción en CIE-10-ES Diagnósticos. Cuando se habla en la información clínica de hernia "complicada" es necesario revisar bien la documentación para poder realizar la codificación correcta, pues puede referirse a la presencia de obstrucción, de gangrena o ambas. Si la hernia presenta obstrucción y gangrena se codifica como hernia con gangrena.

Existe una sección con siete categorías para codificar las hernias (**Hernia K40-K46**), donde se incluyen las hernias adquiridas y también las congénitas, excepto las hernias congénitas diafragmáticas (**Q79.0**) y de hiato (**Q40.1**).

La recurrencia o bilateralidad en su caso, y la presencia o no de obstrucción o de gangrena son las características esenciales para la construcción final del código.

Por defecto las hernias se consideran unilaterales, no recidivadas, sin obstrucción y sin gangrena.

- **Hernia inguinal.** Se produce en la región inguinal, pasando el intestino delgado bien a través de la pared abdominal (directa) o en diagonal a través del canal inguinal y terminando en el escroto (indirecta). Se clasifican en la categoría **K40 Hernia inguinal**. Se incluye aquí el bubonocele, sinónimo de hernia inguinopubiana, que es un tipo de hernia inguinal en la que el intestino delgado, después de pasar al canal inguinal, protruye antes de llegar al escroto, a la altura del anillo inguinal externo, es decir, una hernia inguinal indirecta con recorrido incompleto.

  En la codificación de la hernia inguinal son modificadores esenciales la bilateralidad, la recurrencia o recidiva y la presencia de obstrucción o gangrena, y no esenciales su condición de directa o indirecta.

- **Hernia femoral.** También denominada hernia crural. Se produce por una debilidad en el canal femoral a la altura de la ingle. Son más frecuentes en mujeres. Se codifican en la categoría **K41 Hernia femoral**, con los mismos factores que actúan como modificadores esenciales que en la hernia inguinal.

- **Hernia umbilical.** Hernia de la pared abdominal que se produce en el anillo umbilical que rodea al ombligo. Se codifica en la categoría **K42 Hernia umbilical**, diferenciando la presencia o no de obstrucción y gangrena. No se incluye el onfalocele (**Q79.2**), que es un defecto de la pared abdominal fetal con herniación de órganos abdominales (fundamentalmente intestino e hígado que se observan cubiertos por una fina membrana). Es importante conocer esta diferencia, pues a veces se puede utilizar el término onfalocele para referirse a una hernia umbilical y no al verdadero onfalocele. Este diagnóstico en un paciente que no sea un recién nacido se refiere a una hernia umbilical.

- **Hernia ventral.** Se clasifica en la categoría **K43 Hernia ventral**, que recoge, combinando la presencia o no de obstrucción o gangrena el resto de las hernias de la pared abdominal en tres grupos diferenciados:

  – Hernia incisional (**K43.0**, **K43.1** y **K43.2**) que se produce por debilidad de la pared debida a incisiones quirúrgicas previas.
  – Hernia paraestomal (**K43.3**, **K43.4** y **K43.5**) que, aunque es también una hernia incisional, está relacionada con la formación de un estoma o apertura artificial en la pared abdominal.

- Resto de hernias de la pared abdominal (**K43.6**, **K43.7** y **K43.9**), que según su localización anatómica incluyen entre otras a la hernia de la línea media, hernia epigástrica, hernia hipogástrica, hernia de Spiegel o espigeliana (parte lateral del músculo recto abdominal) y hernia subxifoidea.

- **Hernia diafragmática.** Se codifica en la categoría **K44 Hernia diafragmática**, con tres códigos finales posibles según exista o no obstrucción o gangrena. Incluye los términos hernia de hiato, hernia paraesofágica y hernia de hiato por deslizamiento. También se incluyen aquellas expresiones diagnósticas que hablen de eventración de algún órgano "en el pecho" o "en tórax". Como ya se ha mencionado se excluyen de esta categoría las de origen congénito.

- **Otra hernia abdominal.** En la categoría **K45 Otra hernia abdominal** se incluyen aquellas hernias abdominales especificadas que no tienen cabida en el resto de categorías. Entre la terminología clínica más frecuente incluidas aquí están las expresiones de hernia ciática, lumbar, obturatriz, pudenda o retroperitoneal. Como anteriormente, se diferencia la presencia o no de obstrucción o gangrena.

Ingreso quirúrgico por hernia inguinal directa incarcerada

K40.30 Hernia inguinal unilateral, con obstrucción, sin gangrena, no especificada como recidivada

Hernia crural recurrente obstructiva con gangrena

K41.41 Hernia femoral unilateral, con gangrena, recidivada

11.9 ENTERITIS Y COLITIS NO INFECCIOSAS

Estas patologías se presentan en CIE-10-ES con terminología clínica actualizada y mayor especificidad clínica. Se clasifican en tres categorías, las dos primeras referidas a la enfermedad inflamatoria intestinal que incluye a la enfermedad de Crohn (**K50 Enfermedad de Crohn [enteritis regional]**) y la colitis ulcerosa (**K51 Colitis ulcerosa**), y la tercera para el resto de patología intestinal inflamatoria no infecciosa (**K52 Otras gastroenteritis y colitis no infecciosas y las no especificadas**).

- **Enfermedad de Crohn.** Es un proceso inflamatorio crónico fundamentalmente del tracto intestinal, aunque puede afectar cualquier parte del tracto digestivo desde la boca hasta el ano. Los síntomas, cuya gravedad puede variar de leves a graves, dependerán de la zona afectada, pero en general los más frecuentes son dolor abdominal cólico o no, fiebre, fatiga, inapetencia, tenesmo, diarrea acuosa incluso sanguinolenta y pérdida de peso.

El término enteritis regional es sinónimo de enfermedad de Crohn. También se incluyen en esta categoría **K50** las expresiones diagnósticas enteritis granulomatosa, ileítis regional, ileítis terminal, colitis granulomatosa y colitis regional.

Su clasificación se hace por la localización anatómica afectada (intestino delgado, grueso, delgado y grueso, y no especificada) y por la presencia o no de complicaciones.

Las complicaciones que tienen código específico son las manifestaciones relacionadas con el aparato digestivo: hemorragia rectal, obstrucción intestinal, fístula, y absceso. La presencia de varias complicaciones con código especificado en el mismo episodio, por ejemplo, rectorragia y absceso, necesita de codificación múltiple para identificar cada una de ellas.

Igualmente, cuando existe otra complicación o manifestación especificada, pero sin código específico, como son las manifestaciones extraintestinales de la enfermedad, necesitan de codificación múltiple, codificando primero la enfermedad de Crohn "con otra complicación especificada" (código terminado en .18) y como adicional el código de la manifestación, como por ejemplo pioderma gangrenoso (**L88**), o artropatías (**M07**).

- **Colitis ulcerosa**. Es otra forma de enfermedad inflamatoria intestinal, cuya principal diferencia con la anterior es la presencia de ulceraciones en la mucosa y que solo afecta al intestino grueso. Su clasificación se realiza por la estructura anatómica afectada, que se corresponde con sus formas típicas de presentación:

  - Todo el colon: **K51.0 Pancolitis ulcerosa (crónica)**
  - Solo el recto: **K51.2 Proctitis ulcerosa (crónica)**
  - Recto y colon sigmoides: **K51.3 Rectosigmoiditis ulcerosa (crónica)**
  - Colon izquierdo: **K51.5 Colitis izquierda**

Se incluyen también aquí a los pólipos inflamatorios de colon (antes denominados pseudopólipos). Para su codificación en esta categoría la expresión diagnóstica debe ser literal, es decir la expresión completa de "pólipo inflamatorio de colon" (**K51.4**). Un pólipo de colon sin más se codifica **K63.5 Pólipo de colon**, y el pólipo adenomatoso o poliposis de colon con **D12.6 Neoplasia benigna de colon, no especificada**.

Al igual que en la enfermedad de Crohn el código final dependerá de la presencia o no de complicaciones intestinales, que son las mismas. Será necesaria la codificación múltiple bien para identificar la presencia de más de una manifestación, o bien para identificar otras complicaciones extraintestinales especificadas.

Pólipo de colon en paciente de 52 años de edad

K63.5 Pólipo de colon

Pseudopoliposis de colon izquierdo que produce rectorragia intermitente

K51.411 Pólipos inflamatorios de colon con rectorragia

Hombre de 64 años de edad con rectorragia. Tras estudios endoscópicos es diagnosticado de pólipos inflamatorios de colon descendente

K51.411 Pólipos inflamatorios de colon con rectorragia

Pioderma gangrenoso en paciente diagnosticado de proctocolitis ulcerosa con fistula de recto secundaria

K51.318 Rectosigmoiditis ulcerosa (crónica) con otra complicación
L88 Pioderma gangrenoso
K51.313 Rectosigmoiditis ulcerosa (crónica) con fístula

Paciente diagnosticado de enfermedad de Crohn con afectación ileal que ingresa por rectorragia y obstrucción intestinal

K50.011 Enfermedad de Crohn de intestino delgado con hemorragia rectal
K50.012 Enfermedad de Crohn de intestino delgado con obstrucción intestinal

- **Otras gastroenteritis y colitis no infecciosas**. En la categoría (**K52**) se clasifican el resto de patologías intestinales inflamatorias no infecciosas, con códigos para identificar las gastroenteritis y colitis de origen alérgico y dietético (**K52.2**), otras especificadas (**K52.8**) y la colitis indeterminada (**K52.3**), entidad clínica que puede encuadrarse en el grupo de la enfermedad inflamatoria intestinal, pero por su estadio evolutivo aún no es posible diagnosticarla ni como enfermedad de Crohn ni como colitis ulcerosa; también es denominada como Enfermedad Inflamatoria Intestinal Colónica no clasificada (EIICnc), y no debe confundirse con el término colitis no especificada (**K52.9**).

11.10 TRASTORNOS VASCULARES DEL INTESTINO

Los trastornos vasculares intestinales se clasifican en la categoría (**K55**), donde se existen subcategorías para los trastornos vasculares agudos (**K55.0**), crónicos (**K55.1**), para la angiodisplasia de colon (**K55.2**), la enterocolitis necrotizante distinta a la del recién nacido (**K55.3**), y para otros trastornos vasculares (**K55.8**) y los no especificados (**K55.9**).

Los códigos de trastornos vasculares agudos del intestino diferencian entre la estructura anatómica afectada (intestino delgado, colon o no especificada) y el tipo clínico de trastorno (isquemia aguda reversible o infarto):

- **K55.01- Isquemia aguda (reversible) de intestino delgado**
- **K55.02- Infarto agudo de intestino delgado**
- **K55.03- Isquemia aguda (reversible) de intestino grueso**
- **K55.04- Infarto agudo de intestino grueso**
- **K55.05- Isquemia aguda (reversible) de intestino, parte no especificada**
- **K55.06- Infarto agudo de intestino, parte no especificada**

Con el valor del sexto carácter se identifica la extensión de la lesión, focal o segmentaria, difusa y no especificada. La presencia en la documentación en estos casos del término clínico gangrena o necrosis debe codificarse como infarto.

Colitis fulminante isquémica aguda gangrenosa de colon ascendente

K55.041 Infarto agudo focal (segmentario) de intestino grueso

Insuficiencia arterial mesentérica

K55.1 Trastornos vasculares crónicos de intestino

11.11 ÍLEO Y OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Íleo significa detención del tránsito intestinal. Cuando esta detención completa del tránsito intestinal o su enlentecimiento severo se produce por un fallo del peristaltismo de origen muscular se habla de íleo adinámico o paralítico, y si se produce por una obstrucción mecánica hablamos de íleo mecánico o íleo obstructivo.

- **Íleo paralítico**. Su aparición suele estar relacionada con cirugía abdominal reciente, peritonitis, hemorragia retroperitoneal, sepsis, alteraciones hidroelectrolíticas severas, isquemia intestinal extensa, y traumatismos (en especial fracturas vertebrales y pelvianas).

Su sintomatología suele presentarse de manera gradual con la presencia constante de dolor. El íleo paralítico se codifica **K56.0 Íleo paralítico**, incluyendo el término sinónimo de íleo adinámico, y también las expresiones parálisis de intestino y parálisis de colon. El término íleo sin más, se codifica como **K56.7 Íleo no especificado**, que también incluye los términos íleo intestinal, íleo de colon, e íleo inhibitorio, para diferenciarlos de la expresión obstrucción intestinal a secas o no especificada.

La codificación del íleo paralítico posoperatorio, entendido como complicación de cirugía, y por tanto con la relación causa-efecto documentada, requiere de codificación múltiple: primero el código que identifica que es una complicación digestiva tras procedimiento, **K91.89 Otras complicaciones y trastornos de aparato digestivo posprocedimiento,** seguido del código que identifica al íleo paralítico, **K56.0 Íleo paralítico,** y el código correspondiente de las categorías **Y83** o **Y84** para identificar el tipo de procedimiento realizado.

- **Íleo obstructivo**. La codificación de la obstrucción intestinal está presente en diferentes categorías y capítulos de la CIE-10-ES. En la categoría **K56** solo se codifican algunos tipos concretos de obstrucción intestinal, ya que se excluyen de ella toda obstrucción intestinal secundaria a afecciones especificadas que lo incluyen en su código de combinación (hernias, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad péptica, etc.), las neonatales (**P76.-**), congénitas (**Q41-Q42**), la de duodeno (**K31.5**), la secundaria a la realización de un procedimiento (**K91.3-**) y las de causa isquémica (**K55.1**) pues para CIE-10-ES la obstrucción va incluida en el código de isquemia intestinal crónica y no necesita código adicional.

Las causas concretas de obstrucción intestinal clasificadas en esta categoría son la invaginación o intususcepción (**K56.1**), el vólvulo o torsión intestinal (**K56.2**) que incluye la expresión estrangulación de colon o de intestino, el íleo por cálculo biliar (**K56.3**), la impactación intestinal por heces (**K56.41**) que no hay que confundir con el estreñimiento, y otros tipos de impactación (**K56.49**), y la obstrucción intestinal producida por adherencias o bridas intestinales y peritoneales no posoperatorias (**K56.5-**), ya que la obstrucción por bridas posprocedimiento se codifican en la subcategoría **K91.3- Obstrucción intestinal posprocedimiento**. En estas dos subcategorías, así como en la **K56.60- Obstrucción intestinal no especificada** y **K56.69- Otros tipos de obstrucción intestinal**, se diferencia el tipo de obstrucción intestinal presente, parcial, total o no especificada. Las adherencias o bridas intestinales y peritoneales sin obstrucción, tanto si son posoperatorias como si no, se codifican con el código **K66.0 Adherencias peritoneales (posprocedimiento) (posinfección)**.

Para diferenciar el posible origen se utilizan las expresiones íleo no especificado (**K56.7**) e íleo obstructivo (**K56.699**) que se codifica como otro tipo de obstrucción intestinal, sin especificar si la obstrucción es parcial o total.

Cuando la obstrucción intestinal está causada por una afección especificada no se utilizará la subcategoría **K56.69- Otros tipos de obstrucción intestinal**, pues en este caso para la norma de CIE-10-ES la obstrucción está incluida en el código de dicha afección (ver Excluye 1 en el tabular); esta regla no afecta a la obstrucción del ano y del recto (**K62.4**), en cuyo caso pueden utilizarse ambos códigos para informar de ambas condiciones. Si la obstrucción intestinal no está especificada utilizaremos la subcategoría **K56.60- Obstrucción intestinal no especificada**.

El término de obstrucción intestinal sin más, se codifica con el código **K56.609 Obstrucción intestinal no especificada, no especificada si obstrucción parcial o completa**. Los términos como íleo obstructivo, enteroestenosis, y estenosis o estrechamiento u oclusión de intestino o de colon se codifican **K56.699 Otros tipos de obstrucción intestinal, no especificada si obstrucción parcial o completa**.

La obstrucción intestinal secundaria a un procedimiento, que como ya se ha comentado incluye la producida por bridas o adherencias posquirúrgicas, al contrario que el íleo paralítico sí tiene un código específico en la subcategoría **K91.3- Obstrucción intestinal posprocedimiento** diferenciando con el quinto dígito si la obstrucción es parcial, total o no se especifica. Se necesita código adicional para identificar el tipo de procedimiento realizado.

- **Seudoobstrucción intestinal**. Supone una propulsión intestinal anómala, que no significa inexistente, pues puede existir, aunque de manera incoordinada y por tanto ineficaz, sin la presencia de causas mecánicas obstructivas, aunque con una clínica similar.

Se codifica con el código **K59.89 Otros trastornos intestinales funcionales especificados**. Los términos aguda, crónica, idiopática, secundaria, intermitente, y primaria actúan como modificadores no esenciales del término seudoobstrucción intestinal.

Una afección parecida, debida a alteraciones del peristaltismo del colon sin presencia de causa mecánica es el **Síndrome de Ogilvie, K59.81**, también denominado como íleo colónico agudo y seudoobstrucción colónica aguda.

Hombre de 72 años que llega al hospital con dolor abdominal de varios días de evolución con agravamiento en las últimas horas. Se diagnostica de estrangulación de colon sigmoides, pasando a quirófano de urgencias

K56.2 Vólvulo

Íleo intestinal en estudio en mujer de 64 años

K56.7 Íleo no especificado

Íleo mecánico obstructivo

K56.699 Otra obstrucción intestinal sin especificar como parcial o completa

Mujer de 76 años de edad, intervenida de reparación de eventración abdominal por laparotomía. Presenta a las 24 horas de la intervención sensación de plenitud abdominal, con dolor, náuseas y nerviosismo, que han ido en aumento. Se diagnostica de parálisis colónica secundaria a la cirugía abdominal

K91.89 Otras complicaciones y trastornos de aparato digestivo posprocedimiento
K56.0 Íleo paralítico
Y83.4 Otra cirugía reconstructiva como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento

Varón de 62 años con historia de cuadros inflamatorios abdominales que ingresa por dolor abdominal y signos de obstrucción intestinal incompleta. Tras estudio se diagnostica de semi-obstrucción intestinal por bridas posinflamatorias

K56.51 Adherencias intestinales [bridas] con obstrucción parcial

11.12 ENFERMEDAD DIVERTICULAR

La enfermedad diverticular intestinal se clasifica en la categoría (**K57 Enfermedad diverticular de intestino**). Su origen está en la presencia de divertículos, que son formaciones saculares de la mucosa y submucosa intestinal con capa muscular más delgada, donde los vasos sanguíneos penetran la pared intestinal. Clínicamente se habla de diverticulosis asintomática (presencia de divertículos) y de enfermedad diverticular cuando se desarrolla el síndrome clínico. Puede manifestarse como una diverticulitis, con signos y síntomas de diferente grado de gravedad, como dolor y distensión abdominal, fiebre, cambio del hábito intestinal hasta peritonitis, es lo que se denomina enfermedad diverticular complicada, o bien con signos y síntomas menos graves, similares a un síndrome de colon irritable, como malestar abdominal, alteración de los movimientos intestinales, todo ello secundario una inflamación crónica de bajo grado, lo que se denomina como Enfermedad diverticular sintomática no complicada (EDSNC).

El eje inicial de clasificación es doble, anatómica según afecte al intestino delgado, grueso, ambos o no esté especificado y a la vez si se presenta o no diverticulitis con perforación intestinal y absceso intestinal. Es decir, diferencia entre enfermedad diverticular complicada con perforación y absceso, y el resto, enfermedad diverticular sin complicaciones (diverticulosis) o con otras complicaciones diferentes (diverticulitis complicada sin perforación y absceso). Además de estas combinaciones, en cada subcategoría se identifica si existe o no hemorragia.

- **Diverticulitis con perforación y absceso**. Si la diverticulitis con perforación y absceso intestinal se acompaña de afección peritoneal es necesaria la codificación múltiple, utilizando el código correspondiente de la categoría **K65** para identificarla, como por ejemplo el **K65.0 Peritonitis (aguda) generalizada**, o en caso de absceso peritoneal el **K65.1 Absceso peritoneal**. El orden de los códigos dependerá de las circunstancias del episodio de hospitalización.

  - **K57.0 Diverticulitis de intestino delgado con perforación y absceso**
  - **K57.2 Diverticulitis de intestino grueso con perforación y absceso**
  - **K57.4 Diverticulitis de intestino delgado y colon con perforación y absceso**
  - **K57.8 Diverticulitis de intestino, parte no especificada, con perforación y absceso**

Paciente de 66 años de edad que ingresa para estudio endoscópico y control, diagnosticado de diverticulosis de colon con diverticulitis

K57.32 Diverticulitis de colon sin perforación ni absceso, sin hemorragia

Hombre de 60 años de edad que ingresa por melenas, dolor abdominal y fiebre. Se diagnostica de enfermedad diverticular complicada con peritonitis aguda generalizada secundaria

K57.81 Diverticulitis de intestino, parte no especificada, con perforación y absceso, con hemorragia
K65.0 Peritonitis (aguda) generalizada

11.13 HEMORROIDES

Se clasifican en la categoría **K64 Hemorroides y trombosis venosa perianal**.

- **Hemorroides internas:** se codifican según se conozca o no su grado o estadio. Las notas que aparecen en cada uno de los códigos definen cada uno de los grados, lo que facilita su codificación. Si se conoce su grado, se codifican:

  - **K64.0 Hemorroides de primer grado**
  - **K64.1 Hemorroides de segundo grado**
  - **K64.2 Hemorroides de tercer grado**
  - **K64.3 Hemorroides de cuarto grado**

Cuando descocemos el grado porque no se indique y la información disponible no nos permite asignarlo según las notas de los códigos, las hemorroides internas se codifican **K64.8 Otras hemorroides**, como también las expresiones hemorroides prolapsadas, hemorroides estranguladas y hemorroides ulceradas.

- **Hemorroides externas**: se codifican **K64.4 Colgajos cutáneos hemorroidales residuales**, y si se acompañan de trombosis como **K64.5 Trombosis venosa perianal**, que también incluye las expresiones relacionadas hematoma perianal, y hemorroides trombosadas no especificadas.

Para los términos hemorroides, hemorroides sangrantes no especificadas o hemorroides sangrantes, sin mención del grado se utilizará el código **K64.9 Hemorroides no especificadas**.

Cuando las hemorroides complican el parto o puerperio, un excluye tipo 1 nos indica que no se utilizarán estos códigos, ni como adicionales, codificándose según el caso con códigos de la subcategoría **O22.4 Hemorroides en el embarazo** o bien con el código final **O87.2 Hemorroides en el puerperio**. La presencia de hemorragia debida a hemorroides no modifica su codificación, es decir, el término sangrante es, para todos los casos, un modificador no esencial.

Paciente diagnosticado de hemorroides estranguladas

K64.8 Otras hemorroides

Varón que ingresa de urgencias por hemorroides internas irreductibles sangrantes

K64.3 Hemorroides de cuarto grado

Mujer que reingresa por hemorroides sangrantes

K64.9 Hemorroides no especificadas

11.14 HEMORRAGIA DIGESTIVA

La hemorragia digestiva consiste en la pérdida de sangre procedente del tubo digestivo, desde el esófago hasta el ano. Este sangrado puede manifestarse como hematemesis (vómito con sangre o aspecto de posos de café), melenas (deposiciones negras como el alquitrán), hematoquecia (deposiciones negras o marrones con fondo rojizo) o rectorragia (deposiciones con sangre roja de aspecto fresca).

Según su origen se diferencia entre hemorragia digestiva alta (HDA), con origen por encima del ángulo de Treitz (unión duodenoyeyunal), que se manifiesta generalmente por hematemesis, melenas o ambas, y hemorragia digestiva baja (HDB) con origen por debajo del ángulo de Treitz y que puede manifestarse en forma de melenas, rectorragia o hematoquecia. Cuando el volumen del sangrado es muy escaso puede no manifestarse macroscópicamente, pero si detectarse en un análisis de heces, cuya positividad denominamos como sangre oculta en heces.

Para codificar estas expresiones cuando no se tiene información sobre el origen o causa de la hemorragia digestiva la CIE-10-ES Diagnósticos nos proporciona los siguientes códigos, que utilizaremos según conozcamos o no la forma de manifestarse la hemorragia:

- **K92.0 Hematemesis**
- **K92.1 Melena**
- **K92.2 Hemorragia gastrointestinal, no especificada**
- **R19.5 Otras alteraciones fecales** (que incluye sangre oculta en heces)
- **K62.5 Hemorragia de ano y recto**
- **K22.8 Otras enfermedades especificadas de esófago** (hemorragia de esófago NEOM)

Para las patologías o afecciones que más frecuentemente son causa de hemorragia digestiva se dispone de numerosos códigos de combinación para informar de la presencia del sangrado. En los casos donde el código de la afección causante no dispone de esta información en un código de combinación y la hemorragia digestiva tiene especial protagonismo en el episodio de cuidados (pruebas diagnósticas adicionales, tratamiento, gravedad del paciente, etc.), siempre que la normativa no diga lo contrario utilizaremos un código adicional para informar de su presencia.

Mujer en estudio de hemorragia intestinal

K92.2 Hemorragia gastrointestinal, no especificada

Rectorragia secundaria a fisura anal crónica en mujer de 37 años de edad

K60.1 Fisura anal crónica
K62.5 Hemorragia de ano y recto

Paciente varón de 33 años que ingresa con hematemesis y melenas por ulcus gástrico crónico

K25.4 Úlcera gástrica crónica o no especificada con hemorragia

Hematemesis y melenas en estudio

K92.0 Hematemesis
K92.1 Melena

11.15 HEPATOPATÍAS

Son muchas las causas de enfermedad hepática, pero clínicamente suelen agruparse en tres grandes formas o patrones fisiopatológicos, clasificándose en:

- Hepatopatías hepatocelulares: predomina la lesión celular, la inflamación y la necrosis, como por ejemplo en la hepatitis vírica y la hepatopatía alcohólica.

- Hepatopatías colestáticas u obstructivas: predomina la inhibición del flujo biliar, por ejemplo, en muchas hepatopatías producidas por fármacos y la cirrosis biliar primaria.

- Hepatopatías mixtas: presenta signos de ambos patrones, es el caso de la forma colestática de hepatitis vírica y de las hepatitis tóxicas farmacogénicas.

- **Hepatopatía vírica**. La hepatopatía de origen viral se clasifica en el capítulo de enfermedades infecciosas entre las categorías (**B15-B19 HEPATITIS VIRAL**), en cuyos códigos se combina el virus responsable con la forma de hepatitis, aguda o crónica y en su caso con la presencia de insuficiencia hepática en forma de coma. En aquellos casos en los que sea necesario identificar una insuficiencia hepática secundaria a la hepatitis vírica y no existan códigos de combinación para ello en las categorías (**B15-B19**) se utilizará un código de la categoría (**K72 Insuficiencia hepática, no clasificada bajo otro concepto**, para su identificación (ver insuficiencia hepática en el apartado 11.16), aplicando la norma de selección de diagnóstico principal para la correcta ordenación de los códigos. Para identificar la presencia de cirrosis secundaria a la infección vírica se utilizarán códigos de la categoría **K74 Fibrosis y cirrosis de hígado**, como secundarios, pues en este caso el código de la hepatopatía vírica es principal, aunque en la lista tabular la nota de instrucción sea “codifique además”.

Paciente que ingresa con fiebre y malestar general en estado comatoso. Se diagnostica de encefalopatía hepática en el contexto de hepatitis viral aguda fulminante por VHC

B17.11 Hepatitis aguda tipo C con coma hepático

Mujer que ingresa para completar diagnóstico de su hepatopatía. Se realiza juicio clínico con el diagnóstico de cirrosis hepática posnecrótica secundaria a hepatitis vírica crónica por VHB

B18.1 Hepatitis vírica crónica tipo B, sin agente delta
K74.69 Otras cirrosis de hígado

- **Hepatopatía alcohólica**. Es la hepatopatía más frecuente junto a la de origen vírico. Se produce por un consumo excesivo de bebidas alcohólicas prolongado en el tiempo. El primer signo es la esteatosis hepática (**K70.0 Hígado graso alcohólico**).

El siguiente escalón lesivo es la hepatitis alcohólica, que se clasifica según se manifieste o no con ascitis, con los códigos **K70.10 Hepatitis alcohólica sin ascitis** y **K70.11 Hepatitis alcohólica con ascitis**, independientemente de si la presentación es aguda o crónica pues ambas formas de presentación se codifican con el mismo código.

El siguiente tipo de lesión, grado final de la agresión alcohólica, es la cirrosis. Al codificar estas y otras patologías señaladas más adelante que estén relacionadas con el consumo de alcohol, debemos tener presente la relación del paciente con dicho consumo y reflejarlo según documente el médico en la historia clínica con el código adicional adecuado de las categorías **F10.1 Abuso de alcohol**, y **F10.2 Dependencia de alcohol**.

Hombre de 42 años, alcohólico dependiente crónico activo, que desde hace unos días nota distensión abdominal, y al notarse ligero tinte ictérico acude a su médico de cabecera, que lo remite al hospital para estudio. En el hospital se diagnostica ascitis secundaria a hepatitis alcohólica aguda

K70.11 Hepatitis alcohólica con ascitis
F10.20 Dependencia de alcohol, sin complicaciones

Paciente que consulta por malestar general y náuseas. A la exploración en su CAP detectan hepatomegalia; como antecedente de interés está el consumo social de alcohol. Lo derivan al hospital para estudio. El diagnóstico final es de esteatosis hepática en paciente abusador alcohólico activo

K70.0 Hígado graso alcohólico
F10.10 Abuso de alcohol, sin complicaciones

- **Hepatopatías tóxicas**. La hepatopatía tóxica se clasifica en la categoría **K71 Enfermedad tóxica de hígado**, cuyos códigos identifican el tipo de lesión y su manifestación, como colestasis, necrosis celular, inflamación y su forma de presentación (aguda o crónica), y en su caso la presencia o no de ascitis. Cuando la información documentada disponible así nos lo permita, deberemos utilizar otros códigos para identificar la causa externa de la hepatopatía tóxica.

La hepatopatía tóxica será diagnóstico principal cuando se trate de un efecto adverso de medicamento, que se codificará como adicional con el código adecuado de las categorías **T36-T50 Envenenamiento, Efecto Adverso E Infradosificación De Fármacos, Medicamentos Y Sustancias Biológicas**, con el quinto o sexto carácter, según el caso, 5 de efecto adverso.

En cambio, cuando se trate de un envenenamiento, éste será el diagnóstico principal con el código adecuado de las categorías **T36** a **T65** con el quinto o sexto carácter que corresponda según la intención, es decir, del 1 al 4, y como diagnóstico adicional codificaremos la hepatopatía tóxica.

Mujer de 56 años previamente diagnosticada de depresión bipolar, que es traída a Urgencias tras tomar voluntariamente un número indeterminado de comprimidos de paracetamol. Se inicia tratamiento y queda en observación. A las veinte horas del ingreso comienza con ictericia progresiva, coagulopatía de consumo, confusión, coma y exitus. Diagnóstico final de necrosis hepática tóxica por ingesta autolítica de paracetamol

T39.1X2A Envenenamiento por derivados de 4-aminofenol, autolesión intencionada, contacto inicial
K71.11 Hepatopatía tóxica con necrosis hepática, con coma
D65 Coagulación intravascular diseminada [síndrome de desfibrinación]
F31.9 Trastorno bipolar, no especificado

Paciente hombre de 22 años en tratamiento con eritromicina por su médico de cabecera desde hace aproximadamente dos semanas. Acude a urgencias por fuerte dolor en cuadrante superior derecho, náusea y vómitos. Se suspende el antibiótico y se programa biopsia hepática diagnóstica. El juicio clínico manifiesta colestasis hepática tóxica por reacción idiosincrática al tratamiento con eritromicina

K71.0 Hepatopatía tóxica con colestasis
T36.3X5A Efecto adverso de macrólidos, contacto inicial

Hombre de 32 años que acude a urgencias por primera vez a las 8 horas de ingerir las setas que esa mañana ha recolectado por presentar dolor abdominal, náuseas y diarrea. A las 24 horas del ingreso presenta signos de hepatitis aguda. Tras los estudios pertinentes se emite el diagnóstico de hepatitis aguda grave por amanitina debida a la ingestión por error de Amanita Phalloides

T62.0X1A Efecto tóxico de setas ingeridas, accidental (no intencionado), contacto inicial
K71.2 Hepatopatía tóxica con hepatitis aguda

11.16 INSUFICIENCIA Y ENCEFALOPATÍA HEPÁTICAS

La insuficiencia hepática, o fallo hepático (que es el término de entrada en el índice alfabético) se clasifica según su causa.

- **Insuficiencia hepática de origen alcohólico.** Se diferencia la presencia o no de coma, pero no entre sus formas aguda, subaguda, crónica o no especificada, términos que actúan como modificadores no esenciales, por lo que utilizaremos el mismo código para cualquier forma de presentación:

  - **K70.40 Insuficiencia hepática alcohólica sin coma**
  - **K70.41 Insuficiencia hepática alcohólica con coma**

- **Insuficiencia hepática de origen tóxico.** Clasifica la insuficiencia hepática producida por tóxicos, incluidos medicamentos. Al igual que en la de origen alcohólico, diferencia códigos para la presencia o no de coma, pero no para el tipo de presentación, aguda o crónica, por lo que se codificará con el mismo código cualquiera de ellas:

  - **K71.10 Hepatopatía tóxica con necrosis hepática, sin coma**
  - **K71.11 Hepatopatía tóxica con necrosis hepática, con coma**

- **Fallo hepático posprocedimiento.** El código **K91.82 Fallo hepático posprocedimiento** incluye la insuficiencia hepática debida a la realización de un procedimiento, como complicación del mismo. Se

necesitará codificación múltiple para especificar, si se conoce, el tipo de insuficiencia hepática (categoría **K72**), y en su caso el código **K76.82** si se manifiesta con encefalopatía hepática (ver codificación de la encefalopatía hepática)

- **Otra insuficiencia hepática.** Clasifica el fallo hepático en otras circunstancias diferentes a las anteriores. Los códigos de combinación de esta categoría (**K72 Insuficiencia hepática, no clasificada bajo otro concepto**) diferencian la forma de presentación, aguda o subaguda, crónica o no especificada, y la presencia o no de coma. Se podrán utilizar para especificar, en su caso, la forma de presentación del fallo hepático en las hepatitis víricas (**B15-B19**) y deben utilizarse como códigos adicionales en la codificación de la insuficiencia hepática que complica casos obstétricos (abortos, embarazo, parto y puerperio), en los que se debe realizar codificación múltiple, acompañando a un código del capítulo 15 que identifique la afección obstétrica, que se codifica primero (**O00-O07**, **O08.8**, **O26.6-**)

- **K72.0 Insuficiencia hepática aguda o subaguda**

  Incluye la codificación del término hepatitis aguda no vírica sin especificar
  - **K72.00 Insuficiencia hepática aguda y subaguda sin coma**
  - **K72.01 Insuficiencia hepática aguda y subaguda con coma**

- **K72.1 Insuficiencia hepática crónica**

  Incluye la codificación de la expresión enfermedad hepática terminal
  - **K72.10 Insuficiencia hepática crónica sin coma**
  - **K72.11 Insuficiencia hepática crónica con coma**

- **K72.9 Insuficiencia hepática, no especificada**
  - **K72.90 Insuficiencia hepática, no especificada, sin coma**
  - **K72.91 Insuficiencia hepática, no especificada, con coma**

Paciente previamente diagnosticado de hepatitis crónica por VHC con insuficiencia hepática crónica, que es remitido a urgencias en estado comatoso. Es diagnosticado de coma hepático secundario a su hepatopatía viral crónica

K72.11 Insuficiencia hepática crónica con coma
B18.2 Hepatitis vírica crónica tipo C

Paciente dependiente alcohólico en remisión, diagnosticado de insuficiencia hepática crónica alcohólica, que ingresa en estado de coma tras respirar gas de un escape accidental en la nave industrial donde trabaja. Se diagnostica de fallo hepático con necrosis aguda por tetracloruro de carbono

T53.0X1A Efecto tóxico de tetracloruro de carbono, accidental, contacto inicial
K71.11 Hepatopatía tóxica con necrosis hepática, con coma
K70.40 Insuficiencia hepática alcohólica sin coma
F10.21 Dependencia de alcohol, en remisión
Y92.63 Fábrica como lugar del acontecimiento de la causa externa
Y93.89 Otra actividad especificada
Y99.0 Actividad de civil realizada a cambio de retribución o pago

- **Encefalopatía hepática.** Es una afección frecuente que puede presentarse en el fallo hepático, agudo o crónico. También se denomina encefalopatía portosistémica o intoxicación hepatocerebral. Es un síndrome neuropsiquiátrico cuya gravedad varía según su estadio clínico, pudiendo presentar desde trastornos del sueño, ansiedad, agitación o irritabilidad, pasando a desorientación, estupor, confusión, amnesia, somnolencia y finalmente llegar al coma que es su estadio más avanzado o estadio 4.

La encefalopatía hepática se codifica según se manifieste o no con coma, es decir, la clasificación diferencia entre la encefalopatía hepática estadio 4 y el resto de estadios que presentan otras manifestaciones diferentes al coma.

- **Encefalopatía hepática con coma.** Se utilizará un solo código de combinación. En unos casos el código relaciona el coma con su causa, como en algunas hepatitis víricas (**B15-B19**) con coma), la de origen alcohólico (**K70.41**), y la de causa tóxica (**K71.11**). En el resto de situaciones el código de combinación relaciona el coma hepático con el tipo de insuficiencia hepática, (**K72.01, K72.11, K72.91**). El término coma hepático sin más información se codifica con el código **K72.91 Insuficiencia hepática, no especificada, con coma**.
- **Encefalopatía hepática con otras manifestaciones diferentes al coma.** No existe código de combinación que relacione la presencia de manifestaciones de la encefalopatía hepática diferentes al coma ni con su causa ni con el fallo hepático, por lo que se debe realizar codificación múltiple, utilizando el código **K76.82 Encefalopatía hepática sin coma**, y el código correspondiente que la relacione con su causa, hepatitis viral (**B15-B19 sin coma**), ictericia del recién nacido (**P55-P59**), alcohólica (**K70.40**), tóxica (**K71.10**), y posprocedimiento (**K91.82**), o bien la relacione con otro tipo de insuficiencia hepática (**K72.00**, **K72.10**, **K72.90**).

Paciente que desde hace semanas presenta astenia y coluria junto a alteración del patrón del sueño y de la memoria, con olvidos frecuentes y disartria. Ingresa para estudio. Finalmente se diagnostica de hepatitis vírica aguda VHB con encefalopatía hepática estadio 2 secundaria

B16.9	**Hepatitis aguda tipo B, sin agente delta y sin coma hepático**
K76.82	**Encefalopatía hepática**

Paciente diagnosticado de enolismo crónico activo que ingresa en estado de confusión, amnésico y signos de rigidez muscular. Se diagnostica de encefalopatía hepática estadio 3 por insuficiencia hepática alcohólica

K76.82	**Encefalopatía hepática sin coma**
K70.40	**Insuficiencia hepática alcohólica sin coma**
F10.20	**Dependencia de alcohol, sin complicaciones**

Paciente intervenido de segmentectomía hepática laparoscópica que ingresa a las dos horas del alta por temblores y ansiedad, con tinte ictérico. Se diagnostica de insuficiencia hepática aguda secundaria a la intervención con encefalopatía hepática estadio 1

K91.82	**Fallo hepático posprocedimiento**
K72.00	**Insuficiencia hepática aguda y subaguda sin coma**
K76.82	**Encefalopatía hepática sin coma**
Y83.6	**Extirpación de otro órgano (parcial) (total) como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento**

Fallo hepático subagudo leve con encefalopatía hepática en embarazada de 26 semanas de gestación

O26.612	**Trastornos hepáticos y del tracto biliar en el embarazo, segundo trimestre**
K72.00	**Insuficiencia hepática aguda y subaguda sin coma**
K76.82	**Encefalopatía hepática sin coma**
Z3A.26	**26 semanas de gestación**

Coma hepático en paciente diagnosticado de enfermedad hepática terminal. Se inician cuidados paliativos

K72.11	**Insuficiencia hepática crónica con coma**
Z51.5	**Contacto para cuidados paliativos**

11.17 CIRROSIS HEPÁTICA

Desde el punto de vista clínico se diferencia a los pacientes afectados por cirrosis en cuatro grandes grupos según su etiología, cirrosis alcohólica, por hepatitis vírica crónica, cirrosis biliar y otras, que son menos frecuentes como la cirrosis cardiaca o la criptogénica. Sus principales complicaciones, independientemente de su etiología, son:

- Hipertensión portal (**K76.6**)
- Varices esofágicas secundarias sangrantes (**I85.11**) o sin sangrado (**I85.10**)
- Síndrome hepatorrenal (**K76.7**)
- Gastropatía hipertensiva portal (**K31.89**)
- Hiperesplenismo (**D73.1**)
- Esplenomegalia congestiva crónica (**D73.2**)
- Peritonitis bacteriana espontánea (**K65.2**)

Los códigos de estas complicaciones se utilizarán como principal o secundario, según el caso.

La codificación de la cirrosis hepática en CIE-10-ES Diagnósticos se distribuye:

- **Cirrosis codificadas en otros capítulos**. Dos tipos de cirrosis se clasifican con códigos de otros capítulos, la cirrosis congénita que se codifica **P78.81 Cirrosis congénita (de hígado)** y la cirrosis pigmentaria, **E83.110 Hemocromatosis hereditaria**.

- **Cirrosis alcohólica y tóxica**. Existen dos subcategorías relacionadas con la codificación de la enfermedad alcohólica, una para el diagnóstico establecido de cirrosis en combinación con la presencia o no de ascitis, una de sus complicaciones más frecuentes, y cuyos códigos son:

  - **K70.30 Cirrosis alcohólica de hígado sin ascitis**
  - **K70.31 Cirrosis alcohólica de hígado con ascitis**

La otra subcategoría clasifica los casos en los que existiendo fibrosis o esclerosis su grado de desarrollo aún no ha establecido una cirrosis. Es el código **K70.2 Fibrosis y esclerosis de hígado, alcohólica**.

La cirrosis hepática debida a hepatopatía tóxica (por fármacos y químicos) se codifica **K71.7 Hepatopatía tóxica con fibrosis y cirrosis de hígado**. En este caso no se combina con la presencia de ascitis, por lo que se necesitaría en su caso un código adicional para identificarla (**R18.8 Otros tipos de ascitis**).

Paciente que ingresa por sangrado de varices esofágicas secundarias a hipertensión portal por cirrosis hepática alcohólica y ascitis, en paciente alcohólico crónico en remisión

K76.6 Hipertensión portal
K70.31 Cirrosis alcohólica de hígado con ascitis
I85.11 Varices esofágicas secundarias con sangrado
F10.21 Dependencia de alcohol, en remisión

- **Categoría K74 Fibrosis y cirrosis de hígado**. Los códigos de esta categoría se utilizan para identificar la cirrosis, esclerosis, y fibrosis del hígado de causa no alcohólica ni tóxica, debidas a afecciones especificadas como la hepatitis vírica aguda o crónica o la esteatohepatitis no alcohólica, y para otras cirrosis especificadas, como la biliar, la criptogénica, macronodular, micronodular, etc. y las no especificadas.

En esta categoría se clasifica la fibrosis hepática como no especificada **K74.00 Fibrosis hepática no especificada**, y según su estado evolutivo en **K74.01 Fibrosis hepática temprana** (estadio F1 o F2) y **K74.02 Fibrosis hepática avanzada** (estadio F3). Si se habla de fibrosis estadio F4 no se codifica aquí, sino como cirrosis en la subcategoría **K74.6**. Se debe codificar primero la enfermedad hepática subyacente que la origina, como por ejemplo la esteatohepatitis no alcohólica (EHNA).

Cuando se codifique una expresión diagnóstica en la que coexista cirrosis hepática de etiología alcohólica o tóxica junto a cirrosis de etiología vírica, para la cirrosis solo se utilizará el código de la cirrosis de etiología alcohólica o tóxica, identificando la infección vírica con el código correspondiente a la hepatopatía (hepatitis vírica aguda o crónica).

Cirrosis micronodular

K74.69 Otras cirrosis de hígado

Cirrosis biliar primaria con síndrome hepatorrenal

K74.3 Cirrosis biliar primaria
K76.7 Síndrome hepatorrenal

11.18 TRASTORNOS DE LA VESÍCULA BILIAR, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

Los trastornos de la vesícula biliar y vías biliares y páncreas se clasifican con las categorías **K80** a **K87**.

11.18.1 COLECISTITIS

La colecistitis es la inflamación de la pared de la vesícula biliar. La forma aguda suele estar relacionada con la presencia de cálculos en las vías biliares (ver litiasis biliar en el apartado 11.18.3), aunque también puede presentarse sin la presencia de cálculos, denominándose entonces colecistitis alitiásica. Cuando se

presenta sin cálculos biliares se codifica con los códigos de la categoría **K81**, y según su forma de presentación:

- **K81.0 Colecistitis aguda**
- **K81.1 Colecistitis crónica**
- **K81.2 Colecistitis aguda con colecistitis crónica**
- **K81.9 Colecistitis, no especificada**

Si la colecistitis produce gangrena o perforación de la vesícula biliar hay que utilizar un código adicional secundario para identificar tal condición, **K82.A1 Gangrena de vesícula biliar en colecistitis** o bien **K82.A2 Perforación de vesícula biliar en colecistitis**.

Paciente diagnosticado de colecistitis crónica alitiásica y varios ingresos previos por agudización, que vuelve a ingresar por dolor agudo en hipocondrio derecho y fiebre de horas de evolución. Se diagnostica de colecistitis supurativa. Se pauta tratamiento antibiótico

K81.2 Colecistitis aguda con colecistitis crónica

11.18.2 COLANGITIS

Consiste en la inflamación, aguda o crónica, de los conductos biliares generalmente secundaria a una obstrucción total o parcial de los mismos, bien por cálculos biliares, tumor, coágulos, estenosis posprocedimiento, pancreatitis o parasitosis. Cuando se presenta sin cálculos biliares se codifica en la subcategoría (**K83.0-**), donde se diferencian **K83.01 Colangitis esclerosante primaria**, y **K83.09 Otras colangitis**, donde se incluyen los términos clínicos colangitis sin más, y colangitis ascendente, esclerosante, estenosante, primaria, recidivante, secundaria y supurativa.

Mujer de 47 años de edad con fiebre alta y escalofríos, mucosas ictéricas y dolor agudo localizado en cuadrante superior izquierdo. Ingresa para valoración. Al alta se diagnostica de sepsis por colangitis supurativa por E. Coli en paciente con estenosis del conducto cístico

A41.51 Sepsis por Escherichia coli [E. coli]
K83.09 Otras colangitis
K82.0 Obstrucción de vesícula biliar

11.18.3 LITIASIS BILIAR

La litiasis biliar se clasifica en la categoría (**K80 Colelitiasis**) bajo el término general de colelitiasis, aunque sus diferentes subcategorías diferencian primero según el cálculo se localice en vesícula biliar (que incluye su localización en el conducto cístico), en conducto biliar (que incluye también la presencia del cálculo en colédoco, conducto hepático y conductos intrahepáticos), o en ambos sitios. Después combina la presencia o no de obstrucción junto con la inflamación aguda o crónica de la vesícula (colecistitis), de los conductos (colangitis) o ambos. Cuando coexiste colangitis y colecistitis se utilizará el código de colecistitis que incluye ambas expresiones.

Ciertas complicaciones relativamente frecuentes de los cálculos biliares necesitarán código adicional para identificarlas. La perforación de la vesícula biliar por litiasis se codificará diferente según exista o no colecistitis; con colecistitis se codifica **K82.A2 Perforación de vesícula biliar en colecistitis**, y sin colecistitis se utilizará como adicional el código **K82.2 Perforación de vesícula biliar**. La gangrena de la vesícula biliar por colecistitis litiásica, al igual que en el caso de la colecistitis alitiásica se codificará **K82.A1 Gangrena de vesícula biliar en colecistitis**. Otras complicaciones son el mucocele vesicular **K82.1 Hidropesía de vesícula biliar**, la fístula biliar **K82.3 Fístula de vesícula biliar** y la fístula del conducto biliar **K83.3 Fístula de conducto biliar**.

En esta categoría no se codifica la colelitiasis retenida tras colecistectomía, que se considera complicación de procedimiento sobre aparato digestivo y se codifica **K91.86 Colelitiasis retenida después de colecistectomía**.

Paciente diagnosticado de colelitiasis y colecistitis crónica que ingresa por agudización de la colecistitis. Queda ingresado para tratamiento quirúrgico por perforación de la vesícula biliar

K80.12 Cálculo de vesícula biliar con colecistitis aguda y crónica sin obstrucción
K82.A2 Perforación de vesícula biliar en colecistitis

Ingreso programado para tratamiento quirúrgico reglado de colelitiasis y coledocolitiasis

K80.70 Cálculo de vesícula y conducto biliar sin colecistitis sin obstrucción

Paciente diagnosticado de colelitiasis y colecistitis crónica que ingresa por agudización de la colecistitis. Queda ingresado para tratamiento quirúrgico

K80.12 Cálculo de vesícula biliar con colecistitis aguda y crónica sin obstrucción

11.18.4 PANCREATITIS

La inflamación del páncreas se clasifica como aguda y como crónica. Su forma de presentación y evolución puede ser variable, desde una forma leve y autolimitada, pasando por complicaciones locales graves, como la necrosis y sobreinfección, hasta desarrollar complicaciones generales, como el fallo multiorgánico, shock y muerte.

La categoría **K85 Pancreatitis aguda**, proporciona los códigos para la pancreatitis aguda según su etiología, y se diferencian códigos para identificar la presencia o no de necrosis e infección.

La forma crónica se identifica con dos códigos, **K86.0 Pancreatitis crónica inducida por alcohol** y para el resto **K86.1 Otros tipos de pancreatitis crónica**. En este último caso, si se conoce la causa, hay que utilizar códigos adicionales para su identificación, y su orden se establecerá siguiendo las normas generales de codificación para la elección del diagnóstico principal o bien según las instrucciones que presente la clasificación. Es frecuente tener que añadir un código adicional en los casos de pancreatitis crónica para indicar el fallo exocrino pancreático secundario, **K86.81 Insuficiencia pancreática exocrina**.

En aquellos casos en los que se diagnostique una pancreatitis aguda sobre una pancreatitis crónica se necesitarán dos códigos, uno por cada situación, y será diagnóstico principal el código de pancreatitis aguda.

Hombre abusador alcohólico crónico activo en tratamiento por pancreatitis crónica alcohólica, que ingresa en estado de delirio y embriaguez con fuerte dolor abdominal. Diagnóstico de pancreatitis alcohólica aguda

K85.20 Pancreatitis aguda inducida por alcohol sin necrosis ni infección
K86.0 Pancreatitis crónica inducida por alcohol
F10.121 Abuso de alcohol con delirio por intoxicación

11.19 COMPLICACIONES DEL APARATO DIGESTIVO RELACIONADAS CON PROCEDIMIENTOS

En la última sección del capítulo, Otras enfermedades del aparato digestivo (**K90-K95**) se presentan códigos en tres grandes grupos para identificar complicaciones del aparato digestivo debidas o relacionadas con la realización de procedimientos, excepto las relacionadas con la presencia de implantes, prótesis o dispositivos. Estos grupos son:

- La categoría **K91 Complicaciones y trastornos de aparato digestivo intraoperatorios y posprocedimiento, no clasificados bajo otro concepto**, que clasifica trastornos funcionales tras cirugía digestiva como vómitos y el síndrome de vaciamiento gástrico rápido entre otros, y otras complicaciones del aparato digestivo producidas durante o después de un procedimiento realizado o no sobre el propio aparato digestivo.
- Categoría **K94 Complicaciones de apertura artificial de aparato digestivo**.
- Categoría **K95 Complicaciones de los procedimientos bariátricos**.

Es importante tener en cuenta la necesidad, según los casos, de utilizar códigos adicionales junto al de la complicación cuando ésta no está totalmente identificada, como por ejemplo en el caso de infecciones, o bien complicaciones especificadas pero que no tienen código de combinación que informen además de su condición de complicación.

También habrá que utilizar los códigos de causa externa que sean necesarios para una completa y correcta codificación, en los casos en los que el código no proporciona la información sobre qué tipo de procedimiento se ha realizado.

A la hora de codificar complicaciones de cuidados, la relación causa efecto debe estar explícitamente establecida e indicada por el médico en la documentación de la historia clínica.

- **Complicaciones del aparato digestivo durante la realización de un procedimiento**. Se incluyen las complicaciones intraoperatorias. Se codifican en tres subcategorías, **K91.6 Hemorragia y hematoma intraoperatorios de un órgano o estructura de aparato digestivo, que complica un procedimiento**, **K91.7 Punción y desgarro accidental de un órgano o estructura de aparato digestivo durante un procedimiento** y **K91.81 Otras complicaciones intraoperatorias de aparato digestivo**. La subcategoría **K91.6** clasifica la hemorragia y hematoma intraoperatorios y la **K91.7** la punción y desgarro de un órgano o estructura del aparato digestivo durante la realización de un procedimiento, no las que se producen a posteriori, diferenciando con el quinto carácter si el procedimiento o intervención se realiza sobre el

aparato digestivo o la complicación es del aparato digestivo, pero por un procedimiento que se está realizando sobre otro aparato o sistema. El código de perforación o desgarro lleva implícita la presencia de hematoma o hemorragia, por lo que si existe hemorragia o hematoma debida a perforación o desgarro solo se codificará éste. El resto de complicaciones intraoperatorias del aparato digestivo se codifica **K91.81 Otras complicaciones intraoperatorias del aparato digestivo**, que necesitará código adicional para identificar la complicación, si se conoce.

Paciente con hemicolitis ulcerosa izquierda fistulizada que es intervenido de hemicolectomía derecha; durante la cirugía, por error al retirar pinza roma de disección se produce vólvulo secundario a dicha maniobra quirúrgica. Se reduce

K51.513 Colitis izquierda con fístula
K91.81 Otras complicaciones intraoperatorias de aparato digestivo
K56.2 Vólvulo
Y65.4 Fallo en introducir o retirar otro tubo o instrumento

Paciente intervenido laparoscópicamente de colelitiasis que sufre hemorragia durante la intervención por perforación duodenal por rotura de la pinza extractora del laparoscopio

K80.20 Cálculo de vesícula biliar sin colecistitis sin obstrucción
K91.71 Punción y desgarro accidental de un órgano o estructura de aparato digestivo durante un procedimiento sobre aparato digestivo
Y73.3 Instrumentos quirúrgicos, materiales y dispositivos de gastroenterología y urología (incluyendo las suturas) asociados con incidentes adversos

Paciente diagnosticado de litiasis vesical. Durante la intervención para su extracción abierta se produce hemorragia peritoneal secundaria a la manipulación quirúrgica

N21.0 Cálculo en vejiga
K91.62 Hemorragia y hematoma intraoperatorio de un órgano o estructura de aparato digestivo, que complica otro tipo de procedimiento
K66.1 Hemoperitoneo

- **Complicaciones del aparato digestivo posprocedimiento** Son complicaciones secundarias a un procedimiento y que se presentan después de su realización. Como siempre, cuando hablamos de complicaciones debe estar claramente identificada en la documentación clínica la relación causa-efecto. Se codifican en diferentes subcategorías de la (**K91**), donde podemos hacer la siguiente agrupación de complicaciones:

  - Complicaciones funcionales digestivas, codificadas como vómitos poscirugía gastrointestinal (**K91.0**), síndromes poscirugía gástrica, que incluye el vaciamiento gástrico rápido o dumping, síndrome posgastrectomía, y síndrome posvagotomía (**K91.1**), malabsorción posquirúrgica que incluye el síndrome de asa ciega posquirúrgico (**K91.2**) y el síndrome poscolecistectomía (**K91.5**).
  - Complicaciones hepáticas: fallo hepático (**K91.82**) y síndrome hepatorrenal (**K91.83**).

- Seroma, hematoma y hemorragia. Existen códigos diferenciados para cada una de estas complicaciones posprocedimiento y existen códigos para identificar si el procedimiento se realizó o no sobre aparato digestivo. Para el seroma se utilizarán los códigos (**K91.872**) y (**K91.873**), para el hematoma (**K91.870**) y (**K91.871**), y finalmente para la hemorragia los códigos (**K91.840**) y (**K91.841**).
- Obstrucción intestinal. La obstrucción intestinal posprocedimiento se codifica en la subcategoría (**K91.3**), donde el quinto carácter, al igual que en otros códigos referidos a la obstrucción intestinal, clasifica el tipo de obstrucción entre si es parcial o incompleta, total o completa, o bien no se especifica y no se diferencia entre ambos tipos. Es importante recordar que la obstrucción intestinal debida a bridas o adhesiones intestinales y peritoneales posquirúrgicas o procedimiento se codifican aquí; si la obstrucción es debida a bridas o adhesiones de otro origen distinto, como inflamatorio o infeccioso, no se codifican aquí, sino en la subcategoría (**K56.5**); en cambio si las bridas o adhesiones intestinales y peritoneales no causan obstrucción intestinal, sea cual sea su origen, posprocedimiento o no, se codifican ambos tipos con el código (**K66.0**).
- Otras. Finalmente existen códigos para las complicaciones de reservorios intestinales, reservoritis (**K91.850**) y otras complicaciones de reservorios (**K91.858**), para la colelitiasis retenida tras colecistectomía (**K91.86**), y para otras complicaciones especificadas del aparato digestivo posprocedimiento (**K91.89**). En este último caso habrá que utilizar código adicional, si procede, para identificar el tipo de trastorno o complicación.

Paciente intervenido de apendicectomía laparoscópica por apendicitis aguda flemonosa que es reintervenido a las 24 horas por mala evolución; se diagnostica hemorragia del lecho quirúrgico

K35.80 Apendicitis aguda no especificada
K91.840 Hemorragia posprocedimiento de un órgano o estructura de aparato digestivo después de un procedimiento de aparato digestivo
Y83.6 Extirpación de otro órgano (parcial) (total) como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento

Mujer que acude por molestias persistentes en hipocondrio derecho que aumentan de intensidad por episodios. Fue dada de alta hace dos meses tras intervención de colecistectomía laparoscópica por colelitiasis. Tras ecografía se diagnostica de colelitiasis retenida

K91.86 Colelitiasis retenida después de colecistectomía

Hombre de 52 años con antecedentes de cirugía abierta abdominal (colecistectomía y apendicectomía) que ingresa por abdomen agudo y sospecha de obstrucción intestinal. Se diagnostica de obstrucción intestinal por bridas posoperatorias. Se propone tratamiento quirúrgico urgente por obstrucción intestinal total

K91.32 Obstrucción intestinal completa posprocedimiento
Y83.6 Extirpación de otro órgano (parcial) (total) como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento

- **Complicaciones de apertura artificial del aparato digestivo**. Se codifican en la categoría **K94**, que incluye las complicaciones de colostomía (**K94.0-**), enterostomía (**K94.1-**), gastrostomía (**K94.2-**) y esofagostomía (**K94.3-**). Algunas complicaciones especificadas tienen código propio, como la hemorragia, la infección (que necesita código adicional para identificar el tipo de infección y en su caso también el germen) y el mal funcionamiento o complicación mecánica. Existe código para otras complicaciones especificadas, que necesitará código adicional para su identificación, y para la complicación no especificada.

Pueden utilizarse como adicionales con códigos de la categoría **K91** cuando así sea necesario para identificar completamente la situación, como por ejemplo cuando la complicación se produce durante la intervención, o bien el código de la categoría **K91** especifica cuál es la complicación. El orden de los códigos dependerá de cada situación en concreto.

Hombre portador de colostomía. Presenta fiebre y enrojecimiento con induración alrededor de la apertura, con inicio de secreción. Se diagnostica de infección de la colostomía con celulitis de pared abdominal. Se confirma infección por estafilococo

K94.02 Infección de colostomía
L03.311 Celulitis de pared abdominal
B95.8 Estafilococo no especificado, como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto

Paciente diagnosticado de enfermedad de Crohn y portador de ileostomía que acude para revisión del estoma por escaso drenaje. Tras revisión se procede a su irrigación y lavado, comprobándose que vuelve a tener un adecuado débito

K94.13 Mal funcionamiento de enterostomía
K50.90 Enfermedad de Crohn, no especificada, sin complicaciones

- **Complicaciones de procedimientos bariátricos**. Las complicaciones de la cirugía para la reducción de peso en el tratamiento de la obesidad se clasifican en la categoría **K95**, que diferencia entre la infección debida al procedimiento, que necesita código adicional para la infección y germen en su caso, y otras complicaciones del procedimiento, que también necesitará de código adicional para concretar el tipo de complicación. Existen códigos específicos para el procedimiento bariátrico que utiliza la banda gástrica (**K95.01 Infección por procedimiento de banda gástrica**; **K95.09 Otras complicaciones del procedimiento de banda gástrica**) y para el resto de procedimientos distintos a la inserción de banda gástrica, entre los que se encuentran la gastrectomía tubular, plicatura gástrica, derivación gástrica en Y de Roux, derivación biliar y derivación biliar con exclusión duodenal. Estos se clasifican como “otros” con los códigos **K95.81 Infección por otro procedimiento bariátrico** y **K95.89 Otras complicaciones de otro procedimiento bariátrico**. Su uso no es excluyente con los códigos de la categoría **K91**, como hemos comentado en el apartado anterior sobre las aperturas artificiales del aparato digestivo, y pueden utilizarse juntos cuando sea necesario para especificar el tipo de complicación.

Mujer en tratamiento de obesidad severa (IMC 38,4) sometida a cirugía bariátrica mediante gastrectomía tubular laparoscópica que ingresa por presentar fístula gástrica secundaria a la intervención

K95.89 Otras complicaciones de otro procedimiento bariátrico
T81.83XA Fístula posprocedimiento persistente, contacto inicial
K31.6 Fístula de estómago y de duodeno
Y83.6 Extirpación de otro órgano (parcial) (total) como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento
E66.01 Obesidad mórbida (severa) por exceso de calorías
Z68.38 Índice de masa corporal (IMC) 38,0 a 38,9, adulto

Hombre diagnosticado de obesidad mórbida con hipoventilación alveolar (IMC 34.3) que ingresa programado para colocación laparoscópica de banda gástrica bariátrica. Durante la intervención se produce desgarro duodenal accidental

E66.2 Obesidad mórbida (severa) con hipoventilación alveolar
Z68.34 Índice de masa corporal (IMC) 34.0-34.9, adulto
K95.09 Otras complicaciones del procedimiento de banda gástrica
K91.71 Punción y desgarro accidental de un órgano o estructura de aparato digestivo durante un procedimiento sobre aparato digestivo

Hombre con obesidad severa (IMC 40.4) y Diabetes Mellitus tipo 2 en tratamiento con insulina que a las 36 horas de intervención bariátrica (derivación biliar) presenta un cuadro de insuficiencia hepática secundaria a la intervención

E66.01 Obesidad mórbida (severa) por exceso de calorías
Z68.41 Índice de masa corporal (IMC) 40.0 a 44.9, adulto
K95.89 Otras complicaciones de otro procedimiento bariátrico
K91.82 Fallo hepático posprocedimiento
Y83.2 Cirugía con anastomosis, derivación o injerto como causa de reacción anormal del paciente, o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento
E11.9 Diabetes mellitus tipo 2 sin complicaciones
Z79.4 Uso prolongado (actual) de insulina

12. ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO

El capítulo 12 de la CIE-10-ES clasifica la mayoría de las enfermedades de la piel, tejido subcutáneo y anejos cutáneos (glándulas sudoríparas, glándulas sebáceas, folículos pilosos, uñas y pelo), en los códigos comprendidos entre las categorías (**L00-L99**), si bien, hay otras enfermedades dermatológicas específicas que se encuentran clasificadas en otros capítulos.

En este capítulo los términos dermatitis y eccema se usan como sinónimos para referirse a una inflamación de la piel.

12.1 INFECCIONES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO (L00-L08)

En esta sección se debe utilizar un código adicional (**B95-B97 Agentes Infecciosos Bacterianos y Virales**) para identificar el agente infeccioso.

Si coexiste una celulitis con una úlcera de piel, deberán asignarse ambos códigos ordenados según la circunstancia de la admisión y el germen si se conoce.

Si una herida se complica y presenta una celulitis asociada se codificará en primer lugar la herida complicada seguida de la celulitis y el agente infeccioso si se conoce.

12.2 TRASTORNOS DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO RELACIONADOS CON LA RADIACIÓN (L55-L59)

Esta sección clasifica las lesiones producidas por la luz solar, las radiaciones ionizantes y las radiaciones no ionizantes, siendo necesario utilizar un código adicional para identificar el origen de la radiación (**W88 Exposición a radiaciones ionizantes**, **W89 Exposición a luz visible y ultravioleta hecha por el hombre**, **W90 Exposición a otra radiación no ionizante**, **X32 Exposición a luz del sol**).

12.3 COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS Y POSPROCEDIMIENTO DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO (L76)

El capítulo 12, clasifica las complicaciones de la piel y del tejido subcutáneo según acontezcan durante un procedimiento dermatológico u otro tipo de procedimiento, debiendo estar especificada la relación causa-efecto.

No todas las complicaciones, se clasifican en este capítulo; algunas complicaciones se clasifican en el capítulo 19, debiendo seguir las convenciones del índice alfabético. Cuando la complicación sea el motivo del ingreso, el código correspondiente debe secuenciarse en primer lugar, seguido de los códigos necesarios para describir completamente la afección.

Apendicitis aguda gangrenosa que se complica en el posoperatorio con hematoma de herida quirúrgica

K35.80 Apendicitis aguda no especificada
L76.32 Hematoma posprocedimiento de la piel y tejido subcutáneo después de otro tipo de procedimiento

Y83.6 Extirpación de otro órgano (parcial) (total) como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento

Absceso subcutáneo superficial de herida quirúrgica en pared abdominal (postcolecistectomía) que precisa drenaje

T81.41XA Infección después de un procedimiento, zona de incisión quirúrgica superficial, contacto inicial
L02.211 Absceso cutáneo en pared abdominal
Y83.6 Extirpación de otro órgano (parcial) (total) como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento

Dermatitis irritante posintervención en herida quirúrgica

L76.82 Otras complicaciones posprocedimiento de la piel y del tejido subcutáneo
L24.9 Dermatitis de contacto irritativa, de causa no especificada
Y83.9 Procedimiento quirúrgico no especificado como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento

12.4 OTROS TRASTORNOS DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO (L80-L99)

Los códigos de la categoría **L89 Úlcera por presión** y **L97 Úlcera crónica no debida a presión de extremidad inferior, no clasificada bajo otro concepto** y la subcategoría **L98.4- Úlcera crónica no debida a presión en la piel, no clasificada bajo otro concepto**, son códigos de combinación que identifican la localización y el estadio o gravedad de la úlcera. La asignación de códigos debe estar basada en la documentación de la historia clínica.

Ejemplo de úlcera por presión y ejemplo de úlcera crónica

L89.321 Úlcera por presión en nalga izquierda, estadio I

L98.411 Úlcera crónica no debida a presión en nalga, limitada a pérdida de sustancia cutánea

12.4.1 ÚLCERA POR PRESIÓN

Si una úlcera por presión tiene asociada una gangrena, la gangrena (**I96**), debe secuenciarse en primer lugar.

Se asignarán tantos códigos de la categoría **L89 Úlcera por presión** como sean necesarios para identificar todas las úlceras por presión que presente el paciente.

Una úlcera por presión infectada se codificará con el código correspondiente de la úlcera añadiéndole el germen responsable de la infección.

12.4.1.a Estadios de las úlceras por presión

Se clasifican en base a la gravedad. CIE-10-ES proporciona códigos de combinación para la localización de la úlcera por presión y el estadio que permiten codificar el daño tisular inducido por presión.

Los diferentes valores de los estadios son:

- **0**: no estadiable.

- **1**: piel intacta con un área localizada de eritema no blanqueable.

- **2**: pérdida parcial del espesor de la piel con exposición de la dermis.

- **3**: pérdida total del espesor de la piel en la cual el tejido adiposo es visible.

- **4**: pérdida total del espesor de la piel y de tejido con fascia, músculo, tendón, ligamento o hueso expuesto.

- **6**: daño tisular profundo inducido por presión: piel intacta o no intacta con área de coloración persistente no blanqueable de color rojo, granate o morado, o separación epidérmica que revela un lecho oscuro de la herida o una ampolla llena de sangre. Si el tejido necrótico (subcutáneo, fascia, músculo u otras estructuras subyacentes) es visible, ello indica una lesión de decúbito de espesor total (estadio 3 o 4).

- **9**: no especificado.

Los códigos de las úlceras no estadiables (**L89.XX0**) se utilizan para las úlceras por presión cuyo estadio no puede ser determinado clínicamente (por ejemplo, si la úlcera está cubierta por una escara o ha sido tratada con un injerto de piel). Este código no se debe confundir con los correspondientes a estadio no especificado (**L89.XX9**) que se asignarán cuando no haya documentación sobre el estadio de la úlcera por presión.

Si durante un contacto el estadio de una úlcera por presión no estadiable se documenta después de un desbridamiento, asigne solo el código especificado de este estadio después del desbridamiento.

No se debe utilizar el término lesión por decúbito para describir enfermedades traumatológicas, vasculares, neuropáticas o dermatológicas.

12.4.1.b Estadio documentado de úlceras por presión

La asignación de códigos para el estadio de la úlcera por presión debe basarse en la documentación clínica referente al estadio o en las instrucciones que se encuentran con los términos del Índice Alfabético.

12.4.1.c Úlceras por presión en fase de cicatrización o cicatrizadas

Las úlceras por presión descritas como en fase de cicatrización, deben clasificarse mediante el código adecuado de estadio de la úlcera. Si la documentación indica que la úlcera por presión está curada o cicatrizada en el momento del ingreso, no se debe asignar código.

12.4.1.d Úlcera por presión que evoluciona a un estadio diferente durante el ingreso

Si un paciente ingresa con una úlcera por presión en un determinado estadio y avanza a un estadio superior, deben utilizarse dos códigos diferentes, uno que describa la localización y estadio de la úlcera al

ingreso y un segundo código para la úlcera con mayor grado de evolución documentado durante el episodio.

Para úlceras por presión presentes al ingreso pero que al alta estuvieran curadas, asigne le código de localización y estadio de la úlcera en el momento del ingreso.

Paciente con úlcera por decúbito en glúteo derecho grado II infectada por Staphylococcus aureus sensible a meticilina que evoluciona a grado III durante el ingreso

L89.312 Úlcera por presión en nalga derecha, estadio II
L89.313 Úlcera por presión en nalga derecha, estadio III
B95.61 Infección por Staphylococcus aureus sensible a meticilina como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto

12.4.1.e Daño tisular profundo inducido por presión

Se considera una lesión de decúbito tisular profunda: "Piel intacta o no intacta con área localizada de coloración persistente no blanqueable de color rojo oscuro, granate o morado, o separación epidérmica que revela un lecho oscuro de la herida o una ampolla llena de sangre. El dolor y el cambio de temperatura a menudo preceden a los cambios en el color de la piel. La coloración puede aparecer de forma diferente en la piel con pigmentación oscura. Esta lesión se debe a fuerzas intensas y/o prolongadas de presión y cizallamiento en la interfaz hueso-músculo. La herida puede evolucionar rápidamente para revelar la extensión real de la lesión del tejido o puede desaparecer sin pérdida de tejido. Si el tejido necrótico, el subcutáneo, el tejido de granulación, la fascia, el músculo u otras estructuras subyacentes son visibles, ello indica una lesión de decúbito de espesor total (sin clasificar, fase 3 o 4). No use el término lesión de decúbito tisular profunda para describir enfermedades vasculares, traumatológicas, neuropáticas o dermatológicas".

12.4.2 ÚLCERA EN MIEMBROS INFERIORES, EXCEPTO POR PRESIÓN

Para codificar una úlcera no debida a presión que se encuentra en fase de curación, debe consultarse la documentación clínica y asignar el código que corresponda al grado de complicación de la úlcera en el momento del contacto. Si la documentación no contiene información suficiente para determinar su gravedad, debe utilizarse el código apropiado de gravedad no especificada. Al igual que en las úlceras por presión, si un paciente ingresa con una úlcera no debida a presión en un determinado estadio y avanza a un estadio superior, deben utilizarse dos códigos diferentes, uno que describa la localización y estadio de la úlcera al ingreso y un segundo código para la úlcera con mayor grado de evolución documentado durante el episodio (ver también punto 12.4.4)

Se debe codificar primero cualquier enfermedad preexistente asociada, tal como:

- Aterosclerosis de extremidades inferiores
- Cualquier gangrena asociada
- Hipertensión venosa crónica
- Síndrome postrombótico
- Síndrome posflebítico

- Úlceras varicosas
- Úlceras diabéticas

Según su gravedad se clasifican con un sexto carácter en:

- **1** pérdida cutánea
- **2** exposición de la capa adiposa
- **3** necrosis de músculo
- **4** necrosis de hueso
- **5** con afectación muscular sin evidencia de necrosis
- **6** con afectación ósea sin evidencia de necrosis
- **8** con otra gravedad especificada
- **9** gravedad no especificada

Según su etiología se clasifican en:

12.4.2.a Úlceras venosas

Cualquiera que sea la clasificación que de las mismas se haga, las úlceras venosas constituyen el último grado de una insuficiencia venosa y pueden tener diferentes etiologías: varices (úlceras de origen varicoso), úlceras debidas a enfermedad posflebítica, secundaria a trombosis venosa profunda (úlceras posflebíticas o postrombóticas) y también úlceras hipertensivas debidas a hipertensión venosa crónica.

Se codificará primero la enfermedad preexistente asociada seguida del código de la úlcera **L97.**

IAE
Úlcera
-miembro inferior
-pierna

Para codificar una úlcera de estasis (venosa), debe estar documentado dicho estasis como causa de la úlcera. Si no se menciona la enfermedad causal se codificará la úlcera seguida del código **I87.2 Insuficiencia venosa (crónica) (periférica)**.

Paciente con insuficiencia venosa crónica que ingresa por úlcera en pantorrilla derecha

L97.219 Úlcera crónica no debida a presión de pantorrilla derecha, de gravedad no especificada.
I87.2 Insuficiencia venosa (crónica) (periférica)

12.4.2.b Úlceras arteriales o isquémicas

La aterosclerosis es la principal causa de la isquemia crónica de miembros inferiores. Puede tener diferentes estadios clínicos o grados de progresión, según se refleja en la siguiente tabla:

Tabla 12.1 Clasificación de la isquemia crónica de las extremidades inferiores

GRADOS	CUADRO CLÍNICO
I	**Paciente asintomático o con síntomas inespecíficos**
II	**IIa Claudicación intermitente no incapacitante (más 150m)**
	IIb Claudicación intermitente incapacitante (menos 150m)
III	**Dolor en reposo**
IV	**Isquemia grave con lesiones tróficas: ulceración y gangrena**

Solo se utiliza un código de esta clasificación. El dolor en reposo es un síntoma premonitorio de aparición de úlceras por lo cual en la aterosclerosis con ulceración están incluidos los grados I, II y III.

Ateroesclerosis en pierna derecha con ulceración perimaleolar profunda de tobillo con exposición ósea, sin evidencia de tejido necrótico

I70.233 Aterosclerosis de arterias nativas de pierna derecha con ulceración de tobillo
L97.316 Úlcera crónica no debida a presión de tobillo derecho, con afectación ósea sin evidencia de necrosis

Cuando se mencione una úlcera arterial, isquémica o vasculopatía periférica sin más especificación, se deberán asignar los siguientes códigos:

- **L97.- Úlcera crónica no debida a presión de extremidad inferior, no clasificada bajo otro concepto**
- **I73.9 Enfermedad vascular periférica, no especificada**

En ocasiones la documentación puede incluir expresiones diagnósticas poco específicas como enfermedad arterial periférica, arteriopatía, etc. En ausencia de más información se asignarán los siguientes códigos:

- **I73.9 Enfermedad vascular periférica, no especificada**; suele usarse indistintamente como enfermedad vascular periférica (vasculopatía periférica) cuando afecta a las arterias que irrigan las piernas)
- **I77.9 Trastorno de arterias y arteriolas, no especificado** (para arteriopatía)
- **I99.9 Trastorno de aparato circulatorio no especificado** (para identificar la causa cuando aparezca la expresión "Úlceras vasculares" sin más información)

12.4.2.c Úlceras mixtas

Combinan características de las úlceras venosas y arteriales, teniendo que codificarse ambas circunstancias.

12.4.3 ÚLCERAS DIABÉTICAS

Se codifican con el siguiente orden:

- Código de diabetes del tipo especificado, con úlcera en pie o úlcera cutánea NCOC.
- Código de la úlcera crónica no debida a presión de extremidad inferior o de otra localización.

Úlcera en tobillo derecho debida a diabetes tipo II

E11.622 Diabetes mellitus tipo 2 con úlcera cutánea de otras localizaciones
L97.319 Úlcera crónica no debida a presión de tobillo derecho, de gravedad no especificada

12.4.4 CODIFICACIÓN DE LAS ÚLCERAS CRÓNICAS, NO DEBIDAS A PRESIÓN

- **Pacientes ingresados con úlceras no debida a presión, documentadas como cicatrizadas**

Si la documentación indica que la úlcera está completamente curada, no debe asignarse ningún código.

- **Pacientes ingresados con úlceras no debidas a presión, documentadas como en fase de cicatrización**

Las úlceras descritas como en fase de cicatrización, deben clasificarse según el grado de afectación documentado de la úlcera. Si la documentación no proporciona información sobre la gravedad de la misma, asigne el código correspondiente de gravedad no especificada.

Si la documentación no aclara si la úlcera es nueva, o si está en fase de cicatrización, consulte al profesional responsable.

Para las úlceras que estaban presentes en el momento del ingreso, pero que en el momento del alta ya están curadas, debe asignarse el código correspondiente a la localización y gravedad de la úlcera en el momento del ingreso.

- **Paciente ingresado con úlcera no debida a presión que evoluciona a otro nivel de gravedad durante la admisión**

Si un paciente ingresa en un hospital con una úlcera y durante el ingreso, dicha úlcera evoluciona a un mayor nivel de gravedad, se deben asignar dos códigos diferentes. Uno que describa la localización y gravedad de la úlcera al ingreso y otro para el mayor nivel de gravedad documentado durante el episodio.

12.4.5 CICATRIZ

Las cicatrices y otros estados cicatriciales cuando se trata de secuelas de lesiones (quemaduras, heridas, etc.) deben codificarse con el código de la secuela seguido del código de la lesión que la originó con un séptimo carácter **S**.

Cicatriz hipertrófica causada por quemadura en parte superior del brazo derecho

L91.0 Cicatriz hipertrófica
T22.031S Quemadura de grado no especificado de parte superior del brazo derecho, secuela
X19.XXXS Contacto con calor y sustancias calientes, secuela

13. ENFERMEDADES DEL APARATO MUSCULOESQUELÉTICO Y DEL TEJIDO CONECTIVO

El Capítulo 13 de la CIE-10-ES Diagnósticos clasifica las enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo en las categorías **M00** a **M99.**

13.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES

Este capítulo presenta instrucciones y convenciones de codificación específicas al principio del mismo y bajo las categorías, subcategorías o códigos, por lo que es preciso revisar bien el Índice Alfabético y la Lista Tabular. Muchas de estas instrucciones hacen referencia a la necesidad de utilizar códigos del capítulo 13 junto a códigos de otros capítulos para describir completamente una afección. Ejemplos:

- **Codifique primero** la enfermedad subyacente.

Defecto óseo mayor en primer dedo del pie derecho en osteomielitis aguda de dicho dedo

M86.171 Otro tipo de osteomielitis aguda, tobillo y pie derechos
M89.771 Defecto óseo mayor, tobillo y pie derechos

- **Utilice código adicional.** En determinadas afecciones aparece esta instrucción para identificar el agente infeccioso (**B95-B97**), defecto óseo importante (**M89.7-**) o cualquier afección asociada.

Artritis de hombro derecho por estreptococo del grupo B

M00.211 Otras artritis estreptocócicas, hombro derecho
B95.1 Estreptococo, grupo B, como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto

- **Utilice un código de causa externa.** Al principio del capítulo 13 hay una nota que recuerda la necesidad de utilizar estos códigos de causa externa a continuación del código de la afección musculoesquelética, para identificar la causa de dicha afección musculoesquelética.

- En otras ocasiones, la presencia de **códigos de combinación,** permite codificar completamente una afección utilizando un único código**.**

Endocarditis en lupus eritematoso sistémico

M32.11 Endocarditis en lupus eritematoso sistémico

13.2 CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS

13.2.1 LOCALIZACIÓN Y LATERALIDAD

La mayoría de los códigos del capítulo 13 distinguen localización y lateralidad.

La localización indica huesos, articulaciones o músculos que están involucrados, implicados o afectados.

En algunas patologías en las que suele estar afectado más de un hueso, articulación o músculo, como en el caso osteoartritis, hay códigos de "localizaciones múltiples".

Tendinitis calcificante, tobillo y pie derecho

M65.271 Tendinitis calcificante, tobillo y pie derechos

Eritema multiforme con artritis en manos, pies y tobillos

L51.9 Eritema multiforme, no especificado
M14.89 Artropatías en otras enfermedades especificadas clasificadas bajo otro concepto, localizaciones múltiples

Para las categorías que no disponen de códigos de "localizaciones múltiples", si hay más de un hueso, articulación o músculo afectado, deben utilizarse todos los códigos necesarios para indicar las diferentes localizaciones afectadas.

La lateralidad, permite identificar cual es el lado afectado, es decir si la afección es derecha, izquierda, bilateral, o no especificada. Si la afección es bilateral y no existe código de bilateralidad, se debe asignar un código para cada uno de los lados, izquierdo y derecho. Si el lado no está identificado en la documentación clínica, se debe asignar un código de “lado no especificado”.

Existen códigos de “otra localización especificada “u “otra articulación especificada” para aquellas afecciones que ocurren en localizaciones anatómicas concretas, pero que no cuentan con códigos específicos.

Deformidad en cuello de cisne, dedo índice de la mano izquierda

M20.032 Deformidad en cuello de cisne, dedo(s) de mano izquierda

13.2.2 LOCALIZACIÓN ESPECÍFICA (HUESO VERSUS ARTICULACIÓN)

En determinadas patologías, el hueso puede estar afectado en su extremo superior o inferior. Es el caso de las categorías **M87 Osteonecrosis**, **M80 Osteoporosis con fractura patológica actual** o de la categoría **M81 Osteoporosis sin fractura patológica actual**, en las que, aunque la porción de hueso afectada puede estar en la articulación, la designación de la localización será el hueso, no la articulación.

Necrosis avascular de cadera derecha

M87.051 Necrosis aséptica idiopática de hueso, fémur derecho

13.2.3 AFECCIONES MUSCULOESQUELÉTICAS TRAUMÁTICAS AGUDAS, CRÓNICAS O RECIDIVANTES

Muchas enfermedades musculoesqueléticas son consecuencia o resultado de una lesión o traumatismo surgido previamente o se trata de lesiones recurrentes o recidivantes.

En el capítulo 13 se encuentran clasificadas las afecciones traumáticas de huesos, articulaciones o músculos que aparecen como consecuencia de una lesión aguda ya curada, o de afecciones recurrentes de estas localizaciones.

Artritis traumática en codo derecho debida a un traumatismo previo

M12.521 Artropatía traumática, codo derecho

Las lesiones traumáticas agudas actuales deben codificarse con un código apropiado de lesión del capítulo 19 LESIONES TRAUMÁTICAS, ENVENENAMIENTOS Y OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS. Las afecciones crónicas o recidivantes/recurrentes se deben codificar en general mediante un código del capítulo 13.

13.3 CODIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS

13.3.1 ARTROPATÍAS

La artritis es el término común para una amplia variedad de condiciones que afectan principalmente a las articulaciones, músculos y tejido conectivo. Los síntomas asociados son inflamación, hinchazón, dolor, rigidez y problemas de movilidad.

La artritis es una entidad en sí misma, pero también es una manifestación frecuente de otras afecciones. Hay códigos de combinación que permiten describir el tipo de artritis específico, pero cuando no haya códigos de combinación disponibles, deberá utilizarse la codificación múltiple.

Artritis por cristales de fosfato dicálcico en hombro izquierdo

M11.812 Otras artropatías por cristales especificadas, hombro izquierdo

Artritis amiloidea en hombro izquierdo

E85.4 Amiloidosis limitada a un órgano
M14.812 Artropatías en otras enfermedades especificadas clasificadas bajo otro concepto, hombro izquierdo

La indización en el Índice Alfabético de Enfermedades del término “Artrosis” dirige a “Osteoartritis”.

Los códigos de las categorías **M15-M19** clasifican la osteoartritis, excepto cuando esta patología afecta a la columna vertebral, en cuyo caso se clasifica en la categoría **M47 Espondilosis**.

El eje principal de la codificación de la osteoartritis es por la localización anatómica (cadera, codo, rodilla, etc.), y a su vez dependiendo de la lateralidad (unilateral o bilateral) y de si es primaria, postraumática o secundaria.

La artrosis primaria (osteoartritis primaria), también conocida como artritis degenerativa poliarticular, afecta a las articulaciones de la columna vertebral, rodilla y cadera, así como determinadas articulaciones pequeñas de las manos y los pies. La artrosis secundaria, también llamada artrosis monoarticular, se limita a las articulaciones de un área y a los resultados de alguna lesión o enfermedad externa o interna.

En algunas articulaciones (como en la cadera o en la rodilla), la clasificación asume por defecto que la artrosis unilateral es primaria.

Gonartrosis derecha

M17.11 Artrosis primaria unilateral, rodilla derecha

Cuando no se especifica la lateralidad (unilateral o bilateral), el IAE remite a un código inespecífico.

Paciente que ingresa para cirugía programada por coxartrosis. Se suspende la intervención por prolongación de cirugía previa.

M16.9 Artrosis de cadera, no especificada
Z53.8 Procedimiento y tratamiento no realizados por otras razones

Otros tipos frecuentes de artritis son:

- **Artritis reumatoide** (categorías **M05-M06**). Es una enfermedad autoinmune que afecta a todo el cuerpo.
- **Artritis piógena** (séptica) (categoría **M00**.-). Es la artritis debida a una infección y se clasifica según el organismo causante (estafilococo, neumococo, estreptococo u otras bacterias). Debe asignarse un código adicional (**B95-B97**) para identificar el agente bacteriano.
- **Artritis gotosa**. Es una artritis recurrente de las articulaciones periféricas en la que el exceso de ácido úrico en la sangre se deposita en las articulaciones. La artritis gotosa se clasifica como gota idiopática.

  La categoría **M10 Gota** se subdivide en:

  - idiopática (**M10.0-**)
  - inducida por plomo (**M10.1-**)
  - inducida por fármaco (**M10.2-**)
  - debido a la insuficiencia renal (**M10.3-**)
  - otros tipos de gota secundaria (**M10.4-**)

La gota no especificada se codifica como **M10.9 Gota, no especificada**. Cuando se especifica la gota como crónica, se clasifica en la categoría **M1A.- Gota crónica**, añadiendo el séptimo carácter apropiado a cada código de categoría para especificar la presencia o ausencia de tofos (depósitos de ácido úrico cristalizado bajo la piel).

Paciente que acude por dolor e inflamación en muñeca izquierda, siendo diagnosticado de artritis gotosa aguda

M10.032 Gota idiopática, muñeca izquierda

13.3.2 FRACTURAS PATOLÓGICAS

Las fracturas patológicas se producen en huesos debilitados por una enfermedad. Estas fracturas normalmente son espontáneas, aunque en ocasiones pueden producirse por un pequeño traumatismo que normalmente no daría lugar a una fractura en un hueso normal sano. Las fracturas descritas como espontáneas son siempre fracturas patológicas.

Hay diferentes causas de fracturas patológicas, como la osteoporosis, metástasis ósea, osteomielitis, enfermedad de Paget, atrofia por desuso, hiperparatiroidismo, etc. Todas las fracturas patológicas se clasifican en las siguientes categorías/subcategorías de acuerdo a los diferentes tipos y a la localización:

- Categoría **M80.- Osteoporosis con fractura patológica actual**
- Subcategoría **M84.4- Fractura patológica, no clasificada bajo otro concepto**
- Subcategoría **M84.5- Fractura patológica en enfermedad neoplásica**
- Subcategoría **M84.6- Fractura patológica en otros tipos de enfermedad**

13.3.2.a Séptimo carácter

El quinto y sexto carácter indican el hueso implicado y la lateralidad respectivamente. El séptimo carácter identifica el episodio de cuidados, siendo de uso obligatorio en la codificación de las fracturas patológicas:

Tabla 13.1 Episodio de cuidados

CARÁCTER	EPISODIO DE CUIDADOS
A	Contacto inicial por fractura
D	Contacto sucesivo por fractura con curas rutinarias
G	Contacto sucesivo por fractura, con retardo de consolidación
K	Contacto sucesivo por fractura, con fracaso de consolidación
P	Contacto sucesivo por fractura, con unión defectuosa
S	Secuela

La asignación de estos valores de séptimo carácter para fracturas patológicas debe realizarse con las siguientes directrices:

"A" Debe utilizarse siempre que el paciente esté recibiendo tratamiento activo para la fractura. Ejemplos de tratamiento activo son: tratamiento quirúrgico, atención en urgencias, evaluación y continuación de tratamiento por el mismo o por un nuevo médico. Cuando un paciente con fractura patológica sea atendido por un nuevo facultativo o por otro especialista diferente, la asignación del séptimo carácter

debe basarse en el hecho de si el paciente está aún recibiendo tratamiento activo y no en si un clínico lo ve por vez primera.

"D": Se debe utilizar en contactos que se producen después de que el paciente haya completado el tratamiento activo para la fractura y esté recibiendo cuidados rutinarios durante la consolidación y fase de recuperación.

"G", "K" y "P": Se deben utilizar en contactos sucesivos para cuidados rutinarios de fracturas durante el proceso de curación y fase de recuperación, así como para el tratamiento de problemas asociados con la consolidación, tales como unión defectuosa o no unión.

"S": Se debe utilizar para el tratamiento de secuelas o afecciones residuales después de que la fase aguda de la fractura haya terminado.

13.3.2.b Secuenciación

La secuenciación de los códigos para las fracturas patológicas depende de las circunstancias del ingreso.

Los códigos de fractura patológica se asignan como diagnóstico principal solo cuando el motivo de ingreso es para el tratamiento de dicha fractura patológica.

Si el motivo de ingreso es el seguimiento, diagnóstico o tratamiento de la enfermedad subyacente, ésta se secuenciará en primer lugar y la fractura patológica será diagnóstico secundario.

13.3.2.c Fractura patológica debida a neoplasia

La asignación de código de diagnóstico principal va a depender de las circunstancias de ingreso. Si el motivo de ingreso del paciente es para tratar la fractura, un código de la subcategoría **M84.5- Fractura patológica en enfermedad neoplásica**, debe ser secuenciado primero, seguido por el código de la neoplasia y su correspondiente morfología.

Si el objeto del tratamiento es la neoplasia con una fractura patológica asociada, el código de la neoplasia debe ser secuenciado en primer lugar, seguido de un código de la subcategoría **M84.5-** para la fractura patológica. La nota "codifique además" que hay en la subcategoría **M84.5-** ofrece esta instrucción de secuenciación.

Nunca debe asignarse a la vez un código de fractura traumática (capítulo 19) y otro de fractura patológica del mismo hueso; se asigna uno u otro dependiendo de la causa de dicha fractura.

Ingreso por fractura aguda de la tibia derecha y grandes defectos óseos por osteoporosis senil

M80.061A	**Osteoporosis relacionada con la edad con fractura patológica actual, pierna derecha, contacto inicial por fractura**
M89.761	**Defecto óseo mayor, pierna derecha**

Ingreso para retirada de material de osteosíntesis tras tratamiento de fractura patológica de fémur izquierdo debida a un carcinoma metastásico de hueso. Hace cinco años fue intervenida de un cáncer de ovario sin recidiva en el momento actual

M84.552D	**Fractura patológica en enfermedad neoplásica, fémur izquierdo, contacto sucesivo por fractura con curas rutinarias**
C79.51	**Neoplasia maligna secundaria de hueso**
8000/6	**Neoplasia metastásica**
Z85.43	**Historia personal de neoplasia maligna de ovario**

13.3.3 FRACTURAS DE ESTRÉS

Las fracturas por estrés, clasificadas en la subcategoría **M84.3-Fractura de estrés**, son diferentes de las fracturas patológicas. Las fracturas por estrés son debidas a una fuerza repetitiva aplicada antes de que el hueso y sus tejidos de soporte hayan tenido tiempo suficiente para prepararse contra esa fuerza, mientras que las fracturas patológicas son siempre debidas a una afección subyacente, como el cáncer o la osteoporosis que dan como resultado daños en el hueso.

Las fracturas por estrés dan por lo general un resultado negativo en una pantalla de rayos-X, y pueden pasar días o semanas antes de que la línea de fractura sea visible en una radiografía. Se precisan códigos adicionales de causa externa, para identificar la causa de la fractura por estrés, por ejemplo, el código **Y93.01 Actividad, pasear, marchar e ir de excursión**.

Otros términos clasificados en la misma subcategoría que la fractura de estrés, son la fractura de marcha y la fractura por fatiga.

13.3.4 FRACTURAS PERIPROTÉSICAS

La categoría **M97** clasifica las fracturas periprotésicas en torno a una prótesis articular interna (**M97 Fractura periprotésica en torno a prótesis articular interna**).

Estas fracturas se producen en la proximidad de un implante protésico, bien por un traumatismo o por una afección patológica. No se consideran como una complicación de la prótesis ya que las prótesis en sí no se fracturan, sino el área que rodea la prótesis.

Se pueden producir alrededor de cualquier prótesis y la CIE-10-ES las clasifica en: cadera (**M97.0**), rodilla (**M97.1**), tobillo (**M97.2**), hombro (**M97.3**), y codo (**M97.4**). La subcategoría **M97.8** identifica “otras” localizaciones de fracturas periprotésicas. Estas subcategorías requieren un quinto carácter para especificar la lateralidad de cada articulación y también un 7º carácter que indica: contacto inicial (A), contacto sucesivo (D), o secuela (S).

La codificación de las fracturas periprotésicas debe realizarse con la siguiente secuencia: primero el tipo específico de fractura (traumática o patológica), a continuación el código correspondiente a la fractura periprotésica, seguido del código de causa externa, si procede.

Paciente con PTC derecha que acude a Urgencias por dolor e impotencia funcional de miembro inferior derecho tras una caída accidental. Rx pelvis: fractura periprótesis de Charnley cementada. Diagnóstico: Fractura periprotésica de cadera derecha

S72.001A	**Fractura de parte no especificada del cuello de fémur derecho, contacto inicial por fractura cerrada**
M97.01XA	**Fractura periprotésica en torno a prótesis articular interna de la cadera derecha, contacto inicial**
W19.XXXA	**Caída no especificada, contacto inicial**

Paciente que ingresa por fractura periprotésica brazo derecho tras agresión. Diagnóstico: Fractura periprotésica de humero proximal derecho

S42.201A	**Fractura no especificada de extremo superior de húmero derecho, contacto inicial por fractura cerrada**
M97.31XA	**Fractura periprotésica en torno a prótesis articular interna del hombro derecho, contacto inicial**
Y09	**Agresión por medios no especificados**

13.3.5 OSTEOPOROSIS

La osteoporosis es una enfermedad sistémica que afecta a todos los huesos del sistema musculoesquelético y da lugar a un incremento del riesgo de fracturas patológicas**.** En la osteoporosis, los huesos son más delgados y más débiles de lo normal. La osteoporosis se clasifica en las categorías **M80-M81** en función de si presenta o no una fractura patológica actual.

Debido a que la osteoporosis es una enfermedad sistémica, la localización no es un componente de los códigos que se encuentran en la categoría **M81.- Osteoporosis sin fractura patológica actual**. Los códigos de la categoría **M80.- Osteoporosis con fractura patológica actual**, identifican la osteoporosis y la localización de la fractura patológica.

13.3.5.a Osteoporosis con fractura patológica actual

La categoría **M80.- Osteoporosis con fractura patológica actual**, se utiliza en pacientes que tienen una fractura patológica actual en el momento de un contacto. Los códigos de la categoría **M80.- Osteoporosis con fractura patológica actual**, identifican la localización de la fractura. Se debe utilizar un código de la categoría **M80.-**, y no un código de fractura traumática, en aquellos pacientes con osteoporosis, que sufran una fractura espontánea (sin accidente traumático actual). También en aquellos casos en los que un paciente haya sufrido un traumatismo menor que no justifique la fractura en un hueso sano y que el clínico no lo haya relacionado como causa de la fractura. Si la intensidad del traumatismo plantea dudas, debe aclararse con la documentación médica o con el clínico responsable.

Dorsalgia aguda intensa en relación con fracturas osteoporóticas múltiples relacionadas con la edad, en cuerpos vertebrales dorsales y lumbares en paciente con síndrome antifosfolípido

M80.08XA	**Osteoporosis relacionada con la edad con fractura patológica actual, vértebra (-s), contacto inicial por fractura**
D68.61	**Síndrome antifosfolípido**

Paciente que acude por dolor dorsolumbar. Se aprecia una fractura por osteoporosis relacionada con la edad en T12. Antecedentes de artrodesis instrumentada L3-S1.

M80.08XA **Osteoporosis relacionada con la edad con fractura patológica actual, vértebra (-s), contacto inicial por fractura**
Z98.1 **Estado de artrodesis**

13.3.5.b Osteoporosis sin fractura patológica actual

La categoría **M81.- Osteoporosis sin fractura patológica actual**, se debe utilizar en pacientes con osteoporosis que actualmente no presentan una fractura patológica debida a la misma, aunque hayan tenido una fractura en el pasado. Los antecedentes de fracturas por osteoporosis, se clasifican en el código de estado **Z87.310 Historia personal de fractura (consolidada) por osteoporosis,** debiendo secuenciarse tras el correspondiente código de la categoría **M81**.

Osteoporosis relacionada con la edad de cadera derecha, sin fractura patológica actual

M81.0 **Osteoporosis relacionada con la edad, sin fractura patológica actual**

13.3.6 FASCITIS

La fascitis necrotizante es una infección fulminante que comienza con severa celulitis que se extiende a la fascia superficial y profunda, produciendo trombosis de los vasos subcutáneos y gangrena del tejido subyacente.

El estreptococo del grupo A es el organismo responsable más común de esta afección, pero cualquier bacteria puede ser la causa. Se asigna el código **M72.6 Fascitis necrotizante** con un código adicional (**B95.- Streptococcus, Staphylococcus y Enterococos como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto**, o **B96.-Otros agentes bacterianos como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto**) para el microorganismo causante, cuando se conoce esta información.

13.3.7 SÍNDROME DE LA PLICA

Aunque el síndrome de la plica de vez en cuando se puede encontrar en otras áreas, casi siempre afecta a la rodilla.

La plica sinovial es un remanente del septum embriológico que separaba la rodilla en tres compartimientos y que comienza a reabsorberse en el cuarto mes de vida intrauterina, permitiendo a la rodilla convertirse en una sola cavidad. La reabsorción incompleta de esta membrana da como resultado una Plica Sinovial Remanente. Los pacientes con este síndrome a menudo experimentan dolor e hinchazón, debilidad y un bloqueo y sensación de chasquido en la rodilla.

El objetivo terapéutico es reducir la inflamación de la membrana sinovial y el engrosamiento de la plica. El tratamiento habitualmente se dirige a aliviar los síntomas, si eso no ocurre, puede ser necesaria cirugía artroscópica o cirugía abierta para remover la plica. Se debe asignar el código **M67.5- Síndrome de plica**, para codificar esta afección, con un quinto carácter para indicar la lateralidad.

13.3.8 SÍNDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO

Para la codificación del síndrome inflamatorio multisistémico véase el punto 1.8.6 del capítulo 1 CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS, de este Manual.

13.3.9 COMPLICACIONES INTRAOPERATORIOS Y POSPROCEDIMIENTO

La mayoría de las complicaciones posprocedimiento relacionadas con el aparato musculoesquelético están indexadas en la categoría **M96.- Complicaciones y trastornos intraoperatorios y posprocedimiento del aparato musculoesquelético, no clasificados bajo otro concepto**.

Incluye códigos específicos para las siguientes condiciones:

- **M96.0 Seudoartrosis después de fusión o artrodesis**
- **M96.1 Síndrome poslaminectomía, no clasificado bajo otro concepto**
- **M96.2 Cifosis posradiación**
- **M96.3 Cifosis poslaminectomía**
- **M96.4 Lordosis posquirúrgica**
- **M96.5 Escoliosis posradiación**
- **M96.6- Fractura de hueso tras inserción de implante ortopédico, prótesis articular o placa ósea**
- **M96.A- Fractura de costillas, esternón y tórax asociadas a compresión torácica y reanimación cardiopulmonar**

14. ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO

En las categorías comprendidas entre **N00** y **N99** del capítulo 14 de la CIE-10-ES se clasifican las enfermedades del aparato genitourinario. No están incluidas las patologías clasificadas por etiología, como ciertas enfermedades infecciosas transmisibles, neoplasias y las enfermedades que complican el embarazo parto y puerperio.

14.1 INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO

Las infecciones del tracto urinario (ITU) son un problema muy frecuente producido por la invasión del aparato urinario de un grupo de microorganismos, conocidos como uropatógenos como por ejemplo Escherichia Coli y otros.

Pueden afectar al tracto urinario inferior (cistitis, uretritis, prostatitis), o al tracto urinario superior (pielonefritis).

Se codifican según la localización de la estructura afectada (si se conoce), el tipo de infección aguda o crónica y el patógeno que la ocasiona.

Si no existe código de combinación para la codificación de una infección por un determinado microorganismo, se debe asignar un código para cada entidad.

Cistitis debida a tricomonas

A59.03 Cistitis y uretritis por tricomonas

Candidiasis tracto urinario

B37.49 Otra candidiasis urogenital

Cistitis aguda por proteus

N30.00 Cistitis aguda sin hematuria

B96.4 Proteus (mirabilis) (morganii) como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto

Pielonefritis crónica debida a E. Coli

N11.9 Nefritis túbulo-intersticial crónica, no especificada

B96.20 Escherichia Coli [E. Coli] no especificado como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto

Cuando una infección urinaria se produce tras un procedimiento quirúrgico sobre el tracto urinario se debe confirmar primero si es debida al mismo, ya que no siempre estas infecciones tienen su origen en la intervención, por eso es conveniente asegurarse consultando la documentación o bien preguntando su relación al facultativo. En este caso, debemos codificar la complicación urinaria, seguido de la infección del tracto urinario, el organismo infectante y un código de causa externa.

Paciente al que se le realizó una RTU de vejiga hace 24 horas. Consulta por fiebre y otros síntomas del tracto urinario. Se diagnostica de cistitis aguda hematúrica, en relación al procedimiento

N99.89	**Otras complicaciones y trastornos posprocedimiento del aparato genitourinario**
N30.01	**Cistitis aguda con hematuria**
Y83.8	**Otros procedimientos quirúrgicos como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento**

Cuando la infección está en relación a la presencia de un injerto o dispositivo (catéter), debemos utilizar el código **T83.5** o **T83.6** y añadir un código adicional para especificar el tipo de infección. En ausencia de documentación que indique si la infección es debida al procedimiento debemos utilizar el código **N39.0 Infección del tracto urinario, sitio no especificado**.

Paciente con hiperplasia benigna de próstata, portador de catéter urinario permanente, que ingresa con diagnóstico de infección urinaria por estafilococo aureus meticilin resistente, en relación al catéter

T83.511A	**Infección y reacción inflamatoria debidas a catéter uretral permanente, contacto inicial**
N39.0	**Infección de tracto urinario, localización no especificada**
B95.62	**Infección por Staphylococcus aureus resistente a meticilina como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto**
N40.0	**Hiperplasia prostática benigna sin síntomas de tracto urinario inferior**

14.2 HEMATURIA

Se define como la presencia de sangre en la orina, y específicamente la presencia de 3 o más hematíes por campo en un sedimento urinario. El lugar de procedencia de la sangre puede ser de cualquier estructura del aparato urinario: riñones, uréteres, vejiga, próstata.
Existen dos tipos de hematuria:

- Macroscópica: presencia anormal de hematíes en la orina visible a simple vista.
- Microscópica: se refiere a la presencia de sangre en la orina en una cantidad que solo puede ser detectada mediante el microscopio.

La hematuria es un síntoma integral asociado a patologías del aparato genitourinario, por tanto, se debe codificar siempre la patología subyacente, no debiendo añadir un código adicional para la hematuria salvo que requiera medidas especiales diagnósticas o terapéuticas.

La hematuria en la CIE-10-ES se encuentra clasificada en el Capítulo 18 SÍNTOMAS, SIGNOS Y RESULTADOS ANORMALES DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS, NO CLASIFICADOS BAJO OTRO CONCEPTO; por tanto, seguirá las normas de este capítulo, siendo en pocas situaciones diagnóstico principal, y solo será diagnóstico secundario cuando no forme parte integral de una enfermedad, o requiera cuidados.

La hematuria microscópica no debe confundirse con la hemoglobinuria, que se codifica bajo el código **R82.3 Hemoglobinuria**, que hace referencia a hemoglobina libre en orina. Solo se codifica si tiene significado clínico.

Hematuria por cálculo en riñón

N20.0 Cálculo del riñón

Hematuria con cistitis crónica

N30.21 Otros tipos de cistitis crónica con hematuria

Hematuria con coágulos debida a divertículo vesical, se coloca sonda para lavado

N32.3 Divertículo de vejiga
R31.0 Hematuria macroscópica

Tabla 14.1 Tipos de hematuria

TIPOS HEMATURIA	DEFINICIÓN	CÓDIGO
Hematuria macroscópica	Se ve a simple vista	**R31.0 Hematuria macroscópica**
Hematuria microscópica esencial benigna	Hematuria microscópica persistente con función renal normal	**R31.1 Hematuria microscópica esencial benigna**
Hematuria microscópica	Hematuria microscópica	**R31.2- Otros tipos de hematuria microscópica**
Otra hematuria	Hematuria no especificada	**R31.9 Hematuria, no especificada**
Hematuria recurrente, idiopática	Hematuria asociada a cambios o lesiones morfológicas	**N02- Hematuria recurrente y persistente**

La hematuria es relativamente frecuente después de un procedimiento sobre el tracto urinario o tras una prostatectomía, no debiendo considerarse como una complicación postoperatoria a menos que esté reflejado en el informe clínico como tal.

Si está recogida en la historia clínica como causada o en relación a un procedimiento se le asignarán los códigos, de complicación hemorrágica.

Tabla 14.2.a Complicaciones hemorrágicas en aparato genitourinario debidas a procedimiento

COMPLICACIÓN HEMORRÁGICA Y HEMATOMA EN APARATO GENITOURINARIO		CÓDIGO
Intraoperatorio	Durante un procedimiento en el aparato genitourinario	**N99.61 Hemorragia y hematoma intraoperatorios en un órgano o estructura del aparato genitourinario que complica un procedimiento del aparato genitourinario**
	En un procedimiento no realizado en el aparato genitourinario	**N99.62 Hemorragia y hematoma intraoperatorios de un órgano o estructura del aparato genitourinario que complica otro tipo de procedimiento**

Tabla 14.2.b Complicaciones hemorrágicas en aparato GU debidas a procedimiento

COMPLICACIÓN HEMORRÁGICA Y HEMATOMA EN APARATO GENITOURINARIO		CÓDIGO
Posoperatorio	Después de un procedimiento en el aparato genitourinario	**N99.820 Hemorragia posprocedimiento de un órgano o estructura del aparato genitourinario tras procedimiento de aparato genitourinario** **N99.840 Hematoma posprocedimiento de un órgano o estructura del aparato genitourinario tras procedimiento de aparato genitourinario**
	En un procedimiento no realizado en el aparato genitourinario	**N99.821 Hemorragia posprocedimiento de un órgano o estructura del aparato genitourinario tras otro tipo de procedimiento** **N99.841 Hematoma posprocedimiento de un órgano o estructura del aparato genitourinario tras otro tipo de procedimiento**

14.3 INCONTINENCIA DE ORINA

Consiste en la pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable. La incontinencia ocurre tanto en hombres como en mujeres, pero es más frecuente en la mujer.

La incontinencia de esfuerzo o de stress (IUE), consiste en la pérdida de orina con la tensión física, como toser o estornudar, y es más frecuente en la mujer. Se codifica bajo el código: **N39.3 Incontinencia de esfuerzo (femenina) (masculina)**.

La incontinencia urinaria mixta es la asociación de síntomas de pérdida involuntaria de orina con los esfuerzos (IUE) con síntomas de incontinencia urinaria de urgencia, y se le asigna el código **N39.46 Incontinencia mixta**.

Si la pérdida se produce por algún tipo de impedimento, como deterioro cognitivo, deterioro físico o inmovilización, el código será: **R39.81 Incontinencia urinaria funcional**.

Si se conoce la causa de la incontinencia debemos codificar ésta en primer lugar. Si solo ingresa para el tratamiento exclusivo de la incontinencia, esta será el diagnóstico principal.

Incontinencia de urgencia por cistocele

N81.10 Cistocele, no especificado
N39.41 Incontinencia de urgencia

14.4 ENFERMEDAD RENAL

Las enfermedades del riñón, tienen diferentes formas clínicas y analíticas, y se identifican con un número limitado de síndromes. No son excluyentes entre sí, puesto que varios de ellos pueden coincidir en el tiempo en un mismo paciente, o bien se pueden ir añadiendo a lo largo de la evolución clínica.

La enfermedad renal se clasifica en las categorías **N00-N29**.

14.4.1 ENFERMEDAD GLOMERULAR

El término glomerulonefritis (GN) se emplea para designar las enfermedades que afectan a la estructura y función del glomérulo. Pueden ser primarias o secundarias a procesos sistémicos, como lupus, diabetes, etc. La entrada en IA se puede hacer por: glomerulonefritis, nefritis o nefrítico.

La CIE-10-ES clasifica la enfermedad glomerular según la forma de presentación en las categorías:

- **N00 Síndrome nefrítico agudo**
- **N03 Síndrome nefrítico crónico**
- **N04 Síndrome nefrótico**
- **N05 Síndrome nefrítico no especificado**

Existen códigos para las GN rápidamente progresivas **N01**, GN hereditarias **N07** y GN secundarias a otras enfermedades **N08**, y también existen categorías en las que se combina síntoma y enfermedad, como por ejemplo GN con hematuria recurrente y persistente **N02** y proteinuria aislada **N06**.

En cuanto a las GN secundarias, en general precisaran de codificación múltiple, asignando primero el código identificativo de la enfermedad y como adicional el código de la categoría **N08 Trastornos glomerulares en enfermedades clasificadas bajo otro concepto**. Algunas de éstas llevan implícito el tipo de GN, de manera que, solo será preciso el uso de un solo código.

Glomerulonefritis debida a amiloidosis

E85.4 Amiloidosis limitada a un órgano
N08 Trastornos glomerulares en enfermedades clasificadas bajo otro concepto

Glomerulonefritis en Lupus eritematoso sistémico

M32.14 Enfermedad glomerular en lupus eritematoso sistémico

Salvo la categoría **N08**, en todas las demás, el cuarto carácter proporciona información sobre el tipo de lesión parenquimatosa según el tipo de glomerulopatía. En este sentido se han modificado las categorías **N00-N07**, ampliándose con nuevos códigos, para poder clasificar la glomerulopatía C3, entidad recientemente descrita cuya principal característica es el depósito exclusivo de C3 a nivel glomerular en ausencia de depósitos importantes de inmunoglobulinas en la inmunofluorescencia directa.

Clínicamente se manifiestan como proteinuria, generalmente nefrótica, microhematuria y un grado variable de insuficiencia renal.

N00.A Síndrome nefrítico agudo con glomerulonefritis C3
N01.A Síndrome nefrítico rápidamente progresivo con glomerulonefritis C3
N02.A Hematuria recurrente y persistente con glomerulonefritis C3
N03.A Síndrome nefrítico crónico con glomerulonefritis C3
N04.A Síndrome nefrótico con glomerulonefritis C3
N05.A Síndrome nefrítico inespecífico con glomerulonefritis C3
N06.A Proteinuria aislada con glomerulonefritis C3
N07.A Nefropatía hereditaria, no clasificada en otro sitio con glomerulonefritis C3

14.4.2 ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y ENFERMEDAD RENAL TERMINAL

La enfermedad renal crónica (ERC) es un término genérico que define un conjunto de enfermedades heterogéneas que afectan a la estructura y función renal. Se desarrolla como una complicación de otras enfermedades como diabetes mellitus, hipertensión arterial primaria, glomerulonefritis, etc.

En función del filtrado glomerular (FG), existen diferentes estadios de la nefropatía crónica.

Tabla 14.3 Estadios de la Enfermedad Renal Crónica

ESTADIO	DESCRIPCIÓN	GFR (ml/min/1.73 m2)	CÓDIGO
I	Lesión renal con FG normal o alto	≥ 90	**N18.1 Enfermedad renal crónica, estadio 1**
II (ERC Leve)	Lesión renal con FG ligeramente disminuido	60-89	**N18.2 Enfermedad renal crónica, estadio 2 (leve)**
III (ERC Moderada)	Disminución moderada del FG	45-59	**N18.31 Enfermedad renal crónica, estadio 3a**
		30-44	**N18.32 Enfermedad renal crónica, estadio 3b**
IV (ERC Grave)	Disminución severa del FG	15-29	**N18.4 Enfermedad renal crónica, estadio 4 (grave)**
ERC V	Fallo renal	<15	**N18.5 Enfermedad renal crónica, estadio fase 5**

Se asigna el código **N18.6 Enfermedad renal en estadio terminal** (ERT) en pacientes con enfermedad renal crónica en fase terminal o cualquier otro estadio de enfermedad renal crónica que requiera de diálisis crónica o un trasplante renal para mantener la vida. Se debe añadir el código **Z99.2 Dependencia de diálisis renal** para recoger el estado de diálisis.

La secuenciación de códigos se hace atendiendo a las convenciones de la LT. Un paciente con Enfermedad renal crónica estadio V (**N18.5 Enfermedad renal crónica, estadio fase 5**) en tratamiento de diálisis (**Z99.2 Dependencia de diálisis renal**), se le asignará solo el código **N18.6 Enfermedad renal crónica terminal**, por la nota "Excluye 1" existente en el código **N18.5**.

Si la enfermedad renal está en relación a una patología crónica como la diabetes, o la hipertensión, será esta el diagnóstico principal.

Paciente en diálisis por fallo renal crónico en estadio terminal, debido a diabetes tipo 2

E11.22 Diabetes mellitus tipo 2 con nefropatía diabética crónica
N18.6 Enfermedad renal en estadio terminal
Z99.2 Dependencia de diálisis renal

Insuficiencia renal crónica debida a hipertensión, en estadio IV

I12.9 Enfermedad renal crónica hipertensiva con enfermedad renal crónica en estadio 1 a 4 o con enfermedad renal crónica no especificada
N18.4 Enfermedad renal crónica, estadio 4 (grave)

14.4.3 TRASPLANTE RENAL

Los pacientes que han sido sometidos a un trasplante renal pueden presentar alguna forma de enfermedad renal crónica (ERC) ya que el trasplante puede no restituir totalmente la función renal y no se debe asumir que una enfermedad renal leve o moderada sea una complicación o un fallo del riñón trasplantado, a menos que así lo especifique la documentación clínica.

En estos casos debemos codificar la ERC actual con el código adecuado de la categoría **N18** y el estado de trasplante, **Z94.0 Estado de trasplante renal**.

Si un riñón trasplantado presenta alguna complicación como fallo o rechazo u otra complicación diferente, debemos asignar un código **T86.1- Complicaciones de trasplante de riñón**:

- **T86.10 Complicación no especificada de trasplante de riñón**
- **T86.11 Rechazo de trasplante renal**
- **T86.12 Fracaso de trasplante renal**
- **T86.13 Infección de riñón trasplantado**. (Utilice código adicional para identificar infección)
- **T86.19 Otra complicación de trasplante de riñón**

Paciente con incremento de las cifras de creatinina, sometido a trasplante renal hace tres meses, ingresa para realización de biopsia renal, que confirma un rechazo al trasplante

T86.11 Rechazo de trasplante renal

14.4.4 DIÁLISIS RENAL

Se trata de una técnica que sustituye la función renal depurando la sangre. Existen dos técnicas diferentes: la diálisis peritoneal y la hemodiálisis.

La hemodiálisis consiste en interponer, entre dos compartimentos líquidos (sangre y líquido de diálisis), una membrana semipermeable. Para ello se emplea un filtro o dializador.

La diálisis peritoneal utiliza el peritoneo como membrana de diálisis y su capacidad para permitir, mediante un catéter, la transferencia de agua y solutos entre la sangre y la solución de diálisis.

A un paciente en diálisis que contacta para la realización de una sesión, se le debe asignar el código de la enfermedad renal terminal **N18.6 Enfermedad renal en estadio terminal** y el correspondiente código **Z99.2 Dependencia de diálisis renal**.

Los pacientes en diálisis necesitan de diferentes atenciones, bien sean de manejo y adiestramiento o de cuidado de catéteres. En estos casos se podrán utilizar los códigos de la categoría **Z49 Contacto para los cuidados que implica la diálisis renal**, como diagnóstico principal.

Cuando la admisión es por otra patología, pero el paciente está en tratamiento con diálisis, se asignará un código para el estado de diálisis **Z99.2 Dependencia de diálisis renal**, otro para la enfermedad renal crónica por la que recibe la diálisis, y como diagnóstico principal la causa del ingreso.

Paciente en estadio final de ERC, que ingresa para inserción de un reservorio venoso subcutáneo en tórax, para hemodiálisis

N18.6 Enfermedad renal en estadio terminal

Paciente con ERC en estadio 5, en tratamiento crónico con hemodiálisis, que ingresa para extracción de catéter de hemodiálisis (FAVI realizada hace 6 semanas ya funcionante)

Z49.01 Contacto para ajuste y mantenimiento de catéter de diálisis extracorpórea
N18.6 Enfermedad renal en estadio terminal

Ingreso por prostatitis aguda, de un paciente con enfermedad renal crónica debida a nefropatía lúpica, en diálisis

N41.0 Prostatitis aguda
M32.14 Enfermedad glomerular en lupus eritematoso sistémico
N18.6 Enfermedad renal en estadio terminal
Z99.2 Dependencia de diálisis renal

14.4.5 COMPLICACIONES DE LA DIÁLISIS

Los pacientes pueden desarrollar complicaciones como resultado de la diálisis, bien debidas a la propia técnica de diálisis o relacionada con las vías de acceso vascular. Algunas de las complicaciones propias de la técnica de diálisis son: hipotensión intradiálisis **I95.3 Hipotensión de la hemodiálisis**, o alteraciones metabólicas como hipopotasemia, alcalosis, etc. Estas últimas se deben codificar como efecto adverso a la solución de diálisis (intraperitoneal): tras el código de la alteración se debe añadir el código **T50.3X5 Efecto adverso de agentes electrolíticos, calóricos y de equilibrio hídrico**. Debemos añadir un séptimo carácter A, D o S para indicar si se trata de un contacto inicial, contacto sucesivo o secuela respectivamente.

También existen complicaciones relacionadas con las vías de acceso que se deberán codificar con los códigos de complicación según el tipo (rotura, desplazamiento, embolismo etc.). Se debe añadir un séptimo carácter para saber si se trata de un contacto inicial, sucesivo o secuela (A, D, S).

Las vías de acceso pueden ser de tres tipos: fístula arteriovenosa autóloga, prótesis vascular o injertos, catéteres venosos permanentes, y catéter para diálisis peritoneal.

Las fístulas arteriovenosas internas (FAVI) son la vía de elección para la hemodiálisis. Requieren de un tiempo de maduración (entre uno y dos meses antes de su uso), por lo que, cualquier problema de maduración pasado este tiempo (fístula arteriovenosa inmadura) será considerada como una complicación mecánica de la misma, y debe codificarse con un código **T82.590- Otra complicación mecánica de fístula arteriovenosa creada quirúrgicamente**.

La siguiente tabla recoge la codificación de las complicaciones en CIE-10-ES, de los accesos vasculares de la hemodiálisis (fistulas arteriovenosas internas, injertos, catéter venoso central y catéter de diálisis peritoneal).

Tabla 14.4 Complicaciones de dispositivos o catéteres para diálisis

COMPLICACIÓN	FAVI	CATÉTER HEMODIÁLISIS	DIÁLISIS PERITONEAL
INFECCIÓN	**T82.7-**		**T85.71-**
OTRA MECÁNICA	**T82.590-**	**T82.49-**	**T85.691-**
AVERÍA	**T82.510-**	**T82.41-**	**T85.611-**
DESPLAZAMIENTO	**T82.520-**	**T82.42-**	**T85.621-**
FUGA	**T82.530-**	**T82.43-**	**T85.631-**
OTRA COMPLICACIÓN	**T82.898-**		**T85.898-**
EMBOLISMO	**T82.818-**		**T85.818-**
FIBROSIS	**T82.828-**		**T85.828-**
HEMORRAGIA	**T82.838-**		**T85.838-**
DOLOR	**T82.848-**		**T85.848-**
ESTENOSIS	**T82.858-**		**T85.858-**
TROMBOSIS	**T82.868-**		**T85.868-**
NEOM	**T82.9-**		**T85.9-**

14.5 HIPERTENSIÓN Y ENFERMEDAD RENAL

Cuando el informe de alta incluya los diagnósticos de hipertensión y enfermedad renal crónica (ERC), CIE-10-ES Diagnósticos asume que hay una relación causal entre ambas. Por lo tanto, ambas deben ser codificadas como relacionadas incluso cuando el clínico omita la relación específica entre ellas en la

documentación, a menos que claramente establezca que las dos entidades no están relacionadas o que se haya específicamente documentado otra causa para la ERC.

Tabla 14.5 Codificación de Hipertensión y ERC

ENFERMEDAD RENAL HIPERTENSIVA CRÓNICA CON CARDIOPATÍA HIPERTENSIVA, ASIGNACIÓN DE ESTADIOS DE ERC		
CATEGORÍA I12 I13 CÓDIGO	Código adicional requerido para la codificación de la ERC según su estadio	
	N18.1-N18.4 N18.9	N18.5- N18.6
I12.0 Enfermedad renal crónica hipertensiva con enfermedad renal crónica en estadio 5 o con enfermedad renal en estadio terminal		☑
I12. 9 Enfermedad renal crónica hipertensiva con enfermedad renal crónica en estadio 1 a 4 o con enfermedad renal crónica no especificada	☑	
I13.0 Enfermedad cardiaca y renal crónica hipertensiva con insuficiencia cardiaca y enfermedad renal crónica estadios 1 a 4 o enfermedad renal crónica no especificada	☑	
I13.10 Enfermedad cardiaca y renal crónica hipertensiva sin insuficiencia cardiaca, con enfermedad renal crónica en estadio 1 a 4 o enfermedad renal crónica no especificada	☑	
I13.11 Enfermedad cardiaca y renal crónica hipertensiva sin insuficiencia cardiaca con enfermedad renal crónica en estadio 5 o con enfermedad renal en estadio terminal		☑
I13.2 Enfermedad cardiaca y renal crónica hipertensiva con insuficiencia cardiaca y con enfermedad renal crónica en estadio 5 o con enfermedad renal en estadio terminal		☑

Los códigos de las categorías I12-I13 no se utilizan en las situaciones siguientes:

- La patología renal es únicamente el fracaso renal agudo.
- La hipertensión se describe como secundaria.

Enfermedad del riñón hipertensiva con enfermedad renal crónica

I12.9 Enfermedad renal crónica hipertensiva con enfermedad renal crónica en estadio 1 a 4 o con enfermedad renal crónica no especificada
N18.9 Enfermedad renal crónica, no especificada

Cardiopatía hipertensiva y enfermedad renal crónica estadio III

I13.10 Enfermedad cardiaca y renal crónica hipertensiva sin insuficiencia cardiaca, con enfermedad renal crónica en estadio 1 a 4 o enfermedad renal crónica no especificada
N18.30 Enfermedad renal crónica, estadio 3 (moderada)

Fracaso renal agudo e hipertensión

N17.9 Fallo renal agudo, no especificado
I10 Hipertensión esencial (primaria)

Cardiopatía hipertensiva y enfermedad del riñón crónica estadio V y fallo cardiaco congestivo

I13.2 Enfermedad cardiaca y renal crónica hipertensiva con insuficiencia cardiaca y con enfermedad renal crónica en estadio 5 o con enfermedad renal en estadio terminal
N18.5 Enfermedad renal crónica, estadio fase 5
I50.9 Insuficiencia cardiaca, no especificada

14.6 ENFERMEDAD RENAL AGUDA

La insuficiencia renal aguda (IRA) **N17 Fallo renal agudo** es un síndrome clínico secundario a una pérdida o interrupción brusca de la función renal y cuyo marcador habitual es el incremento de los productos nitrogenados en sangre. La IRA es muy diferente de la ERC, donde la incapacidad del riñón para funcionar adecuadamente es a largo plazo. Algunas de las causas de insuficiencia renal aguda son: tóxicos, shock traumático o quirúrgico, destrucción del tejido relacionado con una lesión o cirugía y una gran variedad de enfermedades.

La entrada adecuada para clasificar la IRA, es por Fallo renal. Existe una entrada en el índice alfabético (IA) por el término insuficiencia renal que asigna un código que hace referencia a una situación funcional del riñón, evidenciada por una alteración bioquímica, pero que no es la insuficiencia renal aguda: **N28.9 Trastorno del riñón y del uréter, no especificado**.

La insuficiencia renal extrarrenal, se localiza en el IA, bajo el término Uremia. El fallo extrarrenal (pre y posrrenal) se codificará como **R39.2 Uremia extrarrenal**. Si se acompaña del calificativo agudo se clasifica como un fallo renal agudo en la categoría **N17 Fallo renal agudo**.

IAE
Fallo, fallido, fracaso, fracasado
- renal (*véase* además Enfermedad, renal, crónica) N19
- - agudo N17.9
- - - con
- - - - necrosis cortical N17.1
- - - - necrosis medular N17.2
- - - - necrosis tubular N17.0 -
Uremia, urémico N19
- extrarrenal R39.2
- prerrenal R39.2

Tabla 14.6 Codificación del fallo renal agudo

FALLO RENAL AGUDO	
DESCRIPCIÓN	**CÓDIGO**
Fallo renal agudo	**N17 Fallo renal agudo*** *El cuarto carácter especifica el tipo de lesión parenquimatosa
Fallo renal extrarrenal	**R39.2 Uremia extrarrenal**
Fallo renal posprocedimiento (agudo) (crónico)	**N99. 0 Fallo renal (agudo) (crónico) posprocedimiento**
Fallo renal postraumático	**T79.5XX Anuria traumática**
Fallo renal no especificado	**N19 Insuficiencia renal no especificada**

Ingreso en UCI, con daño renal parenquimatoso, con necrosis tubular aguda

N17.0 Fallo renal agudo con necrosis tubular

Paciente con ERC moderada en relación a hipertensión, que acude a urgencias por disminución brusca de la diuresis; se diagnóstica de fallo renal agudo debido a estenosis uretral

N17.9 Fallo renal agudo, no especificado
N35.919 Estenosis no especificada de uretra, masculina, localización no especificada
I12. 9 Enfermedad renal crónica hipertensiva con enfermedad renal crónica en estadio 1 a 4 o con enfermedad renal crónica no especificada
N18.30 Enfermedad renal crónica, estadio 3 (moderada)

14.7 ENFERMEDAD PROSTÁTICA

Las enfermedades de los órganos genitales masculinos están clasificadas en las categorías **N40** a la **N53**. Las enfermedades de la próstata se encuentran en las categorías **N40** a la **N42**.

La hipertrofia de próstata se clasifica en la categoría **N40** dónde el cuarto carácter proporciona información sobre la existencia o no de síntomas del tracto urinario inferior (STUI). En el código **N40.1 Hiperplasia prostática benigna con síntomas de tracto urinario inferior**, existe la instrucción de usar código adicional para codificar cualquier síntoma del tracto inferior que esté presente tal como:

- Chorro urinario débil (**R39.12**)

- Dificultad para orinar (**R39.11**)
- Esfuerzo al orinar (**R39.16**)
- Incontinencia urinaria (**N39.4-**)
- Micción frecuente (**R35.0**)
- Nicturia (**R35.1**)
- Obstrucción urinaria (**N13.8**)
- Retención urinaria (**R33.8**)
- Urgencia urinaria (**R39.15**)
- Vaciado incompleto de vejiga (**R39.14**)

Paciente que ingresa con estenosis de uretra y retención urinaria secundaria a hipertrofia benigna de próstata obstructiva

N40.1	**Hiperplasia prostática benigna con síntomas de tracto urinario inferior**
N13.8	**Otros tipos de uropatía obstructiva y por reflujo**
N35.819	**Otros tipos de estenosis de uretra, masculina, localización no especificada**
R33.8	**Otro tipo de retención urinaria**

14.8 ENDOMETRIOSIS

La endometriosis es una enfermedad crónica caracterizada por el crecimiento de tejido endometrial dentro y fuera de la cavidad uterina. Estos implantes ectópicos pueden encontrarse en el miometrio (adenomiosis), en la superficie peritoneal, el ovario o en estructuras pélvicas como el tabique rectovaginal, los ligamentos uterosacros, el intestino, la vejiga, los fórnices vaginales, los parametrios, o incluso los órganos extrapélvicos.

Los principales síntomas de la endometriosis son el dolor pélvico y la infertilidad.

La endometriosis peritoneal, también llamada endometriosis superficial, se caracteriza por implantes superficiales que afectan al peritoneo y/o a la superficie ovárica.

La endometriosis infiltrante profunda (Deep Infiltrating Endometriosis (DIE)) se caracteriza por un tejido fibromuscular proliferativo que penetra en el peritoneo más de 5 mm de profundidad, conlleva síntomas más severos y pueden tener más riesgo de afectación de otros órganos del tracto digestivo y/o urinario.

Se clasifica en la categoría **N80 Endometriosis**, que contiene códigos para poder diferenciar tanto las diferentes localizaciones, como los tipos de endometriosis, aparte de incluir la lateralidad de cada proceso.

Paciente en estudio por infertilidad, a la que se le realiza laparoscopia con resultado de endometrioma de ovario izquierdo, implantes superficiales en trompa de Falopio izquierda y plica vesicouterina

N80.122	**Endometriosis profunda de ovario izquierdo**
N80.212	**Endometriosis superficial de trompa de Falopio izquierda**
N80.A1	**Endometriosis superficial de vejiga**

La endometriosis del estroma se codifica en el código **D39.0 Neoplasia de comportamiento incierto de útero**, debiendo añadir el código morfológico correspondiente.

14.9 HIPERPLASIA ENDOMETRIAL

Se trata de una proliferación excesiva de las células del endometrio. Se considera un factor de riesgo en la aparición del cáncer de endometrio, por lo que es necesario su control en las mujeres que presentan esta alteración.

La CIE10-ES clasifica la hiperplasia endometrial en los siguientes códigos:

- **N85.00 Hiperplasia endometrial, no especificada**
- **N85.01 Hiperplasia endometrial benigna**
- **N85.02 Neoplasia endometrial intraepitelial [EIN]**

14.10 PROLAPSO GENITAL

El prolapso genital es el descenso o desplazamiento de los órganos pélvicos, como consecuencia del fallo de las estructuras de soporte y sostén. La nomenclatura clásica del prolapso se relaciona con la primera estructura genital visible a la exploración. El término "completo o "incompleto" en el prolapso uterovaginal debe ser especificado por el clínico en el diagnóstico.

14.10.1 DESCENSO DE LA PARED VAGINAL ANTERIOR

- **Cistocele no especificado:** Prolapso de la vejiga.
- **Cistocele medial**: La vejiga se prolapsa a través de la pared anterior vaginal.
- **Cistocele lateral**: La vejiga se prolapsa a través de la pared lateral.
- **Uretrocele**: Protrusión anormal de la uretra en el canal vaginal.
- **Prolapso de bóveda vaginal**: Puede aparecer después de una histerectomía, debida bien a la técnica quirúrgica o a la relajación de las estructuras de soporte que siguen a la cirugía.

14.10.2 DESCENSO DE LA PARED VAGINAL POSTERIOR

- **Rectocele:** El recto desciende a través de la cara posterior vaginal.
- **Enterocele:** Desciende contenido intestinal por encima del recto, a través de la cara posterior vaginal.

14.10.3 DESCENSO DEL ÚTERO

- **Prolapso uterino o histerocele:** solo hay desplazamiento del útero, sin afectación de la pared vaginal.
- **Prolapso uterino, incompleto:** también denominado prolapso uterino grados I-II o prolapso urogenital, o uterovaginal grados I-II. Además del desplazamiento uterino, hay desplazamiento de la pared vaginal.
- **Prolapso uterino, completo:** También denominado prolapso uterino grados III-IV o prolapso urogenital total o prolapso uterovaginal total.

- **Prolapso de cérvix**: Tras una histerectomía supracervical o subtotal, puede ocurrir un prolapso del cérvix que queda (muñón).
- **Prolapso uterino en paciente obstétrica**.

Tabla 14.7.a Codificación de los tipos de prolapso

ESTRUCTURA AFECTADA	TIPO	CÓDIGO
Descenso de la pared vaginal anterior	Cistocele no especificado	**N81.10 Cistocele, no especificado**
	Cistocele medial	**N81.11 Cistocele, medial**
	Cistocele lateral	**N81.12 Cistocele, lateral**
	Uretrocele	**N81.0 Uretrocele**
	Prolapso vaginal poshisterectomía.	**N99.3 Prolapso de cúpula vaginal poshisterectomía**
Descenso de la pared vaginal posterior	Rectocele	**N81.6 Rectocele**
	Enterocele	**N81.5 Enterocele vaginal**

ESTRUCTURA AFECTADA	TIPO	CÓDIGO
Descenso útero	Prolapso de útero o histerocele	**N81.4 Prolapso uterovaginal, no especificado**
	Prolapso de útero incompleto, grado I-II	**N81.2 Prolapso uterovaginal, incompleto**
	Prolapso de útero, completo grados III-IV	**N81.3 Prolapso uterovaginal completo**
	Prolapso del cérvix	**N81.85 Prolapso de muñón cervical**
	Prolapso del útero en paciente obstétrica	**O34.52 Atención materna por prolapso de útero grávido**

Paciente con incontinencia de orina de esfuerzo diagnosticada de cistocele y prolapso uterino de segundo grado. Ingresa para realización de histerectomía y reparación de cistocele

N81.2 Prolapso uterovaginal incompleto
N39.3 Incontinencia de esfuerzo (femenina) (masculina)

Paciente con prolapso uterovaginal total, que ingresa para histerectomía vaginal

N81.3 Prolapso uterovaginal completo

Cistocele de segundo grado pendiente de colocación de malla anterior

N81.10 Cistocele, no especificado

14.11 DISPLASIAS DE CUELLO UTERINO, VAGINA Y VULVA

Son lesiones escamosas intraepiteliales causadas por el VPH, morfológicamente idénticas en todas las localizaciones del tracto anogenital inferior, en ambos sexos (cuello uterino, vagina, vulva, ano, región perianal y pene). Para estas lesiones se ha establecido una nueva terminología histopatológica denominada LAST (Lower Anogenital Squamous Terminology).

La terminología LAST (LSIL y HSIL) se utiliza para todas las lesiones escamosas intraepiteliales asociadas al VPH independientemente de su localización en cérvix, vulva, vagina, ano, región perianal o pene.

La información se complementa con la terminología clásica “neoplasia intraepitelial” (IN) y la sigla correspondiente a su localización (cérvix CIN, vagina VAIN, vulva VIN, ano AIN, área perianal PAIN y pene PEIN), acompañada de la gradación (IN 1, 2 ó 3).

El diagnóstico es histológico.

Tabla 14.8 Codificación de resultados histológicos anormales

Tipo de alteración histológica	LOCALIZACIÓN	NOMENCLATURA	CÓDIGO
LSIL Proliferación de células escamosas o metaplásicas bajo grado	CERVIX	**CIN I** Displasia leve cérvix	**N87.0 Displasia cervical leve**
	VAGINA	**VAIN I** Displasia vaginal leve Neoplasia vaginal intraepitelial	**N89.0 Displasia vaginal leve**
	VULVA	**VIN I** Displasia leve de vulva Neoplasia vulvar intraepitelial	**N90.0 Displasia vulvar leve.**
HSIL: Proliferación de células escamosas o metaplásicas con características nucleares anormales alto grado	CERVIX	**CIN II** Displasia moderada cérvix Neoplasia intraepitelial de cérvix II	**N87.1 Displasia cervical moderada**
		Displasia severa cérvix Neoplasia intraepitelial de cérvix III (**CIN III**) Carcinoma in situ de cérvix	**D06 Carcinoma in situ de cuello de útero** + código morfología
	VAGINA	**VAIN II** Displasia vaginal moderada. Neoplasia vaginal intraepitelial	**N89.1 Displasia vaginal moderada**
		VAIN III Displasia vaginal severa, considerada como carcinoma in situ de vagina	**D07.2 Carcinoma in situ de vagina** + código morfología
	VULVA	**VIN II** Neoplasia vulvar intraepitelial II Displasia moderada de vulva	**N90.1 Displasia vulvar moderada**
		VIN III Neoplasia vulvar intraepitelial III Displasia grave de vulva Carcinoma in situ de vulva	**D07.1 Carcinoma in situ de vulva** + código morfología

Tabla 14.9 Codificación resultados citológicos anormales

TIPO DE ALTERACIÓN CITOLÓGICA	LOCALIZACIÓN	CÓDIGO
Atipia en células escamosas de significado incierto (ASC-US)	CUELLO ÚTERO	**R87.610 Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US) en frotis de cuello uterino.**
	VAGINA	**R87.620 Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US) en frotis de vagina**
Atipia en células escamosas que no permite descartar lesión intraepitelial de alto grado (ASC-H)	CUELLO ÚTERO	**R87.611 Células escamosas atípicas sin poder descartar lesión escamosa intraepitelial de alto grado (ASC-H) en frotis de cuello uterino**
	VAGINA	**R87.621 Células escamosas atípicas sin poder descartar lesión intraepitelial escamosa de alto grado (ASC-H) en frotis de vagina**
Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LSIL)	CUELLO ÚTERO	**R87.612 Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LGSIL) en frotis de cuello uterino**
	VAGINA	**R87.622 Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LGSIL) en frotis de vagina**
Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (HSIL)	CUELLO ÚTERO	**R87.613 Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (HGSIL) en frotis de cuello uterino**
	VAGINA	**R87.623 Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (HGSIL) en frotis de vagina**

Paciente a la que se toma muestra citológica de cérvix uterino con el resultado de lesión escamosa intraepitelial de alto grado (HSIL) en cérvix. Se pone en lista de espera para realización de biopsia de cuello uterino

R87.613 Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (HGSIL) en frotis de cuello uterino

Paciente que ingresa para realización de biopsia de cuello uterino por resultado citológico de lesión escamosa intraepitelial de alto grado (HSIL). El resultado de la biopsia confirma la existencia de un CIN II: Displasia moderada cérvix

N87.1 Displasia cervical moderada

14.12 ENFERMEDADES DE LA MAMA

Existe un grupo heterogéneo de lesiones, síntomas e imágenes radiológicas que no siempre hacen referencia a patología maligna. El objetivo que se persigue al diagnosticar estas lesiones es descartar un cáncer o una lesión con riesgo de degeneración.

Tabla 14.10 Patología benigna de la mama

Riesgo cancerígeno	Enfermedad	Codificación
Patologías benignas sin riesgo cancerígeno	Fibroadenoma, adenoma papilar, lipoma, hamartoma Y neoplasias benignas de piel de mama	**D24 Neoplasia benigna de mama**, **D22.5 Nevus melanocítico de tronco**, **D23.5 Otras neoplasias benignas de piel de tronco** + código morfología
	Mastitis	**N61.0 Mastitis sin absceso** **N61.1 Absceso de mama y pezón** **N61.2 Mastitis granulomatosa**
	Enfermedad fibroquística (adenosis o quistes)	**N60.1 Mastopatía quística difusa** **N60.2 Fibroadenosis de mama**
Patología benigna con bajo riesgo de degeneración cancerígena	PAPILOMAS SOLITARIOS	**D24 Neoplasia benigna de mama** + código morfología
Patologías benignas de alto riesgo cancerígeno	Los tumores filodes y los papilomas múltiples	**D48.6 Neoplasia de comportamiento incierto de mama** + código de morfología **D24 Neoplasia benigna** + código morfología

Tabla 14.11 Codificación de la admisión después de cirugía de mama

CIRCUNSTANCIA	CODIFICACIÓN
Reconstrucción posmastectomía	**Z42.1 Contacto para reconstrucción mamaria después de mastectomía**
Contacto para cambio o extracción de implante mamario	**Z45.81- Contacto para ajuste o extracción de implante mamario**
Contacto por alteraciones de la forma después de cirugía de mama reconstruida	**N65.0 Deformidad de mama reconstruida** **N65.1 Desproporción de mama reconstruida**
Contacto por complicación relacionadas con el dispositivo implantado	**T85.41 Fallo mecánico de prótesis e implante de la mama** **T85.42 Desplazamiento de prótesis e implante de la mama** **T85.43 Fuga de prótesis e implante de la mama** **T85.44 Contractura capsular de implante mamario** **T85.848 Dolor debido a otras prótesis, implantes e injertos internos**

OTROS CÓDIGOS DE SÍNTOMAS, IMÁGENES RADIOLÓGICAS y ALTERACIONES MAMARIAS

N63 Bulto no especificado de mama
R92.0 Microcalcificaciones mamográficas
N62 Ginecomastia
Z41.1 Contacto para cirugía estética

15. EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

Las circunstancias y enfermedades relacionadas, o que complican o se agravan por el embarazo, parto o puerperio están clasificadas en el capítulo 15 EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO de la CIE-10-ES Diagnósticos, en los códigos incluidos entre las categorías **O00-O9A**. También existen códigos relacionados con el embarazo, parto y puerperio en las categorías **Z30-Z37 Personas que entran en contacto con los servicios sanitarios por circunstancias relacionadas con la reproducción**, **Z3A Semanas de gestación**, **Z39 Contacto para reconocimiento médico y atención materna postparto**, y en la subcategoría **Z03.7 Contacto por sospecha de afecciones maternas y fetales que se descartan**.

15.1 NORMAS GENERALES

15.1.1 CÓDIGOS DEL CAPÍTULO 15 Y PRIORIDAD EN LA SECUENCIA

Los códigos del capítulo 15 solo deben utilizarse en la codificación del episodio materno, nunca en el episodio del recién nacido.

Los códigos de este capítulo tienen prioridad en la secuencia de codificación sobre los códigos de otros capítulos. Se deben utilizar códigos adicionales de otros capítulos junto con los códigos del capítulo 15 cuando aporten mayor información o para especificar más las afecciones.

Gestante que acude a urgencias por dolor en fosa renal. Tras ingreso y estudio es diagnosticada de litiasis ureteral con hidronefrosis

O26.839 Enfermedad renal relacionada con el embarazo, trimestre no especificado
N13.2 Hidronefrosis con obstrucción litiásica renal y ureteral

Cualquier condición o circunstancia que sucede durante el embarazo, parto o puerperio debe codificarse con códigos de este capítulo, salvo que en la documentación clínica se establezca que tal condición no ha afectado a ese período o al tratamiento materno recibido. Es responsabilidad del clínico determinar que la afección que se trata no está afectando el embarazo o el embarazo no agrava dicha afección. En este último caso, el código del proceso no obstétrico sería el diagnóstico principal y se asignaría como código adicional el **Z33.1 Estado de embarazo incidental**, siendo el uso de éste incompatible con cualquier otro código del capítulo 15.

15.1.2 CRONOLOGÍA DEL EMBARAZO

La duración media del embarazo en la especie humana es de alrededor de 280 días, 9 meses o 40 semanas completas, contadas desde el primer día de la última menstruación. El período de gestación se expresa en días o semanas completas.

Tabla 15.1 Cronología del embarazo

CIRCUNSTANCIA	SEMANAS DE GESTACIÓN
Pretérmino	20 + 1 día a < 37 semanas completas
A término	37 a 40 semanas completas
Postérmino	40 + 1 día a 42 semanas completas
Prolongado	≥ 42 + 1 día

Gestante de 40 semanas y 2 días de gestación que ingresa con dinámica uterina. Recién nacido único vivo

O48.0 Embarazo postérmino
Z3A.40 40 semanas de gestación
Z37.0 Nacido vivo único

15.1.3 CARÁCTER FINAL PARA EL TRIMESTRE DEL EMBARAZO

La mayoría de los códigos en el capítulo 15 tiene un carácter final para especificar el trimestre del embarazo.

- **O23.01 Infecciones renales en el embarazo, primer trimestre**
- **O23.02 Infecciones renales en el embarazo, segundo trimestre**
- **O23.03 Infecciones renales en el embarazo, tercer trimestre**

Los intervalos temporales de los trimestres se calculan contando desde el primer día del último período menstrual.

Tabla 15.2 Intervalos temporales de los trimestres del embarazo

TRIMESTRE DEL EMBARAZO	INTERVALO TEMPORAL
Primer trimestre	Menos de 14 semanas
Segundo trimestre	Desde las 14 semanas y 0 días hasta menos de 28 semanas
Tercer trimestre	Desde las 28 semanas y 0 días hasta el parto

Cuando el trimestre no es componente de un código es debido a que la afección siempre aparece durante un trimestre específico o porque la edad gestacional no es aplicable. Algunos códigos solo tienen caracteres para determinados trimestres porque la afección no se produce en todos ellos, aunque puede aparecer en más de uno.
La asignación del carácter final de trimestre se realizará con la documentación clínica, teniendo en cuenta el trimestre en que se produce el ingreso o contacto. Esto se aplica a la asignación de trimestre para

afecciones preexistentes al embarazo, así como para las que se desarrollan o se deben al embarazo. Se revisará el número de semanas de gestación en la documentación clínica para identificar el trimestre adecuado al asignar el código.

Gestante de 35 semanas que ingresa por empeoramiento de neuritis periférica diagnosticada en la semana 17

O26.823	**Neuritis periférica relacionada con el embarazo, tercer trimestre**
Z3A.35	**35 semanas de gestación**

Las categorías que incluyen códigos de trimestre tienen un código para "trimestre no especificado". Solo se utilizará este código cuando la documentación de la historia clínica sea insuficiente para determinar el trimestre y no sea posible obtener una aclaración.

En ingresos en los que se produzca el parto, siempre que exista la posibilidad de utilizar códigos para describir la complicación obstétrica que incluyan en su literal "durante el parto", se debe asignar dicho código. Cuando no exista un código que incluya en su literal "durante el parto" se asignará el código del trimestre adecuado.

Cuando una paciente es ingresada en el hospital por complicaciones del embarazo en un determinado trimestre y permanece en el hospital durante el trimestre siguiente, debe asignarse el código en base al trimestre en que se desarrolla el ingreso o contacto, y no en el que se produce el alta.

15.1.4 SEMANAS DE GESTACIÓN

Se debe usar un código adicional de la categoría **Z3A** para indicar las semanas de gestación en la codificación del episodio materno. Los códigos de la categoría **Z3A Semanas de gestación** no deben utilizarse en embarazos con resultado abortivo (categorías **O00-O08**), contacto para interrupción voluntaria del embarazo (código **Z33.2**), ni para afecciones postparto. En ingresos que incluyan más de una semana de gestación, debe utilizarse la fecha del ingreso para determinar las semanas de gestación.

Gestante de 26 semanas que ingresa por hipertensión gestacional

O13.2	**Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] sin proteinuria significativa, segundo trimestre**
Z3A.26	**26 semanas de gestación**

A la hora de codificar se deben tener en cuenta las semanas completas de gestación. Por ejemplo, en un embarazo de 39 semanas y 6 días, el código que debe asignarse es el de 39 semanas, **Z3A.39 39 semanas de gestación**, ya que aún no se han alcanzado las 40 semanas.

15.1.5 SÉPTIMO CARÁCTER PARA IDENTIFICAR EL FETO

Ciertos códigos en el capítulo 15 requieren séptimo carácter para identificar el feto en una gestación múltiple que se ve afectada por la condición que se está codificando. Se debe añadir el séptimo carácter apropiado a cada código de las categorías y subcategorías **O31**, **O32**, **O33.3-O33.7**, **O35**, **O36**, **O40**, **O41**, **O60.1-O60.2**, **O64** y **O69**. Los séptimos caracteres aplicables son:

- **0** no aplicable o no especificado
- **1** feto 1
- **2** feto 2
- **3** feto 3
- **4** feto 4
- **5** feto 5
- **9** otro feto

En estos casos es necesario revisar las notas de séptimo carácter al principio de la categoría o subcategoría para asignar el código adecuado.

Gestante gemelar de 39 semanas que acude por parto en curso. Presenta una circular de cordón sin compresión en el segundo feto. Ambos recién nacidos fueron vivos y sanos

O30.003	**Embarazo gemelar, no especificado el número de placentas ni de sacos amnióticos, tercer trimestre**
O69.81X2	**Trabajo de parto y parto complicados por cordón alrededor del cuello, sin compresión, feto 2**
Z3A.39	**39 semanas de gestación**
Z37.2	**Gemelos, ambos nacidos vivos**

La asignación de séptimo carácter 0 se realizará:

- Para gestaciones únicas.
- Cuando la documentación en la historia es insuficiente para determinar el número de fetos afectados y no es posible obtener más información.
- Cuando clínicamente no es posible determinar el número de fetos afectados.

15.1.6 RESULTADO DEL PARTO

En los episodios donde se produce el parto se asignará, junto a los códigos que describan el episodio del parto, un código adicional de la categoría **Z37.- Resultado del parto**, para indicar el número y el estado del recién nacido. Estos códigos únicamente pueden ser utilizados en el episodio materno, en el que ocurre el parto, nunca en el episodio del recién nacido.

15.2 SELECCIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

15.2.1 EPISODIOS SIN PARTO

El diagnóstico principal en los episodios en que no se produce el parto deberá corresponder a la circunstancia o complicación principal del embarazo que justificó el ingreso. En caso de que exista tratamiento o vigilancia de más de una circunstancia o complicación, cualquiera de ellas puede ser codificada en primer lugar.

Diabetes mellitus en gestante de 15 semanas que ingresa por pielonefritis aguda

O23.02	**Infecciones renales en el embarazo, segundo trimestre**
N10	**Pielonefritis aguda**
O24.912	**Diabetes mellitus no especificada en el embarazo, segundo trimestre**
Z3A.15	**15 semanas de gestación**

15.2.2 EPISODIOS CON PARTO

El diagnóstico principal debe corresponder a la circunstancia o complicación más importante que causa el ingreso. En casos de cesárea, la selección del diagnóstico principal debe realizarse en función de la afección que, después del estudio, se estableció como responsable del ingreso de la paciente. Si la paciente fue ingresada con una afección que dio lugar a la cesárea, dicha afección debe considerarse diagnóstico principal. Si el motivo de ingreso no está relacionado con la afección que dio lugar a la cesárea, se debe seleccionar como diagnóstico principal la afección que motivó el ingreso.

Gestante de 39 semanas y 2 días que ingresa por rotura prematura de membranas. Presentación podálica. Se realiza cesárea con recién nacido vivo y sano

O42.92	**Rotura prematura de membranas a término, no especificado el tiempo entre la rotura y el inicio del trabajo de parto**
O32.8XX0	**Atención materna por otra presentación anómala del feto, no aplicable o no especificado**
Z3A.39	**39 semanas de gestación**
Z37.0	**Nacido vivo único**

Gestante de 37 semanas y 4 días que acude para cesárea electiva por podálica y oligoamnios severo. Recién nacido vivo sano

O32.8XX0	**Atención materna por otra presentación anómala del feto, no aplicable o no especificado**
O41.03X0	**Oligohidramnios, tercer trimestre, no aplicable o no especificado**
Z3A.37	**37 semanas de gestación**
Z37.0	**Nacido vivo único**

15.2.3 CONSULTA AMBULATORIA PRENATAL RUTINARIA

En las consultas ambulatorias prenatales rutinarias, cuando no existen complicaciones, se debe utilizar como diagnóstico principal un código de la categoría **Z34 Contacto para supervisión de un embarazo normal**. Estos códigos no se deben utilizar en combinación con códigos del capítulo 15.

15.2.4 EMBARAZO DE ALTO RIESGO

En las consultas ambulatorias de embarazo de alto riesgo, se puede utilizar como diagnóstico principal un código de la categoría **O09 Supervisión de embarazo de alto riesgo**. Además, se pueden utilizar códigos secundarios del capítulo 15 en combinación con dichos códigos si procede. También se puede utilizar

como diagnóstico principal otro código del capítulo 15, distinto del **O09**, para identificar el motivo de la atención.

Aunque los códigos de la categoría **O09 Supervisión de embarazo de alto riesgo**, están concebidos para ser utilizados en las consultas obstétricas de alto riesgo, también se permite su uso durante ingresos hospitalarios **prenatales,** ya que informan sobre una circunstancia importante que requiere seguimiento o atención especial durante el embarazo. Estos códigos **O09**, **siempre deben secuenciarse como diagnósticos secundarios en hospitalización**, nunca como principales.

En el episodio del parto no se permite el uso de estos códigos **O09**. Para complicaciones durante el trabajo del parto o alumbramiento como resultado de un embarazo de alto riesgo, se deben asignar los códigos correspondientes de complicaciones del capítulo 15, distintos al **O09**. Si no hay complicaciones durante el trabajo de parto, asigne el código **O80 Admisión para el parto a término no complicado**.

Primípara de 43 años y 39 semanas que ingresa por parto en curso. La paciente no presentó complicaciones durante el embarazo y nace un recién nacido vivo. Periné intacto.

O80	**Admisión para el parto a término no complicado**
Z3A.39	**39 semanas de gestación**
Z37.0	**Nacido vivo único**

15.3 ENFERMEDADES O CIRCUNSTANCIAS QUE COMPLICAN EL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO

15.3.1. AFECCIONES PREEXISTENTES FRENTE A AFECCIONES DEBIDAS AL EMBARAZO

Algunas categorías del capítulo 15 distinguen entre las afecciones de la madre que existían antes del embarazo (preexistentes) y las que son resultado directo del embarazo.

- **O10 Hipertensión preexistente que complica el embarazo, parto y puerperio**
- **O13 Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] sin proteinuria significativa**

Al asignar códigos del capítulo 15, es importante asegurarse sobre si la afección ya existía antes o se ha desarrollado durante la gestación o como resultado del embarazo. Las categorías que no distinguen entre afecciones preexistentes y las relacionadas con el embarazo pueden utilizarse en cualquiera de las dos circunstancias.

La categoría **O10 Hipertensión preexistente que complica el embarazo, parto y puerperio**, incluye códigos para la cardiopatía hipertensiva y la enfermedad renal crónica hipertensiva. Cuando se asigna un código de esta categoría que incluye cardiopatía hipertensiva o enfermedad renal crónica hipertensiva, es necesario añadir un código adicional de la categoría adecuada de hipertensión para especificar el tipo de cardiopatía hipertensiva o de enfermedad renal crónica, así como los códigos para identificar el tipo de insuficiencia cardiaca (si existe) y el estadio de la enfermedad renal crónica.

15.3.2 DIABETES MELLITUS

La diabetes mellitus es un factor importante de complicación en el embarazo. En las mujeres embarazadas que son diabéticas se debe asignar en primer lugar un código de la categoría **O24 Diabetes mellitus en el embarazo, parto y puerperio** seguido de los códigos correspondientes a la diabetes (**E08-E13**) del capítulo 4 si existen manifestaciones o complicaciones asociadas.

Se debe asignar el código **Z79.4 Uso prolongado (actual) de insulina** o **Z79.84 Uso prolongado (actual) de medicamentos hipoglucemiantes orales** o **Z79.85 Uso prolongado (actual) de medicamentos antidiabéticos no insulínicos inyectables** si la diabetes mellitus está siendo tratada con insulina o hipoglucemiantes orales o antidiabéticos inyectables no insulínicos. Si la paciente está en tratamiento con insulina y con antidiabéticos orales, asigne los códigos **Z79.4 Uso prolongado (actual) de insulina** y **Z79.84 Uso prolongado (actual) de medicamentos hipoglucemiantes orales**. Si la paciente es tratada tanto con insulina como con un medicamento antidiabético no insulínico inyectable, asigne los códigos **Z79.4 Uso prolongado (actual) de insulina** y **Z79.85 Uso prolongado (actual) de medicamentos antidiabéticos no insulínicos inyectables**. Si la paciente recibe tratamiento tanto con hipoglucemiantes orales como con un antidiabético inyectable sin insulina, asigne los códigos **Z79.84 Uso prolongado (actual) de medicamentos hipoglucemiantes orales** y **Z79.85 Uso prolongado (actual) de medicamentos antidiabéticos no insulínicos inyectables**. En los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo I el uso de la insulina va implícito, por lo que no se asignará el código **Z79.4 Uso prolongado (actual) de insulina**.

Gestante de 26 semanas con diabetes mellitus tipo I que ingresa para evaluación de su diabetes en embarazo

O24.012	**Diabetes mellitus tipo 1 preexistente, en el embarazo, segundo trimestre**
Z3A.26	**26 semanas de gestación**

Gestante de 29 semanas que ingresa por descompensación hipoglucémica de su diabetes mellitus tipo II en tratamiento con metformina.

O24.113	**Diabetes mellitus tipo 2 preexistente, en el embarazo, tercer trimestre**
E11.649	**Diabetes mellitus tipo 2 con hipoglucemia sin coma**
Z3A.29	**29 semanas de gestación**
Z79.84	**Uso prolongado (actual) de medicamentos hipoglucemiantes orales**

15.3.3 DIABETES GESTACIONAL

La diabetes gestacional (inducida por el embarazo) suele aparecer durante el segundo o el tercer trimestre de gestación en mujeres que no eran diabéticas antes del embarazo. Puede causar complicaciones en el embarazo similares a las de una diabetes mellitus preexistente y también pone a la mujer en situación de mayor riesgo de desarrollar diabetes después del embarazo.

Los códigos de diabetes gestacional se encuentran en la subcategoría **O24.4 Diabetes mellitus gestacional**. No se debe utilizar ningún otro código de la categoría **O24 Diabetes mellitus en el embarazo, parto y puerperio**, junto con un código de la subcategoría **O24.4**.

Los códigos de la subcategoría **O24.4** incluyen las formas “con control dietético”, “con control con insulina” y “con control con medicación oral”. Si una paciente con diabetes gestacional es tratada con

dieta e insulina, sólo se necesita el código de "diabetes con control con insulina". Si una paciente con diabetes gestacional es tratada con dieta y con hipoglucemiantes orales, solo debe utilizarse el código de "control con medicación oral". Los códigos **Z79.4 Uso prolongado (actual) de insulina**, **Z79.84 Uso prolongado (actual) de medicamentos hipoglucemiantes orales**, y **Z79.85 Uso prolongado (actual) de medicamentos antidiabéticos no insulínicos inyectables** no se deben asignar junto con los códigos de la subcategoría **O24.4**.

Gestante de 38 semanas con diabetes gestacional en tratamiento con dieta e insulina que ingresa por parto en curso. Recién nacido único vivo

O24.424	**Diabetes mellitus gestacional en el parto, controlada con insulina**
Z3A.38	**38 semanas de gestación**
Z37.0	**Nacido vivo único**

15.3.4 TOLERANCIA ANORMAL A LA GLUCOSA

La tolerancia anormal a la glucosa en el embarazo se codifica con códigos de la subcategoría **O99.81 Glucemia anormal que complica embarazo, parto y puerperio**.

15.3.5 INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

En una paciente que ingresa durante el embarazo, el parto o el puerperio debido a una enfermedad relacionada con el VIH se debe asignar un diagnóstico principal de la subcategoría **O98.7 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] que complica embarazo, parto y puerperio**, seguido del código **B20 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]** y de los códigos de las enfermedades relacionadas con el VIH.

Gestante de 25 semanas VIH positivo con neumonía por Pneumocystis carinii

O98.712	**Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] que complica el embarazo, segundo trimestre**
B20	**Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]**
B59	**Neumocistosis**
Z3A.25	**25 semanas de gestación**

En las pacientes con estado de infección asintomática por VIH ingresadas durante embarazo, parto o puerperio, se debe asignar el código correspondiente de la subcategoría **O98.7** junto con el código **Z21 Estado de infección asintomática por virus de inmunodeficiencia humana [VIH]**.

Gestante de 38 semanas VIH positivo asintomática

O98.713 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] que complica el embarazo, tercer trimestre
Z21 Estado de infección asintomática por virus de inmunodeficiencia humana [VIH]
Z3A.38 38 semanas de gestación

15.3.6 RIESGO DE PÉRDIDA DEL BIENESTAR FETAL (RPBF)

Este término describe la interpretación del obstetra sobre el estado del feto intraútero en el que no puede asegurar su bienestar. En la documentación debería constar una descripción de la valoración clínica global o de la evaluación de los resultados de las pruebas que conducen a tal conclusión y que condicionan la indicación para la finalización del embarazo o del parto (por ejemplo, desaceleraciones de la frecuencia cardíaca fetal, taquicardia fetal, alteración del registro electrocardiográfico, etc.)

Las categorías **O68 Trabajo de parto y parto complicados por equilibrio ácido-básico fetal anormal**, **O76 Anormalidad de la frecuencia o ritmo cardíaco fetal que complica el trabajo de parto y el parto** y **O77 Otro tipo de sufrimiento fetal que complica el trabajo de parto y parto** solo se asignan si están documentadas y afectan al tratamiento de la madre. Cuando en la documentación clínica solo conste el término RPBF y no exista más descripción se asignará el código **O36.9- Atención materna por problema fetal, no especificado**.

En caso de que existan anomalías de la frecuencia o ritmo cardíaco fetal como taquicardia, bradicardia, desaceleraciones, etc., durante el periodo anteparto, se codificarán con códigos de la subcategoría **O36.83 Atención materna por anomalías de la frecuencia o ritmo cardíacos fetales**.

15.3.7 PORTADORA DE STREPTOCOCCUS AGALACTIAE

En las mujeres es frecuente el estado de portadora de estreptococo beta-hemolítico del grupo B (Streptococcus agalactiae), en especial en vagina y recto. Se puede producir una transmisión fetal intraparto de la madre colonizada ocasionando una sepsis neonatal severa. Para evitar esta transmisión debe administrarse profilaxis antibiótica en el momento del parto a las mujeres portadoras. Se codificará:

- **O99.820 Estado de portadora de estreptococo B que complica el embarazo**
- **O99.824 Estado de portadora de estreptococo B que complica el parto**
- **O99.825 Estado de portadora de estreptococo B que complica el puerperio**

15.3.8 INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 (COVID-19)

La enfermedad por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19) puede cursar con manifestaciones en diferentes sistemas orgánicos. Si durante el embarazo, el parto o el puerperio, una paciente es ingresada, o tiene un episodio de atención médica, por una afección debida a COVID-19, debe registrarse como diagnóstico principal un código de la subcategoría **O98.5 Otras enfermedades virales que complican el embarazo, parto y puerperio**, seguido del código **U07.1 COVID-19** y los códigos apropiados para las manifestaciones asociadas, ya que los códigos del capítulo 15 siempre tienen prioridad de secuencia.

Gestante de 23 semanas que ingresa por Neumonía debida a COVID-19

O98.512 Otras enfermedades virales que complican el embarazo, segundo trimestre
U07.1 COVID-19
J12.82 Neumonía por enfermedad de coronavirus 2019
Z3A.23 23 semanas de gestación

Gestante de 23 semanas que ingresa por Neumonía por posible COVID-19

O99.512 Enfermedades del aparato respiratorio que complican el embarazo, segundo trimestre
J18.9 Neumonía, microorganismo no especificado
Z20.822 Contacto y (sospecha de) exposición a COVID-19
Z3A.23 23 semanas de gestación

Para contactos asintomáticos durante el embarazo parto y puerperio debidos a COVID-19 o en los que no haya información acerca de las manifestaciones clínicas, se utilizará como diagnóstico principal el código correspondiente de la subcategoría **O98.5 Otras enfermedades virales que complican el embarazo, parto y puerperio**, seguido del código **U07.1 COVID-19**.

Gestante de 23 semanas con posible exposición a COVID-19. La paciente está asintomática y acude para determinación de PCR, que es positiva a COVID-19.

O98.512 Otras enfermedades virales que complican el embarazo, segundo trimestre
U07.1 COVID-19
Z3A.23 23 semanas de gestación

15.3.9 SEPSIS Y SHOCK SÉPTICO

Cuando se utiliza un código del capítulo 15 para codificar la sepsis que complica aborto, embarazo, parto y puerperio, se debe asignar un código para el tipo específico de infección, como diagnóstico adicional. Si existe una sepsis severa, se debe asignar además un código de la subcategoría **R65.2- Sepsis grave**, y también los códigos para la disfunción orgánica asociada.

15.3.10 CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO

Se deben asignar códigos de la subcategoría **O99.31 Consumo de alcohol que complica el embarazo, parto y puerperio**, para aquellos casos en los que la madre consume alcohol durante el embarazo o el puerperio. Se debe asignar también un código secundario de la categoría **F10 Trastornos relacionados con alcohol** para identificar las manifestaciones del consumo de alcohol.

Se deben asignar códigos de la subcategoría **O99.33 Trastorno por consumo de tabaco que complica el embarazo, parto y puerperio**, en todos los casos en los que la madre consume cualquier tipo de producto del tabaco durante el embarazo o el puerperio. Se debe asignar también un código secundario de la categoría **F17 Dependencia de nicotina** para identificar el tipo de dependencia a la nicotina.

15.3.11 INTOXICACIÓN, EFECTOS TÓXICOS, EFECTOS ADVERSOS E INFRADOSIFICACIÓN

Los códigos de la subcategoría **O9A.2 Lesión, envenenamiento y algunas otras consecuencias de causas externas que complican el embarazo, parto y puerperio**, se deben secuenciar en primer lugar seguidos del código adecuado de lesión, envenenamiento, efecto tóxico, efecto adverso o infradosificación. A continuación, los códigos adicionales que especifiquen la afección que se ha producido. La subcategoría **O9A.2** se utiliza para afecciones clasificadas en **S00** a **T88 LESIONES TRAUMÁTICAS, ENVENENAMIENTOS Y OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS**, excepto **T74 Abuso, negligencia y otros malos tratos infantiles y de adultos, confirmado** y **T76 Abuso, negligencia y otros malos tratos infantiles y de adultos, sospecha**.

15.3.12 MALTRATO

Los códigos de las subcategorías **O9A.3 Maltrato físico que complica el embarazo, parto y puerperio, O9A.4 Maltrato sexual que complica el embarazo, parto y puerperio**, y **O9A.5 Maltrato psicológico que complica el embarazo, parto y puerperio**, se deben secuenciar en primer lugar seguidos de los códigos apropiados que identifiquen cualquier lesión asociada actual debida al maltrato físico o al abuso sexual y al autor del maltrato.

15.4 AFECCIONES FETALES QUE INFLUYEN EN EL TRATAMIENTO DE LA MADRE

15.4.1 CÓDIGOS DE LAS CATEGORÍAS O35 Y O36

Los códigos de las categorías **O35 Atención materna por anomalía y daño fetal conocida o sospechada**, y **O36 Atención materna por otros problemas fetales**, solamente se asignan cuando la afección fetal es realmente la responsable de que se haya modificado el tratamiento de la madre, por ejemplo, por necesitar estudio diagnóstico, observación adicional, cuidados especiales, hospitalización u otra atención obstétrica de la madre o la interrupción del embarazo. El hecho de que la afección fetal exista no justifica el que se asigne un código de estas categorías en la historia clínica de la madre.

Gestante de 38 años que ingresa para interrupción de gestación de 15 semanas por hidrops fetal generalizado

Z33.2	**Contacto para interrupción voluntaria del embarazo**
O36.22X0	**Atención materna por hidropesía fetal segundo trimestre, no aplicable o no especificado**

15.4.2 CIRUGÍA SOBRE EL FETO INTRAÚTERO

En casos como defectos cardíacos congénitos, mielomeningocele, etc., en que se realiza cirugía sobre el feto intraútero para corregir el defecto fetal, se debe asignar un código diagnóstico de la categoría **O35 Atención materna por anomalía y daño fetal conocida o sospechada**. No se debe utilizar en la codificación del episodio de la madre ningún código del capítulo 16 CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERÍODO PERINATAL, para identificar afecciones del feto.

La cirugía realizada intraútero sobre un feto se debe codificar también como un contacto obstétrico. Se deberá asignar el código de procedimiento adecuado para el procedimiento realizado sobre el feto en el episodio de la madre.

15.5 PARTO NORMAL, CÓDIGO O80

15.5.1 ADMISIÓN PARA PARTO A TÉRMINO SIN COMPLICACIONES

Se debe asignar el código **O80 Admisión para el parto a término no complicado** cuando una mujer es ingresada por un embarazo normal a término y el resultado del parto es un recién nacido único vivo sin ninguna complicación anteparto, en el parto ni el posparto. Incluye el parto espontáneo de un recién nacido vivo, único, a término, vaginal y cefálico u occipital, que requiere una asistencia mínima o nula, con o sin episiotomía, sin manipulación del feto (por ejemplo, rotación) y sin instrumentación (fórceps, espátulas, ventosa, etc.).

El código **O80** es siempre diagnóstico principal y es incompatible (es decir, no se debe utilizar) si se necesita cualquier otro código del capítulo 15 para describir una complicación del episodio del parto.

Se pueden utilizar códigos adicionales de otros capítulos de la CIE-10-ES Diagnósticos junto con el código **O80** si tales afecciones no están relacionadas con el embarazo o no lo complican de ninguna forma.

Si en el mismo episodio del parto se realiza una esterilización se asignará un código diagnóstico adicional **Z30.2 Contacto para esterilización** y el código del procedimiento de esterilización.

15.5.2 PARTO SIN COMPLICACIONES, CON COMPLICACIÓN ANTEPARTO RESUELTA

Se puede utilizar el código **O80 Admisión para el parto a término no complicado** si la paciente tuvo una complicación en algún momento del embarazo, pero dicha complicación no está presente en el momento del ingreso para el parto.

15.5.3 RESULTADO DEL PARTO PARA CÓDIGO O80

El único código de resultado del parto apropiado para utilizar con el código **O80** es el **Z37.0 Nacido vivo único**.

Gestante de 39 semanas que acude al hospital por parto en curso. La paciente no presentó complicaciones durante su embarazo y nace un recién nacido vivo. Periné intacto

O80	**Admisión para el parto a término no complicado**
Z3A.39	**39 semanas de gestación**
Z37.0	**Nacido vivo único**

Tabla 15.3 Condiciones asociadas a Parto Normal

CONDICIONES ASOCIADAS A PARTO NORMAL (CÓDIGO O80)
• Parto vaginal. Espontáneo. A término (37 a 40 semanas completas) • Situación longitudinal • Presentación fetal cefálica u occipital • Recién nacido único y vivo • Sin complicaciones en el episodio del parto (aunque existieran durante el embarazo, pero han sido resueltas antes del ingreso) • Sin complicaciones en el postparto (durante este episodio) • Puede ir acompañado del código diagnóstico adicional **Z30.2 Contacto para esterilización** (si se realiza la misma durante el episodio)

Tabla 15.4 Procedimientos asociados a Parto Normal

PROCEDIMIENTOS ADMITIDOS COMO ASOCIADOS A UN PARTO NORMAL
• Episiotomía • Episiorrafia (reparación de episiotomía) • Amniotomía (ruptura artificial de membranas) • Analgesia o anestesia materna • Monitorización fetal • Administración de estimuladores/aceleradores del parto • Asistencia manual sin instrumentación • Esterilización

15.6 PARTO OBSTRUIDO

Es aquel en el que, una vez iniciado el trabajo de parto, el feto no puede ser expulsado de manera natural a través del canal del parto, siendo necesaria la intervención mediante cesárea o parto instrumentado. El parto obstruido, en sentido estricto, implica que existe un obstáculo, causado por el feto o por la pelvis de la madre, para el nacimiento por vía vaginal.

En CIE-10-ES Diagnósticos los códigos para el parto obstruido indican el motivo de la obstrucción y se clasifican en las categorías **O64 Trabajo de parto obstruido debido a mala posición y mala presentación del feto**, **O65 Trabajo de parto obstruido debido a anomalías de la pelvis materna y O66 Otras obstrucciones del trabajo del parto**.

Parto obstruido por embarazo gemelar, primer feto en podálica. Gestación de 39 semanas. Cesárea con ambos recién nacidos vivos y sanos

O64.8XX1	**Trabajo de parto obstruido debido a otros tipos de mala posición y mala presentación, feto 1**
O30.003	**Embarazo gemelar, no especificado el número de placentas ni de sacos amnióticos, tercer trimestre**
Z3A.39	**39 semanas de gestación**
Z37.2	**Gemelos, ambos nacidos vivos**

15.7 PERIPARTO Y POSTPARTO O PUERPERIO

15.7.1 PERIODOS DE PERIPARTO Y POSTPARTO O PUERPERIO

El periodo postparto o puerperio comienza inmediatamente después del parto y continúa durante las siguientes seis semanas. El periodo periparto se define como el que abarca desde el último mes del embarazo hasta cinco meses después del parto.

15.7.2 COMPLICACIÓN POSTPARTO O PUERPERIO

Una complicación postparto es una complicación que ocurre en el plazo de seis semanas siguientes al parto.

15.7.3 COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO DESPUÉS DE LAS SEIS SEMANAS

Los códigos del capítulo 15 también se pueden utilizar para describir las complicaciones relacionadas con el embarazo después del periodo periparto o postparto si el clínico considera que dicha condición está relacionada con el embarazo, parto o puerperio.

15.7.4 ADMISIÓN PARA CUIDADOS POSTPARTO TRAS UN PARTO EXTRAHOSPITALARIO

Cuando el parto ocurre fuera del hospital (parto extrahospitalario o extramuros) y la madre ingresa para cuidados rutinarios del posparto sin que se observen complicaciones, se debe asignar como diagnóstico principal el código **Z39.0 Contacto para atención y reconocimiento médico de la madre inmediatamente después del parto**. En el caso de que en el momento del ingreso existiese alguna complicación postparto o surgiese durante el mismo, se asignaría el código de complicación en lugar del código **Z39.0**. No se deben asignar códigos de las categorías **Z37** ni **Z3A** en ninguno de los dos supuestos anteriores, puesto que en ambos casos el parto ha ocurrido antes del ingreso hospitalario y la paciente ya no está embarazada.

En el caso de que el alumbramiento (expulsión de la placenta) se produzca una vez que la paciente ha ingresado en el hospital se debe codificar como parto intrahospitalario. Estos episodios, al ser considerados como partos hospitalarios, deben incluir los códigos correspondientes de las categorías **Z37 Resultado del parto** y **Z3A Semanas de gestación**.

15.7.5 SEPSIS PUERPERAL Y SEPSIS DEBIDA A INFECCIÓN DE HERIDA DE CESÁREA

SEPSIS PUERPERAL

Para codificar la sepsis puerperal, se debe asignar el código **O85 Sepsis puerperal** junto con un código adicional para identificar el agente infeccioso (**B95-B97**), tal y como indica la instrucción de la lista tabular.

Por ejemplo, en el caso de una sepsis bacteriana se debe asignar un código de las categorías **B95-B96** que clasifican los agentes bacterianos como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto. No se deben asignar para la sepsis puerperal códigos de la categoría **A40 Sepsis estreptocócica**, ni de la **A41 Otras sepsis**. Si procede, utilice códigos adicionales para identificar la sepsis grave (**R65.2**) y cualquier disfunción orgánica aguda asociada.

Paciente con antecedente de cesárea sin complicaciones hace 7 días. Ingresa de urgencia con sepsis puerperal severa e insuficiencia renal aguda secundaria a infección por estreptococo agalactiae

O85	**Sepsis puerperal**
B95.1	**Estreptococo, grupo B, como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto**
R65.20	**Sepsis grave sin shock séptico**
N17.9	**Fallo renal agudo, no especificado**

SEPSIS DEBIDA A INFECCIÓN DE HERIDA DE CESÁREA

La sepsis debida a una infección de herida de cesárea, se codifica secuenciando en primer lugar un código de los comprendidos en el rango **O86.00** a **O86.03 Infección de herida quirúrgica obstétrica**, para identificar si se conoce, la profundidad de la infección y se acompañará del código que especifique el tipo de infección. A continuación, se secuenciará el código **O86.04 Sepsis después de un procedimiento obstétrico**. En este caso la lista tabular indica que además debe utilizarse un código que identifique la sepsis específica según el germen causal. Si el paciente presenta una sepsis grave se debe asignar además el código apropiado de la subcategoría **R65.2 Sepsis grave** junto con los códigos adicionales de cualquier disfunción orgánica aguda asociada a la sepsis.

El código **O85** no debe asignarse para la sepsis después de un procedimiento obstétrico.

Paciente dada de alta hace 4 días, tras parto por cesárea, que cursó con infección de herida que precisó drenaje superficial. Ingresa de urgencia con fiebre alta y signos de mala perfusión
Diagnóstico: sepsis por estafilococo aureus con origen en absceso subfrénico. Insuficiencia renal aguda

O86.03	**Infección de herida quirúrgica obstétrica, zona de órgano y espacio**
K65.1	**Absceso peritoneal**
O86.04	**Sepsis después de un procedimiento obstétrico**
A41.01	**Sepsis debida a Staphylococcus aureus sensible a meticilina**
R65.20	**Sepsis grave sin shock séptico**
N17.9	**Fallo renal agudo, no especificado**

15.7.6 MIOCARDIOPATÍA PERIPARTO

El código **O90.3 Miocardiopatía periparto**, corresponde a la miocardiopatía asociada al embarazo que puede diagnosticarse en el tercer trimestre del embarazo y continuar su progresión meses después del parto. Por esta razón, se conoce como miocardiopatía periparto. Este código solo debe utilizarse cuando la miocardiopatía se desarrolla como resultado del embarazo en una mujer que no tenía cardiopatía previa. En el caso de una paciente con enfermedad cardiaca preexistente que complica el embarazo, parto o puerperio se deben utilizar códigos de la subcategoría **O99.4 Enfermedades del aparato circulatorio que complican el embarazo, parto y puerperio**.

15.8 CÓDIGO O94, SECUELAS DE COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

15.8.1 CÓDIGO O94

El código **O94 Secuelas de complicaciones del embarazo, parto y puerperio**, se debe utilizar en aquellos casos en que a partir de una complicación inicial de un embarazo se desarrolla una secuela que requiere cuidados o tratamiento en una fecha posterior. Se deberá codificar en primer lugar la afección resultante o secuela de la complicación. Este código puede ser utilizado en cualquier momento después del periodo inicial postparto.

15.9 EMBARAZO CON RESULTADO ABORTIVO (O00-O08)

15.9.1 ABORTO

A efectos de clasificación de CIE-10-ES Diagnósticos es aquel que se produce dentro de las 20 semanas completas de gestación.

15.9.2 ABORTO ELECTIVO O INTERRUPCIÓN INDUCIDA DEL EMBARAZO

Si no se producen complicaciones se utilizará el código **Z33.2 Contacto para interrupción voluntaria del embarazo**.

Ingreso para interrupción de gestación (10 semanas) a causa de anomalías cromosómicas del feto

Z33.2	**Contacto para interrupción voluntaria del embarazo**
O35.10X0	**Atención materna por (sospecha de) anomalía cromosómica del feto, no especificada, no aplicable o no especificado**

En el caso de existir complicaciones se codificará con códigos de la categoría **O04 Complicaciones después de interrupción (inducida) del embarazo** y no se utilizará el código **Z33.2 Contacto para interrupción voluntaria del embarazo.**

Paciente con hemorragia tras realización de aborto terapéutico

O04.6	**Hemorragia tardía o excesiva después de interrupción (inducida) del embarazo**

La codificación de un aborto electivo o terapéutico, implica necesariamente utilizar el código diagnóstico **Z33.2 Contacto para interrupción voluntaria del embarazo** o bien un código de la categoría **O04 Complicaciones después de interrupción (inducida) del embarazo**. Se deben registrar también, el código o códigos que proporcionen información de las afecciones fetales o maternas por las que se produce dicho aborto electivo. La secuencia de dichos códigos dependerá de las circunstancias del ingreso.

Paciente de 18 semanas diagnosticada en consulta de corioamnionitis aguda y oligoamnios severo. Ingresa para IVE terapéutico programado
Se realiza inducción con Misoprostol y se produce expulsión fetal tras dos dosis de misoprostol por vía vaginal

Z33.2	**Contacto para interrupción voluntaria del embarazo**
O41.1220	**Corioamnionitis, segundo trimestre, no aplicable o no especificado**
O41.02X0	**Oligohidramnios, segundo trimestre, no aplicable o no especificado**
10A07ZX	**Aborto de productos de la concepción, con abortivo, abordaje orificio natural o artificial**

Paciente de 18 semanas que acude a urgencias por dolor abdominal y fiebre. A la exploración se evidencia líquido maloliente. Eco: Feto único vivo, en longitudinal podálica, líquido escaso. Se sospecha una corioamnionitis quedando ingresada para observación. Durante el ingreso se confirma la corioamnionitis aguda y un oligoamnios severo por lo que por consejo terapéutico y de acuerdo con la paciente, se realiza inducción con misoprostol y se produce expulsión fetal tras dos dosis de misoprostol por vía vaginal
Diagnóstico Corioamnionitis en semana 18+3

O41.1220	**Corioamnionitis, segundo trimestre, no aplicable o no especificado**
O41.02X0	**Oligohidramnios, segundo trimestre, no aplicable o no especificado**
Z33.2	**Contacto para interrupción voluntaria del embarazo**
10A07ZX	**Aborto de productos de la concepción, con abortivo, abordaje orificio natural o artificial**

Paciente de 18 semanas que acude a urgencias por dolor abdominal y fiebre. A la exploración se evidencia líquido maloliente. Eco: Feto único vivo, en longitudinal podálica, líquido escaso. Se sospecha una corioamnionitis quedando ingresada para observación. Durante el ingreso se confirma la corioamnionitis aguda y un oligoamnios severo por lo que por consejo terapéutico y de acuerdo con la paciente, se realiza inducción con misoprostol y se produce expulsión fetal tras dos dosis de misoprostol por vía vaginal. En las horas siguientes, desarrolla una sepsis por E. Coli, que es tratada favorablemente con antibioterapia

Diagnóstico Corioamnionitis en semana 18+3, Oligoamnios severo. Sepsis por E. Coli

O41.1220	**Corioamnionitis, segundo trimestre, no aplicable o no especificado**
O41.02X0	**Oligohidramnios, segundo trimestre, no aplicable o no especificado**
O04.87	**Sepsis después de interrupción (inducida) del embarazo**
B96.20	**Escherichia coli [E. coli] no especificado como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto**
10A07ZX	**Aborto de productos de la concepción, con abortivo, abordaje orificio natural o artificial**

15.9.3 ABORTO INDUCIDO CON RESULTADO DE FETO NACIDO VIVO

Cuando un intento de interrupción del embarazo da como resultado un feto vivo, se debe asignar el código **Z33.2 Contacto para interrupción voluntaria del embarazo** y un código de la categoría **Z37 Resultado del parto**.

15.9.4 ABORTO ESPONTÁNEO

Los códigos de las subcategorías **O03.0** a **O03.4** se deben asignar cuando el aborto es incompleto, mientras que los códigos de las subcategorías **O03.5** a **O03.9** se deben asignar cuando el aborto es completo o no especificado.

15.9.5 RETENCIÓN DE PRODUCTOS DE LA CONCEPCIÓN DESPUÉS DE UN ABORTO

La retención de productos de la concepción después de un aborto indica que el aborto no fue completo. En episodios asistenciales motivados por la retención de productos de la concepción tras un aborto espontáneo o una interrupción voluntaria del embarazo sin complicaciones, se deben asignar los códigos **O03.4 Aborto espontáneo incompleto sin complicaciones**, u **O07.4 Intento fallido de interrupción del embarazo sin complicaciones.** Esta indicación es pertinente incluso aunque la paciente hubiese sido dada de alta previamente con el diagnóstico de aborto completo.

Si la paciente además de los productos retenidos de la concepción, presenta una complicación específica asociada con el aborto espontáneo o la terminación electiva del embarazo, asigne el código adecuado a la complicación (**O03.-**, **O04.-**, **O07.-**) en lugar de **O03.4** u **O07.4**.

> Paciente que reingresa con diagnóstico de infección por retención de restos fetales una semana tras el alta de un ingreso previo por aborto espontáneo
>
> **O03.0 Infección pélvica y del tracto genital después de un aborto espontáneo incompleto**

15.9.6 COMPLICACIONES COMO CAUSA DE ABORTO

Pueden utilizarse códigos del capítulo 15 como códigos adicionales para identificar, si se conocen, complicaciones del embarazo mencionadas en la documentación clínica con códigos de las categorías **O04 Complicaciones después de interrupción (inducida) del embarazo**, **O07 Intento fallido de interrupción del embarazo** y **O08 Complicaciones después de un embarazo ectópico y molar**.

Tabla 15.5 Complicaciones después de aborto y embarazo ectópico o molar

MOTIVO DE INGRESO	CODIFICACIÓN
Embarazo ectópico o molar que desarrolla complicación durante el ingreso	**O00-O02 Embarazo ectópico, molar u otros productos anormales de la concepción** Código adicional: **O08 Complicaciones después de un embarazo ectópico y molar**
Reingreso por complicación de un embarazo ectópico o molar (ha sido diagnosticada y tratada en episodio anterior)	**O08 Complicaciones después de un embarazo ectópico y molar**
Aborto con complicación	**O03.0-O03.89 Aborto espontáneo con complicación** **u** **O04 Complicaciones después de interrupción (inducida) del embarazo**
Aborto inducido con resultado de feto vivo	Diagnóstico principal: **Z33.2 Contacto para interrupción voluntaria del embarazo** Código adicional: **Z37 Resultado del parto**
Aborto diferido que desarrolla complicación durante el ingreso	Diagnóstico principal: **O02.1 Aborto retenido** Código adicional: **O08 Complicaciones después de un embarazo ectópico y molar**

16. CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERÍODO PERINATAL

Las enfermedades desarrolladas en el periodo perinatal se clasifican el capítulo 16 de la CIE-10-ES, en las categorías **P00** a **P96** e incluye las afecciones o complicaciones que se han originado en el período perinatal y las causas maternas que originen patologías en el recién nacido.

Es importante aclarar que los códigos de este capítulo nunca se utilizan en la codificación del episodio asistencial de la madre.

Se define por la OMS el período perinatal como el comprendido entre la semana 28 de gestación y el 28º día de vida, contabilizando el día del nacimiento como "día cero" para las comparaciones internacionales. El concepto de período perinatal es importante para la correcta utilización de los códigos de este capítulo.

Todas las condiciones y afecciones clínicamente significativas observadas en el recién nacido se deben codificar. No deberán codificarse las condiciones insignificantes o transitorias que se resuelven sin tratamiento, tales como erupciones finas o ictericia leve, salvo que requieran tratamiento futuro, evaluación, pruebas diagnósticas o incidan en los días de estancia.

Una afección neonatal es clínicamente significativa si requiere cualquiera de las siguientes condiciones:

- evaluación clínica
- medidas terapéuticas
- procedimientos de diagnóstico
- mayor duración de la estancia hospitalaria
- incremento de los cuidados y/o la monitorización de enfermería
- tiene implicaciones para necesidades futuras de asistencia sanitaria

16.1 NORMAS DE CODIFICACIÓN

La búsqueda en el índice alfabético de enfermedades de las patologías contenidas en este capítulo se realiza fundamentalmente con los términos "nacimiento" y "recién nacido" con los modificadores esenciales de descripción de la patología.

Los modificadores esenciales más frecuentes son "Afecta al feto o recién nacido", "Neonatal", "Infantil", "en el recién nacido", "pretérmino", "fetal".

16.1.1 Cuando el índice alfabético tiene una entrada para la patología perinatal que se requiera codificar dentro del capítulo 16, debe usarse ésta.

Neonato procedente de sala de partos, afectado de insuficiencia renal (uremia) sin causa conocida

P96.0 Insuficiencia renal congénita

16.1.2 Cuando el índice alfabético no tenga una entrada específica para la patología que se necesite codificar dentro de los códigos perinatales, se asignará un código perinatal de otras enfermedades o

trastornos especificados del sistema orgánico correspondiente, añadiendo como código adicional la afección específica clasificada en el capítulo correspondiente.

Neonato de 3 días de vida afectado de coledocolitiasis neonatal

P78.89 Otros trastornos perinatales especificados del aparato digestivo
K80.50 Cálculo de conducto biliar sin colangitis ni colecistitis, sin obstrucción

16.1.3 Solo en el caso en que la patología del recién nacido no se pueda codificar en el sistema orgánico correspondiente se asignará el código **P96.89 Otros problemas especificados originados en el período perinatal**, añadiendo un código adicional de otro capítulo que especifique la condición correspondiente.

Recién nacido de 5 días con shock de causa indeterminada

P96.89 Otros problemas especificados originados en el periodo perinatal
R57.9 Shock, no especificado

Son pocas las entradas en el índice alfabético que dirigen al código **P96.89 Otros problemas especificados originados en el período perinatal**.

16.1.4 Hay que diferenciar la situación anterior del caso en que no se ha llegado a un diagnóstico definitivo y se diagnostica un síntoma o signo que no tiene código recogido en el capítulo 16, y la entrada por el índice alfabético no dirige a **P96.89 Otros problemas especificados originados en el período perinatal**.

En este supuesto, se utilizará un código del signo o síntoma correspondiente del capítulo 18.

Neonato afectado de ascitis neonatal sin causa conocida

R18.8 Otros tipos de ascitis

16.1.5 Cuando el índice alfabético asigna a la condición neonatal directamente un código específico de otro capítulo, no se utilizará un código del capítulo 16.

Neonato procedente de sala de partos, afectado de acné infantil

L70.4 Acné infantil

16.1.6 Si en el período perinatal aparecen patologías que se deben a causas no perinatales, como es el caso de algunos traumatismos, infecciones o complicaciones producidas por procedimientos realizados al

neonato, se codificarán con códigos diferentes a los del capítulo 16. Estas patologías suelen aparecen una vez dado de alta el recién nacido de la maternidad, aunque también pueden aparecer en las unidades de neonatología.

Neonato de 15 días de vida afectado de fractura craneal a consecuencia de caída de los brazos de su madre, ocurrida en su casa

S02.91XA Fractura no especificada de cráneo, contacto inicial por fractura cerrada
W04.XXXA Caída al ser llevado o cargado por otras personas, contacto inicial
Y92.009 Lugar no especificado de residencia no institucional (privada) no especificada, como lugar del acontecimiento de la causa externa

Neonato de 25 días de vida que ingresa afectado de gastroenteritis por rotavirus. Su hermano mayor de 2 años de edad acude a la guardería, donde se han detectado diversos casos.

A08.0 Enteritis debida a rotavirus

16.1.7 Cuando un recién nacido se vea afectado por una patología de la madre, se codificará como código principal el que describa la patología neonatal, con el código correspondiente de las categorías **P05-P96** y como código secundario el que describa la causa materna de la alteración, si existe, utilizando la sección **P00-P04 Recién nacido afectado por factores maternos y por complicaciones del embarazo, trabajo de parto y parto**.

Neonato afectado de caput succedaneum debido a parto asistido con fórceps

P12.81 Caput succedaneum
P03.2 Recién nacido afectado por parto con fórceps

Es posible que se requiera el uso de códigos de otros capítulos, siguiendo la normativa de codificación múltiple.

16.1.8 Algunas condiciones originadas durante el período perinatal son transitorias, y solo se pueden codificar en este período, pero otras pueden persistir e incluso manifestarse posteriormente, independientemente de la edad que tenga el paciente. Estas condiciones persistentes se codificarán con códigos del capítulo 16 a cualquier edad del paciente, siempre que el clínico establezca la relación.

Niño de 3 años de edad que presenta displasia broncopulmonar originada en el nacimiento

P27.1 Displasia broncopulmonar originada en el período perinatal

16.1.9 Si una enfermedad o condición aparece antes de los 28 días de vida y no se indica si es adquirida en la comunidad o perinatal, se considerará, por defecto, perinatal. En el caso que se indique explícitamente que ha sido adquirida en la comunidad, deberá codificarse con códigos de otros capítulos, no utilizando los códigos del capítulo 16 (ver punto 16.1.6).

16.2 CODIFICACIÓN DE MOTIVOS DE INGRESO DE RECIÉN NACIDOS

En la norma americana, todo recién nacido en su primer contacto hospitalario, debe codificarse con un diagnóstico principal de la categoría **Z38 Nacido vivo según el lugar de nacimiento y el tipo de parto**. Estos códigos solo se utilizan en el episodio de nacimiento del niño y no en posteriores reingresos del recién nacido. Esta norma solo será de aplicación cuando se cumplan dos condiciones: que se realice apertura de historia clínica a todo recién nacido en el hospital y que la dotación de cunas esté incluida en la dotación de camas del hospital. Dado que en nuestro sistema de salud no se dan estas circunstancias, los códigos de la categoría **Z38** no deben utilizarse.

- **Observación y evaluación del recién nacido por sospecha de enfermedades no encontradas**

Debe utilizarse un código de la categoría **Z05 Contacto para observación y evaluación del recién nacido por enfermedades y afecciones sospechadas que se descartan**, para identificar aquellos casos en los que un recién nacido sano es evaluado por una afección o enfermedad sospechada, y que, tras ser examinado y observado, queda descartada.

Los códigos de la categoría **Z05** se utilizan solo para recién nacidos y niños sanos en los que, después del estudio, no se encuentra ninguna afección; si el paciente presenta signos o síntomas de la afección sospechada, que estén documentados, debe codificarse el signo o el síntoma.

Los códigos de las categorías P00-P04 RECIÉN NACIDO AFECTADO POR FACTORES MATERNOS Y POR COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, TRABAJO DE PARTO Y PARTO, se utilizarán en aquellos casos en los que el recién nacido presente afecciones debidas a causas maternas o complicaciones del embarazo, trabajo de parto y parto.

Los códigos **Z05** de observación se deben utilizar únicamente como diagnóstico principal. La única excepción a esta norma es en aquellos casos en los que un código de la categoría **Z38 Nacido vivo según el lugar de nacimiento y el tipo de parto**, cumpla criterios de diagnóstico principal (centros que realicen apertura de historia clínica a todo recién nacido en el hospital y que la dotación de cunas esté incluida en la dotación de camas del hospital, hecho no habitual en nuestro sistema sanitario, como ya se ha explicado anteriormente). En ese caso los códigos de la categoría **Z05 Contacto para observación y evaluación del recién nacido por enfermedades y afecciones sospechadas que se descartan**, serán secuenciados como secundarios.

Habitualmente no se secuencian diagnósticos secundarios cuando los códigos de la categoría **Z05** se utilizan como diagnóstico principal.

Ingreso de un recién nacido de dos días de vida por sospecha de distrés respiratorio, que se descarta, dándose de alta sin ningún otro problema respiratorio

Z05.3 Observación y evaluación del recién nacido por sospecha de patología respiratoria que se descarta

Ingreso de un recién nacido de dos días de vida por sospecha de patología respiratoria confirmándose un síndrome de distrés respiratorio

P22.0 Síndrome de distrés respiratorio del recién nacido

- **Ingreso de recién nacido en el que coexistan patologías congénitas y patología perinatal.** Se codificará como diagnóstico principal, la patología responsable del ingreso. Si tanto la circunstancia perinatal como la afectación congénita cumplen los criterios establecidos para diagnóstico principal, cualquiera de ellas podrá secuenciarse primero, tal y como lo indica la norma general de codificación.

Recién nacido con luxación bilateral congénita de cadera y fractura clavicular debida a traumatismo perinatal

Q65.1 Luxación congénita de cadera, bilateral

P13.4 Fractura de clavícula debida a traumatismo del nacimiento

- **Ingreso de recién nacido trasladado desde otro hospital.** El código principal será la patología que origina el ingreso.
- **Supervisión sanitaria del bebé o niño**. La subcategoría **Z00.11 Reconocimiento de salud del recién nacido** se utiliza para identificar atenciones a niños que no presentan un problema definido o bien para identificar episodios de exámenes rutinarios del recién nacido, fundamentalmente en consultas externas. Se desglosa en tramos de días de vida (**Z00.110 Reconocimiento de salud del recién nacido menor de 8 días de edad** y **Z00.111 Reconocimiento de salud del recién nacido de 8 a 28 días de edad**). Se podrá utilizar un código adicional para establecer el tipo de examen de cribado de patologías (categorías Z00-Z13 PERSONAS EN CONTACTO CON LOS SERVICIOS SANITARIOS PARA RECONOCIMIENTO MÉDICO).
- Las condiciones o **afecciones insignificantes**, así como los signos y síntomas que se resuelven sin tratamiento, no se codifican.

16.3 PREMATURIDAD, BAJO PESO AL NACER Y POSMADUREZ

Los códigos de la categoría **P05 Trastornos del recién nacido en relación con el crecimiento intraútero retardado y la malnutrición fetal,** así como los de la categoría **P07 Trastornos del recién nacido en relación con baja edad gestacional y bajo peso al nacimiento, no clasificados bajo otro concepto** no deben asignarse basándose únicamente en el peso del recién nacido al momento de nacer o en la edad gestacional estimada. El facultativo deberá haber realizado una evaluación clínica de la madurez del recién nacido.

Cuando están disponibles la información de la edad gestacional y la del peso al nacer, deben codificarse ambos, teniendo prioridad el peso al nacer sobre la edad gestacional.

Si un recién nacido presenta un bajo peso al nacer (**P05**) y es trasladado a otro centro para tratar esta misma condición, el quinto carácter debe indicar el peso que tenía en el momento de nacer y no el que presenta en el momento de la nueva admisión, siempre que el médico responsable especifique que el bajo peso condiciona el tratamiento ulterior del paciente.

Cuando un recién nacido no es prematuro, puede ser apropiado asignar un código de la categoría **P05 Trastornos del recién nacido en relación con el crecimiento intraútero retardado y la malnutrición fetal**. La asignación de este código no implica prematuridad, pero indica que el recién nacido es más pequeño a lo esperado para la edad gestacional.

Se define como pretérmino al recién nacido de menos de 37 semanas. Para codificarse de forma correcta debemos utilizar los códigos correspondientes a peso y semanas de gestación:

- Para indicar el peso: Código específico del tramo entre **P07.0-** a **P07.1-**
- Para indicar las semanas de gestación: Código específico del tramo entre **P07.2-** a **P07.3-**

En un recién nacido pretérmino con diagnostico asociado de bajo peso para la edad gestacional, pequeño para la edad gestacional o de retraso de crecimiento intrauterino, el peso se registrará con el código apropiado de la categoría **P05 Trastornos del recién nacido en relación con el crecimiento intraútero retardado y la malnutrición fetal** y las semanas de gestación con el código adecuado de la categoría **P07**.

Recién nacido de 35+2 semanas de gestación, con peso bajo para la edad gestacional, de 1650 gramos

P05.06 Recién nacido de bajo peso para la edad gestacional, 1500-1749 gramos
P07.38 Recién nacido pretérmino, edad gestacional de 35 semanas completas

Los códigos de la categoría **P07 Trastornos del recién nacido en relación con baja edad gestacional y bajo peso al nacimiento, no clasificados bajo otro concepto**, se pueden utilizar en niños o adultos que fueron prematuros o que tuvieron bajo peso cuando fueron recién nacidos, y ello afecta al estado de salud actual del paciente.

Se considera que un bajo peso de nacimiento es por debajo de los 2.500 gr. Si un recién nacido pretérmino nace con un peso superior a esa cifra, solo se codificarán las semanas de gestación.

Recién nacido de 35+2 semanas de gestación, con peso de 2600 gramos

P07.38 Recién nacido pretérmino, edad gestacional de 35 semanas completas

Se define como postérmino al recién nacido de entre 40 y 42 semanas completas de gestación **P08.21 Recién nacido postérmino**.

Se define posmadurez o niño de gestación prolongada al neonato nacido tras un periodo gestacional superior a 42 semanas completas **P08.22 Recién nacido de gestación prolongada.**

16.4 PROBLEMAS RESPIRATORIOS

- **Distrés respiratorio del recién nacido**

Hay que diferenciar el síndrome de distrés respiratorio tipo I o enfermedad de la membrana hialina **P22.0 Síndrome de distrés respiratorio de recién nacido**, muy asociado a la prematuridad del neonato del síndrome de distrés respiratorio tipo II o **P22.1 Taquipnea transitoria del recién nacido**, que resulta de una alteración transitoria en la adaptación respiratoria neonatal y que es más frecuente en el recién nacido a término y en los nacidos por cesárea.

- **Hipoxia intrauterina y asfixia intraparto**

La terminología empleada por neonatólogos para describir estas condiciones es muy variada. Se considera poco apropiado el término de "sufrimiento fetal". La intervención del neonatólogo es por el riesgo de daño hipóxico en las fases finales del embarazo o intraparto siendo más adecuado adoptar el término "Riesgo de Pérdida de Bienestar Fetal" (RPBF) que viene definido por los signos clínicos de desaceleraciones tardías, taquicardia fetal, prolapso del cordón, alteración del registro tococardiográfico, etc.

La asfixia perinatal es un estado de severa hipoxemia e hipotensión que puede producirse en el feto generalmente alrededor del momento del parto. Se puede definir como una hipoxia (deficiencia del aporte de oxígeno), asociada o no con isquemia (fallo de la perfusión). Puede ocurrir durante el embarazo, antes del nacimiento, durante el parto, o después del nacimiento y afecta a distintos tejidos y órganos, asociándose a acidemia metabólica y, eventualmente, a acidosis respiratoria. La asfixia perinatal se codifica con el código **P84 Otros problemas del recién nacido**. La acidemia metabólica en el recién nacido se codifica en la categoría **P19 Acidemia metabólica en el recién nacido**, indicando con el cuarto dígito el momento de detección de la misma.

Ingreso de recién nacido por registro patológico fetal debido a acidemia metabólica por compresión del cordón umbilical diagnosticado en el parto

P19.1 Acidemia metabólica en el recién nacido detectada por primera vez durante el parto
P02.5 Recién nacido afectado por otros tipos de compresión del cordón umbilical

La encefalopatía hipóxico-isquémica es el síndrome producido por la disminución del aporte de oxígeno o reducción mantenida del flujo sanguíneo cerebral al encéfalo, que provoca daño neuronal mantenido, y según el grado (leve a grave) puede provocar secuelas como discapacidad intelectual, parálisis cerebral infantil, ataxia, epilepsia, etc. Se asignan los códigos de la subcategoría **P91.6 Encefalopatía hipóxica isquémica [EHI]**. La encefalopatía hipóxico-isquémica es la causa más común de encefalopatía perinatal y está asociada a elevada morbilidad y mortalidad.

La subcategoría **P91.8 Otros trastornos neurológicos especificados del recién nacido**, incluye códigos para la Encefalopatía neonatal en enfermedades clasificadas bajo otro concepto (**P91.811**), la Encefalopatía neonatal, no especificada (**P91.819**) y para Otros trastornos neurológicos especificados del recién nacido (**P91.88**).

El suceso aparentemente letal (ALTE) **R68.13 Suceso que aparentemente amenaza la vida del lactante [ALTE]**, puede darse tanto en el período perinatal, como en el niño. Se codificará siguiendo las instrucciones de la lista tabular, codificando primero el diagnóstico confirmado, si se conoce, añadiendo los signos y síntomas asociados que correspondan.

16.5 INFECCIONES ORIGINADAS DURANTE EL PERIODO PERINATAL

Algunas infecciones específicas del período perinatal se consideran congénitas y se clasifican en el capítulo 16 de patología perinatal, como es el caso de la infección antes del nacimiento producida por transmisión umbilical (por ejemplo, **P35.0 Síndrome de rubéola congénita**) o bien el caso de la infección por transmisión por vía vaginal durante el parto (por ejemplo, herpes simple **P35.2 Infecciones congénitas por virus del herpes simple**).

Algunas infecciones perinatales se codifican con códigos del capítulo 1 de la CIE-10-ES (por ejemplo, la categoría **A50 Sífilis congénita**).

Las infecciones que aparecen después del nacimiento y en los primeros 28 días de vida, podrán o no codificarse en el capítulo 16. Deberá clarificarse a través del facultativo correspondiente, a pesar de que existen algunas referencias que pueden ayudar a saber si será patología del capítulo 16 o del 1:

- Si la infección aparece después de una semana del nacimiento, deberá sospecharse que la exposición a la misma habrá sido no congénita, y por tanto susceptible de ser codificada en el capítulo 1.

Si durante el ingreso el recién nacido necesita vacunarse, habitualmente contra hepatitis B o varicela, deberá codificarse el procedimiento. El código **Z23 Contacto para vacunación**, lo emplearemos para los contactos ambulatorios, pero no en hospitalización.

Si el recién nacido necesita vacunarse durante el ingreso, pero la vacuna indicada no se administra por negativa parental, se codificará **Z28.82 Vacunación no realizada por negativa del cuidador**.

16.5.1 RECIÉN NACIDO DE MADRE CON INFECCIÓN VIH

El recién nacido de madre con infección VIH se codificará:

- Si el resultado de los anticuerpos de la infección VIH es positivo, se asigna el código **R75 Pruebas de laboratorio no concluyentes de virus de inmunodeficiencia humana (VIH)**. El recién nacido puede negativizar más tarde estos anticuerpos, incluso permaneciendo positivos hasta los 18 meses de vida, lo que significa que pasaron anticuerpos maternos a través de la placenta, pero nunca hubo infección fetal real.
- Si el resultado de los anticuerpos del VIH del neonato no es conocido o es negativo, se asigna el código **Z20.6 Contacto y (sospecha de) exposición al virus de inmunodeficiencia humana [VIH]**.

16.5.2 SEPSIS NEONATAL

La sepsis del recién nacido se codifica con los códigos de la categoría **P36 Sepsis bacteriana del recién nacido** al cual podrá añadirse un código adicional de las categorías **B95-B96**, agentes infecciosos bacterianos, para identificar el germen causante de la sepsis. Si se documenta una sepsis en un neonato

sin indicar si se debe a un proceso congénito o uno adquirido en la comunidad, por defecto se considerará congénito y por tanto se debe asignar un código de la categoría **P36**.

Si corresponde, podrá utilizarse los códigos **R65.20 Sepsis grave sin shock séptico** y **R65.21 Sepsis grave con shock séptico**, asociados a códigos de las disfunciones orgánicas que apliquen en cada caso.

16.5.3 INFECCIÓN POR COVID-19 EN RECIÉN NACIDOS

En los recién nacidos que den positivo en la prueba de COVID-19, en ausencia de documentación que indique un tipo específico de transmisión, se considerará transmisión comunitaria y debe asignarse el código **U07.1 COVID-19** y los códigos apropiados para las manifestaciones asociadas. En el supuesto de que un recién nacido se infecte por COVID-19 durante su estancia hospitalaria, se deberá confirmar por el clínico si se trata de una afección nosocomial (**Y95 Afección nosocomial**).
En recién nacidos que den positivo para COVID-19 y el clínico documente que la infección se contrajo en el útero o durante el proceso de nacimiento, asigne en primer lugar el código **P35.8 Otras enfermedades virales congénitas** y a continuación el código **U07.1 COVID-19**.

16.5.4 MORTINATO

El código **P95 Muerte fetal**, solo se debe utilizar en centros que mantienen historias clínicas separadas para fetos nacidos muertos. No se debe utilizar ningún otro código con **P95**. El código **P95** no se debe utilizar en la historia de la madre.

17. MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS

Las anomalías congénitas se encuentran clasificadas en el Capítulo 17 de CIE-10-ES entre las categorías **Q00-Q99**.

La mayoría de los códigos de anomalías congénitas se encuentran clasificados en este capítulo, si bien, otros capítulos de la CIE-10-ES identifican algunas anomalías congénitas específicas como por ejemplo la sífilis congénita (capítulo 1, Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias), la poliposis colónica familiar (capítulo 2, Neoplasias) o la anemia perniciosa (capítulo 3, Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan al mecanismo inmunológico).

Las anomalías, defectos del nacimiento o malformaciones congénitas son definidas por la Organización Mundial de la Salud como «*anomalías o defectos del desarrollo (morfológicos, estructurales funcionales o moleculares) presentes al nacer, aunque las manifestaciones no tienen por qué aparecer en el nacimiento*». Las anomalías congénitas pueden ser externas o internas, familiares o esporádicas, hereditarias o no, únicas o múltiples. Ejemplos: síndrome de Marfan, enfermedad poliquística del adulto.

Las enfermedades hereditarias son un conjunto de enfermedades genéticas caracterizadas por transmitirse a los descendientes. Las enfermedades genéticas son un conjunto de enfermedades producidas por alteraciones en el ADN o genoma, pero no tienen por qué haberse adquirido necesariamente de los progenitores, de tal manera que todas las enfermedades hereditarias son genéticas, pero no todas las enfermedades genéticas son hereditarias. Es el caso de las mutaciones "de novo" (por ejemplo, la acondroplasia), que solo se transmiten a otras generaciones a partir del primer miembro de la familia afectado o el caso de determinadas neoplasias debidas a mutaciones por exposición ambiental.

Los códigos de las anomalías congénitas se pueden utilizar a cualquier edad, ya que las enfermedades congénitas pueden diagnosticarse o manifestarse en la edad adulta.

17.1 LOCALIZACIÓN DE LOS TÉRMINOS

En ocasiones, el índice alfabético proporciona diferentes códigos dependiendo de que la patología sea congénita o adquirida. Cuando el término principal tiene un modificador no esencial, la alternativa está localizada como subtérmino. En muchas ocasiones, el índice hace una presunción inicial de cuál de las dos situaciones es la más habitual.

IAE

Deformidad

- útero (congénita) Q51.9
- - adquirida N85.8
- sistema
- - musculoesquelético (adquirida) M95.9
- - - congénita Q79.9

En la lista tabular hay notas aclaratorias de exclusión que deben seguirse en caso de que la patología sea o no congénita. Por ejemplo, en la categoría **K57 Enfermedad diverticular de intestino** hay referencia al código **Q43.0 Divertículo de Meckel (desplazado) (hipertrófico)**, a través de un Excluye 1.

Las anomalías congénitas están clasificadas con el criterio inicial de localización anatómica afectada. Existen más de 4.000 anomalías congénitas descritas y es imposible tener un código específico para cada una de ellas.

Algunas anomalías congénitas múltiples tienen código propio, por ejemplo, **Q60.6 Síndrome de Potter**. En caso de no disponer de un código propio, se añadirán códigos para las manifestaciones inherentes a la anomalía además de añadir códigos para aquellas situaciones que no sean propias de la anomalía.

Si la patología es específica, pero no encontramos un código único, se aplicará codificación múltiple.

Síndrome del cromosoma X frágil

Q99.2 Cromosoma X frágil

Patología específica con código único inespecífico: Síndrome de De Lange

Q87.19 Otros síndromes malformativos congénitos asociados principalmente con estatura baja

Patología específica sin código: Síndrome del ojo de gato, que cursa con coloboma de iris, atresia anal, estenosis aórtica supravalvular y discapacidad intelectual

Q92.8 Otras trisomías y trisomías parciales especificadas de autosomas
Q13.0 Coloboma del iris
Q42.3 Agenesia congénita, atresia y estenosis del ano sin fístula
Q25.3 Estenosis aórtica supravalvular
F79 Discapacidad intelectual no especificada

Algunos de los términos que nos pueden ayudar a realizar la búsqueda en el índice alfabético son:

- Malformación
- Anomalía
- Deformidad
- Síndrome
- Displasia
- Epónimo de la enfermedad

17.2 DEFORMIDADES CONGÉNITAS VERSUS DEFORMIDADES PERINATALES

Algunas deformidades musculoesqueléticas son consecuencia de factores mecánicos durante la gestación (malposiciones o presiones uterinas) y se codifican dentro de las categorías **Q67 Deformidades musculoesqueléticas congénitas de cabeza, cara, columna vertebral y tórax** y **Q68 Otras deformidades musculoesqueléticas congénitas**, indicando la localización de la patología con el cuarto carácter.

En caso de que la lesión se haya producido durante el momento del parto, habrá que codificarlo en el capítulo 16, Ciertas afecciones originadas en el período perinatal, en las categorías de la sección P10-P15 TRAUMATISMO AL NACIMIENTO.

17.3 ENFERMEDADES CONGÉNITAS Y EDAD

Los códigos del capítulo 17 se pueden utilizar a cualquier edad, ya que tal y como se ha mencionado anteriormente, las enfermedades congénitas pueden diagnosticarse o manifestarse en la edad adulta. Por ello, la edad del paciente no es un factor determinante en la adjudicación de estos códigos.

17.4 HISTORIA DE MALFORMACIÓN CONGÉNITA

Aquellas malformaciones congénitas que hayan sido parcialmente corregidas y reparadas pero que todavía requieran tratamiento deberán ser codificadas dentro del capítulo 17, existiendo un Excluye 1 con la categoría **Z87.7 Historia personal de malformaciones congénitas (corregidas)**.

Cuando una malformación congénita ya ha sido corregida y resuelta definitivamente, deberá codificarse con la categoría **Z87.7 Historia personal de malformaciones congénitas (corregidas)**, del capítulo 21 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS SANITARIOS, en lugar de utilizar los códigos del capítulo 17.

18. SÍNTOMAS, SIGNOS Y RESULTADOS ANORMALES DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS, NO CLASIFICADOS BAJO OTRO CONCEPTO

Las categorías de este capítulo permiten clasificar signos y síntomas, cuadros clínicos poco específicos y resultados anormales de exploraciones complementarias, cuando no se dispone de un diagnóstico más preciso que pueda clasificarse en otros capítulos.

El capítulo 18 agrupa los códigos cuyo primer carácter es la letra R (entre **R00.-** y **R99**) Se estructura en catorce secciones, de las cuales ocho clasifican síntomas y signos, cinco resultados de pruebas complementarias y una última sección residual de una sola categoría (**R99 Causas de mortalidad mal definidas y desconocidas**), que recoge casos de muerte en condiciones muy restringidas que veremos más adelante (apartado 18.6.1).

La CIE-10-ES reserva para este capítulo solo aquellos síntomas y signos que pueden atribuirse de entrada a más de una enfermedad o relacionarse con más de un aparato o sistema, mientras que los síntomas más propios de un solo aparato o sistema se encuentran en los capítulos específicos respectivos, normalmente dentro de clases residuales (subcategorías de número .8).

Los códigos de este capítulo se aplican en última instancia y por exclusión después de haber observado escrupulosamente las normas generales de indización y clasificación:

- Se habrá recabado toda la información disponible relativa al episodio asistencial, incluso aquella que hubiera podido generarse después del mismo (p. ej., informes de pruebas practicadas durante el ingreso cuyos resultados se conozcan después del alta).
- Se habrá comprobado que tanto las entradas del índice alfabético como las notas e instrucciones de la lista tabular (particularmente los Excluye 1) no remiten a otros capítulos de la clasificación.

En los apartados que siguen, cuando se mencione aisladamente la palabra síntoma se entenderá que se refiere indistintamente tanto a síntomas como a signos.

18.1 CODIFICACIÓN DE LOS SÍNTOMAS SEGÚN EL ENTORNO ASISTENCIAL

El empleo de códigos de síntomas varía sensiblemente según el tipo de asistencia: en un entorno de asistencia ambulatoria es más frecuente codificar síntomas, dado que el nivel de incertidumbre es mayor y, de acuerdo con la normativa y a diferencia de lo que ocurre en hospitalización, los diagnósticos expresados como inciertos no se codifican:

Epigastralgia por posible gastritis aguda

Codificación en hospitalización

K29.00 Gastritis aguda sin hemorragia

Codificación en asistencia ambulatoria

R10.13 Dolor epigástrico

En un entorno de hospitalización, dada la mayor disponibilidad de medios diagnósticos, es común encontrar diagnósticos definitivos al final del episodio, pero aun así pueden darse algunas circunstancias que propicien el empleo de códigos de síntomas:

- Casos en los que no es posible llegar a un diagnóstico más específico a pesar de haber realizado un estudio adecuado.
- Casos con signos y síntomas transitorios, que aparecen al principio del episodio asistencial y desaparecen posteriormente sin llegar a dilucidar sus causas.
- Pacientes que interrumpen su seguimiento sin tener todavía un diagnóstico (provisional o definitivo).
- Pacientes que se derivan a otros centros sanitarios para exploraciones o tratamiento antes de poder precisar un diagnóstico.
- Casos en los que ciertos síntomas suponen un problema asistencial relevante y resulta apropiado recogerlos de manera diferenciada además de clasificar la causa conocida de los mismos.

En los primeros cuatro casos anteriores un síntoma, a falta de información más específica, puede llegar incluso a ser considerado como diagnóstico principal, mientras que en el último caso el síntoma tendrá normalmente la consideración de diagnóstico secundario, tal como veremos a continuación.

18.2 NORMA GENERAL DE CODIFICACIÓN DE SÍNTOMAS

18.2.1 SÍNTOMAS Y SIGNOS CARACTERÍSTICOS DE UNA ENFERMEDAD

Los síntomas y signos característicos de una enfermedad se consideran implícitos en su diagnóstico y no deben codificarse aparte porque resultarían redundantes, siempre y cuando la clasificación no indique lo contrario.

Paciente que ingresa con fiebre y dolor pleurítico, es dado de alta con el diagnóstico de neumonía

J18.9 Neumonía, microorganismo no especificado

La fiebre y el dolor pleurítico forman parte del cuadro sintomático de la neumonía y por tanto no se codifican

18.2.2 SÍNTOMAS NO IMPLÍCITOS EN EL DIAGNÓSTICO

Si los síntomas no están implícitos en el diagnóstico o constituyen un problema asistencial diferenciado (es decir, influyen sobre el tratamiento, el pronóstico o los recursos sanitarios empleados) se incluirán como diagnósticos secundarios:

Coma por sobredosis de heroína (accidental, contacto inicial)

T40.1X1A Envenenamiento por heroína, accidental (no intencionado), contacto inicial
R40.20 Coma no especificado

El coma no está implícito en la intoxicación y denota su gravedad

Paciente cirrótico con ascitis al que se practica una paracentesis evacuadora

K74.60 Cirrosis de hígado no especificada
R18.8 Otros tipos de ascitis

La ascitis no siempre está presente en la cirrosis y además requiere una actuación específica

No obstante, en algunas ocasiones, un síntoma no implícito puede llegar a ser diagnóstico principal cuando la enfermedad fundamental por sí sola no motive el ingreso (Véase apartado 18.3.4).

18.2.3 SÍNTOMA O SIGNO RECOGIDO POR UN CÓDIGO DE COMBINACIÓN

Si el síntoma o signo está recogido por un código de combinación que incluye también las posibles enfermedades causantes, no es preciso volver a repetir el síntoma de manera independiente. Los códigos de combinación no suponen un problema para el codificador porque están bien señalados en el índice alfabético:

Paciente que ingresa por hematuria debida a cistitis aguda

N30.01 Cistitis aguda con hematuria

La hematuria no se codifica separadamente porque está incluida en el código de combinación

18.3 SÍNTOMAS COMO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

En las siguientes circunstancias cabe utilizar un código de síntoma (del capítulo 18 o de otros) como diagnóstico principal; se considera que el síntoma en cuestión, a falta de un diagnóstico definitivo, es causa del ingreso (condición indispensable para ser principal).

18.3.1 SÍNTOMA QUE NO PUEDE ATRIBUIRSE A NINGUNA ENFERMEDAD

Las enfermedades presentes, si las hubiera, se reflejarán como diagnósticos secundarios, dado que no se relacionan con el síntoma.

Paciente con diabetes tipo I que ingresa por taquicardia. Las exploraciones no muestran indicios que permitan caracterizar la taquicardia ni una posible enfermedad causal. Durante el ingreso se revisan los valores de glucemia y continúa tratamiento habitual con insulina

R00.0 Taquicardia, no especificada
E10.9 Diabetes mellitus tipo 1 sin complicaciones

18.3.2 SÍNTOMA ATRIBUIBLE A DOS O MÁS ENFERMEDADES EXPRESADAS COMO DIAGNÓSTICOS ALTERNATIVOS O DE SOSPECHA

Se trata de síntomas y signos que se atribuyen de entrada a dos o más enfermedades entre las que no se ha podido establecer un diagnóstico diferencial definitivo al término del episodio. Suelen aparecer en las historias clínicas en expresiones en las que el síntoma va seguido de los diagnósticos unidos mediante partículas que muestran la oposición (conjunción o, preposición versus –o su abreviatura vs–):

Alteración transitoria del lenguaje que plantea diagnóstico diferencial entre crisis epiléptica parcial vs AIT

R47.9 Trastornos del habla no especificados
G40.109 Epilepsia (focal) (parcial) sintomática relacionada con la localización y síndromes epilépticos con crisis parciales simples, no intratable, sin estado de mal epiléptico
G45.9 Accidente isquémico cerebral transitorio, no especificado

En estos casos el síntoma será el diagnóstico principal y los diagnósticos alternativos se reflejarán como secundarios.

La circunstancia anterior no debe confundirse con aquella en que **el síntoma es debido simultáneamente a dos enfermedades coexistentes**, expresadas como diagnósticos definitivos o de certeza, dado que en este último supuesto deben codificarse ambas enfermedades y el síntoma en todo caso aparecer como secundario si cumple con los requisitos para ello:

Dolor en abdomen superior por pancreatitis biliar y colecistitis aguda con coledocolitiasis obstructiva

K85.10 Pancreatitis aguda biliar sin necrosis ni infección
K80.43 Cálculo de conducto biliar con colecistitis aguda, con obstrucción

El dolor abdominal no se codifica porque se considera implícito en ambos cuadros y no supone un problema asistencial diferenciado

18.3.3 SÍNTOMA COMO ÚNICA MANIFESTACIÓN DE UNA REACCIÓN ADVERSA MEDICAMENTOSA O COMO SECUELA DE UNA ENFERMEDAD AGUDA QUE YA NO ESTÁ PRESENTE

Paciente en tratamiento con digitálicos que presenta un cuadro de náuseas y vómitos (intoxicación digitálica)

R11.2 Náuseas con vómitos, no especificados
T46.0X5A Efecto adverso de glucósidos y otros fármacos estimulantes cardiacos de acción similar, contacto inicial

18.3.4 SÍNTOMA COMO MANIFESTACIÓN NO IMPLÍCITA DE UNA ENFERMEDAD CONOCIDA QUE NO JUSTIFICA POR SÍ SOLA EL INGRESO

Convulsiones por proceso febril en otitis media aguda OD

R56.00 Convulsiones febriles simples
H66.91 Otitis media, no especificada, oído derecho

La otitis no justificaría el ingreso, éste se realiza para estudio de las convulsiones febriles

Cabe recordar, no obstante, que los síntomas del capítulo 18 asociados a neoplasias, nunca pueden desplazar a la neoplasia como diagnóstico principal (Véase apartado 2.11.2).

18.4 SÍNTOMAS COMO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO

Los síntomas y signos pueden codificarse como diagnósticos secundarios cuando no estén implícitos en un diagnóstico o constituyan un problema asistencial diferenciado que no esté recogido por ningún código de combinación.

Paciente que ingresa por una neumonía neumocócica y que es dado de alta con los diagnósticos de Neumonía neumocócica y hepatomegalia

J13 Neumonía por Streptococcus pneumoniae
R16.0 Hepatomegalia, no clasificada bajo otro concepto

Paciente que ingresa por una neumonía neumocócica y cursa con un derrame pleural izquierdo que para su resolución precisa de drenaje torácico

J13 Neumonía por Streptococcus pneumoniae
J90 Derrame pleural, no clasificable bajo otro concepto

18.5 RESULTADOS ANORMALES DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Las categorías comprendidas en **R70-R79** permiten clasificar resultados anormales de pruebas complementarias (análisis de laboratorio clínico, pruebas anatomopatológicas, pruebas de imagen, electrofisiológicas, etc.)

No se codificarán resultados anormales directamente a partir de los informes de las pruebas sin que medie una valoración clínica del médico.

Los hallazgos casuales que solo aparecen en informes de pruebas diagnósticas y no tienen ninguna repercusión en la asistencia prestada, ni se destacan como merecedores de valoración o tratamiento, no deben codificarse (p. ej., la observación de signos de espondiloartrosis en un paciente anciano al que se realiza una radiografía de tórax por otro motivo).

En definitiva, estas categorías de resultados anormales solo deben emplearse en la codificación de episodios hospitalarios cuando el médico no refiere ningún diagnóstico que explique el resultado, y lo recoge en el alta como merecedor de atención durante el episodio o bien de seguimiento posterior.

Paciente diagnosticado desde hace años de esquizofrenia paranoide que ingresa por reagudización de su esquizofrenia. En el informe de alta se indica que el paciente presenta además una hipertransaminasemia que debe evaluarse

F20.0 Esquizofrenia paranoide
R74.01 Elevación de niveles de transaminasas hepáticas

Paciente que presenta una fractura cerrada de tercio medio distal de tibia derecha al que se le practica una osteosíntesis con clavo intramedular. En el preoperatorio se realiza una radiografía de tórax en la que aparece un nódulo pulmonar que motiva una interconsulta a Neumología. No se llega a un diagnóstico más específico y se acuerda su seguimiento en consulta externa

S82.201A Fractura no especificada de diáfisis de tibia derecha, contacto inicial por fractura cerrada
X58.XXXA Exposición a otros factores especificados, contacto inicial
R91.1 Nódulo pulmonar solitario

18.6 CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS SOBRE ALGUNOS CÓDIGOS

18.6.1 MUERTE NO ESPECIFICADA

La CIE-10-ES es una clasificación estricta de morbilidad, que ha eliminado las referencias a la mortalidad en las denominaciones de sus categorías. El código **R99 Causas de mortalidad mal definidas y desconocidas**, solo debe emplearse cuando un paciente es llevado al servicio de urgencias o a otro punto de asistencia sanitaria y allí se certifica que ingresa cadáver. No se trata en absoluto de un código para representar un motivo de alta por fallecimiento.

18.6.2 COMA

La subcategoría referida al coma (**R40.2- Coma**) permite representar la puntuación de la escala de coma de Glasgow en aquellos casos en que exista una posible lesión encefálica, no solo de origen traumático (traumatismos craneoencefálicos y politraumatismos) sino también, ictus o secuelas de ictus, infecciones e intoxicaciones con afectación nerviosa central, etc. No deben asignarse códigos de coma no especificado ni de la escala de coma de Glasgow de puntuaciones individuales o totales para pacientes con comas inducidos médicamente o pacientes sedados. Los códigos que reflejan la escala de Glasgow serán siempre secundarios respecto a los códigos de diagnóstico.
El código **R40.20 Coma no especificado**, puede utilizarse junto con códigos de cualquier afección médica.

Como mínimo se codificará la puntuación que conste en el momento de la admisión en el centro sanitario (a veces recogida por personal sanitario durante la atención inicial extrahospitalaria, otras veces en el propio servicio de urgencias). Cada centro es libre de decidir si codifica más valoraciones de la escala de coma a lo largo de un mismo episodio.

Si se han recogido múltiples escalas de coma en las primeras 24 horas tras la admisión, se codificará únicamente la puntuación en la admisión.

La escala de Glasgow es un método clínico ampliamente utilizado y validado, que permite cuantificar el nivel de consciencia de un paciente con posible lesión encefálica. Se basa en la exploración clínica de tres tipos de reacciones (apertura de los ojos, respuesta verbal, reacción motora) tras la aplicación normalizada de ciertos estímulos (ver Tabla 18.1).

A cada grado de reacción se le asigna un número (más bajo cuanto peor es su significado clínico), lo que permite comunicar el resultado de la exploración de manera abreviada como tres cifras (p. ej., O2, V1, M5) o incluso como una sola puntuación global suma de las otras tres (O2 + V1 + M5 = 8). A este respecto cabe decir que la puntuación desglosada es más informativa y más adecuada para el manejo clínico, en tanto que la global resulta más apropiada para resumir la información de grupos de pacientes.

Tabla 18.1 Escala de coma de Glasgow, en los términos en que aparece descrita en CIE-10-ES

Apertura de los ojos (O)		Mejor respuesta verbal (V)		Mejor respuesta motora (M)	
Ninguna	**1**	Ninguna	**1**	Ninguna	**1**
Al dolor	**2**	Palabras incomprensibles	**2**	Extensión	**2**
Al sonido	**3**	Palabras incoherentes	**3**	(Flexión) anómala	**3**
Espontánea	**4**	Conversación confusa	**4**	Retirada en flexión	**4**
		Orientada	**5**	Localiza el dolor	**5**
				Obedece órdenes	**6**

Para representar los tres ejes de la escala se necesitan tres códigos, uno por cada subcategoría de quinto carácter (**R40.21- Escala de coma, apertura ocular**, **R40.22- Escala de coma, mejor respuesta verbal** y **R40.23- Escala de coma, mejor respuesta motora**). El sexto carácter indica la puntuación de cada tipo de respuesta, mientras que el séptimo carácter recoge el momento en que se efectuó la exploración. Obviamente, el séptimo carácter debe coincidir en los tres códigos.

Paciente diagnosticado de ictus isquémico trombótico con infarto cerebral. Al ingreso GCS O2V1M5

I63.30	**Infarto cerebral debido a trombosis de arteria cerebral no especificada**
R40.2123	**Escala de coma, apertura ocular, al dolor, al ingreso hospitalario**
R40.2213	**Escala de coma, mejor respuesta verbal, ninguna, al ingreso hospitalario**
R40.2353	**Escala de coma, mejor respuesta motora, localiza dolor, al ingreso hospitalario**

La subcategoría de quinto carácter 4 (**R40.24- Escala de coma de Glasgow, puntuación total**) se utiliza cuando solo se dispone de una puntuación global o incompleta de la escala. Esta subcategoría también precisa de séptimo carácter para indicar el momento en que se efectuó la exploración.

Coma por sobredosis de heroína (accidental). El médico de urgencias extrahospitalarias calculó un Glasgow 3 en el domicilio del paciente

T40.1X1A	**Envenenamiento por heroína, accidental (no intencionado), contacto inicial**
R40.2431	**Puntuación 3-8 de la escala de coma de Glasgow, en lugar de recogida [servicio de emergencias o ambulancia]**

Se recoge la puntuación unitaria tal como viene registrada, aunque en este caso pueda deducirse que es la suma de la mínima puntuación en cada eje de la escala

El índice alfabético, proporciona entradas para los códigos de la escala de coma de Glasgow que deben asignarse, en función de la edad pediátrica.

Coma R40.20
- con
- - respuesta verbal (ninguna) R40.221-
- - - conversación confusa R40.224-
- - - gritos (2-5 años de edad) R40.223-
- - - llanto inadecuado o gritos (<2 años de edad) R40.223-
- - - llanto irritable (<2 años de edad) R40.224-

18.6.3 ESCALA DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR NIHSS (NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH STROKE SCORE)

La escala del ictus conocida como NIHSS (*National Institutes of Health Stroke Scale*) es un método clínico que permite cuantificar el deterioro nervioso causado por el ictus isquémico a partir de la exploración neurológica sistemática de ciertas funciones o trastornos (nivel de consciencia, lenguaje, fuerza muscular, sensibilidad, movimientos oculares, campos visuales, ataxia, disartria e inatención). Se ha validado su utilidad en el pronóstico y el tratamiento del ictus, y tiene por ello un uso muy extendido en la práctica clínica.

Los códigos de la subcategoría **R29.7- Puntuación de la escala de ictus del National Institutes of Health (NIHSS)** permiten representar las puntuaciones obtenidas mediante esta escala. Las dos últimas cifras de cada código representan la puntuación. Así, una valoración NIHSS de 8 se codifica como **R29.708**. Las puntuaciones pueden oscilar entre un mínimo de 0, relativa a una exploración neurológica normal, y un máximo de 42, que se correspondería con un paciente tetrapléjico y en coma.

Estos códigos siempre serán secundarios respecto a los códigos de la categoría del ictus isquémico (**I63 Infarto cerebral**) a los que acompañan. Como mínimo se codificará la primera puntuación recogida en cada episodio asistencial, pero según los criterios que establezca cada centro, pueden codificarse más valoraciones NIHSS que hayan podido realizarse durante el ingreso.

18.6.4 CAÍDAS REPETIDAS

El código **R29.6 Caídas repetidas**, a pesar de lo que pueda sugerir su denominación, debe utilizarse cuando un paciente sufre una caída y se investiga la causa de la misma (evidentemente no se refiere a causas externas).

El código **Z91.81 Historia personal de caída**, se utiliza cuando un paciente tiene antecedentes de caídas previas y presenta un riesgo de futuras caídas. Cuando proceda, se pueden asignar conjuntamente los códigos **R29.6** y **Z91.81**.

18.6.5 TETRAPLEJIA FUNCIONAL

Esta normativa ha sido borrada con aplicación desde el 1 de enero de 2020.

18.6.6 SIRS DE CAUSA NO INFECCIOSA

El llamado síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS por su sigla en inglés) es una reacción inflamatoria generalizada de carácter inespecífico que puede desencadenarse a causa de infecciones, pero también de procesos no infecciosos como traumatismos, quemaduras, neoplasias malignas o pancreatitis, entre otros.

Ante un diagnóstico de SIRS de causa no infecciosa, y en ausencia de una infección posterior a la que pueda vincularse, deberemos asignar el código **R65.10 Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) de origen no infeccioso sin disfunción orgánica aguda** como diagnóstico secundario, siendo el diagnóstico principal la enfermedad causal no infecciosa. Si además se acompaña de una insuficiencia orgánica aguda entonces el código apropiado será el **R65.11 Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) de origen no infeccioso con disfunción orgánica aguda**. En este último caso deberemos añadir también los códigos que especifiquen el tipo concreto de insuficiencia orgánica (respiratoria, renal, hepática, etc.). Si albergamos dudas sobre la filiación etiológica de la insuficiencia (si está provocada por el propio SIRS o por otra causa -por ejemplo, si es consecuencia directa de un traumatismo-), deberemos solicitar aclaraciones al médico.

18.6.7 CEFALEA INESPECÍFICA O NEOM

El dolor de cabeza sin ningún tipo de especificidad se clasifica en **R51 Cefalea** (Véase apartado 6.5.3 Otros síndromes de cefalea)

R51.0 Cefalea con componente ortostático, no clasificada bajo otro concepto
R51.09 Cefalea, no especificada

19. LESIONES, ENVENENAMIENTOS Y OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS

El capítulo 19 de la CIE-10-ES Diagnósticos clasifica lesiones, envenenamientos y ciertas complicaciones traumáticas, médicas y quirúrgicas en los códigos comprendidos entre las categorías **S00-T88**.

Los códigos de este capítulo pueden comenzar por las letras S y T:

- Las categorías **S00-S99** clasifican los distintos tipos de lesiones en función de la localización corporal afectada.
- Las categorías **T07-T88** clasifican las lesiones en regiones anatómicas no especificadas; también clasifica envenenamientos y alguna otra consecuencia de las causas externas.

La mayoría de los códigos de este capítulo, precisan códigos del capítulo 20, Causas externas de morbilidad, para indicar las causas de las lesiones (V, W, X, Y).

19.1 NORMAS GENERALES

La CIE-10-ES Diagnósticos clasifica las lesiones primero por lugar anatómico y posteriormente por el tipo de lesión.

19.1.1 UTILIZACIÓN DEL SÉPTIMO CARÁCTER EN EL CAPÍTULO 19

El capítulo 19 requiere el uso de extensiones de séptimo carácter que son de uso obligatorio en un gran número de códigos. La mayoría de las categorías de este capítulo a excepción de las fracturas incluyen estos 3 valores de séptimo carácter:

- **A** Contacto inicial
- **D** Contacto sucesivo
- **S** Secuela

Las fracturas traumáticas tienen otros valores adicionales para el séptimo carácter.

19.1.1.a Séptimo carácter "A" contacto inicial

El séptimo carácter "A" contacto inicial, se utiliza mientras el paciente está recibiendo tratamiento activo por su afección. Ejemplos de tratamiento activo son: tratamiento quirúrgico, atención en urgencias, evaluación y continuación de tratamiento por el mismo o por diferente médico. Cuando un paciente deba ser atendido por un nuevo facultativo o por otro especialista diferente, durante el transcurso del tratamiento de una lesión, la asignación del séptimo carácter debe basarse en el hecho de si el paciente está recibiendo un tratamiento activo y no en si un clínico lo ve por vez primera. Un tratamiento activo, es el que tiene como finalidad tratar y curar la enfermedad o lesión traumática actual, incluyendo la reevaluación del tratamiento y de la lesión mientras esta se encuentre en la fase inicial de cuidados.

Paciente que acude a urgencias tras traumatismo con fractura bimaleolar de tobillo derecho

S82.841A Fractura bimaleolar desplazada de pierna derecha, contacto inicial por fractura cerrada
X58.XXXA Exposición a otros factores especificados, contacto inicial

19.1.1.b Séptimo carácter "D", contacto sucesivo

El séptimo carácter "D", contacto sucesivo, se utiliza en los episodios que se producen después de que el paciente ha recibido el tratamiento activo de su afección y ahora precise los cuidados habituales para su dolencia, en las fases de curación o recuperación. Son ejemplos de estos cuidados: cambio o retirada de escayola, radiografías para evaluar la consolidación de una fractura, retirada de dispositivos de fijación externo o interno, ajuste de la medicación, otros cuidados posteriores y visitas de seguimiento después del tratamiento de la lesión o afección**. No deben utilizarse códigos Z de cuidados posteriores,** para codificar cuidados posteriores de lesiones o envenenamientos, en estos casos debe asignarse el código que identifica la lesión aguda, pero con el séptimo carácter "D" (contacto sucesivo).

Paciente que fue atendido hace seis semanas por fractura de maléolo interno izquierdo, acude para retirada de escayola

S82.52XD Fractura desplazada del maléolo medial de tibia izquierda, contacto sucesivo por fractura cerrada con curas rutinarias
X58.XXXD Exposición a otros factores especificados, contacto sucesivo

19.1.1.c Séptimo carácter "S", secuela

Las secuelas son aquellas afecciones que aparecen como resultado directo de una lesión, como es el caso de la formación de una cicatriz tras una quemadura. En estos casos es preciso utilizar un código que describa la secuela propiamente dicha y otro para identificar la lesión que la originó. La afección específica de secuela (ejemplo: cicatriz) se secuencia en primer lugar, seguido del código de lesión al que debe añadirse el séptimo carácter "S" secuela.

Queloide cicatricial postraumático de la nariz debido a laceraciones accidentales antiguas

L91.0 Cicatriz hipertrófica
S01.21XS Desgarro sin cuerpo extraño de nariz, secuela
X58.XXXS Exposición a otros factores especificados, secuela

19.2 LESIONES TRAUMÁTICAS (S00-T19)

Cuando codifique lesiones asigne códigos diferentes para identificar cada lesión a menos que exista un código de combinación específico que describa completamente las mismas. Los códigos de la categoría **T07 Traumatismos múltiples no especificados**, no deben asignarse en pacientes de hospitalización a menos que no se disponga de información más específica.

Los códigos de lesiones traumáticas (**S00-T14**) no se deben utilizar para heridas quirúrgicas en fase de cicatrización, ni para identificar complicaciones de heridas quirúrgicas.

Se secuencia en primer lugar el código de la lesión más grave, que estará determinada por el criterio clínico y por el lugar al que se dirige el tratamiento principal.

19.2.1 LESIONES SUPERFICIALES

Cuando las lesiones superficiales están asociadas a lesiones graves de la misma localización, como por ejemplo una fractura del mismo sitio, no se asigna código para la lesión superficial (hay que tener en cuenta que el término "superficial" no se refiere a la gravedad de la lesión sino a las estructuras superficiales afectadas).

Lesiones superficiales tales como contusiones, abrasiones, ampollas, cuerpos extraños superficiales y picaduras de insectos se clasifican en las categorías **S00**, **S10**, **S20**, **S30**, **S40**, **S50**, **S60**, **S70**, **S80** y **S90.**

- **El cuarto carácter** indica el sitio de la lesión
- **El quinto carácter** indica el tipo de lesión más específico: contusión (3), abrasión (1), ampolla (2), cuerpo extraño superficial (5) y picadura de insecto (6)
- **El sexto carácter** indica lateralidad

La presencia de un cuerpo extraño que entra a través de un orificio se clasifica en las categorías **T15-T19**. Cuando el cuerpo extraño está asociado con una herida penetrante, se codifica como una herida abierta, por sitio, con cuerpo extraño.

Un cuerpo extraño dejado accidentalmente durante un procedimiento en una herida quirúrgica se considera que es una complicación de un procedimiento y se clasifica en la subcategoría **T81.5-Complicaciones de cuerpo extraño dejado accidentalmente en el interior del cuerpo después de un procedimiento.**

Paciente corneado por toro en la calle, que ingresa en el hospital por herida en la pared abdominal, con infección de la misma

S31.109A Herida abierta no especificada de pared abdominal, cuadrante no especificado, sin penetración en cavidad peritoneal, contacto inicial
L08.9 Infección local de la piel y del tejido subcutáneo, no especificada
W55.22XA Golpeado por vaca, contacto inicial
Y92.410 Calle y carretera no especificadas como lugar del acontecimiento de la causa externa

19.2.1.a Lesión principal junto a lesiones en nervios y vasos sanguíneos

Cuando una lesión principal produce daños menores en nervios o en vasos periféricos, la lesión principal se secuencia en primer lugar, asignando códigos adicionales para las lesiones de nervios y de médula espinal (como los de la categoría **S04 Traumatismo de nervios craneales**) o las lesiones de vasos sanguíneos (como los de la categoría **S15 Traumatismo de vasos sanguíneos a nivel del cuello**). Si la lesión principal es en vasos sanguíneos o nervios, dicha lesión debe secuenciarse en primer lugar.

Joven de 25 años que tras sufrir un accidente conduciendo una moto presenta un traumatismo abdominal. Ingresa de urgencia en el centro hospitalario y es diagnosticado de herida abierta de la pared abdominal sin penetración en la cavidad abdominal con lesión de la aorta abdominal

S35.00XA	**Traumatismo no especificado de aorta abdominal, contacto inicial**
S31.109A	**Herida abierta no especificada de pared abdominal, cuadrante no especificado, sin penetración en cavidad abdominal, contacto inicial**
V29.9XXA	**Motociclista (conductor) (pasajero) lesionado en accidente de tráfico no especificado, contacto inicial**

19.2.1.b Lesiones iatrogénicas

Los códigos de lesiones del Capítulo 19 no deben asignarse para lesiones que ocurran durante o como resultado de una intervención médica. Dichas lesiones deben codificarse utilizando los códigos de complicación apropiados.

19.3 FRACTURAS TRAUMÁTICAS

En la codificación de las fracturas se deben seguir los principios de codificación múltiple de las lesiones y hay que tener en cuenta las siguientes directrices generales:

- Una fractura no especificada como abierta ni como cerrada debe ser codificada como cerrada.
- Una fractura en la que no se indica si es desplazada o sin desplazar debe codificarse como desplazada.

Paciente que ingresa por sufrir una fractura del cóndilo mandibular tras una pelea en una discoteca

S02.610A	**Fractura de apófisis condílea de mandíbula, lado no especificado, contacto inicial por fractura cerrada**
Y04.0XXA	**Agresión por pelea o lucha sin armas, contacto inicial**
Y92.252	**Recinto musical como lugar de acontecimiento de la causa externa**

- La categoría indica la región anatómica general donde se ha producido la lesión.

  S42 Fractura del hombro y brazo

- El cuarto carácter nos indica la estructura anatómica.

  S42.0 Fractura de clavícula

– El quinto carácter detalla de forma más específica la localización exacta de la fractura

S42.01 Fractura de extremo esternal de clavícula

– El sexto carácter indica la lateralidad y añade detalle acerca del tipo de fractura (desplazada, espiroidea, etc.)

S42.017 Fractura sin desplazamiento de extremo esternal de clavícula derecha

– El séptimo carácter nos indica el tipo de contacto, la evolución y los cuidados de la fractura. (Véase tabla 19.1)

S42.017B Fractura sin desplazamiento de extremo esternal de clavícula derecha, contacto inicial por fractura abierta

Hay que revisar de forma exhaustiva los séptimos caracteres que se aplican en cada una de los códigos, ya que puede haber variaciones dentro de una misma categoría.

Tabla 19.1 Tipos de contactos en las fracturas

TIPO DE CONTACTO	
A contacto inicial por fractura cerrada **B** contacto inicial por **fractura abierta** tipo I o II - contacto inicial por fractura abierta NEOM **C** contacto inicial por **fractura abierta** tipo IIIA, IIIB o IIIC **D** contacto sucesivo por fractura cerrada con curas rutinarias **E** contacto sucesivo por **fractura abierta** tipo I o II con curas rutinarias **F** contacto sucesivo por **fractura abierta** tipo IIIA, IIIB o IIIC con curas rutinarias **G** contacto sucesivo por fractura cerrada con retardo de consolidación **H** contacto sucesivo por **fractura abierta** tipo I o II con retardo de consolidación	**J** contacto sucesivo por **fractura abierta** tipo IIIA, IIIB o IIIC con retardo de consolidación **K** contacto sucesivo por fractura cerrada con fracaso de consolidación **M** contacto sucesivo por **fractura abierta** tipo I o II con fracaso de consolidación **N** contacto sucesivo por **fractura abierta** tipo IIIA, IIIB o IIIC con fracaso de consolidación **P** contacto sucesivo por fractura cerrada con unión defectuosa **Q** contacto sucesivo por **fractura abierta** tipo I o II con unión defectuosa **R** contacto sucesivo por **fractura abierta** tipo IIIA, IIIB o IIIC con unión defectuosa **S** secuela

Las categorías **S52** (fractura de antebrazo), **S72** (fractura de fémur) y **S82** (fractura de pierna incluyendo tobillo) de fractura abierta tienen séptimo carácter para designar el tipo específico de fractura abierta basada en la clasificación de Gustilo (véase tabla 19.2). Si una fractura abierta, no tiene especificado el tipo que corresponde con la clasificación de Gustilo, se debe asignar un séptimo carácter de fractura abierta tipo I o II (B, E, H, M, Q).

Tabla 19.2 Clasificación de Gustilo para las fracturas abiertas

CLASIFICACIÓN DE GUSTILO	
Tipo I	Herida causada por un trauma de baja energía, menor de 1 cm Mínima contusión cutánea. Fractura de trazo simple, transversa u oblicua
Tipo II	Herida cutánea entre 1-5 cm. Contusión de partes blandas Sin pérdida de hueso ni músculo. Fractura conminuta moderada
Tipo III	Herida mayor de 10 cm. Contusión cutánea, pérdida muscular y denudamiento perióstico. Fractura con gran conminución e inestabilidad
Tipo III A	Grave pérdida ósea, muscular, lesión de un nervio o un tendón pero que conserva la cobertura del foco óseo
Tipo III B	Compromiso severo de partes blandas, pérdida de tejidos, sin capacidad de cobertura de foco óseo
Tipo III C	Lesión arterial y nerviosa, independientemente del compromiso de partes blandas

Las fracturas patológicas se codifican en las categorías y subcategorías **M80**, **M84.4-**, **M84.5** y **M84.6** (véase capítulo 13 Enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo, punto 13.3.2).

19.3.1 DIRECTRICES ESPECÍFICAS DE CODIFICACIÓN

19.3.1.a Contacto inicial versus contactos sucesivos en fracturas

Las fracturas traumáticas se codifican utilizando la extensión adecuada de séptimo carácter según sea el tipo de contacto y atención:

Contacto inicial (A, B, C) mientras el paciente esté recibiendo tratamiento activo para la misma.

Ejemplos de tratamiento activo son: tratamiento quirúrgico, atención en urgencias, evaluación y continuación de tratamiento por el mismo o por diferente médico.

El séptimo carácter apropiado de contacto inicial, también debe ser asignado a pacientes que demoran la solicitud de asistencia para el tratamiento inicial de su fractura o que presentan mala unión, unión defectuosa y retraso o fracaso en la consolidación de fracturas que no hayan sido previamente tratadas.

Adolescente que ingresa por urgencias por dolor en la extremidad superior derecha, el paciente refiere que hace un mes sufrió una caída y no recibió ningún tipo de atención, se la realiza una radiografía y se le diagnostica fractura de diáfisis de radio con consolidación viciosa, ingresa para el tratamiento de la misma

S52.301A	**Fractura no especificada de diáfisis de radio derecho, contacto inicial por fractura cerrada**
W19.XXXA	**Caída no especificada, contacto inicial**

19.3.1.b Contactos sucesivos (D, E, F, G, H, J, K, M, N, P, Q, R)

Cuando el paciente ya ha completado el tratamiento activo de la fractura y está recibiendo cuidados habituales para dicha fractura en la fase de consolidación o recuperación.

Son ejemplos de cuidados posteriores para fracturas: cambio o retirada de escayola, radiografías para evaluar la consolidación de una fractura, retirada de dispositivos de fijación externa o interna, ajuste de la medicación y consultas de seguimiento después del tratamiento de la fractura.

Deben revisarse con cuidado las extensiones de séptimo carácter apropiadas en cada categoría, para referirse a complicaciones de fracturas tales como retardo de consolidación, fracaso de consolidación (seudartrosis) o unión defectuosa (consolidación viciosa).

Para los cuidados posteriores, asigne el código de lesión o fractura aguda con el séptimo carácter apropiado. Los códigos Z de cuidados posteriores no deben utilizarse en la codificación de lesiones y fracturas traumáticas.

Paciente que fue atendido en este centro hospitalario por fractura de extremo inferior de tibia izquierda tras caída de unas escaleras mecánicas de un centro comercial, ingresa de nuevo desde la consulta de traumatología por un retardo de la consolidación de la fractura y recibir tratamiento de reparación de la misma

S82.302G	**Fractura no especificada de extremo inferior de tibia izquierda, contacto sucesivo por fractura cerrara con retardo de consolidación**
W10.0XXD	**Caída (en) (de) las escaleras mecánicas, contacto sucesivo**
Y92.59	**Otras áreas de comercio como lugar del acontecimiento de la causa externa**

19.3.1.c Secuencia de códigos en fracturas múltiples

Las fracturas múltiples se codifican siguiendo la secuencia adecuada en función de la gravedad de cada fractura.

19.3.1.d Fracturas Fisarias

Para las fracturas fisarias, asigne solo el código que identifica la fractura fisaria correspondiente, que ya incluye la localización.

Paciente que ingresa en traumatología para la estabilización de una fractura fisaria distal de tibia derecha tras traumatismo por caída accidental de un andamio

S89.101A	**Fractura fisaria no especificada de extremo inferior de tibia derecha, contacto inicial**
W12.000A	**Caída en y desde andamio, contacto inicial**

19.3.2 FRACTURA DE CRÁNEO, HUESOS DE CARA Y LESIONES INTRACRANEALES

Las fracturas de los huesos del cráneo y faciales se clasifican en la categoría **S02**. El cuarto carácter indica que zona del cráneo (ejemplo: base) o la cara (ejemplo: mandíbula) se ha fracturado. El quinto carácter proporciona especificidad adicional, como el hueso específico o el tipo de fractura.

19.3.2.a Lesión intracraneal

Cualquier lesión intracraneal asociada se codificará utilizando codificación múltiple, usando un código adicional de la categoría **S06 Traumatismo intracraneal**.

Varón de 45 años que ingresa con fractura craneal y hemorragia subdural con pérdida de conciencia tras caerse de un edificio mientras estaba trabajando de albañil

S02.91XA	**Fractura no especificada de cráneo, contacto inicial por fractura cerrada**
S06.5X9A	**Hemorragia subdural traumática, con pérdida de conciencia de duración no especificada, contacto inicial**
W13.9XXA	**Caída desde, fuera de o por edificio, no especificado de otro modo, contacto inicial**
Y92.61	**Edificio [cualquiera] en construcción como lugar del acontecimiento de la causa externa**
Y93.H3	**Edificación y construcción**

Si una lesión intracraneal implica una herida abierta de la cabeza (**S01.-**) o una fractura del cráneo (**S02.-**), éstos se codifican utilizando codificación múltiple, siguiendo las instrucciones de la lista tabular.

Los códigos para la lesión intracraneal (**S06.-**) tienen un sexto carácter adicional que indica si hay o no pérdida de conciencia asociada y la duración de la misma.

Debe tenerse en cuenta, la nota de instrucción que hay bajo la categoría S06, que indica que los séptimos caracteres D y S no son aplicables a códigos de la categoría S06 con sexto carácter 7 - muerte por traumatismo cerebral previo sin llegar a recuperar conciencia, u 8 - muerte por otras causas sin llegar a recuperar conciencia.

19.3.2.b Conmoción cerebral

La conmoción cerebral es el tipo más común de lesión cerebral traumática y la recuperación se lleva a cabo generalmente dentro de 24 a 48 horas.

La conmoción cerebral se clasifica en la subcategoría **S06.0 Conmoción**, siendo el 6º carácter (0,1,A,9) el que nos designa la pérdida de conciencia:

S06.0X0 Conmoción sin pérdida de conciencia

S06.0X1 Conmoción, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos

S06.0XA Conmoción, con estado de pérdida de conciencia desconocido

S06.0X9 Conmoción, con pérdida de conciencia de duración no especificada

Cuando está documentada una conmoción junto a otras lesiones intracraneales clasificadas en la categoría **S06**, se deben asignar los códigos de las lesiones intracraneales especificadas y no se asigna el código de conmoción.

Cuando haya una conmoción con pérdida de conciencia superior a los 30 minutos, debe codificarse como **S06.0X9 Conmoción, con pérdida de conciencia de duración no especificada**. Es muy importante revisar la historia clínica para verificar que no exista otra lesión cerebral traumática que justifique una pérdida de

conciencia superior a los 30 minutos. Por eso se ha revisado la nota *Excluye 1* que afecta a la subcategoría **S06.0 Conmoción**, que indica que cuando junto a una conmoción, estén documentadas otras lesiones intracraneales clasificadas en la categoría **S06**, se asignen los códigos de dichas lesiones intracraneales en vez de la conmoción.

> *Excluye 1:*
> *conmoción con otros traumatismos intracraneales clasificados en las subcategorías S06.1- a S06.6-, S06.81- y S06.82- codifique en el traumatismo intracraneal especificado.*

Paciente que ingresa con pérdida de conciencia tras sufrir una caída mientras esquiaba en pista señalizada. El TAC no evidencia ninguna lesión intracraneal. El paciente recupera la consciencia a las dos horas y cuarto del ingreso quedando en observación 48 horas. Es dado de alta con el juicio diagnóstico de Conmoción cerebral con pérdida de conciencia (dos horas)

S06.0X9A	**Conmoción, con pérdida de conciencia de duración no especificada, contacto inicial**
V00.321A	**Caída desde esquí de nieve, contacto inicial**
Y92.39	**Otros deportes y áreas de atletismo especificados como lugar de acontecimiento de la causa externa**
Y93.23	**Esquí en nieve (alpino) (cuesta abajo), snowboard, trineo, tubo de nieve**

Paciente que ingresa con pérdida de conciencia tras sufrir una caída mientras esquiaba en pista señalizada. El TAC evidencia edema cerebral traumático. El paciente recupera la consciencia a las dos horas y cuarto del ingreso, quedando ingresado en neurología. Es dado de alta con el juicio diagnóstico de Edema cerebral secundario a TCE con pérdida de conciencia (dos horas)

S06.1X3A	**Edema cerebral traumático, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, contacto inicial**
V00.321A	**Caída desde esquí de nieve, contacto inicial**
Y92.39	**Otros deportes y áreas de atletismo especificados como lugar de acontecimiento de la causa externa**
Y93.23	**Esquí en nieve (alpino) (cuesta abajo), snowboard, trineo, tubo de nieve**

19.3.2.c Síndrome posconmocional

El síndrome posconmocional (**F07.81**) incluye un grupo heterogéneo de síntomas somáticos, cognoscitivos y emocionales que pueden aparecer después de una conmoción cerebral, durante un período de tiempo variable.

Cuando en el plazo de 24 a 48 horas posteriores a una lesión, un paciente es tratado por síntomas debidos a una conmoción cerebral, debe preguntarse al clínico si se considera que aún está en la fase aguda de la conmoción (en cuyo caso debe codificarse ésta con el código **S06.0X-**) o si se considera un síndrome posconmocional (en cuyo caso debe utilizarse el código **F07.81**).

Si un traumatismo craneoencefálico presenta coma lo debemos codificar usando la puntuación de la escala de coma de Glasgow (ver capítulo 18 SÍNTOMAS, SIGNOS Y RESULTADOS ANORMALES DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS, NO CLASIFICADOS BAJO OTRO CONCEPTO, punto 18.6.2).

Conductor que tras sufrir accidente de tráfico entre dos coches ingresa en el hospital con fractura de cráneo con pérdida de conciencia de 15 minutos, presentando en el momento del ingreso laceraciones y contusión cerebral en el lado derecho

S02.91XA	**Fractura no especificada de cráneo, contacto inicial por fractura cerrada**
S06.311A	**Contusión y desgarro de hemisferio cerebral derecho, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, contacto inicial**
V87.7XXA	**Persona lesionada en colisión entre otros vehículos motorizados especificados (tráfico), contacto inicial**

19.3.3 FRACTURAS VERTEBRALES

Las fracturas vertebrales se clasifican de acuerdo a la región de la columna vertebral afectada:

- **Columna cervical (S12.-).** El **cuarto carácter** en la categoría **S12 Fractura de vértebra cervical y otras partes del cuello**, indica la vértebra (ejemplo: primera vértebra cervical), mientras que el **quinto y sexto carácter** proporcionan información adicional sobre el tipo de fractura (ejemplo: estable, inestable, desplazada, no desplazada).
- **Columna torácica o dorsal (S22.0- Fractura de vértebra dorsal)** y **Columna lumbar (S32.0- Fractura de vértebra lumbar).** El **quinto carácter** en las subcategorías **S22.0** y **S32.0** indica la vértebra (ejemplo: segunda vértebra torácica, tercera vértebra lumbar, etc.), mientras que **el sexto carácter** especifica el tipo de fractura (ejemplo: en cuña, por compresión, estallido estable).

Si hay una lesión de la médula espinal asociada, deber ser codificada primero, siguiendo las instrucciones de la LT.

Paciente que ingresa en el hospital por sufrir caída mientras limpiaba la bañera de su casa. Presenta traumatismo lumbar y al ingreso se la diagnostica de fractura de vértebra lumbar L1 con traumatismo de la medula espinal al mismo nivel

S34.101A	**Traumatismo no especificado a nivel L1 de médula espinal lumbar, contacto inicial**
S32.019A	**Fractura no especificada de primera vértebra lumbar, contacto inicial por fractura cerrada**
W18.2XXA	**Caída en (dentro de) ducha o bañera vacía, contacto inicial**
Y92.002	**Cuarto de baño de residencia no institucional (privada) no especificada, como lugar del acontecimiento de la causa externa**
Y93.E9	**Otros tipos de mantenimiento doméstico**

19.3.4 FRACTURAS DE PELVIS

Las fracturas de la pelvis se clasifican en la categoría **S32 Fractura de columna lumbar y pelvis**.

La pelvis está formada por un grupo de huesos (isquion, ilion, pubis, sacro y coxis) que forman un círculo que soporta la columna vertebral y que conecta el tronco a las extremidades inferiores.

La CIE-10-ES Diagnósticos proporciona códigos para identificar fracturas múltiples de pelvis con (**S32.81.- Fracturas múltiples de la pelvis con disrupción de la cintura pélvica**) o sin (**S32.82.- Fracturas múltiples**

de la pelvis sin disrupción de la cintura pélvica) interrupción del círculo pélvico. El séptimo carácter indica si la fractura es abierta o cerrada y el tipo de contacto.

Si tenemos una fractura de pelvis múltiple con la localización detallada de cada hueso de la pelvis se codificará por separado cada una de ellas y no se utilizará la codificación de "múltiple" a no ser que el clínico nos especifique que es con disrupción del anillo pelviano.

Paciente que ingresa tras traumatismo actual por caída de la cama en la residencia de ancianos con fractura de la rama isquiopubiana derecha

S32.601A	**Fractura no especificada de isquion derecho, contacto inicial por fractura cerrada**
S32.501A	**Fractura de pubis derecha, contacto inicial por fractura cerrada**
W06.XXXA	**Caída desde cama, contacto inicial**
Y92.129	**Lugar no especificado en residencia de ancianos como lugar del acontecimiento de la causa externa**

19.4 CODIFICACIÓN DE LAS LUXACIONES

Una luxación es el desplazamiento de una superficie articular en relación a otra, que da lugar a una pérdida de contacto articular entre ellas.

Una subluxación es una luxación parcial o incompleta.

Una luxación o subluxación asociada a una fractura se considera incluida en el código de la fractura, no siendo preciso utilizar un código adicional.

En el caso de la luxación abierta habrá un código adicional de herida.

El **cuarto carácter** indica la estructura anatómica general (como la muñeca y la mano), con el **quinto carácter** se indica una localización más específica (como dislocación mediocarpiana de la muñeca); el **sexto carácter** indica si se trata de una subluxación o luxación y la lateralidad.

Niño que ingresa tras caída de bicicleta en el parque con el diagnostico de subluxación anterior de hombro derecho.

S43.011A	**Subluxación anterior de húmero derecho, contacto inicial**
V19.3XXA	**Ciclista (conductor) (pasajero) lesionado en accidente no de tráfico no especificado, contacto inicial**

19.5 SECUELAS DE LESIONES

En la codificación de las secuelas de lesiones, la enfermedad residual o los tipos específicos de secuelas (tales como cicatrices, deformidades o parálisis) se secuenciarán en primer lugar, seguidos del código de la lesión con el séptimo valor de carácter **"S"**, secuela.

El séptimo carácter **"S"** también debe asignarse a los códigos de causa externa que acompañan a códigos de lesiones en fase de secuela. Ambos (lesión y causa externa) deben ser congruentes en el uso del carácter que identifica el episodio de cuidados, no debiendo utilizarse nunca un carácter **"A"** de episodio inicial de cuidados junto a un código con el séptimo carácter **"S"** de secuela para el mismo tipo de lesión.

Mujer de 50 años que fue tratada por una herida con traumatismo del nervio cubital. En la actualidad ingresa por una parálisis del nervio cubital de la muñeca izquierda

G56.22	**Lesión de nervio cubital, extremidad superior izquierda**
S64.02XS	**Traumatismo de nervio cubital a nivel de muñeca y mano, brazo izquierdo, secuela**
X58.XXXS	**Exposición a otros factores especificados, secuela**

19.6 CODIFICACIÓN DE QUEMADURAS Y CORROSIONES (T20-T32)

CIE-10-ES Diagnósticos distingue entre quemaduras y corrosiones.

19.6.1 QUEMADURAS

Los códigos de quemadura se aplican a las quemaduras térmicas que proceden de una fuente de calor, por ejemplo, un incendio o un objeto que desprende calor con excepción de las quemaduras solares. Los códigos de quemadura también se aplican a quemaduras debidas a electricidad y radiación.

Las corrosiones son quemaduras por productos químicos. La normativa es común para quemaduras y corrosiones. Aunque los códigos de causa externa, son de uso obligatorio para todos los códigos del capítulo 19, en determinadas ocasiones no es necesario su uso por estar recogida la información de causa externa, en el propio literal del código de lesión o complicación.

Paciente de 30 años que sufre en su domicilio quemadura en antebrazo izquierdo de segundo grado por contacto accidental con producto líquido a base de ácido sulfúrico. Extensión de la quemadura del 2%

T54.2X1A	**Efecto tóxico de ácidos corrosivos y sustancias similares a ácidos, accidental (no intencionado), contacto inicial**
T22.612A	**Corrosión de segundo grado de antebrazo izquierdo, contacto inicial**
T32.0	**Corrosión que afecta a menos del 10% de superficie corporal**
Y92.009	**Lugar no especificado de residencia no institucional (privada) no especificada, como lugar de acontecimiento de la causa externa.**

Las quemaduras agudas y corrosiones (**T20-T25 QUEMADURAS Y CORROSIONES DE LA SUPERFICIE CORPORAL EXTERNA, ESPECIFICADAS POR LOCALIZACIÓN**) se clasifican por:

- **Su profundidad:** primer grado (eritema), segundo grado (ampollas o flictenas), tercer grado (afectación de todo el espesor)
- **Su extensión** (**T31 Quemaduras clasificadas según extensión de superficie corporal afectada** y **T32 Corrosiones clasificadas según extensión de superficie corporal afectada**)
- **Causa externa**

Las quemaduras de los ojos y de los órganos internos (**T26-T28 QUEMADURAS Y CORROSIONES LIMITADAS A OJO Y ÓRGANOS INTERNOS**) se clasifican por su **localización**, pero no por grados.

19.6.1.a Secuencia de códigos para quemaduras y afecciones relacionadas

Cuando el motivo de la admisión o contacto es el tratamiento de quemaduras externas múltiples, secuencie en primer lugar el código que refleja la quemadura del grado más alto.

Cuando un paciente tiene tanto quemaduras internas como externas, las circunstancias del ingreso determinan la selección de diagnóstico principal.

Cuando un paciente ingresa por lesiones debidas a quemadura y otras afecciones relacionadas como la inhalación de humo o fracaso respiratorio, las circunstancias del ingreso determinan la selección del diagnóstico principal.

Anciano que ingresa desde su domicilio con quemadura de primer grado del dedo pulgar de la mano izquierda y quemaduras de segundo grado de dos dedos de la mano derecha al intentar mover un radiador eléctrico (superficie quemada menor del 2%)

T23.231A Quemadura de segundo grado de múltiples dedos de la mano derecha (uñas), sin incluir el pulgar, contacto inicial
T23.112A Quemadura de primer grado de pulgar izquierdo (uña), contacto inicial
T31.0 Quemaduras con afectación de menos del 10% de superficie corporal
X16.XXXA Contacto con aparatos de calefacción, radiadores y tuberías calientes
Y92.009 Lugar no especificado de residencia no institucional (privada) como lugar de acontecimiento de causa externa

19.6.1.b Quemaduras de la misma localización

Las quemaduras de una misma localización anatómica y la misma lateralidad, pero de grados diferentes se deben clasificar bajo la subcategoría que identifique la zona con el grado más alto de las registradas en el diagnóstico (por ejemplo, para una quemadura de segundo y tercer grado de muslo derecho debe asignarse solo el código **T24.311A Quemadura de tercer grado de muslo derecho**).

19.6.1.c Quemaduras que no cicatrizan

Las quemaduras que no curan se codifican como quemaduras agudas.
La necrosis de la piel afectada por una quemadura se debe codificar como una quemadura no cicatrizada.

19.6.1.d Quemaduras infectadas

El código de las quemaduras debe ser secuenciado en primer lugar con un código adicional para la infección. Para cualquier localización de quemadura infectada que esté documentada se debe utilizar un código adicional para identificar el germen causal.

Paciente que al coger la sartén en la cocina de su casa sufre una quemadura de segundo grado en palma de mano derecha infectada por estafilococo (10% de superficie corporal quemada), encuentro inicial

T23.251A	**Quemadura de segundo grado de palma de la mano derecha, contacto inicial**
T31.10	**Quemaduras con afectación de 10-19% de superficie corporal con 0-9% de quemaduras de tercer grado**
L08.89	**Otros tipos de infecciones locales especificadas de la piel y del tejido subcutáneo**
B95.8	**Estafilococo no especificado, como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto**
X15.3XXA	**Contacto con una olla o sartén caliente, contacto inicial**
Y92.000	**Cocina de residencia no institucional (privada), no especificada como lugar del acontecimiento de la causa externa**

19.6.1.e Asigne códigos separados para cada localización de las quemaduras

Cuando se codifiquen quemaduras, asigne códigos separados para cada localización de dichas lesiones. La categoría **T30 Quemadura y corrosión, región corporal no especificada**, es extremadamente imprecisa y rara vez se debería utilizar.

Los códigos para quemaduras de “múltiples sitios” solo deberían ser asignados cuando la documentación médica no especifica las localizaciones individuales de cada una de ellas.

Paciente que sufre quemaduras que afectan al 20% de la superficie corporal en las extremidades. Un 15% son de primer grado en la pierna derecha y el 5% restante son de tercer grado en el pie izquierdo tras caerle agua hirviendo mientras cocinaba en la cocina, contacto inicial

T25.322A	**Quemadura de tercer grado del pie izquierdo, contacto inicial**
T24.101A	**Quemadura de primer grado de localización no especificada de extremidad inferior derecha, excepto tobillo y pie, contacto inicial**
T31.20	**Quemaduras con afectación de 20-29% de superficie corporal con 0-9% de quemaduras de tercer grado**
X11.1XXA	**Contacto con agua caliente, contacto inicial**
Y92.000	**Cocina de residencia no institucional (privada), no especificada como lugar del acontecimiento de la causa externa**

19.6.1.f Quemaduras y corrosiones clasificadas por extensión de la superficie corporal afectada

Los códigos de la categoría **T31 Quemaduras clasificadas según extensión de superficie corporal afectada**, o de la categoría **T32 Corrosiones clasificadas según extensión de superficie corporal afectada**, permiten identificar con el cuarto carácter el porcentaje total de superficie corporal afectada, y con el quinto carácter el porcentaje de esa superficie afectada por quemaduras o corrosiones de tercer grado. La superficie afectada por las quemaduras de tercer grado no puede ser mayor a la superficie total especificada con el cuarto carácter.

Los códigos de las categorías **T31** y **T32** deben asignarse en quemaduras y corrosiones agudas siguiendo adecuadamente las instrucciones de la Lista Tabular y no deben ser utilizados para las secuelas de quemaduras o corrosiones.

Ambas categorías solo deben ser utilizadas como código principal cuando la localización de la quemadura o de la corrosión no se especifica, y siempre como código adicional con las categorías **T20-T25** cuando se especifica la localización.

Bombero que estando apagando un incendio forestal sufre quemaduras e ingresa en un centro hospitalario. Se le diagnostica de quemaduras en el 38% del cuerpo, el 10% son quemaduras de tercer grado y el 28% son quemaduras de segundo grado

T31.31	**Quemaduras con afectación de 30-39% de superficie corporal con 10-19% de quemaduras de tercer grado**
X01.8XXA	**Otras exposiciones a fuego sin control, no en un edificio o estructura, contacto inicial**
Y92.821	**Bosque como lugar del acontecimiento de la causa externa**
Y99.0	**Actividad de civil realizada a cambio de retribución o pago**

Las categorías **T31** y **T32** se basan en la 'regla de los nueves' para estimar la superficie corporal afectada (Véase tabla 19.3).

El codificador no debe calcular la extensión de la superficie corporal afectada utilizando esta “regla de los nueves” y asignarla en base a este cálculo. Los clínicos deben incluirla en la documentación ya que suelen modificar las asignaciones de porcentajes para adaptarlas a lactantes y niños que tienen la cabeza proporcionalmente mayor que los adultos, y a pacientes que tengan nalgas, muslos o abdomen voluminosos.

Tabla 19.3 Regla de los nueves

REGLA DE LOS NUEVES		
SUPERFICIE AFECTADA	**ADULTOS**	**NIÑOS (hasta 9 años)**
CABEZA (anterior/posterior)	4,5% + 4,5%	9% + 9%
TRONCO (anterior/posterior)	18% + 18%	18% + 18%
EXTREMIDADES SUPERIORES (anterior/posterior)	(4,5% + 4,5%) + (4,5% + 4,5%)	(4,5% + 4,5%) + (4,5% + 4,5%)
EXTREMIDADES INFERIORES (anterior/posterior)	(9% + 9%) + (9% + 9%)	(6,75% + 6,75%) + (6,75% + 6,75%)
GENITALES	1%	1%

19.6.1.g Secuelas de quemadura y quemadura actual

Cuando proceda, si coexisten al mismo tiempo una quemadura actual y secuelas de una quemadura antigua se deben asignar tanto los códigos de quemadura o corrosión actual con el séptimo carácter “A” o

“D” adecuado y códigos de quemadura o corrosión con el séptimo carácter “S” en el mismo registro. Las quemaduras y las corrosiones no cicatrizan a la misma velocidad y puede persistir una herida en fase de cicatrización junto con secuelas de una quemadura o corrosión ya curada.

19.6.1.h Código de causa externa con quemaduras y corrosiones

Se debe utilizar un código de causa externa en las quemaduras y las corrosiones para identificar la fuente y la intencionalidad de la quemadura, así como el lugar donde se produjo.

Niño de 12 años que ingresa de urgencia por quemadura de segundo grado en pie derecho, superficie quemada inferior al 5%, producida por fuegos artificiales contacto inicial

T25.221A Quemadura de segundo grado del pie derecho, contacto inicial
T31.0 Quemaduras con afectación de menos del 10% de superficie corporal
W39.XXXA Disparos de fuegos artificiales, contacto inicial

19.7 EFECTOS ADVERSOS, ENVENENAMIENTO, INFRADOSIFICACIÓN Y EFECTOS TÓXICOS (T36-T65)

Los códigos comprendidos entre **T36-T65** no precisan codificación adicional de la causa externa, pero pueden utilizarse los códigos de lugar de acontecimiento y actividad si se conocen ya que nos pueden dar información complementaria.

No se debe codificar directamente desde la tabla de fármacos, siempre se debe consultar la Lista Tabular.

Hay que utilizar tantos códigos como sean necesarios para describir por completo todas los fármacos, medicamentos o sustancias biológicas.

Si un mismo código describiera el agente causal de más de una reacción adversa, envenenamiento, efecto tóxico o infradosificación, asigne el código solamente una vez.

Si se han ingerido dos o más fármacos o sustancias biológicas, codifique cada una de ellas de forma individualizada a menos que un código de combinación se encuentre incluido en la Tabla de Fármacos y Productos Químicos.

Si se ha producido una ingesta de múltiples fármacos o sustancias biológicas que no están especificadas, asigne el código apropiado de la subcategoría **T50.91 Envenenamiento, efecto adverso e infradosificación por múltiples fármacos, medicamentos y sustancias biológicas no especificadas**.

19.7.1 EFECTO ADVERSO, ENVENENAMIENTO E INFRADOSIFICACIÓN (T36-T50)

En los códigos de estas categorías el **sexto carácter o en menor medida el quinto carácter** identifica las circunstancias en las que se ha producido el envenenamiento (accidental, autolesión, agresión, intencionalidad sin determinar) o bien si se trata de un efecto adverso o infradosificación.

Ejemplo:

T36.0X Envenenamiento por efecto adverso e infradosificación de penicilinas

T36.0X1 Envenenamiento por penicilinas, accidental (no intencionado)

T36.0X2 Envenenamiento por penicilinas, autolesión intencionada

T36.0X3 Envenenamiento por penicilinas, agresión

T36.0X4 Envenenamiento por penicilinas, intencionalidad sin determinar

T36.0X5 Efecto adverso de penicilinas

T36.0X6 Infradosificación de penicilinas

19.7.1.a Efectos adversos/Reacciones adversas a medicamentos (RAM)

RAM y efectos adversos son sinónimos. Un efecto adverso es la afección causada por un fármaco que ha sido correctamente prescrito y administrado.

Los efectos adversos de sustancias terapéuticas correctamente prescritas y apropiadamente administradas (toxicidad, reacción alérgica, reacción sinérgica, hipersensibilidad, efectos colaterales, reacción paradójica y reacción idiosincrasia) pueden ser debidos a:

- Diferencias entre pacientes, tales como edad, sexo, enfermedades o factores genéticos.
- Factores relacionados con los medicamentos, tales como tipo de fármaco, vía de administración, duración de tratamiento, dosis y biodisponibilidad.

Los efectos adversos no esperados que se producen tras la ingesta de fármacos que no precisan prescripción facultativa obligatoria (aspirina, por ejemplo) y han sido ingeridos a las dosis correctas y por la vía correcta de administración son también considerados RAM.

Las **reacciones alérgicas** se consideran RAM salvo que el clínico indique lo contrario. La **interacción entre fármacos** será considerada también RAM excepto cuando no se den en las circunstancias de prescripción y administración adecuadas.

Debe codificarse en primer lugar la afección o manifestación (efecto adverso) seguido del código del fármaco que produjo el efecto adverso (**T36-T50**).

El valor "5" en el quinto o sexto carácter de los códigos de fármacos y sustancias identifica que se trata de un efecto adverso (**T36-T50**).

Reacción anafiláctica causada por hipersensibilidad a medicación antidepresiva

T88.6XXA Reacción anafiláctica por (debida a) efecto adverso de fármaco o medicamento correcto adecuadamente administrado, contacto inicial
T43.205A Efecto adverso de antidepresivos no especificados, contacto inicial

El código **T88.7 Efecto adverso no especificado de fármaco o medicamento** no debería ser utilizado en el entorno hospitalario, ya que se debe disponer de la información necesaria para codificarlo de manera más específica**.**

19.7.1.b Efectos acumulativos de sustancia terapéutica

Los efectos adversos de sustancias con estrecho margen terapéutico (litio, digital, ACO, etc.) siempre se considerarán RAM, aunque en el diagnóstico esté expresado como "intoxicación", excepto que se haya documentado un error de prescripción o de administración.

Hematuria debida a intoxicación por acenocumarol como consecuencia de su efecto acumulativo

D68.32 Trastorno hemorrágico debido a anticoagulantes circulantes extrínsecos
R31.9 Hematuria no, especificada
T45.515A Efecto adverso de anticoagulantes, contacto inicial
Z79.01 Uso prolongado (actual) de anticoagulantes

Hematuria debida a intoxicación por acenocumarol. El paciente reconoce que está tomando equivocadamente más dosis de la dosis de la prescrita

T45.511A Envenenamiento por anticoagulantes, accidental (no intencionado), contacto inicial
R31.9 Hematuria no, especificada
Z79.01 Uso prolongado (actual) de anticoagulantes

19.7.1.c Envenenamiento/Intoxicación

Los términos intoxicación y envenenamiento son sinónimos.

Los códigos de envenenamiento tienen asociado un componente de causa o intención a su quinto carácter o sexto carácter: accidental, autolisis intencionada, agresión y sin determinar.

Deben utilizarse códigos adicionales para todas las manifestaciones de los envenenamientos.

Cuando la intencionalidad del envenenamiento no se especifica o es desconocida se codifica como accidental. La intencionalidad indeterminada será solamente utilizada cuando no pueda determinarse claramente cuál ha sido la intencionalidad (ejemplo: se duda si es autolesión o si es agresión) pero no en ausencia de información.

Si existe también un diagnóstico de abuso o dependencia a la sustancia, dicho abuso o dependencia se codifica como diagnóstico adicional.

Las circunstancias de envenenamiento incluyen:

- Error en la prescripción del fármaco: errores cometidos bien en la prescripción o en la administración del fármaco por el clínico, la enfermera, el paciente u otra persona.
- Sobredosis de un medicamento tomado intencionadamente: si se ha tomado o administrado intencionadamente una sobredosis de un medicamento y ello da lugar a intoxicación por el fármaco, se calificaría como envenenamiento.
- Medicamentos no prescritos que se toman con otros medicamentos correctamente prescritos y adecuadamente administrados: si un fármaco o agente medicamentoso no prescrito se ha tomado en combinación con un fármaco correctamente prescrito y adecuadamente administrado, cualquier

toxicidad farmacológica u otra reacción derivada de la interacción entre ambos fármacos deberá ser clasificada como envenenamiento.

- Interacción entre fármacos y alcohol: cuando aparece una reacción debida a la interacción entre drogas y alcohol, se debe clasificar como envenenamiento.

Paciente encontrado en su casa tirado en el suelo. Lo traen al centro hospitalario en situación de coma debido a intoxicación aguda de sedantes

T42.6X1A	**Envenenamiento por otros fármacos antiepilépticos e hipnóticos-sedantes, accidental (no intencionado), contacto inicial**
R40.20	**Coma no especificado**
Y92.009	**Lugar no especificado de residencia no institucional (privada), no especificada, como lugar del acontecimiento de la causa externa**

19.7.1.d Infradosificación

Infradosificación significa tomar menos cantidad de medicación de la prescrita o de la indicada por un profesional. La interrupción del uso de un medicamento prescrito, por iniciativa del paciente (sin indicación del médico) se clasifica también como una infradosificación. No es necesario que la infradosificación produzca un cambio en la afección del paciente para utilizar un código de infradosificación. Basta con que esté recogido en la documentación que el paciente está tomando menos dosis de la pautada o que ha suspendido la medicación prescrita.

Se debe asignar un código de las categorías **T36-T50** con quinto o sexto carácter "6".

Ejemplo: **T36.0X6A Infradosificación de penicilinas, contacto inicial**

Los códigos para infradosificación nunca deben asignarse como diagnóstico principal. Si un paciente tiene una recaída o una exacerbación de la afección clínica para la que se ha prescrito el fármaco a causa de una reducción de la dosis, se debe codificar dicha afección.

Deben utilizarse códigos adicionales de incumplimiento terapéutico, si se conoce:

Z91.12- Infradosificación intencionada del paciente de la prescripción médica, **Z91.14 Otro incumplimiento del paciente de la prescripción médica** para identificar la infradosificación de medicación por parte del paciente, o en su caso los códigos correspondientes de la categoría **Y63 Fallo en la dosis durante un cuidado quirúrgico y médico**.

Paciente de 86 años que es ingresado por crisis hipertensiva debido a que el paciente ha reducido su dosis terapéutica por falta de recursos económicos

I16.9	**Crisis hipertensiva, no especificada**
I10	**Hipertensión**
T46.5X6A	**Infradosificación de otros fármacos antihipertensivos, contacto inicial**
Z91.120	**Infradosificación intencionada del paciente de la prescripción médica debida a dificultades financieras**

19.7.2 EFECTOS TÓXICOS (T51-T65) DE SUSTANCIAS DE PROCEDENCIA PRINCIPALMENTE NO MEDICAMENTOSA

Los códigos de efectos tóxicos se encuentran en las categorías **T51-T65**.

Los códigos de efectos tóxicos tienen asociada una intencionalidad: accidental, autolisis intencionada, agresión y sin determinar.

Los códigos de efectos tóxicos deben ser secuenciados primero, seguidos por el código o códigos apropiados para identificar todas las manifestaciones asociadas.

Hombre de 45 años ingresa por calambres musculares de miembros inferiores debido al uso de compuestos de manganeso en el trabajo

T57.2X1A	**Efecto tóxico de manganeso y sus compuestos, accidental (no intencionado), contacto inicial**
R25.2	**Calambres y espasmos**

19.7.3 SECUELAS DE EFECTOS ADVERSOS, ENVENENAMIENTO E INFRADOSIFICACIÓN

- **Secuela de efecto adverso**: Debe secuenciarse en primer lugar un código para la naturaleza del efecto adverso (secuela), seguido del código de la droga responsable o sustancia (**T36-T50 ENVENENAMIENTO, EFECTO ADVERSO E INFRADOSIFICACIÓN DE FÁRMACOS, MEDICAMENTOS Y SUSTANCIAS BIOLÓGICAS**), con quinto o sexto carácter 5, y con el séptimo carácter "S" de secuela.

Daño cerebral debido a una reacción alérgica a la penicilina hace nueve meses

G93.9	**Trastorno de cerebro, no especificado**
T36.0X5S	**Efecto adverso de penicilinas, secuela**

- **Secuela de un envenenamiento/efecto tóxico**: El código del tipo específico de secuela (ejemplo: daño cerebral) debe secuenciarse en primer lugar, seguido de la droga responsable o sustancia (el código de las categorías (**T36-T65**), con el séptimo carácter "S" para secuela).

Daño cerebral anóxico secundario a sobredosis accidental de Nembutal hace nueve meses

G93.1	**Lesión cerebral anóxica, no clasificada bajo otro concepto**
T42.3X1S	**Envenenamiento por barbitúricos, accidental (no intencionado), secuela**

- **Efectos crónicos:** Los efectos crónicos, a largo plazo, producidos por un medicamento recetado y que se está tomando en el momento que surgen los efectos crónicos se codifican como efectos adversos actuales.

Paciente con diabetes inducida por esteroides orales (en tratamiento crónico con los mismos)

E09.9	**Diabetes mellitus inducida por fármaco o sustancia química sin complicaciones**
T38.0X5A	**Efecto adverso de glucocorticoides y análogos sintéticos, contacto inicial**
Z79.52	**Uso prolongado (actual) de esteroides sistémicos**

Paciente con diabetes inducida por esteroides (dejó de tomarlos hace 3 meses)

E09.9	**Diabetes mellitus inducida por fármaco o sustancia química sin complicaciones**
T38.0X5S	**Efecto adverso de glucocorticoides y análogos sintéticos, secuela**

19.8 OTROS EFECTOS DE CAUSAS EXTERNAS (T66-T78)

19.8.1 ABUSO, ABANDONO Y OTROS MALOS TRATOS DEL NIÑO Y DEL ADULTO (T74)

Se debe secuenciar en primer lugar el código adecuado de las categorías **T74 Abuso, negligencia y otros malos tratos infantiles y de adultos, confirmados** o **T76 Abuso, negligencia y otros malos tratos infantiles y de adultos, sospecha** seguido de cualquier otro código de trastorno mental o lesión acompañantes.

Si la documentación de la historia clínica establece maltrato o abandono, se codifican como hechos confirmados. Se codifica como sospecha si se documenta como sospecha.

En los casos de abuso o abandono confirmado se debe añadir un código de causa externa de la sección de agresiones (**X92-Y09 Agresión**) para identificar la causa de cualquier tipo de lesiones físicas. Se debe añadir un código que identifique al agresor (**Y07 Autor de agresión, maltrato y abandono**) cuando se sabe qué persona ha perpetrado los abusos. En los casos de sospecha de maltrato o abandono, no se debe registrar código de causa externa para identificar al agresor.

Si durante un contacto se descarta un caso sospechoso de abuso, abandono o malos tratos, se deben utilizar los códigos **Z04.71 Contacto para reconocimiento médico y observación después de presuntos malos tratos físicos en el adulto** (descartado), o **Z04.72 Contacto para reconocimiento médico y observación después de presuntos malos tratos físicos en niño** (descartado). No deben utilizarse códigos de la categoría **T76 Abuso, negligencia y otros malos tratos infantiles y de adultos, sospecha**.

Si se descarta un caso sospechoso de presunta violación o abuso sexual se asignará el código **Z04.41 Contacto para reconocimiento médico y observación después de presunta violación en adulto** o el código de **Z04.42 Contacto para reconocimiento médico y observación después de presunta violación infantil**. No deben utilizarse códigos de la categoría **T76**.

Si se descarta un caso sospechoso de explotación sexual forzada o explotación laboral forzada se asignará el código **Z04.81 Contacto para reconocimiento médico y observación de víctima después de explotación sexual forzada**, o el código **Z04.82 Contacto para reconocimiento médico y observación de víctima después de explotación laboral forzada**. No debe utilizarse un código de la categoría **T76**.

Niño atendido en el servicio de urgencias por maltrato paterno confirmado tras agresión con un bate de béisbol, que presenta una laceración en el lado derecho de la frente

T74.92XA	**Maltrato infantil no especificado, confirmado, contacto inicial**
S01.81XA	**Desgarro sin cuerpo extraño de otra parte de la cabeza, contacto inicial**
Y08.02XA	**Agresión por golpe con bate de béisbol, contacto inicial**
Y07.11	**Padre biológico, autor de maltrato y negligencia**

19.9 COMPLICACIONES DE CUIDADOS (T80-T88)

Las categorías **T80 -T88 Complicaciones de la atención quirúrgica y médica, no clasificadas bajo otro concepto** permiten codificar algunas de las complicaciones de la atención médica y quirúrgica que no están clasificadas en otros capítulos. Además de las mencionadas categorías, los capítulos de sistemas orgánicos, incluyen numerosas complicaciones intraoperatorias y posprocedimiento, con códigos específicos para los órganos y estructuras de dicho sistema.

La norma general que hay que tener en cuenta para codificar cualquier complicación, es que debe estar perfectamente documentada en la historia clínica, y además debe existir una relación causal entre la complicación y el cuidado prestado.

El término complicación según se utiliza en la CIE-10-ES no implica que el problema sea consecuencia de un cuidado incorrecto o inadecuado. No hay definido ningún límite de tiempo para el desarrollo de una complicación. Ésta puede ocurrir durante el episodio de hospitalización en el que el cuidado fue proporcionado, poco después o incluso años más tarde.

19.9.1 COMPLICACIONES DE LA ATENCIÓN MÉDICA Y QUIRÚRGICA

Para la codificación de las complicaciones, es preciso revisar cuidadosamente el índice alfabético para hacer una correcta indexación. El primer paso, es buscar el término principal del diagnóstico y el subtérmino que indique la complicación.

Ejemplos:

Queratopatía bullosa secundaria a cirugía de catarata
- **Queratopatía** H18.9
- - bullosa (afáquica), después de cirugía de catarata H59.01-

Hipotiroidismo secundario a radiación
- **Hipotiroidismo** (adquirido) E03.9
- - debido a
- - - terapia de irradiación E89.0
- - postirradiación E89.0

Cuando no se puede encontrar ningún término principal para un diagnóstico dado, entonces se acudirá a la entrada **"Complicación (-es) (de) (por)"** buscando el subtérmino adecuado:

Seroma posoperatorio de cúpula vaginal, relacionado con histerectomía

Seroma - véase además Hematoma
- posintervención - véase Complicación, posintervención, seroma
Complicación (-es) (de) (por)
- posintervención - véase además Complicación, procedimiento quirúrgico
- - seroma (de)
- - - órgano o estructura genitourinaria
- - - - después de procedimiento de órgano o estructura genitourinaria N99.842

Desgarro esplénico durante colonoscopia

Complicación (-es) (de) (por)
- intraoperatoria (intraprocedimiento)
- - punción o laceración (accidental) (no intencional) (de)
- - - bazo, durante un procedimiento en]
- - - - otro órgano D78.12

Códigos de complicaciones de cuidados en los capítulos de sistemas corporales.

Como ya se ha mencionado anteriormente, los capítulos de sistemas corporales, incluyen códigos específicos para muchas complicaciones intraoperatorias y posprocedimiento de dichos sistemas corporales.

Paciente intervenido de colecistectomía laparoscópica por colecistitis aguda que es reintervenido en el posoperatorio inmediato por hemorragia del lecho quirúrgico

K81.0	**Colecistitis aguda**
K91.840	**Hemorragia posprocedimiento de un órgano o estructura de aparato digestivo después de un procedimiento de aparato digestivo**
Y83.6	**Extirpación de otro órgano (parcial) (total) como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento**

Estos códigos de capítulos deben utilizarse para las complicaciones de cuidados, **salvo que haya una indexación específica** que envíe a un código de las categorías **T80 -T88 Complicaciones de la atención quirúrgica y médica, no clasificadas bajo otro concepto**.

Dehiscencia de herida quirúrgica

Dehiscencia (de)
- herida T81.30-
- - operatoria NCOC T81.31-
- - - interna (profunda) T81.32-

Embolia mesentérica posoperatoria en relación a cirugía cardiaca

Embolia
- posoperatoria, posprocedimiento
- - arteria T81.719
- - - mesentérica T81.710

Mujer de 74 años que presenta enfisema subcutáneo posprocedimiento tras la intervención de un recambio de PTC (prótesis total de cadera)

T81.82XA Enfisema (subcutáneo) como resultado de un procedimiento, contacto inicial
Y83.1 Cirugía con implante de dispositivo interno artificial como causa de reacción anormal del paciente, o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento

El código T81.82XA, describe completamente la complicación y está indexado específicamente
Enfisema (atrófico) (ampolloso) (crónico) (interlobular) (pulmón) (obstructivo) (pulmonar) (senil) (vesicular) J43.9
- quirúrgico T81.82-
- subcutáneo (traumático) T79.7-
- - posintervención T81.82-
- - quirúrgico T81.82

En la codificación de algunas complicaciones, hay que tener mucho cuidado al seguir las instrucciones del índice alfabético. Es el caso por ejemplo de las fistulas posoperatorias. El índice alfabético tiene una entrada específica para fistula posoperatoria persistente, que es la que envía al código correcto. La instrucción que indica *véase* Fístula, por localización, en este caso, debe entenderse como una instrucción para asignar adicionalmente, el código específico de localización anatómica.

Fistula
- posoperatoria, persistente T81.83-
- - localización especificada - véase Fístula, por localización

Paciente dado de alta hace siete días del servicio de ginecología por resección de cérvix. Ingresa por fístula postoperatoria persistente vaginoperineal

T81.83XA Fístula posprocedimiento persistente, contacto inicial
N82.5 Fístulas entre tracto genital femenino y piel
Y83.6 Extirpación de otro órgano (parcial) (total) como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento

Cuando para describir completamente una complicación de cuidados, sea necesario utilizar un código de complicación de sistema orgánico y otro de las categorías **T80 -T88**, **se secuenciará en primer lugar el código que hace referencia a la complicación del sistema orgánico** específico.

Mujer en tratamiento de obesidad severa (IMC 38.4) sometida a cirugía bariátrica mediante gastrectomía tubular laparoscópica que ingresa por presentar fístula gástrica secundaria a la intervención

K95.89 Otras complicaciones de otro procedimiento bariátrico
T81.83XA Fístula posprocedimiento persistente, contacto inicial
K31.6 Fístula de estómago y de duodeno
Y83.6 Extirpación de otro órgano (parcial) (total) como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento
E66.01 Obesidad mórbida (severa) por exceso de calorías
Z68.38 Índice de masa corporal (IMC) 38.0 a 38.9, adulto

Los códigos de complicación, tanto de sistemas orgánicos como del capítulo 19 deben complementarse con otros adicionales, siempre que aporten información específica de la complicación.

Mujer de 34 años que presenta un broncoespasmo agudo debido a broncoscopia previa, para extracción de cuerpo extraño

J95.89 Otras complicaciones y transtornos posprocedimiento de aparato respiratório, no clasificados bajo otro concepto
J98.0 Broncoespasmo agudo
Y84.8 Otros procedimientos médicos como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento

Paciente dado de alta hace una semana tras apendicectomía. Ingresa por shock séptico por Enterococos secundario a absceso posoperatorio en cavidad peritoneal. El paciente presenta fracaso renal agudo secundario a la sepsis

T81.43XA Infección después de un procedimiento, zona quirúrgica de órgano y espacio, contacto inicial
T81.44XA Sepsis después de un procedimiento, contacto inicial
A41.81 Sepsis por Enterococcus
K65.1 Absceso peritoneal
T81.12XA Shock séptico después de un procedimiento, contacto inicial
N17.9 Fallo renal agudo, no especificado
Y83.6 Extirpación de otro órgano (parcial) (total) como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento

Absceso (embolico) (fistuloso) (infeccioso) (metastásico) (múltiple) (pernicioso) (piógeno) (séptico) (tejido conjuntivo) L02.91
- peritoneo, peritoneal (perforado) (roto) K65.1
- - posoperatorio T81.43

Algunos códigos de complicaciones de cuidados llevan implícito en el literal la causa externa que da origen a la complicación. En estos casos no es necesario añadir un código adicional de causa externa.

Seroma en arteria femoral tras realización de cateterismo cardiaco

I97.640 Seroma posprocedimiento de un órgano o estructura del aparato circulatorio después de cateterismo cardíaco

Las complicaciones del aborto, embarazo, parto y puerperio se clasifican en el capítulo 15 de la CIE-10-ES.

19.9.2 COMPLICACIONES DEBIDAS A LA PRESENCIA INTERNA DEL DISPOSITIVO, IMPLANTE O INJERTO

Una **complicación mecánica** es la que resulta de un fallo del dispositivo, implante o injerto, como ruptura, desplazamiento, pérdida u otro mal funcionamiento. Se clasifica por el tipo de complicación mecánica y el tipo de dispositivo de que se trate, por ejemplo, **T84.032D Aflojamiento mecánico de prótesis interna de**

articulación de rodilla derecha, contacto sucesivo, **T84.320A Desplazamiento de estimulador electrónico óseo, contacto inicial**.

Mujer de 76 años que acude al centro hospitalario por dolor en cadera derecha tras caída y es diagnosticada de luxación de prótesis interna de cadera

T84.020A Luxación de prótesis interna de cadera derecha, contacto inicial
W19.XXXA Caída, no especificada, contacto inicial

Dolor debido a dispositivos médicos

El dolor que se asocia a dispositivos, implantes o injertos que se colocan en un campo quirúrgico (por ejemplo, dolor por prótesis de cadera) se codifica con el código adecuado del capítulo 19 LESIONES TRAUMÁTICAS, ENVENENAMIENTOS Y OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS. Se encuentran códigos específicos para dolor debido a dispositivos médicos en la sección de los códigos T de CIE-10-ES. Utilice códigos adicionales de la categoría **G89 Dolor, no clasificado bajo otro concepto**, para identificar el dolor agudo o crónico debido a la presencia de dispositivo, implante o injerto (**G89.18** o **G89.28**).

Paciente que ingresa por dolor crónico relacionado con la prótesis articular de cadera derecha

T84.84XA Dolor por (debido a) prótesis, implantes e injertos ortopédicos internos, contacto inicial
G89.28 Otros tipos de dolor crónico posprocedimiento
Z96.641 Presencia de articulación de cadera derecha artificial

La codificación de **infecciones** debidas a la presencia de un dispositivo, un implante o un injerto, precisa la asignación de códigos adicionales para especificar la infección, y en su caso el germen.

Paciente que ingresa por infección de stent coronario por Escherichia Coli

T82.7XXA Infección y reacción inflamatoria por (debida a) otros dispositivos, implantes e injertos cardiacos y vasculares, contacto inicial
B96.20 Escherichia coli [E.coli] no especificado como causa de enfermedades clasificadas bajo otros conceptos
Z95.5 Presencia de angioplastia, injertos y prótesis coronarios

En el caso de traumatismos que hayan sido tratados con dispositivos de fijación interna, prótesis, implantes e injertos ortopédicos y que ingresan por una complicación de los mismos (infección, dolor, complicación mecánica, etc.), se deberá poner como diagnóstico secundario el correspondiente código del traumatismo por el que lleva el dispositivo con su correspondiente séptimo carácter de contacto.

Paciente intervenido hace 25 días de una fractura oblicua de diáfisis de tibia derecha (tras caer desde una escalera), realizándose en dicho ingreso una reducción con clavo intramedular. Acude a los seis días a urgencias por febrícula y dolor en MID, tras realizar pruebas radiológicas se observa infección de material de osteosíntesis. Se retira material de osteosíntesis, colocándose escayola en MID para consolidación de fractura y se inicia tratamiento antibiótico IV

T84.622A Infección y reacción inflamatoria por (debida a) dispositivo de fijación interna de tibia derecha, contacto inicial
S82.231A Fractura oblicua desplazada de diáfisis de tibia derecha, contacto inicial por fractura cerrada
W10.9XXA Caída (en) (de) las escaleras y escalones no especificados, contacto inicial

Para la codificación de las infecciones debidas a un catéter venoso central se deben asignar los códigos:

- **T80.211- Infección del torrente sanguíneo por (debida a) catéter venoso central**, con el séptimo carácter adecuado de episodio de cuidados.
- **T80.212- Infección local por (debida a) catéter venoso central**, también con la extensión adecuada al episodio de cuidados (si la infección por catéter es de carácter local).
- **T80.219- Infección no especificada por (debida a) catéter venoso central**, con el séptimo carácter adecuado de episodios de cuidados (si la documentación no especifica si la infección es sistémica o local).

Además, se deben asignar códigos adicionales para identificar la infección y el germen si procede.

19.9.3 COMPLICACIONES DE TRASPLANTE

19.9.3.a Complicaciones de trasplantes distintos al trasplante renal

Los códigos de la categoría **T86 Complicaciones de órganos y tejidos trasplantados**, se pueden utilizar para describir complicaciones tales como un fallo o una infección, el rechazo de órganos trasplantados y otras complicaciones relacionadas con el trasplante de órganos.

El cuarto, quinto o sexto carácter indica el órgano afectado.

Solamente se deben asignar códigos de complicación de trasplante, cuando la complicación afecta a la función del órgano trasplantado.

Al igual que en la codificación de todas las complicaciones, se necesitan dos códigos para describir completamente una complicación de trasplante, el código apropiado de la categoría T86 y un código secundario que identifique la complicación desarrollada:

- Cuando la infección esté presente se debe asignar un código para identificar la infección.

Paciente con trasplante de pulmón que contrae infección del mismo por citomegalovirus

T86.812 Infección de trasplante pulmonar
B25.9 Enfermedad por citomegalovirus, no especificada

- Enfermedad del injerto contra el huésped **D89.81-**

Enfermedad aguda de injerto contra huésped resultante de complicaciones de trasplante de médula ósea

T86.09	**Otras complicaciones de trasplante de medula ósea**
D89.810	**Enfermedad de injerto contra huésped aguda**

- Neoplasia maligna asociada a órgano trasplantado **C80.2**

Paciente trasplantado renal que se le diagnostica un tumor maligno del riñón trasplantado

T86.19	**Otra complicación de trasplante de riñón**
C80.2	**Neoplasia maligna asociada a órgano trasplantado**
C64.9	**Neoplasia maligna de riñón no especificado, excepto pelvis renal**
8000/3	**Neoplasia maligna**

- Trastorno linfoproliferativo postrasplante (TLPT) **D47.Z1**

Trastorno linfoproliferativo postrasplante intestinal

T86.858	**Otras complicaciones de trasplante intestinal**
D47.Z1	**Trastorno linfoproliferativo postrasplante (TLPT)**
9971/1	**Trastorno linfoproliferativo postrasplante, SAI**

- Las complicaciones quirúrgicas postrasplante que no se relacionan con la función del órgano trasplantado se clasifican con la complicación específica.

Paciente trasplantado de pulmón hace seis semanas ingresa por infección superficial de la herida quirúrgica

T81.41XA	**Infección después de un procedimiento, zona de incisión quirúrgica superficial, (contacto inicial)**
L08.9	**Infección local de la piel y del tejido subcutáneo, no especificada**
Y83.0	**Cirugía con trasplante de órgano entero como causa de reacción anormal del paciente, o de complicación posterior, sin mención de evento en el momento del procedimiento**
Z94.2	**Estado de trasplante de pulmón**

Las afecciones preexistentes o que se desarrollan después del trasplante, no se codifican como complicaciones a menos que afecten a la función del órgano trasplantado.

La categoría **Z94** Estado de órgano y tejido trasplantado, se utilizará en aquellos pacientes que son atendidos por una afección no relacionada con el órgano trasplantado. Nunca deben utilizarse a la vez, códigos de la categoría **Z94**, con códigos de la categoría **T86** de complicación de trasplante para el mismo órgano.

19.9.3.b Complicaciones de trasplante renal

Los pacientes que han sido sometidos a trasplante de riñón pueden presentar alguna forma de enfermedad renal crónica (ERC) debido a que el trasplante de riñón puede no restaurar completamente la función renal. No se debe asumir que una enfermedad renal leve o moderada sea una complicación o un fallo del riñón trasplantado, a menos que así lo especifique la documentación clínica.

En estos casos debemos codificar la ERC actual con el código adecuado de la categoría **N18** y el estado de trasplante, **Z94.0 Estado de trasplante renal**.

Si un riñón trasplantado presenta alguna complicación como fallo o rechazo u otra complicación diferente, debemos asignar un código **T86.1- Complicaciones de trasplante de riñón**. Si la documentación no es clara en cuanto a si el paciente tiene una complicación del trasplante, debe consultar al clínico.

Para aquellas condiciones, excepto la ERC, que afectan a la función del riñón trasplantado, se debe asignar un código de la subcategoría **T86.1 Complicaciones de trasplante de riñón** y un código secundario que identifique la complicación.

20. CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD

El capítulo 20 de la CIE-10-ES Diagnósticos permite la clasificación de eventos ambientales y circunstancias como causa de lesiones y otros efectos adversos en las secciones **V00-Y99**.

Estos códigos nunca pueden ser diagnóstico principal, por lo que serán **siempre secundarios** a un código de otro capítulo donde se recoja la naturaleza de la lesión: **A00.0-T88.9** o **Z00-Z99**. Aunque la mayor parte de las ocasiones acompañan a un diagnóstico principal del capítulo 19 Lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas, pueden utilizarse con códigos de cualquier otro capítulo de la clasificación.

La CIE-10-ES tiene su propio índice alfabético de Causas Externas ubicado tras el índice alfabético de enfermedades y la tabla de fármacos y productos químicos; en este índice los términos principales más habituales son accidente, caída, choque, golpeado, suicidio, contacto accidental, exposición (a), lugar de concurrencia, etc.

Los códigos de este capítulo pueden usarse en todos los ámbitos, ya sea hospitalización o asistencia ambulatoria y proporcionan información adicional de la causa de la lesión, generalmente para la investigación y en la evaluación de estrategias de prevención de lesiones. Aportan información adicional relacionada con:

- Mecanismo causal de la lesión
- Intencionalidad (accidente, agresión, autolisis, etc.)
- Lugar del acontecimiento
- Actividad concreta realizada en el momento de la lesión
- Tipo de actividad (sanitaria, terrorismo, militar, laboral, etc.)

20.1 NORMAS GENERALES

20.1.1 OBLIGATORIEDAD Y USO

Se utilizan con cualquier código comprendido entre **A00.0-T88.9**, **Z00-Z99**

Los códigos de causa externa, son de uso obligatorio para todos los códigos del capítulo 19, siempre que aporten información que no esté contenida en el propio literal del código de la lesión o complicación. Las intoxicaciones no precisan código de causa externa, ya que el propio código informa sobre la sustancia y la intencionalidad de su uso.

Absceso cutáneo en zona de drenaje quirúrgico (posapendicectomía) que precisa curas

T81.41XA	**Infección después de un procedimiento, zona de incisión quirúrgica superficial, contacto inicial**
L02.211	**Absceso cutáneo en pared abdominal**
Y83.6	**Extirpación de otro órgano (parcial) (total) como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento**

Queratoconjuntivitis postrasplante de córnea, por herpes virus

T86.8429	**Infección de trasplante de córnea, ojo no especificado**
B00.52	**Queratitis por herpesvirus**

Aunque se usan fundamentalmente en lesiones, también son válidos para utilizar con otro tipo de enfermedades relacionadas con causas externas como infecciones, enfermedades acaecidas durante una actividad física, o accidentes relacionados con la atención médica o quirúrgica y sus complicaciones.

Paciente diagnosticado de carcinoma hepatocelular con hepatitis C crónica debida a transfusión

C22.0	**Carcinoma de células hepáticas**
8170/3	**Carcinoma hepatocelular SAI**
B18.2	**Hepatitis vírica crónica tipo C**
Y64.0	**Sustancia médica o biológica contaminada, transfundida o infundida**

Siempre deben registrase, por lo menos, los códigos necesarios para explicar el mecanismo de producción y la intencionalidad del evento. Además, si se conocen, deben asignarse códigos de causa externa para identificar el lugar del acontecimiento, la actividad que se estaba realizando o la situación laboral (códigos de estado).

La selección del código adecuado de causa externa se realiza siguiendo el índice de causas externas y acudiendo a continuación a la lista tabular, tanto para consultar las notas de inclusión y exclusión, como para completar el código pues, los códigos que describen intencionalidad y mecanismo causal, necesitan de un 7º carácter apropiado que identifica las circunstancias del contacto según sea:

- **Contacto Inicial (A)**
- **Contacto Sucesivo (D)**
- **Secuela (S)**

Niño traído a urgencias por mordedura de perro en el muslo izquierdo al darle de comer en el jardín de su casa

S71.152A	**Mordedura abierta de muslo izquierdo, contacto inicial**
W54.0XXA	**Mordido por perro, contacto inicial**
Y92.017	**Jardín o patio de casa unifamiliar no institucional (privada) como lugar del acontecimiento de la causa externa**
Y93.K9	**Otra actividad que implique cuidado de animales**

La elección del 7º carácter debe corresponderse con el de la lesión, de tal manera que ambos indiquen exactamente la misma modalidad de contacto**:**

	7º carácter lesión	7º carácter causa externa
Contacto inicial	**A, B, C**	**A**
Contactos sucesivos	**D, E, F, G, H, J, K, M, N, P, Q, R**	**D**
Secuelas	**S**	**S**

20.1.2 CODIFICACIÓN MÚLTIPLE

Algunos de los códigos de causa externa son códigos de combinación que identifican los sucesos consecutivos que dan lugar a una lesión, por ejemplo, una caída que tiene como resultado golpearse contra un objeto. La lesión puede deberse a uno de los eventos o ambos.

Además, todos los códigos que identifican el mecanismo de producción de la lesión (**V00** a **Y33**), son códigos de combinación, en el sentido de que aclaran, tanto la causa, como la intencionalidad. Ejemplos:

- **Y22.XXX- Disparo de arma de fuego, intención no determinada**
- **V20.4XX- Conductor de motocicleta lesionado en colisión con peatón o animal en un accidente de tráfico**
- **Y04.2XX- Agresión por golpear o hacer tropezar a otra persona**

Para una descripción completa de la causa de la lesión, se deben asignar tantos códigos como sean necesarios para intentar describir lo más exhaustivamente posible tanto el mecanismo causal, como intencionalidad, lugar del acontecimiento, estado y actividad realizada en el momento del accidente. Si son dos o más causas las que provocan las lesiones, se identificará cada una de ellas.

Además, esta codificación múltiple debe de tener un valor añadido a la codificación del episodio, evitando la reiteración de códigos que no aportan información y que son redundantes.

Solamente debe constar un código de lugar de acontecimiento, un código de actividad y un código de estado de causa externa en un mismo episodio.

En los casos en los que no se pueda registrar la totalidad de códigos de causa externa, se debe asignar el código que identifique la causa/la intencionalidad o el que esté más relacionado con el diagnostico principal y posteriormente los que identifiquen el lugar, actividad o estado.

Conductor de coche que acude por herida abierta en la región frontal de la cabeza debida a un corte con el cristal del parabrisas, tras chocar contra un árbol en un accidente de tráfico

S01.00XA Herida abierta no especificada de cuero cabelludo, contacto inicial
V47.5XXA Conductor de coche lesionado por colisión con objeto fijo o estacionado en un accidente de tráfico, contacto inicial
W25.XXXA Contacto con vidrio afilado, contacto inicial
Y92.410 Calle y carretera no especificadas como lugar del acontecimiento de la causa externa

En resumen:

- Deben utilizarse tantos códigos como sea necesario para la descripción completa del suceso en el siguiente orden: mecanismo causal e intencionalidad, lugar, actividad y estado.
- Si dos sucesos causan lesiones diferentes, debe utilizarse un código del capítulo 20 para cada uno de ellos.
- Si un único suceso causa lesiones diferentes, solo debe utilizarse un código del capítulo 20. En lesiones debidas a dos o más causas, primero debe secuenciarse el código que identifique la causa que tenga relación directa con el diagnóstico principal.
- No se utilizarán cuando la información ya esté contenida en los literales de los códigos de otros capítulos.
- No deben utilizarse si no aportan información adicional al suceso.

Si se necesita más de un código de causa externa para describir completamente la causa de una lesión, la asignación de códigos de causa externa debe realizarse de acuerdo al siguiente orden de prioridades:

- En primer lugar, los códigos de causa externa para malos tratos en niños y adultos, que tienen prioridad sobre todos los demás códigos de causa externa.

A continuación

- Códigos de causa externa de terrorismo.
- Códigos de causa externa de acontecimientos cataclísmicos o catástrofes.
- Códigos de causa externa de accidentes de transporte.

Los códigos de actividad y situación personal se asignan a continuación de los códigos de causa externa que identifican la causa (intencionalidad).

El código de causa externa a registrar en primer lugar deberá corresponder con la causa de la lesión más grave debida a agresión, accidente o autolesión, siguiendo el orden jerárquico que se ha descrito anteriormente.

20.1.3 NORMAS SOBRE EL LUGAR DEL ACONTECIMIENTO

Los códigos de la categoría **Y92 Lugar del acontecimiento de la causa externa**, son códigos secundarios que se utilizan a continuación de los otros códigos de causa externa para identificar la localización del paciente en el momento de producirse la lesión o afección.

El lugar del acontecimiento solamente se utiliza una vez, en el contacto inicial. No se utiliza 7º carácter con la categoría **Y92**. Solo deberá registrarse un código de la categoría **Y92** en cada episodio. Los códigos de lugar de acontecimiento deberían utilizarse junto a códigos de actividad de la categoría **Y93 Códigos de actividad**.

No se debe utilizar el código de lugar de acontecimiento **Y92.9 Lugar no especificado o no aplicable**, si no hay información sobre dicho lugar o no es aplicable.

Paciente que acude por esguince de tobillo derecho en clase de aerobic tras repeticiones reiteradas de ejercicios de piernas

S93.401A Esguince de ligamento no especificado de tobillo derecho, contacto inicial
X50.3XXA Sobreesfuerzo por movimientos repetitivos, contacto inicial
Y92.39 Otros deportes y áreas de atletismo especificados como lugar del acontecimiento de la causa externa
Y93.A3 Ejercicio aeróbico y de escalones

20.1.4 CÓDIGO DE ACTIVIDAD

Se debe asignar un código de la categoría **Y93 Códigos de actividad**, para describir la actividad del paciente en el momento de producirse la lesión o problema de salud.

Los códigos de actividad se utilizan solamente una vez, y se asocian al contacto inicial para tratamiento. Solo deberá registrarse un código de la categoría **Y93** en cada episodio.

Los códigos de actividad deben utilizarse junto con códigos del lugar del acontecimiento, **Y92** y se secuenciarán a continuación de los códigos de causa e intencionalidad.

Los códigos de actividad no son aplicables a intoxicaciones, efectos adversos, complicaciones ni secuelas.

No utilice el código **Y93.9 Actividad, no especificada**, si no se indica la actividad.

Es apropiado utilizar un código de la categoría **Y93** con los códigos de causa y de intención si la identificación de la actividad proporciona información adicional sobre el suceso.

Paciente que acude a urgencias por esguince de la articulación metacarpofalángica del dedo medio de la mano derecha en un partido de baloncesto (golpe con el balón)

S63.652A Esguince de articulación metacarpofalángica de dedo medio derecho, contacto inicial
W21.05XA Golpeado por pelota de baloncesto, contacto inicial
Y92.310 Pista de baloncesto como lugar del acontecimiento de la causa externa
Y93.67 Baloncesto

20.1.5 NORMAS DE CODIFICACIÓN DE MALTRATO Y ABUSO

Los abusos, el abandono y los malos tratos en adultos y niños se clasifican como agresiones. Cualquier código de agresión se puede utilizar para indicar la causa externa de una lesión producida por abusos confirmados. En los casos confirmados de abusos, abandono o malos tratos, cuando se conoce al autor, el código de agresión debe ir acompañado de un código de la categoría **Y07 Autor de agresión, maltrato y abandono**.

Paciente anciano que es traído a urgencias por los servicios sociales por malnutrición moderada tras abandono de sus familiares

T74.01XA Negligencia o abandono de adultos, confirmado, contacto inicial
E44.0 Malnutrición calórico proteica moderada
Y07.499 Otro miembro de la familia, autor de maltrato y negligencia

20.1.6 NORMAS DE CODIFICACIÓN CUANDO LA INTENCIONALIDAD ES DESCONOCIDA O INDETERMINADA

Si la intencionalidad de la causa de la lesión (accidente, autolesión, agresión) no se conoce o no está especificada, se codificará como accidental. Todas las categorías de accidentes de transporte asumen la intencionalidad como accidental.

Los códigos de causa externa para acontecimientos de intencionalidad indeterminada, solamente deben utilizarse si la documentación de la historia clínica específica que no puede determinarse la intencionalidad.

20.1.7 NORMAS SOBRE LAS SECUELAS DE CAUSA EXTERNA

- Los códigos de causa externa, deben utilizarse acompañando al código de lesión en fase de secuela. En ambos códigos el séptimo carácter debe incluir una "S" que indica que se trata de una lesión residual.
- Nunca se debe de utilizar un código de secuela de causa externa con un código de lesión actual relacionada.

Paciente que acude por secuela de quemadura en muñeca derecha (se quemó con una sartén en la cocina de su casa)

T23.071S Quemadura de grado no especificado de muñeca derecha, secuela
X15.3XXS Contacto con una olla o sartén caliente, secuela

20.1.8 NORMAS DE CODIFICACIÓN DEL TERRORISMO

En caso de lesiones producidas en actos terroristas, el código de causa externa **Y38 Terrorismo**, debe registrarse como primer código de causa externa. La definición de terrorismo, se encuentra en una nota de inclusión al principio de la categoría **Y38**. Se debe utilizar un código adicional para el lugar de acontecimiento (**Y92.-**). Se puede asignar más de un código **Y38** si la lesión es resultado de más de un dispositivo terrorista.

Cuando la causa de una lesión es la sospecha no confirmada de un acto terrorista, no se deben asignar códigos de la categoría **Y38**, debiendo clasificarse como agresión.

Se debe asignar el código **Y38.9 Terrorismo, efectos secundarios**, para las afecciones que aparecen como consecuencia del acto terrorista. Este código no deberá asignarse a afecciones que sean debidas al acto terrorista inicial. Es válido asignar el código **Y38.9** con otro código de la categoría **Y38**, si existe una lesión debida al acto terrorista inicial y otra que es el resultado posterior de dicho acto terrorista.

20.1.9 ESTADO DE CAUSA EXTERNA

Los códigos de la categoría **Y99 Estado de causa externa**, indican la condición laboral de la persona afectada en el momento en que ocurrió el acontecimiento. Proporcionan información al respecto de si el evento aconteció durante actividades militares, si es un civil trabajando, o si es un individuo (incluyendo estudiantes o voluntarios) que estaba involucrado en una actividad no laboral en el momento del evento causal.

Los códigos de estado de causa externa no son aplicables a envenenamientos, efectos adversos, complicaciones o efectos tardíos.

No se debe asignar ningún código de la categoría **Y99**, si en ese contacto no son aplicables otros códigos de causa externa (causa, actividad).

El código de estado de causa externa, se utiliza solo una vez, en el encuentro inicial para el tratamiento. Solo debe ser registrado en la historia clínica un código de la categoría **Y99**.

No se debe asignar el código **Y99.9 Estado de causa externa no especificado**, si no está documentado dicho estado o condición.

20.2 CLASIFICACIÓN DE CAUSAS EXTERNAS

20.2.1 ACCIDENTES DE TRANSPORTE (V00-V99)

Un accidente de transporte es cualquier accidente en un dispositivo diseñado o utilizado principalmente para el transporte de personas o bienes de un lugar a otro e implica un vehículo en movimiento, ya sea automóvil, tren, motocicleta, bicicleta, tranvía, aeronave, embarcaciones, vehículo a pedales, los tirados por animales, etc.

Tienen la consideración de accidentes de transporte, los de todo tipo de vehículos, con o sin colisión y todo tipo de medio (terrestre, acuático, aéreo, etc.). Estos códigos reflejan el modo de transporte de la víctima y se subdividen para identificar la víctima o el tipo de evento. El vehículo se identifica con los dos primeros caracteres.

Un accidente de tráfico es cualquier accidente que ocurre en una carretera pública (por ejemplo, que se origina en, termina en, o en el que participe un vehículo que esté parcialmente en la carretera). Se supone que un accidente vehicular se ha producido en la vía pública a menos que se especifique otro lugar, con excepción de los casos de accidentes con vehículos motorizados a campo traviesa que se clasifican como accidentes no de tráfico al menos que se indique lo contrario, mientras que un accidente no de tráfico es aquel que ocurre en una vía no pública.

Ciclista tratado por presentar fractura clavicular derecha tras colisionar con un coche

S42.001A	**Fractura de parte no especificada de clavícula derecha, contacto inicial por fractura cerrada**
V13.9XXA	**Ciclista no especificado lesionado en colisión con coche, camioneta o furgoneta en un accidente de tráfico, contacto inicial**
Y92.410	**Calle y carretera no especificadas como lugar del acontecimiento de la causa externa**
Y93.55	**Montar en bicicleta**

20.2.2 OTRAS CAUSAS EXTERNAS DE LESIONES ACCIDENTALES (W00-X58)

Dentro de estas categorías clasificaremos lo siguiente:

- Caídas, resbalones, y tropiezos accidentales
- Golpes y choques contra objetos
- Accidentes causados por armas de fuegos, objetos punzantes
- Los causados por maquinaria de cualquier tipo, incluyendo la agrícola y mordeduras o contactos con animales
- Los causados por el calor y sustancias calientes como el fuego y llamas, incluyendo la asfixia o envenenamiento por incendio o combustión
- Accidentes por factores naturales y ambientales
- Accidentes causados por sumersión (ahogamientos), asfixia y cuerpos extraños (atragantamiento y aspiración de comida en tracto respiratorio)

Se debe codificar además, si se conoce, el lugar del acontecimiento (hogar, vía pública, etc.) y la actividad, salvo que ya esté implícito en los códigos de esta sección.

La mayoría de códigos de esta sección obligan a codificar un 7º carácter dependiendo de si el contacto es inicial, sucesivo, o secuela.

20.2.3 LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENCIONADAMENTE (X71-X83)

En esta sección encontraremos los códigos de las causas externas de lesiones intencionadamente autoinfligidas como lo intentos de suicidio.

A todos estos códigos se les debe de añadir un código de 7º carácter (contacto inicial, sucesivo o secuela).

20.2.4 AGRESIÓN (X92-Y08)

Son las lesiones infligidas por otras personas con la intención de herir o matar por cualquier medio. También llevan asociado un 7º carácter, dependiendo de las circunstancias del contacto.

En esta sección se incluye la categoría **Y07 Autor de agresión, maltrato y abandono** que únicamente será usada en los casos de malos tratos confirmados, acompañando a un código de la categoría **T74 Abuso, negligencia y otros malos tratos infantiles y de adultos, confirmados.**

En este caso los códigos relativos al lugar y a la actividad aportan información adicional, además de que la norma general dice que los códigos de la categoría **Y92 Lugar del acontecimiento de la causa externa** se deben de utilizar con los códigos de la categoría **Y93 Códigos de actividad.**

Joven que acude para valoración tras sufrir violación por sujeto desconocido mientras paseaba en el parque

T74.21XA	**Abuso sexual de adultos, confirmado, contacto inicial**
Y07.9	**Autor de maltrato y negligencia no especificado**
Y92.830	**Parque público como lugar del acontecimiento de la causa externa**
Y93.01	**Pasear, marchar e ir de excursión**

20.2.5 INTERVENCIÓN LEGAL Y OPERACIONES DE GUERRA (Y35-Y38)

Esta sección incluye cualquier daño sufrido como consecuencia de:

- Intervención de los agentes de la ley, estando en servicio o fuera de servicio en el momento de la intervención.
- Lesiones a personal militar y civil causado por guerra, insurrección civil y misiones tanto bélicas como de mantenimiento de la paz.
- Lesiones ocurridas en propiedades militares en tiempo de paz como resultado de ejercicios de rutina y operaciones militares.
- Terrorismo

20.2.6 COMPLICACIÓN DE ATENCIÓN MEDICA Y QUIRÚRGICA (Y62-Y84) (Ver capítulo 19)

Esta sección incluye las complicaciones de dispositivos sanitarios, procedimientos quirúrgicos y médicos como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de efecto adverso en el momento del procedimiento. Se deben secuenciar a continuación del correspondiente código de la complicación de cuidados.

Esta sección incluye:

- Fallos en las precauciones estériles de las perfusiones e infusiones
- Fallos en las dosis durante los cuidados
- Administración de sustancias contaminadas
- Realización de procedimientos equivocados
- Dispositivos asociados con efectos adversos
- Cirugía y procedimientos como causa de reacción anómala del paciente
- Fallos de suturas durante procedimiento quirúrgico
- Averías o mal funcionamiento de equipos médicos durante su uso, uso continuo o tras la colocación
- Dispositivos mal colocados

20.2.7 FACTORES COMPLEMENTARIOS RELACIONADOS CON CAUSAS DE MORBILIDAD CLASIFICADAS EN OTRO LUGAR (Y90-Y99)

Estos códigos proporcionan una información adicional, por lo que no deben ser utilizados como único código de causa externa, debiendo llevar asociados los códigos que identifiquen la causa o la intencionalidad.

En esta sección se incluyen códigos que permiten identificar:

- La evidencia de implicación del alcohol en un suceso, determinada por el nivel de alcohol en sangre (**Y90**)
- El lugar del suceso (**Y92**)
- La actividad que realizaba el paciente cuando la causa externa originó la lesión (**Y93**)
- El origen nosocomial de una afección (**Y95**)
- El estado de causa externa (**Y99**)

21. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTOS CON LOS SERVICIOS SANITARIOS

Los factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios se clasifican en el capítulo 21 de la CIE-10-ES Diagnósticos entre las categorías (**Z00-Z99**). Los códigos Z son un grupo especial de códigos que permiten registrar como "diagnósticos" o "problemas", circunstancias diferentes a las enfermedades, heridas o causas externas clasificables en las categorías **A00-Y89**. Estos códigos tienen de tres a seis caracteres.

Los códigos Z son códigos diagnósticos que indican el motivo de contacto, pero no describen el procedimiento realizado. Un código Z se debe acompañar del correspondiente código de procedimiento.

21.1 NORMAS GENERALES DE USO DE LOS CÓDIGOS Z

Hay dos circunstancias fundamentales para el uso de los códigos Z:

- Cuando una persona, que puede estar o no enferma en la actualidad, contacta con los servicios sanitarios por una razón específica como recibir atención o un servicio limitado por su afección actual, donación de un órgano o tejido, recibir vacunación profiláctica o para tratar un problema que no es en sí una enfermedad o lesión.
- Cuando alguna circunstancia o problema presente influye en el estado de salud, pero no es en sí mismo una enfermedad o lesión actual (ej. paciente portador de marcapasos).

Pueden utilizarse bien en primer lugar como diagnóstico principal o bien como códigos secundarios, dependiendo de las circunstancias del contacto.

21.2 TÉRMINOS DE LOCALIZACIÓN DE LOS CÓDIGOS Z EN EL IAE

La búsqueda en el IAE puede presentar problemas de localización de los términos de entrada, por la peculiaridad de las circunstancias contempladas en este capítulo. Los términos más frecuentes son:

Tabla 21.1 Términos de localización de códigos Z

Admisión (para)	Donante (órgano o tejido)	Problema (con) (relacionado a)
Asesoramiento (por)	Estado (de) (pos-)	Producto del parto
Atención (a)	Examen (para) (después de)	Prueba (de) (para) (por)
Ausencia (de)	Exposición (a) (sospecha de)	Recién nacido
Colocación (y ajuste) (de)	Extracción (de) (del)	Resistencia, resistente
Contacto (con)	Historia (de)	Sustitución
Cribado (para)	Incumplimiento	Tratamiento farmacológico (actual) (prolongado)
Cuidado(-s) (de) (para) (después de)	Observación (debida a) (después de) (por)	Trasplante

21.3 CATEGORÍAS DE LOS CÓDIGOS Z

21.3.1 CONTACTO/EXPOSICIÓN

La categoría **Z20** indica contacto con y (sospecha) de exposición a enfermedades transmisibles. Estos códigos se utilizan en pacientes que no muestran ningún signo o síntoma de una enfermedad, pero se sospecha que estuvieron expuestos a ella a través del contacto personal cercano con una persona infectada, o por encontrarse en un área donde la enfermedad es epidémica.

La categoría **Z77** indica un contacto con y (sospecha de) exposición peligrosa para la salud.

Los códigos de contacto/exposición se pueden utilizar como diagnóstico principal para explicar un contacto para realizar pruebas o, más frecuentemente, como códigos secundarios para identificar un riesgo potencial.

Un paciente varón de 33 años acude al médico por haber mantenido contacto con un familiar que tiene varicela. Nunca ha padecido esta enfermedad y está preocupado

Z20.820 Contacto y (sospecha de) exposición a varicela

21.3.2 INOCULACIONES Y VACUNACIONES

La categoría **Z23 Contacto para vacunación**, se utiliza en los episodios de contactos ambulatorios para inoculaciones y vacunaciones. Se añadirán códigos de procedimiento para identificar los tipos de vacunaciones administradas. Esta categoría **Z23** se puede utilizar también como código secundario si la vacunación se realiza como parte rutinaria de medidas de atención sanitaria preventiva en una consulta de salud en un lactante.

21.3.3 ESTADO (DE)

Los códigos de estado identifican que un paciente es portador de una enfermedad o bien que presenta las secuelas o efectos residuales de una enfermedad o afección previa. Incluyen aspectos tales como la presencia de prótesis o dispositivos mecánicos como resultado de tratamientos anteriores.

Un código de estado es diferente de un código de historia. El código de historia indica que el paciente ya no tiene la afección ni existen secuelas que requieran atención.

No se deben utilizar con códigos diagnósticos de otros capítulos, cuando estos incluyen la información que proporciona el código de estado. Por ejemplo, el código **Z94.1 Estado de trasplante de corazón**, no debe utilizarse junto con un código de la subcategoría **T86.2 Complicaciones de trasplante de corazón**. El código de complicación ya indica que el paciente tiene un trasplante cardiaco y el de estado no proporciona información adicional.

Para contactos cuyo objetivo es la retirada progresiva de un respirador mecánico se asigna un código de la subcategoría **J96.1 Insuficiencia respiratoria crónica**, seguido del código **Z99.11 Estado de dependencia de respirador [ventilador]**.

Los códigos/categorías de estado son:

- **Z14 Portador genético**: Esta categoría indica que una persona porta un gen asociado a una enfermedad que no tiene y no presenta riesgo de desarrollarla pero que puede transmitirse a los descendientes, que si pueden desarrollar la enfermedad.
- **Z15 Susceptibilidad genética a enfermedad**: el término "susceptibilidad genética" indica que una persona tiene un gen que aumenta el riesgo de poder desarrollar una determinada enfermedad.

  No se deben utilizar códigos de la categoría **Z15** como diagnóstico principal. Si el paciente presenta la enfermedad a la que es susceptible, y esa enfermedad es el motivo del contacto, se debe codificar en primer lugar la enfermedad actual.

  Si el paciente está en seguimiento después de haber completado el tratamiento para esta afección, y ésta ya no existe, se debe codificar en primer lugar el código de seguimiento, seguido de la historia personal y los códigos de susceptibilidad genética que correspondan. Si el propósito del contacto es un asesoramiento genético asociado a planificación familiar, se debe utilizar el código **Z31.5 Contacto para asesoramiento genético reproductivo** como diagnóstico principal, seguido de un código de la categoría **Z15** Se deben asignar códigos adicionales para cualquier tipo de historia familiar o personal, siempre que proceda.
- **Z16 Resistencia a fármacos antimicrobianos.** Este código indica que el paciente tiene una infección que es resistente al tratamiento farmacológico, asignándose el código de la infección como diagnóstico principal.
- **Z17 Estado de receptor de estrógeno.**
- **Z18 Fragmentos de cuerpo extraño retenidos.**
- **Z19 Estado de neoplasia hormonosensible.**
- **Z21 Estado de infección asintomática por virus de inmunodeficiencia humana [VIH]**. Este código indica que el paciente ha dado positivo en la prueba de VIH, pero que no ha manifestado signos ni síntomas de la enfermedad.
- **Z22 Portador de enfermedad infecciosa**. El estado de portador indica que una persona alberga los microorganismos específicos de una enfermedad sin manifestar síntomas y que es capaz de transmitir la infección.
- **Z28.3 Estado de déficit de vacunación.**
- **Z33.1 Estado de embarazo incidental**. Este es un código secundario que se utiliza solamente cuando el motivo de contacto no complica en modo alguno el embarazo. En caso contrario, es necesario un código del capítulo obstétrico.
- **Z66 No reanimación cardiopulmonar**. Este código debe ser utilizado cuando en la historia clínica del paciente se encuentre documentado el estado de no reanimación, durante su ingreso.
- **Z67 Grupo sanguíneo.**
- **Z68 Índice de masa corporal [IMC]**. Los códigos de IMC solo se deben asignar cuando haya un diagnóstico asociado (como sobrepeso u obesidad) que cumpla el criterio de diagnóstico clínico (véase capítulo A GENERALIDADES DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES 10ª REVISIÓN DIAGNÓSTICOS (CIE-10-ES Diagnósticos) en el apartado A.6 SELECCIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS SECUNDARIOS (OTROS DIAGNÓSTICOS)). **No se deben asignar códigos de IMC durante el embarazo.**

- **Z74.01 Situación de confinamiento en cama.**
- **Z76.82 Estado de espera de trasplante de órgano.**
- **Z78 Otro estado de salud especificado**. El Código **Z78.1 Estado de restricción física**, se puede utilizar cuando esté documentado por el clínico que a un paciente se le han puesto restricciones durante el episodio actual. Se debe tener en cuenta que este código no debe ser registrado cuando el clínico documenta que un paciente es inmovilizado temporalmente mientras se realiza un procedimiento.
- **Z79 Tratamiento farmacológico prolongado (actual).** Los códigos de esta categoría indican que el paciente utiliza de forma continua un fármaco prescrito (incluyendo tratamientos tales como la toma de aspirina) para el tratamiento prolongado de una afección o para uso profiláctico. No se deben utilizar en pacientes que presentan adicción a fármacos. Esta categoría no es apropiada para codificar las medicaciones de desintoxicación o los programas de mantenimiento destinados a evitar síndrome de abstinencia en pacientes con dependencia a drogas (por ejemplo, mantenimiento con metadona para la dependencia de opiáceos). En tales circunstancias debe asignarse, el código apropiado para la dependencia de drogas.

  Se debe asignar un código de la categoría **Z79** si un paciente está recibiendo medicación durante un periodo prolongado como medida profiláctica (como es el caso de la prevención de una trombosis venosa profunda) o como tratamiento para una enfermedad crónica (como la artritis) o para una enfermedad que requiere una pauta de tratamiento prolongada (como el cáncer). No se debe asignar ningún código de la categoría **Z79** para una medicación que se administra por un breve período de tiempo para tratar una lesión o enfermedad aguda (como es el caso de una pauta con antibióticos para tratar una bronquitis aguda).
- **Z88 Estado de alergia a fármacos, medicamentos y sustancias biológicas.**
- **Z89 Ausencia adquirida de miembro.**
- **Z90 Ausencia adquirida de órganos, no clasificados bajo otro concepto.**
- **Z91.0- Estado de alergia no debida a fármacos, medicamentos o a sustancias biológicas.**
- **Z92.82 Estado de posadministración de tPA (rtPA) en un centro sanitario distinto en las últimas 24 horas previas a la admisión en el centro sanitario actual.** Se debe asignar el código **Z92.82** como diagnóstico secundario, cuando se ingresa a un paciente trasladado desde otro centro y la documentación indica que se le había administrado activador de plasminógeno tisular (tPA) en las últimas 24 horas previas a la admisión en el centro actual. Esta norma se aplica incluso en los casos en que el paciente todavía está recibiendo tPA en el momento de ingresar en el centro actual. Se debe asignar en primer lugar el código correspondiente a la enfermedad para la cual se administró el tPA (tal como enfermedad cerebrovascular o infarto de miocardio).

  El código **Z92.82** solo es aplicable en la historia clínica del centro receptor del traslado y no en la historia del centro de origen.
- **Z93 Estado de estoma artificial.**
- **Z94 Estado de órgano y tejido trasplantado.**
- **Z95 Presencia de implantes e injertos cardiovasculares.**
- **Z96 Presencia de otros implantes funcionales.**

- **Z97 Presencia de otros dispositivos.**
- **Z98 Otros estados posprocedimiento**. El código **Z98.85 Estado de extracción de órgano trasplantado** se debe asignar para indicar que se ha extirpado previamente un órgano trasplantado y no debe asignarse en el mismo contacto en que se extirpa. Para dicho contacto, se debe asignar el código de la complicación que ocasiona la eliminación del órgano trasplantado.
- **Z99 Dependencia a máquinas y dispositivos de apoyo, no clasificados bajo otro concepto.**

Nota: las categorías **Z89-Z90** y **Z93-Z99** solo deben utilizarse si no hay complicaciones ni un mal funcionamiento del órgano o tejido sustituido, de la zona amputada ni de la máquina de la cual depende el paciente.

Un paciente acude para seguimiento de la hipertensión maligna con ERCT. El paciente está actualmente en diálisis. Tras la revisión se encuentra estable y volverá al cabo de 8 semanas para su seguimiento

I12.0 Enfermedad renal crónica hipertensiva con enfermedad renal crónica en estadio 5 o con enfermedad renal en estadio terminal
N18.6 Enfermedad renal en estadio terminal
Z99.2 Dependencia de diálisis renal

21.3.4 HISTORIA (DE)

Los códigos Z de historia son de dos tipos:

- **Historia personal.** Los códigos de historia personal identifican una afección médica previa que ya no existe y para la que no está recibiendo ningún tratamiento, pero que tiene posibilidad de recidiva y por tanto puede requerir una vigilancia continuada. Los códigos de historia personal se pueden utilizar en combinación con códigos de seguimiento.

- **Historia familiar**. Los códigos de historia familiar se utilizan cuando un paciente tiene uno o más miembros de la familia que han sufrido una enfermedad específica y ello hace que el paciente presente un mayor riesgo de contraer también la enfermedad. Los códigos de historia familiar pueden utilizarse en combinación con códigos de cribado, para explicar la necesidad de realizar una prueba o un procedimiento.

Los códigos de historia previa son válidos en cualquier historia clínica independientemente del motivo de la consulta. Una historia de enfermedad, aunque ya no esté presente, es una información importante que puede modificar el tipo de tratamiento prescrito.

El motivo de contacto (por ejemplo, cribado o screening, o asesoramiento) debe secuenciarse en primer lugar y los códigos de historia personal y/o familiar deben asignarse como diagnósticos adicionales.

Las categorías de códigos Z de historia son:

- **Z80 Historia familiar de neoplasia maligna primaria**
- **Z81 Historia familiar de trastornos mentales y del comportamiento**
- **Z82 Historia familiar de ciertas discapacidades y enfermedades crónicas (que conducen a discapacidad)**
- **Z83 Historia familiar de otros trastornos especificados**
- **Z84 Historia familiar de otras afecciones**
- **Z85 Historia personal de neoplasia maligna**

- **Z86 Historia personal de otras enfermedades**
- **Z87 Historia personal de otras enfermedades y afecciones**
- **Z91.4- Historia personal de trauma psicológico, no clasificado bajo otro concepto**
- **Z91.5 Historia personal de autolesión**
- **Z91.81 Historia personal de caída**
- **Z91.82 Historia personal de misión militar**
- **Z92 Historia personal de tratamiento médico**
  Excepto: **Z92.0 Historia personal de anticoncepción**
  Excepto: **Z92.82 Estado de posadministración de tPA (rtPA) en un centro sanitario distinto en las últimas 24 horas previas a la admisión en el centro sanitario actual**

Paciente de 70 años de edad que acude por enfisema. Fumador de 3 paquetes diarios hasta hace 10 años

J43.9 Enfisema no especificado
Z87.891 Historia personal de dependencia a nicotina

21.3.5 CRIBADO [SCREENING]

Un cribado es la realización de pruebas a individuos aparentemente sanos para identificar a aquellos que puedan estar enfermos o que presentan un riesgo incrementado de padecer una determinada enfermedad, con el fin de proporcionar un diagnóstico y tratamiento precoz en aquellos que den resultado positivo.

La realización de pruebas a una persona determinada para descartar o confirmar un diagnóstico de sospecha debido a la presencia de algún signo o síntoma es un estudio diagnóstico y no un cribado. En estos casos, el signo o síntoma son el motivo por el que se realiza la prueba.

Un código de cribado puede ser diagnóstico principal si el motivo del contacto es, específicamente para la prueba de detección. También se puede utilizar como código adicional cuando el cribado se realiza durante una consulta ambulatoria por otros problemas de salud. No se necesita código de cribado si dicho procedimiento es inherente al reconocimiento médico rutinario, como en el caso de un frotis de Papanicolaou que se realiza durante una exploración ginecológica rutinaria. Si se detecta una afección durante el cribado, se puede asignar el código de dicha afección como diagnóstico adicional.

Códigos/categorías Z para cribado (screening):

- **Z11 Contacto para cribado de enfermedades infecciosas y parasitarias**
- **Z12 Contacto para cribado de neoplasias malignas.**
- **Z13 Contacto para cribado de otras enfermedades y trastornos**
  Excepto: **Z13.9 Contacto para cribado, no especificado**
- **Z36 Contacto para cribado prenatal de la madre**

Paciente de 50 años de edad asintomática que acude al servicio de radiología para la realización de una mamografía bilateral dentro del programa de screening de cáncer de mama. El resultado radiológico es un grupo de microcalcificaciones en la mama izquierda

Z12.31 Contacto para mamografía de cribado de neoplasia maligna de mama
R92.0 Microcalcificaciones mamográficas

21.3.6 OBSERVACIÓN

Se utilizan en circunstancias muy limitadas, cuando una persona está en observación por sospecha de una enfermedad que finalmente se descarta. Los códigos de observación no se deben utilizar cuando está presente una lesión o enfermedad, o bien signos o síntomas relacionados con la afección sospechada, en estos casos se asignará el código de diagnóstico o síntoma.

Hay tres categorías de códigos Z de observación:

- **Z03 Contacto para observación médica de enfermedades y afecciones sospechadas que se descartan**
- **Z04 Contacto para reconocimiento médico y observación por otras razones**
  Excepto: **Z04.9 Contacto para reconocimiento médico y observación por razón no especificada**
- **Z05 Contacto para observación y evaluación del recién nacido por enfermedades y afecciones sospechadas que se descartan**

Los códigos de observación se deben utilizar principalmente como diagnóstico principal. Se puede asignar un código de observación como diagnóstico secundario, cuando el diagnóstico principal no tiene que ver con la afección por la cual se tiene al paciente en observación y que tras dicha observación queda descartada.

Se pueden utilizar códigos adicionales junto al código de observación cuando no están relacionados con la afección sospechada que ha justificado la observación.

Los códigos de la subcategoría **Z03.7 Contacto por sospecha de afecciones maternas y fetales que se descartan**, deben utilizarse bajo circunstancias muy limitadas en la historia clínica de la madre cuando el contacto se debe a una sospecha de afección materna o fetal que se descarta durante dicho contacto (por ejemplo, cuando se sospecha una enfermedad materna o fetal debido a un resultado anormal de alguna prueba). Estos códigos no se deben utilizar cuando la afección está confirmada, en esos casos se debe codificar dicha afección. Además, estos códigos no deben utilizarse si está presente una enfermedad o bien cualquier signo o síntoma relacionado con la afección o problema sospechados. Se pueden utilizar códigos adicionales solo cuando no están relacionados con la afección sospechada que está siendo evaluada. Los códigos de la subcategoría **Z03.7** no pueden ser utilizados para encuentros de cribado prenatal de la madre.

Para los contactos por una afección fetal sospechada en los que los resultados finales de las pruebas no son concluyentes, se debe asignar el código apropiado de las categorías **O35**, **O36**, **O40** u **O41**.

Gestante de 30 semanas que acude por sospecha de RPM que se descarta al ingreso

Z03.71 Contacto por sospecha de problema con la cavidad y membranas amnióticas descartado

Un paciente que cayó desde el segundo piso de su casa, mientras reparaba una ventana, está ingresado en observación. El paciente se encuentra sin ningún tipo de lesiones conocidas y es dado de alta al día siguiente en buen estado

Z04.3	**Contacto para reconocimiento médico y observación después de otro accidente**
W13.4XXA	**Caída desde, fuera de o por ventana, contacto inicial**
Y92.009	**Lugar no especificado de residencia no institucional (privada), no especificada, como lugar del acontecimiento de la causa externa**
Y93.H9	**Otra actividad relacionada con el mantenimiento de la propiedad y tierras, construcción y edificación**

21.3.7 CUIDADOS POSTERIORES

Los códigos de cuidados posteriores incluyen aquellas situaciones en las que el tratamiento inicial de una enfermedad ya se ha completado pero el paciente requiere cuidados continuados durante la fase de curación o recuperación, o para las consecuencias a largo plazo de dicha enfermedad.

Los códigos Z de cuidados posteriores no deben utilizarse si el tratamiento se dirige a una enfermedad actual y aguda. En estos casos se debe utilizar el código del diagnóstico. Son excepciones a esta norma el código **Z51.0 Contacto para radioterapia antineoplásica** y códigos de la subcategoría **Z51.1 Contacto para quimioterapia e inmunoterapia antineoplásica**, que siempre serán diagnóstico principal seguido del código de neoplasia cuando el contacto del paciente tenga como única finalidad recibir radioterapia, quimioterapia o inmunoterapia para el tratamiento de la neoplasia. Si el motivo del contacto es recibir más de un tipo de tratamiento antineoplásico, se pueden asignar juntos un código **Z51.0** y un código de la subcategoría **Z51.1**, en cuyo caso la secuencia de los códigos dependerá de las circunstancias del contacto.

Los códigos Z de cuidados posteriores tampoco deben utilizarse para cuidados posteriores de lesiones. En estos casos se asigna el código de la lesión aguda con el 7º carácter “D” (contactos sucesivos).

Los códigos de cuidados posteriores se suelen asignar en primer lugar para explicar el motivo específico del contacto, pero también se pueden utilizar como código secundario cuando además del indicado en el motivo de admisión, se proporciona un tipo de cuidado posterior que no se puede registrar con un código de diagnóstico. Un ejemplo sería el cierre de una colostomía durante un contacto para tratar otra patología.

Los códigos de cuidados posteriores deben utilizarse junto con otros códigos (de cuidado posterior o códigos de diagnóstico) para proporcionar un mayor detalle sobre las características específicas de una consulta o contacto, a no ser que la clasificación indique lo contrario.

Ciertas categorías de códigos Z de cuidados posteriores necesitan un código de diagnóstico secundario para describir la afección ya resuelta o sus secuelas. En otros casos, la afección está incluida en el literal del código.

Los códigos Z de estado, se pueden utilizar con los códigos Z de cuidados posteriores para indicar la naturaleza de dichos cuidados. Por ejemplo, el código **Z95.1 Presencia de injerto derivación aortocoronaria**, se puede utilizar junto con el código **Z48.812 Contacto para cuidados posquirúrgicos de cirugía en el aparato circulatorio**, para indicar el tipo de cirugía para el que se realizan los cuidados posteriores. No se debe utilizar un código de estado, cuando el código de cuidados posteriores ya indica el

tipo de estado posterior, como sería el caso si utilizásemos **Z43.0 Contacto para cuidados de traqueostomía**, junto con **Z93.0 Estado de traqueostomía**.

Códigos/categorías Z para cuidados posteriores:

- **Z42 Contacto para cirugía plástica y reconstructiva después de un procedimiento médico o reparación de lesión**
- **Z43 Contacto para cuidados de estomas artificiales**
- **Z44 Contacto para colocación y ajuste de dispositivos protésicos externos**
- **Z45 Contacto para ajuste y mantenimiento de dispositivo implantado**
- **Z46 Contacto para colocación y ajuste de otros dispositivos**
- **Z47 Cuidados ortopédicos posteriores**
- **Z48 Contacto para otros cuidados posprocedimiento**
- **Z49 Contacto para los cuidados que implica la diálisis renal**
- **Z51 Contacto para otros cuidados posteriores y cuidados médicos**

Paciente de 40 años colecistectomizado hace 7 días, portador de un drenaje colocado en la cirugía para drenar el líquido intraabdominal, que acude a consulta para retirada del drenaje

Z48.815 Contacto para cuidados posquirúrgicos de cirugía en el aparato digestivo
Z48.03 Contacto para cambio o extracción de drenajes

21.3.8 SEGUIMIENTO

Los códigos de seguimiento se utilizan para explicar una vigilancia continuada después de completar el tratamiento de una enfermedad, afección o lesión. Implican que la afección se ha tratado completamente y ya no existe. No deben confundirse con los códigos de cuidados posteriores ni con los códigos de lesión con séptimo carácter "D" que indican cuidados continuados para una afección que está en fase de curación o para sus secuelas. Los códigos de seguimiento pueden utilizarse junto con códigos de historia para ofrecer un panorama completo de la afección ya curada y su tratamiento. El código de seguimiento se registra en primer lugar, seguido del código de historia.

Se puede utilizar un código de seguimiento en cada una de las revisiones siempre que no se produzca una recurrencia de la afección en cuyo caso se deberá asignar el código diagnóstico de la afección en vez del código de seguimiento.

Categorías de códigos Z para seguimiento:

- **Z08 Contacto para reconocimiento médico de seguimiento después de finalizar un tratamiento de neoplasia maligna**
- **Z09 Contacto para reconocimiento médico de seguimiento después de finalizar tratamiento de afecciones distintas de neoplasia maligna**
- **Z39 Contacto para reconocimiento médico y atención materna posparto**

Paciente que acude a revisión 6 meses después de finalizar el tratamiento de quimioterapia por un carcinoma carcinoide de intestino delgado. En los resultados de las pruebas realizadas no hay evidencia de recidiva

Z08	**Contacto para reconocimiento médico de seguimiento después de finalizar un tratamiento de neoplasia maligna**
Z85.060	**Historia personal de tumor carcinoide maligno de intestino delgado**

21.3.9 DONANTES

Los códigos de la categoría **Z52 Donantes de órganos y tejidos**, se utilizan para individuos vivos donantes de sangre y otros tejidos corporales. Estos códigos son para individuos que donan a otros, así como para las auto donaciones. No se utilizan para identificar las donaciones de cadáver.

21.3.10 ASESORAMIENTO

Los códigos Z de asesoramiento se utilizan cuando un paciente o un miembro de la familia recibe consejo una vez superada una enfermedad o lesión, o bien cuando se requiere apoyo para hacer frente a problemas familiares o sociales. No se utilizan junto a un código de diagnóstico, cuando parte de esos cuidados de asesoramiento se consideran incluidos en el tratamiento estándar.

Códigos/categorías Z para asesoramiento:

- **Z30.0- Contacto para el asesoramiento y consejos generales sobre anticoncepción**
- **Z31.5 Contacto para asesoramiento genético reproductivo**
- **Z31.6- Contacto para asesoramiento y consejos generales sobre reproducción**
- **Z32.2 Contacto para instrucciones en el parto**
- **Z32.3 Contacto para instrucciones en el cuidado de los hijos**
- **Z69 Contacto con los servicios de salud mental para la víctima y el autor de malos tratos**
- **Z70 Asesoramiento en relación a la actitud, comportamiento y orientación sexual**
- **Z71 Personas que entran en contacto con los servicios de salud para otros tipos de asesoramiento y consejos médicos, no clasificados bajo otros conceptos**

  Nota: El código Z71.84 Contacto para asesoramiento de salud relacionado con viajes, se utilizará para el asesoramiento sobre riesgos y seguridad para la salud de futuros viajes**.**

  El código **Z71.85 Contacto para asesoramiento sobre seguridad de la vacunación**, se utilizará para asesorar al paciente o al cuidador sobre la seguridad de una vacuna. Este código no debe ser utilizado para el suministro de información general sobre riesgos y posibles efectos secundarios durante el contacto para la administración de vacunas de forma rutinaria.

  El código **Z71.87 Contacto para asesoramiento sobre transición de atención pediátrica a atención adulta**, debe asignarse cuando el asesoramiento de transición de pediatría a adulto es el único motivo del contacto o cuando este asesoramiento se proporciona junto con otros servicios, como el tratamiento de una enfermedad crónica. Si se producen tanto el asesoramiento de transición como el tratamiento de una afección médica durante el mismo encuentro, se deben asignar tanto el código para la(s) condicione(es) médica(s) tratada(s) como el código **Z71.87**. La secuencia de códigos depende de las circunstancias del contacto.
- **Z76.81 Visita pediátrica preparto de futuro(s) padre(s)**

21.3.11 CONTACTOS PARA SERVICIOS OBSTÉTRICOS Y REPRODUCTIVOS

Véase capítulo 15 Embarazo, parto y puerperio.

21.3.12 RECIÉN NACIDOS Y LACTANTES

Véase capítulo 16 Ciertas afecciones originadas en período perinatal.

21.3.13 RECONOCIMIENTOS MÉDICOS RUTINARIOS Y ADMINISTRATIVOS

Los códigos Z facilitan la descripción de los contactos para exploraciones de rutina, tales como una revisión médica general o reconocimientos para fines administrativos, como es el caso de un reconocimiento médico antes de incorporarse a un empleo. No se deben usar estos códigos si la exploración se realiza para diagnosticar una afección que se sospecha o para establecer un tratamiento. En tales casos, se utiliza el código de diagnóstico. Durante una exploración rutinaria, cuando se descubre un diagnóstico o una afección, se debe codificar como diagnóstico adicional. Las afecciones preexistentes y enfermedades crónicas, así como los códigos de historia pueden incluirse también como diagnósticos adicionales siempre que la exploración responda a una finalidad administrativa y no esté enfocada en ninguna afección específica.

Algunos de los códigos para reconocimientos rutinarios de salud permiten distinguir entre los casos “con” y “sin” hallazgos anormales. La asignación de códigos depende de la información que se conozca en el momento en que se codifica el contacto. Por ejemplo, si no se encontraron hallazgos anormales durante la exploración, y el contacto se codifica antes de que estén disponibles los resultados de las pruebas, es aceptable asignar el código que corresponde a “sin hallazgos anormales”. Cuando se asigna un código del tipo “con hallazgos anormales”, se deben asignar códigos adicionales para identificar los hallazgos anormales específicos.

Los códigos Z de estudios preoperatorios y de pruebas de laboratorio realizadas antes de un procedimiento, solamente deben utilizarse en aquellas situaciones en las que el paciente está siendo evaluado para la realización de un procedimiento o intervención quirúrgica pero no se administra tratamiento.

Códigos/categorías Z para reconocimientos médicos rutinarios y administrativos:

- **Z00 Contacto para reconocimiento médico general sin síntomas, ni diagnóstico de sospecha o declarado**
- **Z01 Contacto para reconocimiento médico especial sin síntomas, ni diagnóstico de sospecha o declarado**
- **Z02 Contacto para reconocimiento médico con fines administrativos**
- Excepto: **Z02.9 Contacto para reconocimientos médicos administrativos, no especificado**
- **Z32.0- Contacto para prueba de embarazo**

21.3.14 CÓDIGOS Z MISCELÁNEOS

Los códigos Z misceláneos permiten capturar cierto número de contactos asistenciales que no se pueden agrupar en ninguna de las otras categorías.

Algunos de estos códigos identifican el motivo del contacto; otros son para utilizarse como códigos adicionales ya que proporcionan información útil sobre las circunstancias que pueden afectar a los cuidados o al tratamiento de un paciente.

Extirpación profiláctica de órganos: para determinados contactos en los que de forma específica se realiza la extirpación profiláctica de un órgano (como la escisión profiláctica de mamas por susceptibilidad genética al cáncer o por historia familiar de cáncer), el código principal deberá ser un código de la categoría **Z40 Contacto para cirugía profiláctica**, seguido de los códigos que correspondan para identificar el factor de riesgo asociado (tal como la susceptibilidad genética o la historia familiar).

Si el paciente tiene un tumor maligno en cierta localización y se le realiza una extirpación profiláctica en otra localización para prevenir, una nueva neoplasia maligna primaria o la aparición de enfermedad metastásica, se debe asignar un código de neoplasia maligna además del código de la subcategoría **Z40.0 Contacto para cirugía profiláctica por factores de riesgo relacionados con neoplasias malignas**. No se debe asignar el código **Z40.0** si al paciente se le realiza la extirpación de un órgano para el tratamiento de una neoplasia, como ocurre en el caso de la extirpación de los testículos para el tratamiento de un cáncer de próstata.

Códigos/categorías Z misceláneos:

- **Z28 Vacunación no realizada y estado de déficit de vacunación**
- Excepto: **Z28.3 Estado de déficit de vacunación**
- **Z29 Contacto para otras medidas profilácticas**
- **Z40 Contacto para cirugía profiláctica**
- **Z41 Contacto para procedimientos con fines distintos a remediar un estado de salud**
- Excepto: **Z41.9 Contacto para procedimiento con fines distintos a remediar el estado de salud, no especificado**
- **Z53 Personas en contacto con los servicios de salud para procedimientos y tratamiento específico, no realizados**
- **Z72 Problemas relacionados con el estilo de vida**
- **Z73 Problemas relacionados con dificultad en el control de la vida**
  Nota: estos códigos deben ser asignados cuando la documentación especifica que el paciente tiene un problema asociado
- **Z74 Problemas relacionados con el proveedor de cuidados a persona dependiente**
- Excepto: **Z74.01 Situación de confinamiento en cama**
- **Z75 Problemas relacionados con las instalaciones médicas y otros servicios de salud**
- **Z76.0 Contacto para prescripción repetida**
- **Z76.3 Persona sana que acompaña a persona enferma**
- **Z76.4 Otros usuarios de servicios sanitarios**
- **Z76.5 Persona que finge enfermedad [simulación consciente]**
- **Z91.1- Falta de cumplimiento del paciente del tratamiento y régimen médico**
- **Z91.83 Vagabundeo en enfermedades clasificadas bajo otro concepto**
- **Z91.84- Factores de riesgo de salud bucodental**
- **Z91.89 Otros factores específicos de riesgo personal, no clasificados bajo otro concepto**

21.3.15 CÓDIGOS Z INESPECÍFICOS

Ciertos códigos Z son tan inespecíficos, o potencialmente redundantes con otros códigos de la clasificación, que puede haber escasa justificación para utilizarlos en el ámbito de hospitalización. Su uso

en el ámbito ambulatorio debe limitarse a aquellos casos en que no hay más documentación que permita una codificación más precisa. Por otro lado, se debe utilizar cualquier signo o síntoma, o cualquier otro motivo de consulta que pueda ser codificado.

Códigos/categorías Z inespecíficos:

- **Z02.9 Contacto para reconocimientos médicos administrativos, no especificado**
- **Z04.9 Contacto para reconocimiento médico y observación por razón no especificada**
- **Z13.9 Contacto para cribado, no especificado**
- **Z41.9 Contacto para procedimiento con fines distintos a remediar el estado de salud, no especificado**
- **Z52.9 Donante de órgano o tejido no especificado**
- **Z86.59 Historia personal de otros trastornos mentales y del comportamiento**
- **Z88.9 Estado de alergia a fármacos, medicamentos y sustancias biológicas no especificadas**
- **Z92.0 Historia personal de anticoncepción**

21.3.16 DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD

Los códigos de determinantes sociales de la salud (SDOH) que describen problemas sociales, condiciones o factores de riesgo que influyen en la salud de un paciente deben asignarse cuando esta información se documente específicamente en la historia clínica del mismo. Deben utilizarse tantos códigos SDOH como sean necesarios para describir todos los problemas sociales, condiciones o factores de riesgo documentados durante el episodio de atención actual.

Para los determinantes sociales de la salud, que la CIE-10-ES recoge en las categorías **Z55-Z65 Personas con riesgos potenciales de salud relacionados con su situación socioeconómicas y psicosocial**, la asignación de códigos puede basarse en la documentación clínica registrada por otros profesionales de la salud involucrados en el episodio de cuidados del paciente, distintos al médico responsable, ya que representa información social en lugar de diagnósticos médicos.

La documentación aportada por el paciente se puede usar también para la asignación de códigos de determinantes sociales de la salud, siempre que el médico u otro profesional de la salud la haya validado e incorporado a la historia clínica del paciente.

Por ejemplo, si la documentación del profesional de la salud indica que el paciente expresó preocupaciones sobre el acceso y la disponibilidad de alimentos estaría respaldada la asignación del código **Z59.41 Inseguridad alimentaria**. De manera similar, si la documentación del registro médico indica que el paciente no tiene hogar se podría asignar un código de la subcategoría **Z59.0- Persona sin hogar**.

Por otro lado, un paciente que vive solo puede sufrir una lesión aguda que afecte temporalmente su capacidad para realizar actividades rutinarias de la vida diaria. Cuando esto se documente como tal, estaría justificada la asignación del código **Z60.2 Problemas relacionados con vivir solo**. Sin embargo, el simple hecho de vivir solo, sin documentación de un riesgo o necesidad insatisfecha de asistencia en el hogar, no respaldaría la asignación del código **Z60.2**.

Los códigos sobre determinantes sociales de salud se recogen principalmente en las siguientes categorías:

Z55 Problemas relacionados con educación y alfabetización
Z56 Problemas relacionados con empleo y desempleo
Z57 Exposición ocupacional a factores de riesgo
Z58 Problemas relacionados con el entorno físico

Z59 Problemas relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas
Z60 Problemas relacionados con el entorno social
Z62 Problemas relacionados con la crianza
Z63 Otros problemas relacionados con grupo de apoyo primario, incluyendo circunstancias familiares
Z64 Problemas relacionados con ciertas circunstancias psicosociales
Z65 Problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales

22. CÓDIGOS PARA PROPÓSITOS ESPECIALES

Los códigos para propósitos especiales se clasifican en el capítulo 22 de la CIE-10-ES Diagnósticos entre las categorías **U00-U85**.

Este capítulo contiene una única sección la **U00-U49 ASIGNACIÓN PROVISIONAL DE NUEVAS ENFERMEDADES DE ETIOLOGÍA INCIERTA O DE USO DE EMERGENCIA**. Los códigos de esta sección son utilizados para la asignación provisional de nuevas enfermedades de etiología incierta.

En la actualidad contiene dos códigos en la categoría **U07 Utilización de emergencia del U07**

U07.0 Trastornos relacionados con el vapeo
U07.1 COVID-19

Y un código en la categoría **U09 Afección pos-COVID-19**

U09.9 Afección pos-COVID-19, no especificada

22.1 NORMAS GENERALES DE USO DE LOS CÓDIGOS U

Los códigos hasta ahora desarrollados en este capítulo, tienen asociada normas específicas de codificación, que están detalladas en otros capítulos.

U07.0 Trastornos relacionados con el vapeo (Véase punto 10.17 Trastornos relacionados con el vapeo, dentro del Capítulo 10 de este manual)

U07.1 COVID-19 (Véase punto 1.8 Infección por coronavirus COVID-19, dentro del Capítulo 1 de este manual)

U09.9 Afección pos-COVID-19, no especificada (Véase punto 1.8.14 Afección pos COVID-19)

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad. Clasificación Internacional de Enfermedades. 10ª revisión. Modificación Clínica. Tomo I: Diagnósticos. 5ª edición. Madrid: Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática-Boletín Oficial del Estado; Enero de 2024. Disponible en: https://www.eciemaps.sanidad.gob.es/documentation
2. Ministerio de Sanidad. Clasificación Internacional de Enfermedades. 10ª revisión. Sistema de Clasificación de Procedimientos. Tomo II: Procedimientos. 5ª edición. Madrid: Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática-Boletín Oficial del Estado; Enero de 2024.
   Disponible en: https://www.eciemaps.sanidad.gob.es/documentation
3. Unidad Técnica de Codificación CIE-10-ES. Cuadernos de Codificación. Números 1-15 [Internet]. 2016-2023.Disponible en: https://www.eciemaps.sanidad.gob.es/documentation
4. American Hospital Association (AHA). Coding Clinic for ICD-10-CM/PCS. Chicago: 2012-2023
5. The Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) and the National Center for Health Statistics (NCHS). ICD-10-CM Official Guidelines for Coding and Reporting [Internet]. 2022. Disponible en: https://www.cms.gov/files/document/fy-2023-icd-10-cm-coding-guidelines-updated-01/11/2023.pdf
6. Equipo de Expertos en Ciencias de la Salud. Demencia mixta: causas, síntomas y tratamientos [Internet]. Universidad Internacional de Valencia. 2017 [citado 13 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros-expertos/demencia-mixta-causas-sintomas-y-tratamientos
7. Sociedad Española de Neurología. Guía oficial de práctica clínica en demencia [Internet]. Ediciones SEN; 2018. Disponible en: https://www.sen.es/pdf/guias/Guia_Demencias_2018.pdf
8. Consenso ESC 2018 sobre la cuarta definición universal del infarto. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2019 [citado 13 de junio de 2023];72(1):72.e1-72.e27. Disponible en: https://www.revespcardiol.org/es-consenso-esc-2018-sobre-cuarta-articulo-S0300893218306365
9. Cohen MG, Pascual M, Scirica BM, Ohman EM. Metas terapéuticas en pacientes con angina refractaria crónica. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2010;63(5):571-582. Disponible en: 10.1016/S0300-8932(10)70120-2

GOBIERNO
DE ESPAÑA
MINISTERIO
DE SANIDAD

www.sanidad.gob.es