

Manual de Codificación

CIE-10-ES Diagnósticos. Edición 2020

Manual de Codificación

CIE-10-ES Diagnósticos. Edición 2020



Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL
SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA
CENTRO DE PUBLICACIONES
PASEO DEL PRADO, 18 - 28014 Madrid

NIPO (línea): 731-19-113-7

Imprime: Gráficas Naciones, S.L.
C/Guadiana, 8
28110 ALGETE (Madrid)

<http://cpage.mpr.gob.es>

Manual de Codificación

CIE-10-ES Diagnósticos. 3 Edición. 2020



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, CONSUMO
Y BIENESTAR SOCIAL

COORDINACIÓN Y DIRECCIÓN EDITORIAL

M^a Dolores PASTOR SANMILLÁN. *MSCBS*

Susana PATO ALONSO. *Colaborador externo MSCBS.*

Antonio RUIZ POLONIO. *Colaborador externo MSCBS.*

Subdirección General de Información Sanitaria. MSCBS

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

M^a 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 Y DE LA APÓFISIS MASTOIDE

Maria Soledad QUEVEDO CASTELLANOS. *Colaboradora del MSCBS*

CAPÍTULO 9.- ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO

Javier MARIÑAS DÁVILA. *Colaborador del MSCBS*

CAPÍTULO 10.- ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO

M^a 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 MSCBS*

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 MSCBS*

CAPÍTULO 17.- MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS

Gemma GELABERT COLOMÉ. *Colaboradora del MSCBS*

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

M^a José SANTOS TERRÓN. *Unidad Técnica CIE-10-ES*

CAPÍTULO 21.- FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS SANITARIOS

M^a Paz PARRAS PARTIDO. *Unidad Técnica CIE-10-ES*

REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS CONTENIDOS DE LA 3ª EDICIÓN CIE-10-ES. 2020 (ICD10CM FY 2018 Y 2019)

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

Dolores SILVA MANZANO. *Unidad Técnica CIE-10-ES*
Aranzazu PISANO BLANCO. *Unidad Técnica CIE-10-ES*

CAPÍTULO 5.- TRASTORNOS MENTALES Y DE COMPORTAMIENTO

M^a Gala GUTIÉRREZ MIRAS. *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

Maria Soledad QUEVEDO CASTELLANOS. *Colaboradora del MSCBS*

CAPÍTULO 9.- ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO

Javier MARIÑAS DÁVILA. *Colaborador del MSCBS*

CAPÍTULO 10.- ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO

M^a 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 MSCBS*

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

Susanna GELABERT BADEL. *Unidad Técnica CIE-10-ES*
Gemma GELABERT COLOMÉ. *Colaboradora del MSCBS*

CAPÍTULO 17.- MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS

Susanna GELABERT BADEL. *Unidad Técnica CIE-10-ES*

Gemma GELABERT COLOMÉ. *Colaboradora del MSCBS*

CAPÍTULO 18.- SÍNTOMAS, SIGNOS Y RESULTADOS ANORMALES DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS, NO CLASIFICADOS BAJO OTRO CONCEPTO

Pilar PALAU MUÑOZ. *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*

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	13
UNIDAD TÉCNICA CIE-10-ES.....	14
NOTA DE EDICIÓN	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.....	51
2. NEOPLASIAS	64
3. ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN AL MECANISMO INMUNOLÓGICO	85
4. ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	93
5. TRASTORNOS MENTALES Y DE COMPORTAMIENTO	103
6. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO.....	115
7. ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	131
8. ENFERMEDADES DEL OÍDO Y APÓFISIS MASTOIDEA	141
9. ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO	147
10. ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO	167
11. ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO.....	185
12. ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO.....	215
13. ENFERMEDADES DEL APARATO MUSCULOESQUELÉTICO Y DEL TEJIDO CONECTIVO	221
14. ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO	231
15. EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	247
16. CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL.....	265
17. MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS.....	275
18. SÍNTOMAS, SIGNOS Y RESULTADOS ANORMALES DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS, NO CLASIFICADOS BAJO OTRO CONCEPTO.....	279
19. LESIONES, ENVENENAMIENTOS Y OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS	289
20. CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD	313
21. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTOS CON LOS SERVICIOS SANITARIOS.....	323

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 Conjunto Mínimo Básico de datos (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 2020, incorpora algunos cambios que se han producido en estos dos últimos años. Estos cambios se deben bien a la creación de nuevos códigos que precisan una explicación en su aplicación, bien a cambios 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
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 este último, por la Subdirección de Información Sanitaria y Evaluación (Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad).

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 3ª Edición 2020).
- 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 nacionales como autonómicos.
- 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 MSCBS.
- 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, y en la coordinación de equipos de codificación clínica, en evaluaciones del CMBD realizadas por organismos oficiales.

UNIDAD TÉCNICA CIE-10-ES 2019

Jesús TRANCOSO ESTRADA

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

M^a. Dolores DEL PINO JIMÉNEZ

Representante de la Comunidad Autónoma de Aragón en la UT-CIE-10-ES

Aranzazu PISANO BLANCO

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

Fernando María VARELA NOREÑA

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

Ángel RÍO VARONA

Representante de la Comunidad Autónoma de Cantabria en la UT-CIE-10-ES

M^a. Paz PARRAS PARTIDO

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

Paula ASENSIO VILLAHUZ

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

Susanna GELABERT BADELL

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

Belén BENEÍTEZ 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

M^a Ángeles LÓPEZ 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

Idoia ANSO BORDA

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

Pilar PALAU MUÑOZ

Representante de la Comunidad Autónoma de Valencia en la UT-CIE-10-ES

Carolina CONEJO GÓMEZ

Representante de la SEDOM en la UT-CIE-10-ES

M^a. Carmen SALIDO CAMPOS.

Colaborador MSCBS. UT-CIE-10-ES

Susana PATO ALONSO

Colaborador MSCBS. UT-CIE-10-ES

Antonio RUIZ POLONIO

Colaborador MSCBS. UT-CIE-10-ES

Dolores PASTOR SANMILLÁN

MSCBS. Coordinadora Unidad Técnica 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 2020.

Para la identificación de los cambios que se han producido en la edición de 2020, 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 MSCBS 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://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/metabuscador.html>

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, cardíaca - véase Insuficiencia, cardíaca

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
- - especificado NCOOC 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 Q21.2
- 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 21 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)

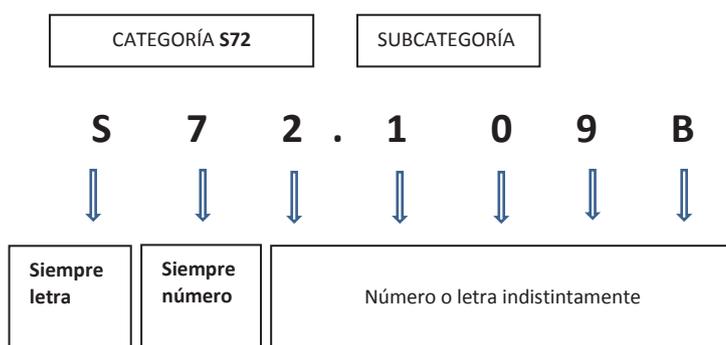
Las **categorías** constan de tres caracteres siendo siempre el primero de ellos un carácter alfabético (cualquier letra excepto la “U”) y el segundo un carácter numérico (número). De forma general, cada capítulo está identificado por este primer carácter alfabético (letra) aunque

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” se reserva para la asignación provisional a enfermedades de etiología desconocida o en investigación. 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.

I32 Pericarditis en enfermedades clasificadas bajo otro concepto

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.

000.8 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 cardíacas

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, 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, 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 (D.P.)**

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 (D.S.)**

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, puntuación, 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 o 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.

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 D.P.: 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.

D.P.: **L40.50 Artropatía psoriásica, no especificada**

D.S.: **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.

D.P.: Sospecha de quiste de cuerpo lúteo hemorrágico

N83.10 Quiste de cuerpo lúteo de ovario, lado no especificado

Existen excepciones a esta norma: la Infección VIH/SIDA, la Gripe Aviar (H5N1), la Gripe A2009 H1N1, 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.4.2).

Paciente que ingresa por sospecha de adenitis mesentérica que no se confirma tras las exploraciones realizadas.

D.P.: Sospecha de adenitis mesentérica

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 de enfermedades y afecciones sospechadas que se descartan** o **Z05 # y evaluación del recién nacido por enfermedades y afecciones**

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.

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:

D.P.: 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 fractura de cadera derecha.

M21.751 Longitud desigual de extremidades (adquirida), fémur derecho
S72.001S Fractura de parte no especificada de cuello de fémur derecho, secuela
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

I69.391 Disfagia tras infarto cerebral
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

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

003.9 Aborto espontáneo completo o no especificado sin complicación

- En caso de no producirse dicha amenaza, se debe consultar el IAE para determinar si dicha 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.

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.

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.

D.P.: **E85.4 Amiloidosis limitada a un órgano**

D.S.: ***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

D.P.: **K31.84 Gastroparesia**

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

D.P.: **M34.9 Esclerosis sistémica, no especificada**

D.S.: **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.

D.P.: **Q90.9 Síndrome de Down, no especificado**

D.S.: **Q12.0 Catarata congénita**

D.S.: **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 cardíaca sistólica crónica descompensada.

I50.23 Insuficiencia cardíaca 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.

D.P.: 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.

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.

D.P.: 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.

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.

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 MÉDICA Y DE OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD

La asignación de códigos se basa en la documentación del **facultativo responsable** (médico u otro profesional cualificado con responsabilidad legal para establecer el diagnóstico del paciente). Hay unas pocas excepciones, tales como los códigos de índice de masa corporal (IMC), profundidad de úlceras crónicas no debidas a la presión y los estadios en las úlceras por presión, escala de coma y escala de ictus NIH (NIHSS) en los que 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 o úlcera por presión) 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 de coma y escala de ictus 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.

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.

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 D.P

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 unas 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.

D.P.: N83.00 Quiste folicular de ovario lado no especificado

D.S.: 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 están 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 2º 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://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/metabuscador.html>

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.

Y95 Afección nosocomial. Se clasifica en el Capítulo 20.

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

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 NCOO

-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 secuencian 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* metilín 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 (funguemia). 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 $>38^{\circ}\text{C}$ o hipotermia $<36^{\circ}\text{C}$.
- Frecuencia cardíaca >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 $>12.000/\text{mm}^3$ o leucopenia $<4.000/\text{mm}^3$, 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 diagnóstico 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. Ingresar 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.

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 (>38,5°C) 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. Tiph
- 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 A, la gripe aviar y la infección por virus Zika, 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) y la infección por VIH sintomática.
- 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**

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]**

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 > 18 meses, 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, la gripe A y la gripe aviar, 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**

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 acudir 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 6º dígito 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 vellosa 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 transversal

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.

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, hematooyéticos 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 Waldeström**
CIE-O-3.1 **9761/3 Macroglobulinemia de Waldeström**

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, insulinooma, glucagonoma, somatostatinooma, 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 **C79.51 Neoplasia 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 endometriode 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 endometriode 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 asocian 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. La CIE-10-ES no tiene entrada en el índice alfabético para esta circunstancia, el código adecuado debe ser **R79.89 Otros hallazgos anormales especificados en la bioquímica sanguínea**.

Trombocitosis secundaria a artritis reumatoide

R79.89 Otros hallazgos anormales especificados en la bioquímica sanguínea
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 asignara 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, **D75.82 Trombocitopenia inducida por heparina (TIH)**. 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**, y deberán ir acompañados de un código adicional 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.

Trombocitopenia secundaria a sobredosis accidental de heparina

T45.511A Envenenamiento por anticoagulantes, accidental (no intencionado), contacto inicial
D75.82 Trombocitopenia inducida por heparina (TIH)

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

M31.1 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**.

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 o ésta 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 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**, o **Z79.84 Uso prolongado (actual) de medicamentos hipoglucemiantes orales** si la diabetes mellitus está siendo tratada con insulina o hipoglucemiantes orales. Si la paciente está en tratamiento con ambos medicamentos, solo se registrará el código de tratamiento con insulina.

Embarazada 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** o **Z79.84 Uso prolongado (actual) de medicamentos hipoglucemiantes orales**, 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 sin presentar otro tipo de problema en el momento actual

O24. 419 Diabetes mellitus gestacional en el embarazo, con control no especificado
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, 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 orales. 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 o de antidiabéticos orales 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 o de antidiabéticos orales 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 o de antidiabéticos orales 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 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.OX5D 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

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. 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

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

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 aquellas 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

Un mal funcionamiento de dicha bomba puede dar lugar a una infradosificación o a una sobredosis de insulina.

Tabla 4.3 Complicaciones de la bomba de insulina

CAUSA	NORMAS DE CLASIFICACIÓN
INFRADOSIFICACIÓN	<p>Precisa codificación múltiple:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 mellitus y las posibles complicaciones asociadas a la infradosificación.
SOBREDOSIFICACIÓN	<p>Precisa codificación múltiple:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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- Envenenamiento por insulina y fármacos hipoglucemiantes [antidiabéticos] orales, accidental (no intencionado). - Asignar código adicional para el tipo de diabetes mellitus y 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 e hipoglucemiantes orales:
 - 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**. Debe asignarse un código adicional de la categoría **Z79** para identificar el uso prolongado (actual) de insulina o hipoglucemiantes orales. Si el paciente es tratado con ambos, medicación oral e insulina, solo debe registrarse el uso de insulina. 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**.

• 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 y E16**. 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

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 clasificados 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

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

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 Demencia por cuerpos de Lewy

F02.80 Demencia en otras enfermedades clasificadas bajo otro concepto, sin alteración del comportamiento.

Clasificación de las demencias:

- 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.

Es importante diferenciar entre **Demencia vascular (F01.5-)** 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**.

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.

5.1.2 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

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.

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

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-) se deben utilizar solo, cuando el consumo esté asociado a una alteración, mental o del comportamiento, y esa relación esté documentada por el clínico.

5.2.1.d Síndrome de abstinencia

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.

Paciente, en tratamiento con morfínicos 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
Z79.891 Uso prolongado (actual) de analgésicos opiáceos
G89.29 Otro dolor crónico

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.

Niño que acude a urgencias con intoxicación accidental de marihuana

T40.7X1A Envenenamiento por cannabis (derivados) accidental (no intencionado), contacto inicial

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).

Somnolencia en paciente con embriaguez y tratamiento crónico con benzodiazepinas

T51.0X1A Efecto tóxico de etanol, accidental (no intencionado), contacto inicial
T42.4X1A Envenenamiento por benzodiazepinas, 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 del alcohol (alcoholismo) con intoxicación alcohólica aguda (borrachera, embriaguez, resaca, etc.)	F10.229 Dependencia de alcohol con intoxicación, no especificada
Dependencia del 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	F10.230-F10.239 Dependencia de alcohol 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 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

CIRCUNSTANCIAS	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 (deshabitación)

La dependencia puede tratarse con técnicas de desintoxicación, rehabilitación (deshabitación) 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 deshabitación 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 HUMOR (AFECTIVOS)

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 maniaco-depresivo, psicosis maniaco-depresiva, reacción maniaco-depresiva, psicosis circular. 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: **F32.9 Trastorno depresivo mayor, episodio único, no especificado**

- **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 suicidio o autolesión como **Z91.5 Historia personal de autolesión**

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

5.7 TRASTORNO FACTICIO

El trastorno facticio autoprovocado o síndrome de Münchhausen 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 Münchhausen 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. Las meningitis también pueden deberse a una enfermedad inflamatoria como el lupus, a 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 metilina

G00.3 Meningitis estafilocócica

B95.62 Infección por *Staphylococcus aureus* resistente a metilina 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 candidas**; **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**; **A84.8 Otras encefalitis virales transmitidas por garrapatas** (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.

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 Atrofas sistémicas que afectan principalmente al SNC**).

Las Ataxias se recogen en la categoría **G11 Ataxia hereditaria**; pueden ser hereditarias como la Ataxia de Friedreich, o la Enfermedad de Machado-Joseph (**G11.1**) 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).

Paciente que ingresa por disfagia, siendo diagnosticado de esclerosis lateral amiotrófica:

G12.21	Esclerosis lateral amiotrófica
R13.10	Disfagia, no especificada

6.3 TRASTORNOS EXTRAPIRAMIDALES Y DEL MOVIMIENTO (G20-G26)

6.3.1 ENFERMEDAD DE PARKINSON Y OTROS PARKINSONISMOS

La Enfermedad de Parkinson 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**.

La CIE-10-ES distingue dos situaciones diferentes cuando se asocia con demencia:

La Enfermedad de Parkinson, propiamente dicha, o sus posibles sinónimos si se acompaña de demencia se codifica: **G20 Enfermedad de Parkinson** y además se añadirá un código de la subcategoría **F02.8- Demencia en otras enfermedades clasificadas bajo otro concepto**, para indicar 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 diagnosticado de Enfermedad de Parkinson

G20	Enfermedad de Parkinson
------------	--------------------------------

Cualquier otra forma de parkinsonismo asociado con demencia (con, debido a, en), debe codificarse como **G31.83 Demencia por cuerpos de Lewy** (demencia con parkinsonismo) y además se codificará también la existencia o no de alteración de la conducta, utilizando un código de la subcategoría **F02.8- Demencia en otras enfermedades clasificadas bajo otro concepto**.

Paciente diagnosticado de parkinsonismo con demencia

G31.83	Demencia por cuerpos de Lewy
F02.80	Demencia en otras enfermedades clasificadas bajo otro concepto, sin alteraciones del comportamiento

El parkinsonismo secundario se clasifica en la categoría **G21**. 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-**).

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

En el parkinsonismo secundario a otros agentes externos (**G21.2**), debe secuenciarse primero el agente tóxico, categorías **T51-T65**.

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, si existe demencia requiere un código de la subcategoría **F02.8- Demencia en otras enfermedades clasificadas bajo otro concepto**, que añadirá un quinto carácter para indicar si cursa o no con alteraciones de la conducta.

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 con el mismo código que “demencia con parkinsonismo” o “parkinsonismo con demencia”: **G31.83 Demencia por cuerpos de Lewy**. Una nota *Excluye 1* en las categorías **G20 Enfermedad de Parkinson** y **G21 Parkinsonismo**

secundario para el código **G31.83**, impide que se asigne junto a los códigos de estas dos categorías.

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, sin alteración del comportamiento

Demencia con alteración de conducta debido a Alzheimer tardío:

G30.1 Enfermedad de Alzheimer de comienzo tardío
F02.81 Demencia en otras enfermedades clasificadas bajo otro concepto, con alteraciones del comportamiento

Enfermedad de Alzheimer con delirio:

G30.9 Enfermedad de Alzheimer no especificada
F02.80 Demencia en otras enfermedades clasificadas bajo otro concepto, sin alteración del comportamiento
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 (medicamento)", 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 de unos 40 minutos de duración, resistente al tratamiento

O99.351 Enfermedades del sistema nervioso que complican el embarazo, primer trimestre

G40.211 Epilepsia (focal) (parcial) sintomática relacionada con la localización y síndromes epilépticos con crisis parciales complejas, intratable, con 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** si tienen un calificativo que haga referencia a su origen epiléptico.

Hay algunos tipos de epilepsia que han pasado a tener un código específico; es el caso del Síndrome de Lennox-Gastaut (LGS). Es una variante de la epilepsia infantil de difícil manejo, que presenta clínica de convulsiones frecuentes y diversas, acompañada a menudo de retraso mental y con un deterioro neurológico progresivo **G40.81- Síndrome de Lennox-Gastaut**.

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 sin ningún tipo de especificidad se clasifica en **R51 Cefalea**.

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 cefalea inespecífica o el dolor de cabeza NEOM, se clasifican bajo el código **R51 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 transmisión 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 a 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 Hemiplejía y hemiparesia**, **G82 Paraplejía (paraparesia) y tetraplejía (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 tri paresia:** se encuentran afectados tres miembros.
- **Tetraplejía, tetraparesia, cuadriplejía o cuadriparesia:** los cuatro miembros están afectados.

La categoría **G81** solo debe utilizarse cuando se documenta una hemiplejía (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 hemiplejía.

En las categorías **G81** y **G83** (**G83.1 Monoplejía de extremidad inferior**, **G83.2 Monoplejía de extremidad superior** y **G83.3 Monoplejía no especificada**), el quinto carácter identifica qué lado de la persona 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 hemiplejía completa izquierda

I63.311 **Infarto cerebral debido a trombosis de arteria cerebral media derecha**
G81.92 **Hemiplejía 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** 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.e. 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** 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** 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 deben 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** 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 diagnóstico 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 síndrome de dolor central (**G89.0**) como el síndrome de dolor crónico (**G89.4**) 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	Tetraplejía, 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 (G93-G95)

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 se clasifican en esta sección. Por ejemplo:

- Encefalopatía tóxica (**G92**) (tóxica metabólica). Incluye la instrucción de codificar primero (**T51-T65**) el agente tóxico.
- Encefalopatía hepática (coma hepático). Con entrada en el IAE por fallo hepático con coma: **K72.91 Insuficiencia hepática, no especificada, con coma** (coma hepático NEOM).
- Encefalopatía de Wernicke (**E51.2**).

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.

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. También transmite impulsos para el sistema endocrino.

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. Se clasifica en la subcategoría **H00.1 Chalazión** según su localización. Si la glándula de Meibomio está infectada, se codificará como **H00.02- Orzuelo interno**.

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 del 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 Otros trastornos que afectan a la función del párpado**.

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 párpado**, 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).

Paciente afecto de miastenia que ingresa para corrección de ptosis miógena bilateral

H02.423 Ptosis miógena de párpado, 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 patología conjuntival se clasifica en las categorías **H10 Conjuntivitis** y **H11 Otros trastornos de conjuntiva**

7.5.1 PINGÜECULA

La pingüecula es un nódulo amarillento y pequeño en la conjuntiva cerca de la córnea. No hay que confundirla con la pingueculitis que se produce por infección o inflamación de la pingüecula. La codificación es diferente en cada caso: **H11.15- Pingüecula**, **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 parte blanca del ojo hacia el tejido de la córnea de forma triangular. Se clasifica en la subcategoría **H11.0 Pterigión del ojo**, donde el quinto carácter especifica el tipo y el sexto la localización. De estos códigos el más importante es el **H11.06- Pterigión ocular recurrente (recidivado) (L)**.

Paciente que ingresa para intervención quirúrgica de pterigión recurrente de ojo izquierdo

H11.062 Pterigión ocular recurrente (recidivado) (L), ojo izquierdo

7.6 TRASTORNOS DE LA ESCLERÓTICA, CÓRNEA, IRIS Y CUERPO CILIAR (H15-H22)

7.6.1 QUERATITIS

Es una inflamación que afecta a la córnea. Suele producir intenso dolor ocular, enrojecimiento del polo anterior del ojo, lagrimeo y fotofobia. En ocasiones se forman úlceras que pueden llegar a ser graves y ocasionar disminución en la agudeza visual por alteración en la transparencia. Hay que seguir con cuidado el sangrado en el índice alfabético ya que las queratitis infecciosas se van a recoger en el capítulo 1 Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, como es el caso de la queratitis tuberculosa o por herpes zoster.

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**.

7.7 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**.

7.8 TRASTORNOS DEL CRISTALINO (H25-H28)

Se llama catarata a la pérdida de transparencia del cristalino produciéndose una opacificación total o parcial del mismo. Esto provoca que la luz se disperse dentro del ojo y no se pueda enfocar en la retina, creando imágenes difusas. Las cataratas se pueden clasificar según su etiología, edad de aparición, morfología o grado de opacidad.

Podemos decir que hay grupos especificados para su clasificación:

Cataratas relacionadas con la edad, catarata senil según tipo:

- Categoría **H25 Catarata relacionada con la edad**

Otros tipos de cataratas:

- **H26.0 Catarata infantil y juvenil**
- **H26.1 Catarata traumática**, utilice código adicional para identificar causa externa (V00-Y99)
- **H26.2 Catarata complicada**, se seguirán las instrucciones de la Lista Tabular
- **H26.3 Catarata inducida por fármacos**, utilizar código adicional de efecto adverso para identificar fármaco si procede.
- **H26.4 Catarata secundaria**
- **H26.9 Catarata no especificada**

Catarata en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos:

- **H28 Catarata en enfermedades clasificadas bajo otro concepto**: requiere codificar primero la enfermedad subyacente tal y como indica la lista tabular.

No se debe presuponer que una catarata sea senil o madura solo por la edad del paciente. El médico debe identificarlo claramente en la historia clínica.

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**.

7.9 TRASTORNOS DE LA RETINA (H30-H36)

7.9.1 DESPRENDIMIENTO DE RETINA

Es la separación de la membrana sensible a la luz (retina) en la parte posterior del ojo, de sus capas de soporte. La retina es el tejido transparente en la parte posterior del ojo que lo ayuda a ver las imágenes enfocadas en ésta por la córnea y el cristalino.

El tipo más común de desprendimientos de retina con frecuencia se debe a un desgarro o perforación en dicha retina, a través del cual se pueden filtrar los líquidos del ojo. Esto causa la separación de la retina de los tejidos subyacentes. También se conoce como **desprendimiento regmatógeno**. Esto casi siempre es causado por una afección llamada desprendimiento vítreo posterior. También puede ser causado por un traumatismo y una miopía muy grave.

Otro tipo de desprendimiento de retina se denomina **desprendimiento por tracción**. Este tipo ocurre en personas con diabetes no controlada, que tienen antecedentes de cirugía de retina o que tienen inflamación crónica.

El **desprendimiento seroso** de la retina no se asocia a desgarros de la retina y suele ser secundario a inflamaciones como uveítis o a tumores.

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**).

7.9.2 DEGENERACIÓN MACULAR RELACIONADA CON LA EDAD

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 principal causa de la pérdida de vista en los mayores de 60 años. Se pierde agudeza visual central de forma bilateral. La instauración puede ser lenta o brusca y hay alteración de los vasos bajo la mácula.

- 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

Para la codificación de la **membrana epirretiniana**, deben utilizarse códigos de la subcategoría **H35.37- Arruga o gliosis de mácula**.

7.10 GLAUCOMA (H40-H42)

El glaucoma es una enfermedad que se caracteriza generalmente por el aumento patológico de la presión intraocular, por falta de drenaje del humor acuoso y tiene como condición final común una neuropatía óptica que se caracteriza por la pérdida progresiva de las fibras nerviosas del nervio óptico y cambios en su aspecto. Por lo general no presenta síntomas y puede dar lugar a la pérdida de la visión de manera repentina. 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 ANGULO ABIERTO	H40.10- a H40.15-
GLAUCOMA DE ANGULO 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

7.10.1 TIPOS DE GLAUCOMA

Hay dos formas principales de glaucoma: de ángulo abierto (la forma más común que afecta a aproximadamente el 95% de los individuos) y de ángulo cerrado. También hay otras formas de glaucoma, incluyendo el de tensión normal, congénito, juvenil y secundario.

El **Glaucoma de ángulo abierto**, la forma más común de la enfermedad, es progresivo y se caracteriza por daño al nervio óptico. El factor de riesgo más importante para el desarrollo y avance de esta forma de glaucoma es el aumento de la presión intraocular. Inicialmente no suele haber síntomas, pero a medida que la presión del ojo crece, se va perdiendo visión periférica y el nervio óptico se deteriora. Sin tratamiento, una persona puede quedar totalmente ciega.

El **Glaucoma de ángulo cerrado** puede ser agudo o crónico. En un glaucoma agudo de ángulo cerrado el flujo normal del líquido del ojo (humor acuoso) entre el iris y el cristalino es de repente bloqueado. Los síntomas pueden incluir dolor severo, náuseas, vómitos, visión borrosa y hasta ver un halo del arco iris alrededor de las luces. El glaucoma agudo de ángulo cerrado es una emergencia médica y debe ser tratado de inmediato o la ceguera podría resultar en uno o dos días. El glaucoma crónico de ángulo cerrado progresa más lentamente y puede dañar el ojo sin síntomas, similares al glaucoma de ángulo abierto.

El **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.

El **Glaucoma congénito** afecta a los bebés que nacen con defectos que impiden el drenaje normal del líquido del ojo.

El **Glaucoma juvenil** es el glaucoma de ángulo abierto que afecta a los niños, los adolescentes y los adultos jóvenes.

El **Glaucoma secundario** puede ser de ángulo abierto o de ángulo cerrado, y es el resultado de alguna otra condición médica en el ojo o en el organismo. Ejemplos de glaucoma secundario son:

El **Glaucoma pigmentario**, forma rara, en la que los gránulos del pigmento del iris se descaman dentro del líquido del ojo (humor acuoso) obstruyendo el sistema de drenaje del mismo (malla trabecular).

El **Síndrome de Seudoexfoliación** (Pseudoexfoliation Syndrome) que se produce cuando las capas exteriores del cristalino se descaman y bloquean el flujo normal del humor acuoso.

El **Síndrome Iridocorneal Endotelial** –Iridocorneal Endotelial Syndrome (ICE)– que tiene una serie de características, incluyendo la ruptura de las células de la córnea, que bloquean los canales de drenaje en el ojo y provoca un aumento de la presión del mismo. Las cicatrices también pueden conectar el iris a la córnea.

El **Glaucoma Neovascular** se produce cuando el crecimiento anormal de los vasos sanguíneos del ojo bloquea los canales de drenaje del líquido y conduce a un aumento de la presión del ojo. Este crecimiento anormal puede ser causado por un bajo suministro de sangre en los ojos debido a la diabetes, la insuficiencia de flujo sanguíneo a causa de la arteriosclerosis de las arterias del cuello, o el bloqueo de los vasos sanguíneos en la parte posterior del ojo.

7.10.2 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.

7.11 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, ojo derecho

Z18.83 Fragmento cristalino o de piedra retenido

7.12 TRASTORNOS DE MÚSCULOS OCULARES, MOVIMIENTO BINOCULAR, ACOMODACIÓN Y REFRACCIÓN (H49-H52)

La musculatura extrínseca está formada por seis músculos que se insertan por una parte en la órbita y por el otro lado en la capa más externa del ojo, la esclerótica. Estos músculos son los que permiten mover el ojo en cualquier dirección sin necesidad de cambiar la posición de la cabeza, tal como ocurre por ejemplo cuando seguimos con la vista un objeto en movimiento.

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. Hay varios tipos de estrabismo y todos tienen códigos directos a través del índice alfabético lo que implica un correcto sangrado del mismo. Los más comunes son:

- Esotropía o endotropía, o estrabismo convergente (desviación hacia la región nasal).
- Exotropía, o estrabismo divergente (desviación hacia la región temporal).
- Hipertropía e hipotropía (desviación vertical de un ojo con respecto al otro). Siempre se suele hacer referencia al ojo que presenta hipertropía (desviación hacia arriba).

7.13 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**.

7.14 OTROS TRASTORNOS DEL OJO Y SUS ANEXOS (H55-H59)

En esta sección hay que destacar:

7.14.1 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.

7.14.2 COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS Y POSPROCEDIMIENTO DEL OJO Y SUS ANEXOS, NO CLASIFICADAS BAJO OTRO CONCEPTO

En esta categoría se incluyen las complicaciones de procedimientos o de intervenciones quirúrgicas sobre los ojos.

Paciente con hemorragia en ojo derecho tras intervención quirúrgica para corrección de estrabismo

H59.311 Hemorragia posprocedimiento de ojo derecho y sus anexos después de un procedimiento oftalmológico.

Paciente con edema macular quístico tras cirugía de cataratas

H59.039 Edema macular quístico tras cirugía de catarata, ojo no especificado

8. ENFERMEDADES DEL OÍDO Y APÓFISIS MASTOIDEA

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 (perilinfia).

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:

- exposición a humo ambiental de tabaco (**Z77.22**)
- exposición al humo de tabaco en el periodo perinatal (**P96.81**)
- historia de dependencia de tabaco (**Z87.891**)
- dependencia de tabaco (**F17**)
- consumo de tabaco (**Z72.0**)
- exposición ocupacional al humo ambiental de tabaco (**Z57.31**)

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 Otosclerosis (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- Otosclerosis con afectación de ventana oval, no obliterante

H80.1- Otosclerosis con afectación de ventana oval, obliterante

H80.2- Otosclerosis coclear

Paciente con otosclerosis coclear bilateral

H80.23 Otosclerosis 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- Neuritis 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 cardíaca 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)**), cardíaca (**I11 Enfermedad cardíaca hipertensiva**), renal (**I12 Enfermedad renal crónica hipertensiva**) o común al corazón y al riñón (**I13 Enfermedad cardíaca 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 cardíacas clasificadas bajo **I50 Insuficiencia cardíaca** o **I51.4-I51.7, I51.89, I51.9**. La clasificación presupone una relación causal entre hipertensión y afectación cardíaca 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 cardíaca. En su caso será necesario emplear un código adicional de la categoría **I50 Insuficiencia cardíaca** para especificar el tipo de fallo cardíaco.

Paciente hipertenso y diabético tipo 2 de larga evolución que ingresa por fallo cardíaco congestivo

I11.0	Enfermedad cardíaca hipertensiva con insuficiencia cardíaca
I50.9	Insuficiencia cardíaca, 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 cardíaco congestivo debido a su miocardiopatía.

I50.9	Insuficiencia cardíaca, 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 cardíaca hipertensiva con insuficiencia cardíaca
I50.21	Insuficiencia cardíaca 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)**.

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
- N18.3** Enfermedad renal crónica, estadio 3 (moderada)

Paciente con HTA e IRC estadio III por nefropatía diabética crónica

- E11.22** Diabetes mellitus tipo 2 con nefropatía diabética crónica
- N18.3** Enfermedad renal crónica, estadio 3 (moderada)
- 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
- N18.3** Enfermedad renal crónica, estadio 3 (moderada)

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 la subcategoría **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 subcategoría 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 izquierdo combinado sistólico y diastólico

I50.41 Insuficiencia cardiaca combinada sistólica (congestiva) y diastólica (congestiva), aguda
I50.1 Insuficiencia ventricular izquierda, no especificada

La no especificación de alguna de estas características, así como **otras expresiones diagnósticas** de insuficiencia/fallo cardiaco tales como: congestivo, compensado o descompensado abocan a

la codificación con **150.9 Insuficiencia cardiaca, no especificada** o con **150.89 Otra insuficiencia cardiaca**, según las indicaciones del IA.

Descompensación de fallo cardiaco congestivo

150.9 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 **111.0 Enfermedad cardiaca hipertensiva con insuficiencia cardiaca**.

Análogamente se hará con las subcategorías **113.0 Enfermedad cardiaca y renal crónica hipertensiva con insuficiencia cardiaca y enfermedad renal crónica estadios 1 a 4 o enfermedad renal crónica no especificada** e **113.2 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 **150.83 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 **150.84 Insuficiencia cardíaca en estadio terminal**.

9.3.2.c Fallo cardiaco reumático

Se asignará el código **109.81 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 especifique la naturaleza reumática del fallo.

Se añadirá un código de la categoría **150 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 **197.11 Hipofunción cardiaca posprocedimiento** cuando se pretende referir una situación de hipofunción cardiaca debida o relacionada con un procedimiento o **197.13 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 **197.130 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**.

Fallo cardiaco congestivo por fuga de prótesis valvular mitral

T82.03XA Fuga de prótesis valvular cardiaca, contacto inicial
197.130 **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 explicita 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 CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

La CIE-10-ES Diagnósticos clasifica las enfermedades cardíacas isquémicas entre las categorías **I20-I25**.

9.4.1 INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IAM)

9.4.1.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.

Recientemente se ha actualizado la clasificación clínica del infarto agudo de miocardio (IAM) por el Grupo de Trabajo Conjunto de la ESC/ACCF/AHA/WHF para la Definición Universal del Infarto de Miocardio (3ª definición).

Tipo 1: IM espontáneo

IM espontáneo relacionado con rotura de placa aterosclerótica, ulceración, fisura, erosión o disección que resulta en trombo intraluminal en una o más de las arterias coronarias y reducción del riego sanguíneo miocárdico o embolia plaquetaria distal con la consiguiente necrosis miocítica. El paciente podría tener Enfermedad Arteriosclerótica Coronaria (EAC) grave subyacente, pero en ocasiones hay EAC no obstructiva o no hay EAC.

Tipo 2: IM secundario a desequilibrio isquémico

En caso de lesión miocárdica con necrosis en que un trastorno distinto de EAC contribuye al desequilibrio entre suministro y la demanda miocárdicas de oxígeno, por ej., disfunción endotelial coronaria, espasmo de la arteria coronaria, embolia coronaria, taquiarritmias o bradiarritmias, anemia, insuficiencia respiratoria, hipotensión e hipertensión.

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 > 50% tras un ICP inicial satisfactorio

Tipo 5: IM relacionado con injerto de bypass de arteria coronaria (CABG)

9.4.1.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)

Traslado para valoración clínica de paciente con IAM no Q hace 29 días

I25.2 Infarto de miocardio antiguo

9.4.1.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.

9.4.1.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.

La secuencia de códigos del infarto tipo 2 y la causa subyacente, dependerá de las circunstancias del ingreso.

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 deben asignarse para los IAM de tipo 1.

9.4.1.b.3 Otros tipo 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.

9.4.1.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 o sin tipo especificado. 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.**

9.4.1.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 (IAMSEST) (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

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, recurrente, 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

9.4.1.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 debido a oclusión de la arteria coronaria descendente anterior
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%)

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 cardíaca 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 S T se utiliza el 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, se codificará con 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 de pared anterior. Enfermedad 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 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 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.

9.4.1.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.

9.4.2 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 **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 **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.

9.4.3 ÁNGOR

9.4.3.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.

9.4.3.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.

IAM 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

9.4.3.c Angor 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.

9.4.4 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

I21.4 Infarto agudo de miocardio sin elevación de ST (IAMSEST) (IMNEST) (NSTEMI)

9.4.5 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**

9.5 PARADA CARDIORRESPIRATORIA

Según la patología subyacente se codifica como **I46.2 Paro cardíaco debido a enfermedad cardíaca subyacente** si la condición es cardíaca o **I46.8 Parada cardíaca debida a otra afección subyacente** si no lo es, o bien **I46.9 Paro cardíaco, 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.

9.5.1 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

9.5.2 PARADA CARDIORRESPIRATORIA DURANTE EL EPISODIO

- Diagnóstico principal: Proceso causa del ingreso
- Diagnóstico secundario: código de la categoría **I46 Paro cardíaco** 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 cardíaca, no especificada
I46.2 Paro cardíaco debido a enfermedad cardíaca subyacente

9.5.3 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”.

9.5.4 PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN RELACIÓN CON PROCEDIMIENTOS

9.5.4.a Parada posprocedimiento

Según suponga una complicación de cirugía cardíaca o de otra cirugía se utilizará **I97.120 Paro cardíaco posprocedimiento después de cirugía cardíaca** y **I97.121 Paro cardíaco posprocedimiento después de otros tipos de cirugía**, respectivamente.

9.5.4.b Parada Intraoperatoria

I97.710 Parada cardíaca intraoperatoria durante cirugía cardíaca o bien **I97.711 Parada cardíaca intraoperatoria durante otra cirugía**.

El código **Z86.74 Historia personal de parada cardíaca 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 cardíaca 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.

9.6 PRESENCIA DE DISPOSITIVOS CARDIACOS

La condición de ser portador de algún tipo de injerto o implante cardíaco 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 cardíaco**
- **Z95.1 Presencia de injerto derivación aortocoronaria**
- **Z95.2 Presencia de válvula cardíaca protésica**
- **Z95.3 Presencia de válvula cardíaca xenogénica**
- **Z95.4 Presencia de otra sustitución de válvula cardíaca**
- **Z95.5 Presencia de angioplastia, injertos y prótesis coronarios**
- **Z95.810 Presencia de desfibrilador cardíaco automático (implantable)**
- **Z95.811 Presencia de dispositivo de asistencia cardíaca**
- **Z95.812 Presencia de corazón artificial totalmente implantable**
- **Z95.818 Presencia de otros implantes e injertos cardíacos**
- **Z95.9 Presencia de implante e injerto cardíaco y vascular no especificado**

9.7 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**.

9.7.1 TRASTORNOS HEMORRÁGICOS

Los eventos cerebrovasculares de carácter hemorrágico se clasifican en las categorías **160 Hemorragia subaracnoidea no traumática** (con especificación a nivel de 4º y 5º carácter de la arteria sangrante y la lateralidad, respectivamente); **161 Hemorragia intracerebral no traumática**, (con especificación a nivel de 4º carácter de la localización anatómica) e **162 Otra hemorragia intracraneal no traumática y las no especificadas**.

9.7.2 INFARTO CEREBRAL/ICTUS/ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (ACV)

La categoría **163 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 **163.9 Infarto cerebral, no especificado**. El código **167.9 Enfermedad cerebrovascular, no especificada** o **167.81 Insuficiencia cerebrovascular aguda** no debe usarse cuando en la documentación consta ictus o ACV.

Ictus trombótico de arteria cerebral media derecha

163.311 Infarto cerebral debido a trombosis de arteria cerebral media derecha

La transformación 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 espontánea

163.9 Infarto cerebral, no especificado
161.1 Hemorragia intracerebral no traumática en hemisferio, cortical
G81.00 Hemiplejía 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 explicita relación causal entre ambos, se secuenciará en primer lugar el código **163.9 Infarto cerebral, no especificado** y a continuación un código de la categoría **165 Oclusión y estenosis de arterias precerebrales, que no produce infarto cerebral** o **166 Oclusión y estenosis de arterias cerebrales, que no produce infarto cerebral**.

Ingreso por ictus. El paciente presenta una estenosis carotídea derecha

163.9 Infarto cerebral, no especificado.
165.21 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.

9.7.3 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.

9.7.4 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**.

9.7.5 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**.

9.7.6 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**).

9.7.7 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR RELACIONADO CON PROCEDIMIENTOS

Debe evidenciarse en la documentación la relación causa-efecto entre el procedimiento y el evento cerebrovascular.

9.7.7.a Infartos cerebrales:

En el caso de los infartos cerebrales las subcategorías **197.81 Infarto cerebrovascular intraoperatorio** e **197.82 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.

9.7.7.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.

9.7.8 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 seleccionara 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 **169 Secuelas de enfermedad cerebrovascular** pueden ser asignados en un episodio con códigos de **160-167**, 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 **169 Secuelas de enfermedad cerebrovascular**, siendo incompatible su uso simultáneo 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 cuenta 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 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
- vómito caseoso (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 Afcción 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 de 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)

En la tercera edición de CIE10ES, el código **J44.0 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección aguda de las vías respiratorias inferiores**, ha sido revisado y se ha sustituido la instrucción de *Utilice código adicional para identificar la infección*, por la de *Codifique además la infección*. Esta modificación por tanto 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 diagnóstico 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.

EPOC reagudizada por Neumonía por Klebsiella pneumoniae

J44.0 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección aguda de las vías respiratorias inferiores

J15.0 Neumonía por Klebsiella pneumoniae

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.

Bronquitis crónica obstructiva reagudizada por neumonía y bronquiectasias

J47.0 Bronquiectasias con infección aguda de vías respiratorias bajas

J18.9 Neumonía, microorganismo no especificado

J47.1 Bronquiectasias con exacerbación (aguda)

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 + J22	J44.1 + J98.8	J44.0 + J22 + J44.1
EPOC tipo bronquitis crónica obstructiva	J44.9	J44.1	J44.0 + J22	J44.1 + J98.8	J44.0 + J22 + J44.1
EPOC tipo enfisema	J43.9	J43.9	J43.9 + J22	J43.9 + J98.8	J43.9 + J22
Bronquiectasias con bronquitis crónica obstructiva	J47.9	J47.1	J47.0 + J22	J47.1 + J98.8	J47.0 + J22 + J47.1
Asma bronquial + EPOC	J44.9 + J45.909	J44.1 + J45.901	J44.0 + J22 + J45.901	J44.1 + J45.901 + J98.8	J44.0 + J22 + J44.1 + J45.901
Enfisema con Bronquitis crónica	J44.9	J44.1	J44.0 + J22	J44.1 + J98.8	J44.0 + 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 PaO₂ o de la PaCO₂ de más de 5 mmHg respecto a las cifras previas medidas en situación estable, como resultado de la agudización de una enfermedad pulmonar crónica.

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 capítulo 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 cardíaca 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 cardíaca, 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 cardíaca congestiva debiendo ser intubado a los dos días por insuficiencia respiratoria aguda

I50.9 **Insuficiencia cardíaca, 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 cardíaca, 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, HIV), 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 CO₂.

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 y peritonitis localizada, 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 cardíaca 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 10.3 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 10.4 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

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), el absceso de esófago y la esofagitis infecciosa, excepto la más frecuente, que es la de origen candidiásico (**B37.81 Esofagitis por candidas**), además de otras esofagitis especificadas y la no especificada.

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 **K20.9 Esofagitis, no especificada**. 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.

K20.9 **Esofagitis, no especificada.**
T36.4X5A **Efecto adverso de tetraciclinas, contacto inicial.**

Esofagitis infecciosa crónica.

K20.9 **Esofagitis, no especificada.**

- **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:

- **K21.0 Enfermedad por reflujo gastroesofágico con esofagitis.**
- **K21.9 Enfermedad por reflujo gastroesofágico sin esofagitis.**

- **Esófago de Barret**. 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. Pilory. 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. Pilory. 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. Pilory.
- 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 y peritonitis localizada, sin absceso** (incluye apendicitis con perforación NEOM, apéndice perforada NEOM y rotura de apéndice NEOM)
- **K35.33 Apendicitis aguda con perforación y peritonitis localizada, 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 encarcerada, 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 encarcerada, 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 bubonocelo, 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, ileitis regional, ileitis 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 (K58.8) 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 es producido 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 del ano y recto (**K62.4**), 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.

En el uso de los códigos residuales de la obstrucción intestinal es importante saber que no deben utilizarse como código adicional en aquellos casos en los que la obstrucción intestinal

está producida por una afección especificada, 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). Estas subcategorías de códigos residuales son **K56.60- Obstrucción intestinal no especificada y K56.69- Otros tipos de obstrucción intestinal**. En ambas existen códigos para identificar si la obstrucción es parcial, total o no se especifica entre ambos tipos. 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**.

Esta regla no afecta a la obstrucción del ano y del recto (**K62.4**) ni a la obstrucción de duodeno (**K31.5**), que pueden utilizarse en codificación múltiple como códigos adicionales para identificar estas obstrucciones especificadas.

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.

- **Pseudoobstrucción 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 **K59.8 Otros trastornos intestinales funcionales especificados**. Los términos aguda, crónica, idiopática, secundaria intermitente, y primaria actúan como modificadores no esenciales del término pseudoobstrucción intestinal.

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. 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.** Aquí se incluye la enfermedad diverticular con peritonitis. Para su correcta codificación es necesario añadir el código correspondiente para identificar la presencia de la peritonitis, **K65.0 Peritonitis (aguda) generalizada**, o del absceso, **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 desconocemos 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 duodenoeyunal), 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 sí 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 icterico 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

Clínicamente la insuficiencia hepática se define por la aparición de signos y síntomas de encefalopatía hepática en una persona con hepatopatía aguda o crónica grave. Los códigos de insuficiencia hepática se presentan en diferentes subcategorías según la enfermedad hepática coexistente, su forma de presentación aguda o crónica, y en combinación con la presencia o no de coma, y en su caso con la existencia o no de lesión hepática.

• **Insuficiencia hepática en hepatitis viral.** En las categorías (**B15-B19 Hepatitis viral**) existen algunos códigos de combinación que identifican el tipo de infección viral y el coma como manifestación de la insuficiencia hepática, que lógicamente se codifican aquí. Pero también existen códigos que no presentan esta combinación entre infección y coma, y en ningún caso existe la posibilidad de códigos de combinación para aquellos casos en los que la manifestación de la encefalopatía hepática en una hepatitis vírica es otra distinta al coma, como puede ser temblor, fallos de memoria, agitación, alteración del comportamiento, trastornos del sueño, etc. Para estos casos, junto al correspondiente código (**B15-B19**) se utilizarán códigos de la categoría **K72 Insuficiencia hepática, no clasificada bajo otro concepto**. El orden de los códigos dependerá de las circunstancias del ingreso.

En los casos de coma hepático por hepatitis vírica, sin existencia de código de combinación se realizará codificación múltiple, un código para identificar la hepatitis vírica correspondiente y uno de los siguientes para identificar el coma:

- **K72.01 Insuficiencia hepática aguda y subaguda con coma.**
- **K72.11 Insuficiencia hepática crónica con coma.**
- **K72.91 Insuficiencia hepática, no especificada, con coma.**

Igualmente se utilizará la codificación múltiple en aquellos casos de hepatitis víricas con otras manifestaciones de insuficiencia hepática documentadas distintas al coma, utilizando un código para la hepatitis vírica y otro código de la categoría (**K72**) para identificar la insuficiencia hepática diferente al coma:

- **K72.00 Insuficiencia hepática aguda y subaguda sin coma.**
- **K72.10 Insuficiencia hepática crónica sin coma.**
- **K72.90 Insuficiencia hepática, no especificada, sin 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 que desde hace semanas presenta astenia, coluria junto a cambios en el patrón del sueño y de la memoria, con olvidos frecuentes. Ingresa para estudio. Finalmente se diagnostica de hepatitis vírica aguda VHB con encefalopatía hepática aguda secundaria.

- B16.9 Hepatitis aguda tipo B, sin agente delta y sin coma hepático.**
- K72.00 Insuficiencia hepática aguda y subaguda sin coma.**

• **Insuficiencia hepática en hepatopatía alcohólica y tóxica.** Se clasifica en las subcategorías **K70.4 Insuficiencia hepática alcohólica** y **K71.1 Hepatopatía tóxica con necrosis hepática**. En ambas se diferencia la presencia o no de coma, pero no entre sus formas aguda o crónica, términos que actúan como modificadores no esenciales, por lo que utilizaremos el mismo código para ambas formas de presentación.

La coexistencia de insuficiencia hepática de ambas etiologías necesita de codificación múltiple, siendo diagnóstico principal el que cumpla con el criterio de selección según la norma general de codificación. No son excluyentes.

- **K70.40 Insuficiencia hepática alcohólica sin coma.**
- **K70.41 Insuficiencia hepática alcohólica con coma.**
- **K71.10 Hepatopatía tóxica con necrosis hepática, sin coma.**
- **K71.11 Hepatopatía tóxica con necrosis hepática, con coma.**

Paciente que ingresa en estado de embriaguez, presentando agitación. Se diagnostica de encefalopatía hepática alcohólica.

- K70.40 Insuficiencia hepática alcohólica sin coma.**
- F10.129 Abuso de alcohol, con intoxicación, no especificada.**

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.

- **Insuficiencia hepática en otras circunstancias.** La codificación del fallo hepático en otras circunstancias diferentes a las anteriores se realiza con los códigos de la categoría **K72 Insuficiencia hepática, no clasificada bajo otro concepto**, excepto el fracaso hepático posprocedimiento, que se codifica con el código **K91.82 Fallo hepático posprocedimiento**.

Los códigos de combinación de esta categoría diferencian la forma de presentación, aguda o subaguda, crónica o no especificada, y la presencia o no de coma. Ya se ha comentado su uso junto a las categorías **(B15-B19)** de hepatitis víricas.

Para la codificación de insuficiencia hepática que complica casos obstétricos (abortos, embarazo, parto y puerperio) se debe realizar codificación múltiple, un código del capítulo 15 que identifica la afección obstétrica, y un código adicional de la categoría **(K72)** para identificar el tipo de insuficiencia hepática.

El término clínico coma hepático sin más información se codifica aquí, con el código **K72.91 Insuficiencia hepática, no especificada, con coma**, y el término hepatitis aguda no vírica sin especificar se codifica, según se presente con o sin coma con los códigos **K72.00 Insuficiencia hepática aguda y subaguda sin coma** y **K72.01 Insuficiencia hepática aguda y subaguda con coma**.

Fallo hepático agudo leve 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.
Z3A.26	26 semanas de gestación

Coma hepático.

K72.91	Insuficiencia hepática, no especificada, con coma.
---------------	-----------------------------------------------------------

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 hepatorenal (**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 esta 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 en otras enfermedades especificadas, como es el caso de la cirrosis debida a hepatitis vírica aguda o crónica, o bien para otros tipos de cirrosis especificadas, como la biliar, la criptogénica, macronodular, micronodular, etc. y las no especificadas.

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 hepatorenal.

K74.3 Cirrosis biliar primaria.

K76.7 Síndrome hepatorenal.

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**, y la fístula biliar **K82.3 Fístula de vesícula 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**. Las 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 coledocistitis 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 hepatorenal (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 coledocistitis 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.**
- 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 asignaran 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 severidad. CIE-10-ES proporciona códigos de combinación para la localización de la úlcera por presión y el estadio. Los diferentes valores de los estadios son:

- **0**, no estadiable
- **1-4**, estadios I a IV
- **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) y las úlceras han sido documentadas como con lesión de los tejidos profundos, y no como debidas a un traumatismo. Este código no se debe confundir con los correspondientes a estadio no especificado (**L89.XX9**) que se asignará cuando no haya documentación sobre el estadio de la úlcera por presión.

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 cicatrizada, 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

12.4.2 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 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 (mas 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.

Aterosclerosis 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 asignaran 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 sistema musculoesquelético 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 el capítulo 13, se indica esta instrucción para identificar el agente infeccioso (B95-B97), defectos óseos importantes (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, 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 o bilateral. 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".

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 HUESO VERSUS ARTICULACIÓN

En determinadas afecciones, el hueso puede estar afectado en su extremo superior o inferior.

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 VERSUS CRÓNICAS O RECIDIVANTES

Muchas enfermedades musculoesqueléticas son consecuencia o resultado de una lesión o traumatismo previo, o son afecciones recidivantes.

En el capítulo 13 se encuentran 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 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 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.

Los códigos de las categorías **M15-M19** clasifican la artrosis, excepto cuando esta patología afecta a la columna vertebral, en cuyo caso se clasifica en la categoría **M47 Espondilosis**.

El eje principal de codificación de la artrosis es la localización, existiendo códigos para múltiples localizaciones (**M15.- Poliartrosis**) y para articulaciones individuales.

La artrosis, es clasificada por defecto como primaria cuando no existe otra causa relacionada, por lo tanto se codifica como primaria, por localización y lateralidad.

En algunas articulaciones, la clasificación asume por defecto que la artrosis unilateral es primaria, por ejemplo en las osteoartrosis de cadera. En otros casos, solo la considera primaria cuando la afectación es bilateral, por ejemplo en las gonartrosis de rodilla. Cuando se codifique una gonartrosis unilateral pero no se tenga información sobre el origen primario o secundario de la artrosis, aunque el índice alfabético envía por defecto al código **M17.9 Artrosis de rodilla no especificada**, se codificará como gonartrosis primaria por sitio, para poder registrar el lado afectado.

Gonartrosis derecha

M17.11 Artrosis primaria unilateral, rodilla derecha

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.

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

Si el motivo del tratamiento es 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.

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 y otro de fractura patológica del mismo hueso; se asigna uno u otro dependiendo de la causa.

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 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.

13.3.3.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

13.3.3.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

13.3.4 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.

13.3.5 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.

13.3.6 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.

13.3.7 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 periprótésis 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

13.3.8 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**

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.

Sí 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 nefrítico**
- **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.

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	30-59	N18.3 Enfermedad renal crónica, estadio 3 (moderada)
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**.

Sí 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 funcionando).

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	
	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		<input checked="" type="checkbox"/>
I12.9 Enfermedad renal crónica hipertensiva con enfermedad renal crónica en estadio 1 a 4 o con enfermedad renal crónica no especificada	<input checked="" type="checkbox"/>	
I13.0 Enfermedad cardíaca y renal crónica hipertensiva con insuficiencia cardíaca y enfermedad renal crónica estadios 1 a 4 o enfermedad renal crónica no especificada.	<input checked="" type="checkbox"/>	
I13.10 Enfermedad cardíaca y renal crónica hipertensiva sin insuficiencia cardíaca, con enfermedad renal crónica en estadio 1 a 4 o enfermedad renal crónica no especificada.	<input checked="" type="checkbox"/>	
I13.11 Enfermedad cardíaca y renal crónica hipertensiva sin insuficiencia cardíaca con enfermedad renal crónica en estadio 5 o con enfermedad renal en estadio terminal		<input checked="" type="checkbox"/>
I13.2 Enfermedad cardíaca y renal crónica hipertensiva con insuficiencia cardíaca y con enfermedad renal crónica en estadio 5 o con enfermedad renal en estadio terminal		<input checked="" type="checkbox"/>

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 cardíaca y renal crónica hipertensiva sin insuficiencia cardíaca, con enfermedad renal crónica en estadio 1 a 4 o enfermedad renal crónica no especificada.
- N18.3** 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 cardíaco congestivo

- I13.2** Enfermedad cardíaca y renal crónica hipertensiva con insuficiencia cardíaca 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 cardíaca, 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 posrenal) 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

DESCRIPCIÓN	FALLO RENAL AGUDO CÓDIGO
Fallo renal agudo *El cuarto carácter especifica el tipo de lesión parenquimatosa	N17 Fallo renal agudo*
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
N18.3	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** donde 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 patología ginecológica crónica de causa desconocida caracterizada por la presencia de tejido endometrial (epitelio glandular y estroma), funcionalmente activo, fuera de la cavidad uterina. La categoría **N80** clasifica la endometriosis, donde el cuarto dígito identifica el lugar de la misma:

- **N80.1 Endometriosis del ovario**
- **N80.2 Endometriosis de trompa de Falopio**
- **N80.5 Endometriosis intestinal**

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.
- **Enteroccele:** 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 de bóveda vaginal	N99.3 Prolapso de cúpula vaginal posthisterectomía.
Descenso de la pared vaginal posterior	Rectocele	N81.6 Rectocele
	Enterocel	N81.5 Enterocel vaginal

Tabla 14.7.b Codificación de los tipos de prolapso

ESTRUCTURA AFECTADA	TIPO	Código
Descenso útero	Prolapso de útero o histerocel	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. Ingres 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 o 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 I	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

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 de la CIE-10-ES Diagnósticos, en los códigos incluidos entre las categorías **000-09A**, Embarazo, parto y puerperio. 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 de la madre, 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.

Paciente embarazada 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 que la paciente ha 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 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 de la madre. 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

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.-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 de la madre, 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 paciente embarazada 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.

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.

080 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 cardíaca (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 (actual) prolongado de insulina**, o **Z79.84 Uso prolongado (actual) de medicamentos hipoglucemiantes orales** si la diabetes mellitus está siendo tratada con insulina o hipoglucemiantes orales. Si la paciente está en tratamiento con ambos medicamentos, solo se registrará el código de tratamiento con insulina. 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 (actual) prolongado 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 o Z79.84 Uso prolongado (actual) de medicamentos hipoglucemiantes orales**, no se deben asignar junto con los códigos de la subcategoría **O24.4**.

Embarazada 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 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.

15.3.9 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.

15.3.10 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**.

15.3.11 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.

Mujer 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 periodo 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 sano 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)
<ul style="list-style-type: none">• 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
<ul style="list-style-type: none">• Episiotomía• Amniotomía (ruptura artificial de membranas)• Analgesia o anestesia materna• Monitorización fetal• Inducción médica 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.

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. Ingresó de urgencia con sepsis puerperal severa e insuficiencia renal aguda secundaria a infección por estreptococo agalactiae.

O85	Sepsis puerperal
B95.1	Infección por 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. 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.

Paciente dada de alta hace 4 días, tras parto por cesárea, que cursó con infección de herida que precisó drenaje superficial. Ingresó 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
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 cardíaca 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
O35.1XX0	Atención materna por (sospecha de) anomalía cromosómica del feto, 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**.

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 **003.0** a **003.4** se deben asignar cuando el aborto es incompleto, mientras que los códigos de las subcategorías **003.5** a **003.9** 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 **003.4 Aborto espontáneo incompleto sin complicaciones**, o **007.4 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, en las subcategorías **003.0-003.3** u **007.0-007.39**.

Paciente que reingresa con diagnóstico de infección por retención de restos fetales una semana tras el alta de un ingreso previo por aborto espontáneo.

003.0 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 **004 Complicaciones después de interrupción (inducida) del embarazo**, **007 Intento fallido de interrupción del embarazo** y **008 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	000-002 Embarazo ectópico, molar u otros productos anormales de la concepción Código adicional: 008 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)	008 Complicaciones después de un embarazo ectópico y molar

<p>Aborto con complicación</p>	<p>O03.0-O03.89 Aborto espontáneo con complicación o O04 Complicaciones después de interrupción (inducida) del embarazo</p>
<p>Aborto inducido con resultado de feto vivo</p>	<p>Diagnóstico principal: Z33.2 Contacto para interrupción voluntaria del embarazo</p> <p>Código adicional: Z37 Resultado del parto</p>
<p>Aborto diferido que desarrolla complicación durante el ingreso</p>	<p>Diagnóstico principal: O02.1 Aborto retenido</p> <p>Código adicional: O08 Complicaciones después de un embarazo ectópico y molar</p>

16. CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERÍODO PERINATAL

Las enfermedades desarrolladas en el periodo perinatal se clasifican en 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 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 aparecer 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 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, 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 tramos entre **P07.2-** a **P07.3-**

En un recién nacido pretérmino con diagnóstico 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 2500 grs. Si un 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 la 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.

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 el 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

Q87.1 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 supra valvular y retraso mental.

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 supra valvular

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 cardíacos 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-R97** 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

R74.0 Elevación inespecífica de niveles de transaminasas y lactatodeshidrogenasa [LDH]

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, ictus o secuelas de ictus, infecciones e intoxicaciones con afectación nerviosa central, etc.). No deben asignarse códigos 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.

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.

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, 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 del 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.

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 bimalleolar de tobillo derecho.

S82.841A Fractura bimalleolar 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.

Queloides 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 acontecimientos 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 secuencía 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

19.3 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 externo 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 externo 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 externo 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.	J contacto sucesivo por fractura abierta tipo IIIA, IIIB o IIIC con retardo de consolidación.
B contacto inicial por fractura abierta tipo I o II - contacto inicial por fractura abierta NEOM	K contacto sucesivo por fractura cerrada con fracaso de consolidación.
C contacto inicial por fractura abierta tipo IIIA, IIIB o IIIC	M contacto sucesivo por fractura abierta tipo I o II con fracaso de consolidación.
D contacto sucesivo por fractura cerrada con curas rutinarias.	N contacto sucesivo por fractura abierta tipo IIIA, IIIB o IIIC con fracaso de consolidación.
E contacto sucesivo por fractura abierta tipo I o II con curas rutinarias.	P contacto sucesivo por fractura cerrada con unión defectuosa.
F contacto sucesivo por fractura abierta tipo IIIA, IIIB o IIIC con curas rutinarias.	Q contacto sucesivo por fractura abierta tipo I o II con unión defectuosa.
G contacto sucesivo por fractura cerrada con retardo de consolidación.	R contacto sucesivo por fractura abierta tipo IIIA, IIIB o IIIC con unión defectuosa.
H contacto sucesivo por fractura abierta tipo I o II con retardo de consolidación.	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 cerrada con retardo de consolidación
W10.OXXD Caída (en) (de) las escaleras mecánicas, contacto sucesivo

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.

19.3.2 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 (0,1,9) el que nos designa la pérdida de conciencia:

S06.OX0 Conmoción sin pérdida de conciencia

S06.OX1 Conmoción, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos

S06.OX9 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.OX9 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. 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.OX9A Conmoción, con pérdida de conciencia de duración no especificada, contacto inicial

V00.321A Caída desde esquí de nieve, contacto inicial

Paciente que ingresa con pérdida de conciencia tras sufrir una caída mientras esquiaba. 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

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 con el diagnóstico de subluxación anterior de hombro derecho.

S43.011A Subluxación anterior de húmero derecho, contacto inicial
V19.9XXA Ciclista (conductor) (pasajero) lesionado en accidente 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. 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 residencia 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**
- Y92.129 Lugar no especificado en residencia de ancianos 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.

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 tabla19.3)

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 declaran 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.

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** identifican 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.OX Envenenamiento por efecto adverso e infradosificación de penicilinas

T36.OX1 Envenenamiento por penicilinas, accidental (no intencionado)

T36.OX2 Envenenamiento por penicilinas, autolesión intencionada

T36.OX3 Envenenamiento por penicilinas, agresión

T36.OX4 Envenenamiento por penicilinas, intencionalidad sin determinar

T36.OX5 Efecto adverso de penicilinas

T36.OX6 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.

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 hipertensión incontrolada debido a que el paciente ha reducido su dosis terapéutica por falta de recursos económicos.

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 mellitas 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.

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.

19.9.1 COMPLICACIONES DE LA ATENCIÓN MÉDICA Y QUIRÚRGICA

Muchos de los códigos de complicación intraoperatoria y posprocedimiento se pueden encontrar en los capítulos de los sistemas corporales correspondientes con códigos específicos para los órganos y estructuras de dicho sistema.

- 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.

Perforación arterial durante la realización de angiografía pulmonar.

197.51 Punción y desgarros accidentales de órgano o estructura del aparato circulatorio durante un procedimiento de aparato circulatorio

- Los códigos de complicaciones deben secuenciarse en primer lugar, seguidos de uno o varios códigos para indicar si procede, la complicación específica.

Paciente dado de alta hace siete días del servicio de cirugía por hemicolectomía derecha. Ingresa por fístula postoperatoria persistente vagino-peritoneal.

T81.83XA Fístula posprocedimiento persistente, contacto inicial
N82.8 Otras fístulas de tracto genital femenino
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

- 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 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 una insuficiencia 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 médula 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**.

Sí 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

T86.842 Infección de trasplante de córnea
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 registrarse, 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
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 diagnóstico 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 debido 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 aerobio tras repeticiones reiteradas de ejercicios de piernas.

X50.3XXA Sobreesfuerzo por movimientos repetitivos, contacto inicial

S93.401A Esguince de ligamento no especificado de tobillo derecho, 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.

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-Y36)

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 MÉDICA 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 cardíaco 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.

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 solo como diagnóstico principal. 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**

2.3.9 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 y para ciertas 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**
- **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**
- **Z55 Problemas relacionados con educación y alfabetización**
- **Z56 Problemas relacionados con empleo y desempleo**
- **Z57 Exposición ocupacional a factores de riesgo**
- **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**
- **Z72 Problemas relacionados con el estilo de vida**
Nota: Estos códigos deben asignarse únicamente, cuando la documentación específica que son un problema asociado
- **Z73 Problemas relacionados con dificultad en el control de la vida**
- **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**



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, CONSUMO
Y BIENESTAR SOCIAL

www.msbs.gob.es