

CODIFICACIÓN EN CIE-9-MC. Edición 2010

15

**DETERMINADAS
CONDICIONES CON ORIGEN
EN EL PERÍODO PERINATAL**

CODIFICACIÓN EN CIE-9-MC. EDICIÓN 2010

CIE-9-MC

15

**DETERMINADAS
CONDICIONES CON ORIGEN
EN EL PERÍODO PERINATAL**



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Editoras:

Yolanda Fornieles García

Araceli Díaz Martínez

Autores:

Antonio Romero Campos

Araceli Díaz Martínez

Yolanda Fornieles García

M^a Mercedes López Torné

Leonardo Calero Romero

M^a José Ferreras Fernández

María Ana Ramos Vázquez

M^a Jesús Linares Navarro

Carolina Conejo Gómez

Andrés del Águila González

Jesús Pena González

Eloisa Casado Fernández

Javier Irala Pérez

Javier Delgado Alés

Mariano Sánchez García

Alfonso Martínez Reina

Edita:

Servicio de Producto Sanitario. Subdirección de Análisis y Control Interno. Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía

Coordinación de la Edición:

Área de Conocimiento de Gestión Sanitaria. Escuela Andaluza de Salud Pública

ISBN: 978-84-693-3754-7

DL: GR-3144/2010

Diseño e impresión: Gráficas Alhambra

Todos los derechos reservados

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
CONCEPTOS Y ABREVIATURAS EN PATOLOGÍA PERINATAL	8
TRASTORNOS DEL PERÍODO PERINATAL.....	10
I. PATOLOGÍA PERINATAL.....	10
II. ANOMALÍAS CONGÉNITAS.....	10
III. ENFERMEDADES ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD.....	10
IV. COMPLICACIONES DEBIDAS A CUIDADOS QUIRÚRGICOS Y MÉDICOS.....	11
V. LESIONES POR CAUSA DISTINTA AL PARTO	11
NORMAS ESPECÍFICAS DE CODIFICACIÓN EN LA PATOLOGÍA PERINATAL	12
I. LOCALIZACIÓN DE CÓDIGOS EN EL ÍNDICE ALFABÉTICO	12
II. CÓDIGOS DE LA SECCIÓN V30 - V39.....	13
III. RELACIÓN EDAD Y PATOLOGÍA PERINATAL	13
IV. CODIFICACIÓN MÚLTIPLE.....	14
V. ASIGNACIÓN DE CÓDIGO NO ESPECÍFICO DE PATOLOGÍA PERINATAL	15
VI. SÍNTOMAS Y SIGNOS NO SECUNDARIOS A PATOLOGÍA PERINATAL NI CONGÉNITA.....	16
VII. ASIGNACIÓN DIRECTA DE CÓDIGO DE OTROS CAPÍTULOS	16
VIII. AFECCIONES CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVAS.....	17
IX. ANOMALÍAS CONGÉNITAS.....	18
X. ENFERMEDAD ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD.....	19
XI. MANIFESTACIONES CLÍNICAS SECUNDARIAS A PATOLOGÍA PERINATAL O CONGÉNITA	19
XII. COMPLICACIONES DEBIDAS A CUIDADOS QUIRÚRGICOS Y MÉDICOS	20
XIII. LESIONES POR CAUSA DISTINTA AL PARTO	21
XIV. ENFERMEDAD NO IDENTIFICADA SI NEONATAL O ADQUIRIDA.....	21
PRIORIDAD ANTE MÚLTIPLES DIAGNÓSTICOS	22

CAUSAS MATERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD PERINATAL	23
PREMATURIDAD Y BAJO PESO AL NACER	25
I. IMPORTANCIA DE LA PREMATURIDAD	25
II. CRITERIOS DE CODIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO	25
III. USO DEL CUARTO Y QUINTO DÍGITO	27
IV. OTRAS SITUACIONES DE BAJO PESO	28
CRECIMIENTO INTRAUTERINO RETARDADO Y DESNUTRICIÓN INTRAUTERINA	29
NEONATO TARDÍO Y/O PESO ELEVADO AL NACER.....	30
INFECCIONES NEONATALES	32
I. LOCALIZACIÓN EN EL ÍNDICE ALFABÉTICO	32
II. CLASIFICACIÓN DE LAS INFECCIONES NEONATALES	34
1. Infecciones congénitas	34
2. Sepsis de transmisión vertical	35
3. Infecciones de transmisión horizontal	37
3.a. Infecciones nosocomiales	37
3.b. Infecciones comunitarias	38
III. SOSPECHA DE INFECCIÓN NEONATAL DESCARTADA	38
IV. RECIÉN NACIDO DE MADRE CON INFECCIÓN VIH.....	38
DISTRESS RESPIRATORIO DEL RECIÉN NACIDO	40
I. LOCALIZACIÓN EN EL ÍNDICE ALFABÉTICO	40
II. SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO TIPO I	41
III. SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO TIPO II	41
HIPOXIA INTRAUTERINA Y ASFIXIA INTRAPARTO	42
I. CONCEPTOS	42
1. Sufrimiento fetal	42
2. Asfixia perinatal	42
3. Encefalopatía hipóxica isquémica	44
II. LOCALIZACIÓN EN EL ÍNDICE ALFABÉTICO.....	45
III. CODIFICACIÓN	46

EXPULSIÓN DE MECONIO Y ASPIRACIÓN FETAL	48
LEUCOMALACIA PERIVENTRICULAR	50
HEMORRAGIA FETAL Y NEONATAL	51
ICTERICIA DEL RECIÉN NACIDO	53
ANEMIA DEL RECIÉN NACIDO	55
POLICITEMIA NEONATAL	56
TRAUMATISMOS DEL RECIÉN NACIDO	57
I. TRAUMATISMOS DEL NACIMIENTO	57
II. TRAUMATISMOS O ACCIDENTES DEBIDOS A CAUSAS EXTERNAS	58
OBSERVACIÓN Y EVALUACIÓN DE RECIÉN NACIDOS	59
USO DE OTROS CÓDIGOS V EN LA HISTORIA PERINATAL	60
I. SUPERVISIÓN DE LA SALUD DEL RECIÉN NACIDO	60
II. VACUNACIÓN SISTEMÁTICA DEL RECIÉN NACIDO	60
III. OTROS CÓDIGOS V	60
TRASTORNOS ENDOCRINOS Y METABÓLICOS	62
I. HIPOGLUCEMIA NEONATAL	62
II. DIABETES	62
III. ACIDOSIS	62
IV. DESHIDRATACIÓN	63
ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE	64
INTOLERANCIA Y MALABSORCIÓN INTESTINAL	65
EPISODIO APARENTEMENTE LETAL	66
ANEXO 1. RELACIÓN DE CONDICIONES PERINATALES CLASIFICADAS EN EL ÍNDICE ALFABÉTICO EN EL CÓDIGO 779.89	69
REFERENCIAS	71

INTRODUCCIÓN

El período perinatal es la etapa más vulnerable del ser humano, con gran riesgo para la vida debido a la patología propia de esta etapa, transitoria o permanente, o a sus posibles secuelas.

La patología perinatal se clasifica en el **Capítulo 15 Determinadas condiciones con origen en el período perinatal** de la CIE-9-MC.

Este capítulo engloba todas las enfermedades que tienen su origen en el período perinatal, antes del nacimiento y hasta los 28 días después del nacimiento, aunque la muerte o la enfermedad ocurran más tarde, como establece el «Incluye» al inicio del capítulo^{1,2,3}.

Comprende la patología originada en dos períodos distintos:

- **Fetal o prenatal:** Período comprendido entre la 22ª semana de gestación hasta el nacimiento. Se corresponde con el período intrauterino.
- **Neonatal o del recién nacido:** Período que va desde el nacimiento hasta 28 días después. Los primeros 7 días de la vida se denominan **período neonatal precoz**.

El capítulo 15 está estructurado en dos secciones distintas según el tipo de patologías o problemas:

- **Causas maternas de morbilidad y mortalidad perinatales** (760 – 763).
- **Otras enfermedades con origen en el período perinatal** (764 – 779).

CONCEPTOS Y ABREVIATURAS EN PATOLOGÍA PERINATAL

En perinatología existen un conjunto de conceptos y abreviaturas que son frecuentemente usadas en la documentación clínica por el neonatólogo para la definición del paciente y patologías perinatales, y que no necesariamente tienen equivalentes con códigos específicos de la CIE-9-MC.

BPEG o PEG: Bajo peso para la edad gestacional o Pequeño para la edad gestacional. Es un peso con un percentil inferior a 10 del esperado para la edad gestacional. En el recién nacido a término es de peso inferior a 2.500 gramos.

CIR: Crecimiento intrauterino retardado.

CCI: Curva de crecimiento intrauterina.

CEC: Circulación extracorpórea.

CIA: Comunicación interauricular.

DAP: Ductus arterioso persistente.

EAL o ALTE: Episodio aparentemente letal o Episodio de aparente amenaza a la vida.

EBEG: Extremada baja edad gestacional.

EBP: Extremado bajo peso.

ECN: Enterocolitis necrotizante.

EG: Edad de gestación expresada en semanas completas. Identifica la duración del embarazo desde el primer día de la última menstruación hasta el nacimiento.

EGB: Estreptococo agalactiae o Estreptococo β -hemolítico grupo B.

EHI: Encefalopatía hipóxica isquémica.

EMH: Enfermedad de la membrana hialina o Distress respiratorio del recién nacido o Síndrome de dificultad respiratoria (SDR) del recién nacido.

HIV: Hemorragia intraventricular.

HPV: Hemorragia periventricular.

HSE: Hemorragia subependimaria.

IOT: Intubación orotraqueal.

IPV: Intolerancia a la proteína de la leche de vaca.

LAM: Líquido amniótico teñido de meconio.

NAC: Neumonía adquirida en la comunidad.

PAEG o AEG: Peso adecuado para la edad gestacional o Adecuado para edad gestacional, según abreviatura. Es un peso comprendido entre los percentiles 10 y 90 al esperado para la edad gestacional. En el recién nacido a término es, por defecto, de 2.500 a 4.000 gramos o peso superior al establecido para dichos percentiles según sexo en la curva de crecimiento intrauterina utilizada en el centro hospitalario. Estas curvas varían unas de otras en función de la longitud del recién nacido (que puede estar influenciada por condiciones geográficas, raza, etc.), en las que el percentil 90 puede oscilar entre 3.500 – 4.000 gramos.

PEEG o GEG: Peso elevado para la edad gestacional o Grande para la edad gestacional. Es un peso con percentil superior a 90 del esperado para la edad gestacional. En el recién nacido a término es, por defecto, de peso superior a 4.000 gramos o peso superior al establecido para percentil 90 según sexo la curva de crecimiento intrauterina utilizada en el centro hospitalario.

PVL: Leucomalacia periventricular.

RN o Neonato: Recién nacido, ser humano desde que nace hasta los 28 días de edad.

RNPRT: Recién nacido pretérmino, también llamado prematuro, con edad gestacional de 28 a 36 semanas completas. Es indicativo de nacido antes de término.

RNPT: Recién nacido posttérmino, también llamado postmaduro, con edad de gestación de 42 semanas completas o más.

RNT o RNAT: Recién nacido a término, con edad gestacional de 37 a 40 semanas completas.

ROP: Fibroplasia retrolental o Retinopatía del prematuro.

RPNB: Riesgo de pérdida de bienestar fetal.

RPM: Ruptura prematura de membranas. De acuerdo al criterio de las sociedades científicas de neonatología es relevante si es superior a 18 horas por ser un factor de riesgo de la sepsis neonatal precoz.

SAM: Síndrome de aspiración meconial.

SG: Semanas de gestación.

SVP: Shunt ventriculoperitoneal.

TORCH: Abreviatura construida con la primera letra de las infecciones congénitas: Toxoplasmosis, Otras infecciones, Rubéola, Citomegalovirus y Herpes.

TTRN: Taquipnea transitoria del recién nacido o Distress respiratorio tipo II.

VIH: Virus de inmunodeficiencia humana.

VM o VMI: Ventilación mecánica (invasiva).

VMNI: Ventilación mecánica no invasiva.

VRS: Virus respiratorio sincitial.

TRASTORNOS DEL PERÍODO PERINATAL

Las patologías que pueden acontecer en este período pueden agruparse en:

I. PATOLOGÍA PERINATAL

Son el conjunto de problemas del recién nacido o del neonato debidos a alteraciones en la adaptación de órganos y sistemas (cambios fisiológicos o metabólicos) que se producen en la transición de la vida intrauterina a la extrauterina⁴, como por ejemplo, la función respiratoria, que ha de ser asumida por los pulmones tras el parto, o procesos similares con el aparato digestivo, circulatorio, etc. Son alteraciones del mecanismo de adaptación a la vida extrauterina que pueden deberse a problemas maternos o fetales, durante el parto o postparto. Son patologías que por sus características suelen ser transitorias^{5,6} y específicas de este período. Es el grupo patológico más frecuente del neonato.

Sin embargo, determinadas patologías perinatales pueden permanecer a lo largo de la vida.

II. ANOMALÍAS CONGÉNITAS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define las anomalías congénitas, defectos del nacimiento o malformaciones congénitas como defectos del desarrollo (ya sean morfológicos, estructurales, funcionales o moleculares) presentes al nacer, aunque pueden manifestarse más tarde; pueden ser defectos externos o internos, familiares o esporádicos, hereditarios o no, únicos o múltiples. Pueden mantenerse a lo largo de la vida si no son reparados^{7,8,9} o bien pueden curar espontáneamente como algunas deformidades.

Así el síndrome del corazón izquierdo hipoplásico por su gravedad se manifiesta al nacer, mientras que las formas leves de insuficiencia aórtica congénita puede incluso diagnosticarse en la edad madura, pero ambas están presentes al nacimiento. Es el segundo grupo de patologías en frecuencia.

III. ENFERMEDADES ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD

Son infecciones adquiridas por el neonato fuera del medio sanitario (por ejemplo, en el domicilio familiar). Comprende las infecciones adquiridas después de las 48 horas del alta hospitalaria. Es un grupo de patologías bastante menos frecuente que los dos anteriores.

IV. COMPLICACIONES DEBIDAS A CUIDADOS QUIRÚRGICOS Y MÉDICOS

Son complicaciones producidas por procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos realizados al neonato.

V. LESIONES POR CAUSA DISTINTA AL PARTO

Son traumatismos no relacionados con el momento del parto y situaciones de malos tratos de bebé o niño. Son muy infrecuentes en el neonato.

NORMAS ESPECÍFICAS DE CODIFICACIÓN EN LA PATOLOGÍA PERINATAL

Los códigos de patología perinatal nunca se usan en la historia clínica de la madre. Los códigos de embarazo, parto y puerperio (capítulo 11) nunca se utilizan en la **historia clínica del recién nacido**^{10,11,12}.

La especificidad y transitoriedad de gran parte de la patología del neonato ha determinado que su codificación se rija por normas específicas.

I. LOCALIZACIÓN DE CÓDIGOS EN EL ÍNDICE ALFABÉTICO

Los códigos de las enfermedades perinatales se localizan por tres tipos de entradas en el Índice Alfabético^{6,1}, como puede verse en la tabla siguiente:

TÉRMINO PRINCIPAL	MODIFICADORES ESENCIALES
Nacimiento	Descripción de la patología
Recién nacido	
Descripción de la patología o condición perinatal	- que afecta al feto o al recién nacido - neonatal - infantil - fetal - recién nacido - nacimiento

- El término principal **Nacimiento** localiza fundamentalmente códigos de la categoría **767 Traumatismo de nacimiento** y de la Sección de **Causas maternas de morbilidad y mortalidad perinatales (760 - 763)**.
- El término principal **Recién nacido** localiza patologías perinatales frecuentes: infección, gemelaridad o semanas de gestación del recién nacido.

Ejemplos:

Nacimiento

- inmaduro 765.1
- – extremadamente 765.0
- lesión NCOC 767.9
- – hemorragia cerebral 767.0

Recién nacido

- crisis convulsiva 779.0
- septicemia 771.81

Prematuro

- ruptura de membranas o amnios 658.1
- que afecta al feto o al recién nacido 761.1

Distress respiratorio

- recién nacido 769

- Los términos principales **Neonatal**, **Neonatorum** y **Fetal** son poco útiles para la búsqueda de códigos de trastornos perinatales, presentando los dos primeros una referencia cruzada, véase *además* enfermedad específica.

II. CÓDIGOS DE LA SECCIÓN V30 - V39

Los códigos de la sección **V30 - V39 Recién nacidos con vida según el tipo de parto** no se emplean en España^{6,10,13}, dado que la ocupación de cunas o moisés no causa ingreso hospitalario. Únicamente se podrán utilizar en aquellos hospitales que cumplen dos condiciones: apertura de historia clínica a todos los recién nacidos del centro y que incluyan las cunas de recién nacido como dotación de camas, para su registro y conocimiento.

Estas categorías especifican si el nacimiento es **único o múltiple** y en el caso de parto múltiple si son nacidos vivos o muertos. Con el 4º dígito se indica el **lugar de nacimiento** y con el 5º dígito, si ha nacido por **cesárea o no**. Será siempre diagnóstico principal del episodio de nacimiento, no empleándose en reingresos, traslados o episodios distintos al del nacimiento.

III. RELACIÓN EDAD Y PATOLOGÍA PERINATAL

La gran mayoría de condiciones perinatales son de naturaleza transitoria, sin embargo, algunas persisten fuera de este período o, incluso, se manifiestan más tarde en la vida. Todas estas condiciones perinatales se clasifican en el capítulo 15, sin importar la edad del paciente y se asignará el código a lo largo de la vida del paciente, si la condición está presente y el clínico así lo indica^{1,11}.

Ejemplos:

- Mujer de 28 años ingresada para el tratamiento de carcinoma de vagina debido a la exposición intrauterina al dietilestilbestrol tomado por su madre durante el embarazo.

184.0 Neoplasia maligna de vagina**760.76 Agente nocivo que afecta al feto o recién nacido a través de placenta o leche materna. Dietilestilbestrol [DES]**

El efecto nocivo del dietilestilbestrol es una condición que origina el problema actual, aunque sea mucho más tarde en la vida de la paciente.

- Hombre de 20 años de edad ingresado por problemas respiratorios debido a la displasia broncopulmonar diagnosticada al nacimiento.

770.7 Enfermedad respiratoria crónica con origen en el período perinatal

Es una condición perinatal que puede mantenerse a lo largo de la vida.

- Niño de 3 años de edad que presenta parálisis braquial originada en el nacimiento.

767.6 Lesión del plexo braquial

IV. CODIFICACIÓN MÚLTIPLE

Si la enfermedad está identificada como patología perinatal se asignará código del capítulo 15. Por lo general, estos códigos son indizados como diagnóstico principal, y podrán ir seguidos por los códigos de cualquier otro capítulo en el caso de que proporcionen mayor nivel de detalle^{1,2}. La nota «Use código adicional para especificar la patología» al principio del capítulo es compatible con esta norma^{2,14}.

Las normas perinatales para diagnósticos secundarios son las mismas que las normas generales de codificación.

Ejemplos:

- Neonato de 2 días que ingresa por sepsis precoz por E. coli asociada a ruptura prematura de membrana y fiebre maternal.

771.81 Septicemia [sepsis] del recién nacido

041.4 Infecciones bacterianas en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos y las de sitio no especificado. Escherichia coli [E. coli]

761.1 Ruptura prematura de membrana

760.2 Infecciones maternas

- Neonato que presenta deshidratación hiperpotasémica.

775.5 Otros trastornos electrolíticos neonatales transitorios

276.7 Hiperpotasemia

El código adicional 276.7 especifica el tipo de trastorno electrolítico del neonato.

V. ASIGNACIÓN DE CÓDIGO NO ESPECÍFICO DE PATOLOGÍA PERINATAL

Si el Índice Alfabético no proporciona código específico para una afección perinatal, pero asigna el código **779.89 Otras enfermedades especificadas con origen en el período perinatal**, se añadirá código adicional de otro capítulo que especifique la condición¹.

Ejemplo:

El shock en el recién nacido.

Nacimiento

– shock, recién nacido 779.89

*Hay que añadir código de la subcategoría **785.5X Shock sin mención de trauma**.*

Suele corresponderse con descripciones de patologías perinatales poco especificadas o pobremente definidas (ver anexo 1).

Si el Índice Alfabético no proporciona ningún código para el neonato, ni específico ni inespecífico, y no existen modificadores esenciales ni no esenciales, se codificará con el código **779.89 Otras enfermedades especificadas con origen en el período perinatal**, al que se añadirá código adicional de otro capítulo que especifica la condición. Una excepción a esta regla es cuando la afección neonatal es un síntoma (ver apartado siguiente).

VI. SÍNTOMAS Y SIGNOS NO SECUNDARIOS A PATOLOGÍA PERINATAL NI CONGÉNITA

Los códigos del capítulo 15 han de emplearse para **diagnósticos definitivos** establecidos por el clínico. Si al alta del neonato no se ha llegado a un diagnóstico definitivo, y el diagnóstico es un signo o síntoma que no tiene código recogido en el capítulo 15 se podrán asignar códigos del **Capítulo 16 Síntomas, signos y estados mal definidos** para su codificación sin asignarle previamente ningún código del capítulo de perinatal^{1,2,15}.

Ejemplo:

Neonato de 26 días que ingresa por poca ganancia de peso.

783.41 Ganancia de peso insuficiente

No se ha establecido diagnóstico definitivo como motivo de ingreso por la poca ganancia de peso.

Habrà que diferenciar esta situación con la utilización del código **779.89 Otras enfermedades especificadas con origen en el período perinatal** pues este se refiere a patologías o enfermedades neonatales mal definidas, pero que están diagnosticadas, que es distinto a un síntoma o signo que significa que no se ha podido establecer diagnóstico.

VII. ASIGNACIÓN DIRECTA DE CÓDIGO DE OTROS CAPÍTULOS

Si el Índice Alfabético en su término principal, o en sus modificadores esenciales o no esenciales de tipo neonatal, asigna directamente un código específico de otro capítulo distinto al 15, **no se empleará código** adicional del capítulo 15.

Ejemplos:

Recién nacido

– cardiomiopatía 425.4

Nacimiento

– descuido, después o durante 995.52

Impétigo (recién nacido) 684

Derrame

– pleura, pleuresía, pleurético, pleuroapical 511.9

– – feto o recién nacido 511.9

VIII. AFECCIONES CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVAS

En el neonato han de codificarse todas las **afecciones clínicamente significativas**. Una afección es clínicamente significativa^{2,16,17} si requiere:

- Evaluación clínica.
- Tratamiento.
- Procedimientos diagnósticos.
- Estancia prolongada en el hospital.
- Incremento de cuidados o control de enfermería.
- Tiene implicaciones para las necesidades de cuidados futuros.

Estas normas perinatales son las mismas que las normas generales de codificación para «diagnósticos adicionales» del adulto, excepto para las implicaciones de futuros cuidados. La significación clínica de la afección sólo puede ser determinada por el médico cuando establece un diagnóstico definitivo^{1,2,3}.

Las condiciones insignificantes que **se resuelven sin tratamiento**, tales como, erupciones finas o ictericia leve, no se codifican¹ salvo que requieran tratamiento futuro, evaluación, pruebas diagnósticas o incidan en los días de estancia.

Ejemplos:

- El recién nacido presenta sindactilia de mano e hidrocele.

755.11 Sindactilia. De dedos de la mano sin fusión de hueso

778.6 Hidrocele congénito

A pesar de que no recibe tratamiento actual y no motivó evaluación adicional durante ese ingreso, requerirán tratamiento en algún momento del futuro, por lo que han de codificarse.

- Ingreso hospitalario por ictericia fisiológica que requiere fototerapia.

774.6 Ictericia fetal o neonatal, no especificada

99.83 Otra fototerapia

- El informe de alta del RN menciona la existencia de ictericia leve, que desaparece espontáneamente y sin evaluación posterior.

No se asigna código.

Ciertas **anomalías congénitas relacionadas con la inmadurez** del recién nacido prematuro como Ductus Arterioso Persistente (DAP), cavum anterior y/o posterior abierto, etc. cuando son consideradas fisiológicas por el neonatólogo no se codifican. Para ser consideradas fisiológicas han de ser irrelevantes y sin sintomatología, siendo hallazgos de pruebas (ecocardiografía o ecografía cerebral) y desaparecen con la madurez del recién nacido sin tratamiento.

Ejemplo:

RN inmaduro de 27 semanas de gestación con 800 gramos de peso al nacer, presenta EMH, DAP pequeño visto por ecocardiografía y cavum anterior abierto. En control prealta se observa cierre espontáneo sin tratamiento del DAP y desaparece el cavum anterior.

765.03 Inmadurez extrema. 750-999 gramos

765.24 27-28 semanas completas de gestación

769 Síndrome de distress respiratorio del recién nacido

DAP y cavum abierto no se codifican pues no permanecen con la madurez del recién nacido.

IX. ANOMALÍAS CONGÉNITAS

Si la enfermedad por la que es asistido el neonato es tipificada de anomalía congénita, se asignará código específico de acuerdo a los criterios de codificación del **Capítulo 14 Anomalías congénitas**.

Ejemplos:

- Recién nacido que ingresa por tetralogía de Fallot en situación de fallo cardíaco derecho que se interviene quirúrgicamente corrigiendo totalmente la anomalía por CEC.

745.2 Tetralogía de Fallot

428.0 Insuficiencia cardíaca congestiva, no especificada

35.81 Reparación total de tetralogía de Fallot

39.61 Circulación extracorpórea auxiliar para cirugía cardíaca abierta

- Ingreso de bebé de 3 días de vida con transposición completa de los grandes vasos, realizándose operación de Jatene.

745.10 Transposición completa de grandes vasos

35.84 Corrección completa de transposición de grandes vasos, no clasificada bajo otro concepto

X. ENFERMEDAD ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

Si la enfermedad del neonato es **adquirida en la comunidad**, no debe asignarse código del capítulo 15, identificándose con el código específico del capítulo correspondiente^{1,2,3}.

Ejemplos:

- Neonato varón de 23 días de vida que ingresa por neumonía de la comunidad que tras hemocultivo se diagnostica debida a SAMR.

482.42 Neumonía por *Estafilococo aureus* resistente a metilina

Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) es una neumonía que afecta a niños previamente sanos que adquieren la infección pulmonar lejos del ambiente hospitalario.

- Bronquiolitis por VRS en neonato de 17 días contagiado en domicilio que ingresa en servicio de Neonatología.

466.11 Bronquiolitis aguda debida al virus respiratorio sincitial (VRS)

XI. MANIFESTACIONES CLÍNICAS SECUNDARIAS A PATOLOGÍA PERINATAL O CONGÉNITA

Cualquier manifestación secundaria a una anomalía congénita o patología perinatal que esté presente en el episodio actual requerirá de código adicional de otros capítulos para su identificación^{14,15}.

Ejemplos:

- Niño de 3 días de vida que ingresa por CIA manifestando secundariamente fallo cardiaco izquierdo y shock cardiogénico.

745.5 Defecto de tabique auricular de tipo ostium secundum

428.1 Insuficiencia cardíaca izquierda

785.51 Shock cardiogénico

- Niño de 10 días de vida que ingresa con problemas respiratorios y es diagnosticado de derrame pleural.

Derrame

- Pleura, pleuresía, pleurético, pleuroperiapical 511.9

La Lista Tabular de enfermedades de la CIE-9-MC indica «Emplear un código adicional, si procede, para identificar cualquier hipertensión pulmonar secundaria (416.8)» en los códigos de aspiración fetal y del recién nacido con síntomas respiratorios (**770.12 Aspiración de meconio con síntomas respiratorios, 770.14 Aspiración de líquido amniótico con síntomas respiratorios, 770.16 Aspiración de sangre con síntomas respiratorios, 770.18 Otra aspiración fetal y del recién nacido con síntomas respiratorios y 770.86 Aspiración de contenido gástrico postnatal con síntomas respiratorios**).

XII. COMPLICACIONES DEBIDAS A CUIDADOS QUIRÚRGICOS Y MÉDICOS

Son complicaciones producidas por procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos realizados al neonato. Son frecuentes dada la intensidad de los cuidados a los que son sometidos (cateterizaciones arteriales y venosas, intubaciones orotraqueales, nutriciones parenterales o enterales, etc.). Su codificación se realizará siguiendo las normas del **Capítulo 17 Lesiones y envenenamientos** de codificación de complicaciones de cuidados médicos y quirúrgicos.

Ejemplo:

Recién nacido prematuro de 33 semanas de edad gestacional y 1.680 gramos de peso al nacer, se cateteriza vena umbilical, siendo retirada a los 10 días de tratamiento por infección del catéter por estafilococo aureus.

- 765.16 Otros niños nacidos antes del término. 1.500-1.749 gramos**
- 765.27 Trastornos relacionados con gestación acortada y bajo peso en el nacimiento. 33-34 semanas completas de gestación**
- 999.31 Infección por catéter venoso central**
- 041.11 Infección bacteriana en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos y las de sitio no especificado. Estafilococo aureus sensible a meticilina**
- E879.8 Otras técnicas, sin mención de accidente en el momento de practicarlas, como causa de reacción anormal del paciente, o de complicación posterior. Otras técnicas especificadas**
- 38.92 Cateterismo de vena umbilical**

XIII. LESIONES POR CAUSA DISTINTA AL PARTO

Son traumatismos no relacionados con el momento del parto o situaciones de malos tratos del bebé o niño. Son muy infrecuentes en el neonato, su codificación se realizará siguiendo las normas del capítulo 17.

Ejemplo:

Ingreso de urgencias de neonato de 20 días de vida por traumatismo craneoencefálico debido a accidente de tráfico, que por TAC craneal se diagnosticó de fractura de hueso occipital.

801.00 Fractura de base de cráneo. Cerrada sin mención de lesión intracraneal. Estado de conocimiento no especificado

E819.9 Accidente de tráfico de vehículo motorizado de tipo no especificado. Persona no especificada

XIV. ENFERMEDAD NO IDENTIFICADA SI NEONATAL O ADQUIRIDA

Si la enfermedad por la que ingresa el recién nacido puede ser debida al proceso del nacimiento o adquirida en la comunidad, pero la documentación clínica no lo especifica, por defecto se identifica como debida al **proceso del nacimiento** asignándose código del capítulo 15^{1,2,3}.

Ejemplo:

Recién nacido de 10 días de vida que ingresa desde urgencias por infección urinaria por E. coli, que se practica eco abdominal sin anomalías renales.

771.82 Infección del tracto urinario del recién nacido

041.4 Infecciones bacterianas en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos y las de sitio no especificado. Escherichia coli [E. coli]

PRIORIDAD ANTE MÚLTIPLES DIAGNÓSTICOS

Es frecuente en los ingresos hospitalarios de neonatos la presencia de varias patologías documentadas por el neonatólogo que precisan **codificación múltiple** y que pueden cumplir condición de diagnóstico principal. En estos supuestos es aconsejable seguir los siguientes criterios de **prioridad**:

ORDEN	CIRCUNSTANCIA	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL
1º	Si es RN prematuro o inmaduro	765.1X ó 765.0X
2º	Si es RN a término y bajo peso al nacer o CIR	764.XX
3º	Si hay anomalía congénita/patología perinatal sometida a intervención quirúrgica	Ésta es diagnóstico principal
4º	Otras situaciones con varios diagnósticos que pueden ser diagnóstico principal	Mayor gravedad
5º	Si es para observación de enfermedad descartada	V29.0 – V29.8
6º	Si ingresa para revisión de nacimiento por cesárea, fórceps o ventosa	V20.2
7º	Las causas maternas de morbilidad perinatal (760 – 763)	Sólo pueden ser diagnóstico principal si es motivo de ingreso sin patología neonatal ⁵
8º	Ingreso por signos y síntomas, sin establecer diagnóstico al alta	Capítulo 16 Síntomas, signos y estados mal definidos

CAUSAS MATERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD PERINATAL

La sección de causas maternas de morbilidad y mortalidad perinatales del capítulo 15 identifica las situaciones de enfermedades maternas que influyen en la morbi-mortalidad fetal o del recién nacido¹⁴ clasificándolas en 4 categorías:

- **760:** Situaciones maternas no necesariamente relacionadas con el embarazo actual, como la hipertensión o infección maternal, etc.
- **761:** Complicaciones maternas del embarazo, como puede ser la gemelaridad u oligoamnios, etc. La ruptura prematura de membranas sólo es tenida en cuenta como significativa si así lo establece el clínico que asiste al neonato. La Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO) y la Sociedad Española de Neonatología (SEN) establecieron por consenso que la ruptura prematura de membranas de 18 horas o más es un factor de riesgo para las sepsis^{18,19}.
- **762:** Complicaciones de la placenta, cordón y membranas, por ejemplo: placenta previa, corioamnionitis, etc.
- **763:** Otras complicaciones del parto y alumbramiento: parto por cesárea, bradicardia intrauterina, etc.

Las condiciones para su correcta codificación^{1,6,10,12} son:

- Como establece las notas del «**Incluye**» de cada una de las categorías¹⁴, estos códigos que identifican las situaciones maternas del embarazo, parto actual o determinadas enfermedades anteriores, sólo se asignan si específicamente se describen que son causa de morbi-mortalidad fetal o del recién nacido. El hecho de que la madre tenga una complicación del embarazo o del parto, no justifica la asignación rutinaria de estos códigos en la historia del neonato.

Ejemplo:

RN de madre adicta a cocaína que no presentó signos de abstinencia pero la determinación bioquímica del neonato es positiva para cocaína.

Se asigna código adicional de **760.75 Agentes nocivos que afectan al feto o recién nacido a través de la placenta o leche materna-cocaína** en el registro del neonato¹.

- Son **códigos adicionales** de los de la patología perinatal que la origina, provoca o favorece, por lo que siempre serán diagnósticos secundarios.

Ejemplos:

- Sufrimiento fetal secundario a circular del cordón.

768.4 Sufrimiento fetal no especificado en cuanto a su comienzo en niño nacido vivo

762.5 Otras compresiones del cordón umbilical

- Sepsis por amnionitis.

771.81 Septicemia [sepsis] del recién nacido

762.7 Corioamnionitis

- Pueden ser usados como **código principal** si identifican la condición que origina el ingreso y no existe asociada morbilidad del neonato⁵.

Ejemplo:

RN ingresado debido a un síndrome fetal alcohólico.

760.71 Agentes nocivos que afectan al feto o recién nacido a través de la placenta o leche materna. Alcohol

- La **gemelaridad** o **multiparidad** es una complicación del embarazo muy frecuente que puede motivar el ingreso de los neonatos por la influencia en su salud: se favorece el bajo peso, la prematuridad, hemorragia por transfusión fetal, etc. Debe registrarse en la historia del recién nacido como código secundario si son la causa de la morbi-mortalidad del neonato.
- Cuando el código CIE identifica una **condición perinatal específica** en el neonato debida a la condición de la madre, se codificará ésta y no se añadirá la condición materna¹.

Ejemplo:

RN de madre diabética con hipoglucemias transitorias durante el ingreso.

775.0 Síndrome de "hijo de madre diabética"

No se emplea código de las categorías 760-763.

PREMATURIDAD Y BAJO PESO AL NACER

I. IMPORTANCIA DE LA PREMATURIDAD

Los prematuros son neonatos de baja edad gestacional al nacimiento (23 – 36 semanas de gestación). La prematuridad puede originar problemas de adaptación a la vida extrauterina debido a la inmadurez de órganos y sistemas, por lo que es una de las causas de mayor morbi-mortalidad neonatal^{4,10,12}. Los tres desórdenes graves más comúnmente relacionados con la prematuridad son:

- Enfermedad de la membrana hialina.
- Hemorragia intraventricular.
- Enterocolitis necrotizante.

La prematuridad es siempre condición que motiva ingreso, tanto al nacimiento como en los traslados entre hospitales. También condiciona el consumo de recursos (sobre todo días de estancia) y su pronóstico, por lo que su existencia determina no sólo su codificación sino también la conveniencia de ser asignado como diagnóstico principal.

II. CRITERIOS DE CODIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO

La CIE-9-MC clasifica al recién nacido prematuro en:

- **Recién nacido de inmadurez extrema (765.0X)** Son recién nacidos pretérmino de extremado bajo peso al nacer, expresado por el clínico o, en su defecto tener un peso menor a 1.000 gramos. El quinto dígito de subclasificación viene determinado por el peso del recién nacido. Suelen ser de Extremadamente Baja Edad Gestacional (EBEG), aunque este criterio no interviene en la asignación de código.
- **Otros recién nacidos pretérmino o prematuro (765.1X)**. Son recién nacidos pretérmino con peso al nacer igual o superior a 1.000 gramos, determinado por el clínico o en su defecto tener un peso igual o superior a 1.000 gramos. El quinto dígito de subclasificación viene determinado por el peso del recién nacido.

La condición de prematuridad se rige por criterios de **codificación múltiple**^{11,20,21}:

- primero se asigna el código que identifica al recién nacido pretérmino por el grado de prematuridad (**765.0X** ó **765.1X**), especificándose con el quinto dígito el peso en gramos, seguido de
- código adicional que informa de la edad gestacional en semanas completas del neonato (**765.2X Trastornos relacionados con gestación acortada y bajo peso en el nacimiento. Semanas de gestación**).

Se podrán añadir códigos adicionales que recojan las situaciones de bajo peso para la edad gestacional (**764.XX**) o grande para la edad gestacional (**766.0** y **766.1**) en niños pretérminos.

	RECIÉN NACIDO		
	PRETÉRMINO (RNPRT)	TÉRMINO (RNAT)	POSTÉRMINO (RNPT)
PEQUEÑO	765.(0-1)X + 765.2X + 764.XX	764.XX + 765.29	764.XX + 766.2X
ADECUADO	765.(0-1)X + 765.2X	No se codifica	766.2X
GRANDE	765.(0-1)X + 765.2X + 766.(0-1)	766.(0-1)	766.(0-1) + 766.2X

Ejemplo:

RN inmaduro de 1.100 gramos y 29 semanas de gestación.

765.14 Otros niños nacidos antes del término. 1.000-1.249 gramos al nacer

765.25 29-30 semanas de gestación completas

Los 5º dígitos de la categoría 764 y de las subcategorías 765.0 y 765.1 indican el peso del neonato al nacimiento, tanto en el episodio inicial como en los traslados entre hospitales. También se codifica en caso de reingreso o posterior ingreso el problema de madurez si sigue estando presente¹ e influye en la evaluación clínica actual.

Ejemplo:

Recién nacido que nace en hospital A con 34 semanas de gestación y 1.800 gramos de peso al nacer. Es trasladado al hospital B después de 14 días de estancia para seguir evaluación clínica.

765.17 Otros niños nacidos antes del término. 1.750-1.799 gramos al nacer

765.27 33-34 semanas de gestación completas

Los códigos de peso y edad en semanas de gestación serán iguales en los dos hospitales pues siempre se consideran al nacimiento¹.

Los ingresos o reingresos hospitalarios por causa no relacionada con la madurez neonatal siempre que no se trate ni evalúe la misma, y aunque la condición perinatal causante del ingreso actual esté relacionada con el nacimiento pretérmino, el bajo peso se identifica como seguimiento o historia de bajo peso con los códigos **V21.3X Estado de bajo peso al nacimiento**, no empleándose códigos de las categorías **764 Crecimiento intrauterino retardado y desnutrición fetal** ó **765 Trastornos relacionados con gestación acortada y bajo peso en el nacimiento**.

III. USO DEL CUARTO Y QUINTO DÍGITO

El 4º dígito (0 - 9) de la categoría 764 identifica los distintos tipos de bajo peso y desnutrición fetal, asociado o no a la prematuridad.

El 5º dígito de la categoría 764 y de las subcategorías 765.0 y 765.1 identifica el peso del recién nacido en gramos al nacimiento. Clasifica al neonato desde peso inferior a 500 hasta más de 2.500 gramos, por rangos de 250.

El 5º dígito (0 - 9) de la subcategoría 765.2 identifica la edad gestacional del recién nacido en semanas completas. Clasifica al neonato desde menos de 24 semanas (límite inferior de viabilidad del recién nacido) hasta 37 semanas o más.

Hay que tener cuidado de que el peso del recién nacido expresado por el 5º dígito sea coherente con el 4º dígito (inmadurez extrema o prematuridad), así un diagnóstico de inmadurez extrema parece claramente inconsistente con 5º dígito «9» de peso superior a 2.500 gramos y, por el contrario, sí parece coherente un peso superior a 2.500 gramos con prematuro de 36 semanas de gestación, aunque sean relaciones que no están indicadas

en las normas de codificación¹. Las discrepancias registradas en la historia clínica han de ser consultadas con el médico responsable del alta hospitalaria, para detectar un posible error de registro.

IV. OTRAS SITUACIONES DE BAJO PESO

La descripción en la historia clínica del neonato de situaciones de «bajo peso» o de «pérdida de peso» sin mayor especificación en ingresos no relacionados con el nacimiento o traslados entre hospitales, y sin relación con la madurez del recién nacido se codifican con código del capítulo de síntomas: «bajo peso» (**783.22 Pérdida anormal de peso y bajo peso. Bajo peso**) o «pierde peso» (**783.21 Pérdida anormal de peso y bajo peso. Pérdida de peso**).

La pérdida de peso del período de transición de vida (intrauterina - extrauterina) en la primera semana de vida no se codifica si, a criterio del clínico que asiste al neonato, no es relevante, salvo que sea el motivo del ingreso.

CRECIMIENTO INTRAUTERINO RETARDADO Y DESNUTRICIÓN INTRAUTERINA

El **Crecimiento Intrauterino Retardado (CIR)** y la **desnutrición intrauterina** es un concepto dinámico que significa retardo en la fase intrauterina del crecimiento fetal que es debida a múltiples procesos, no implicando necesariamente recién nacido prematuro, sino que es menor de lo esperado para la edad gestacional, menor del percentil 10. Se asigna código de la categoría **764 Crecimiento intrauterino retardado y desnutrición fetal** que con el 5º dígito indica el peso en gramos del neonato (inferior a 500 hasta más de 2.500 gramos). El 4º dígito de subcategoría clasifica el tipo de CIR y la malnutrición fetal en:

- Recién nacido de BPEG o PEG sin desnutrición intrauterina: **764.0X Peso bajo para la edad gestacional, sin mención de desnutrición fetal.**
- Recién nacido de BPEG o PEG con desnutrición intrauterina: **764.1X Peso bajo para la edad gestacional, con signos de desnutrición fetal.**
- Recién nacido con desnutrición intrauterina pero PAEG o AEG, o no mencionado: **764.2X Desnutrición fetal sin mención de peso bajo para la edad gestacional.**
- Recién nacido con CIR: **764.9X Crecimiento intrauterino retardado, no especificado.**

Estas situaciones de bajo peso y/o crecimiento retardado precisan identificar secundariamente la **edad gestacional al nacimiento** con la subcategoría **765.2X** en la que el 5º dígito puede tener cualquier valor de 1 a 8, dependiendo de que sea identificado de inmaduro extremo o pretérmino. El código **765.29** se asigna si es recién nacido, de 37 semanas o más de gestación.

Ejemplos:

- Recién nacido BPEG de 33 semanas de edad gestacional, 1.050 gramos de peso al nacer.

765.14 Otros niños nacidos antes del término. 1.000-1.249 gramos

765.27 33-34 semanas completas de gestación

764.04 Bajo peso para la edad gestacional, sin mención de desnutrición fetal. 1.000-1.249 gramos

- Recién nacido BPEG de 38 semanas de edad gestacional y 1.740 gramos de peso al nacer.

764.06 Bajo peso para la edad gestacional, sin mención de desnutrición fetal. 1.500-1.749 gramos

765.29 37 ó más semanas completas de gestación

NEONATO TARDÍO Y/O PESO ELEVADO AL NACER

Estas condiciones se clasifican en la categoría **766 Trastornos relacionados con gestación prolongada y peso elevado al nacer** con los siguientes códigos:

- **766.0 Recién nacido excepcionalmente grande.** Implica un peso al nacer de 4.500 gramos o más.
- **766.1 Otros recién nacidos de peso elevado para la edad gestacional.** Son recién nacidos grandes para la edad gestacional (GEG o PEEG) o percentil 90 o superior para la edad gestacional en la curva de crecimiento intrauterina utilizada en el centro.
- **766.21 Recién nacido postérmino.** Es un recién nacido con edad gestacional de más de 40 semanas completas a 42 semanas completas al nacer. No tiene el mismo significado que el concepto empleado por los neonatólogos de recién nacido postérmino o postmaduro para indicar que tiene 42 o más semanas de gestación completas.
- **766.22 Recién nacido de gestación prolongada.** Es recién nacido postmaduro, con más de 42 semanas de gestación completas al nacer.

Se codifican de acuerdo a las condiciones perinatales presentes: postmaduro y/o peso elevado al nacer por código único o múltiple, a las que se puede asociar códigos de las condiciones de bajo peso al nacer o prematuridad si están presentes, de acuerdo a la tabla anterior. La postmadurez y el peso elevado al nacer son situaciones independientes que no tienen por qué codificarse juntas. Se asigna código solamente a la condición presente al nacimiento, que puede ser condición única o combinaciones de peso y edad gestacional.

Ejemplos:

- RN GEG de 27 semanas de gestación con 1.780 gramos de peso al nacer.

765.17 Otros niños nacidos antes del término. 1.750-1.999 gramos

765.24 27-28 semanas completas de gestación

766.1 Otros recién nacidos de peso elevado para la edad gestacional

- Recién nacido de 41 semanas de gestación con ictericia fisiológica que se trata con fototerapia.

766.21 Recién nacido postérmino

774.6 Ictericia fetal o neonatal, no especificada

99.83 Otra fototerapia

- RN de 41 semanas de gestación de BPEG con 2.200 gramos de peso al nacer y con signos descarnativos de desnutrición intrauterina.

764.18 **Peso bajo para la edad gestacional, con signos de desnutrición fetal.**
2.000-2.499 gramos

766.21 **Recién nacido postérmino**

Los códigos **766.21 Recién nacido postérmino** y **766.22 Recién nacido de gestación prolongada** se pueden asignar basados sólo en la edad gestacional del niño al nacimiento, no es necesaria condición específica o trastorno asociados a la edad gestacional descrita para que se asignen dichos códigos.

Sin embargo, la mención de grande para la edad gestacional asociada a la condición perinatal de bebé de madre diabética se identifica en el código **775.0 Síndrome de “hijo de madre diabética”** no precisando código adicional de la categoría 766 como establece el Índice Alfabético de enfermedades¹⁴ por ser manifestación propia de esta condición.

Grande

- bebé (con independencia de la edad gestacional) **766.1**
- de madre diabética **775.0**
- excepcionalmente (peso de 4500 gramos o más) **766.0**

INFECCIONES NEONATALES

Es una patología muy frecuente en el neonato, responsable aproximadamente del 20% del total de la patología neonatal, debido fundamentalmente a la inmadurez de sus mecanismos defensivos.

I. LOCALIZACIÓN EN EL ÍNDICE ALFABÉTICO

Las entradas en el Índice Alfabético son fundamentalmente por los términos principales:

- **Infección** y como modificadores esenciales – **congénita** y – **recién nacido**. En este índice se observa un error en la entrada **Infección, – congénita, – – urinaria (tracto) 771.89** cuando debería asignar 771.82.
- **Recién nacido**, – infección, – septicemia, – onfalitis.
- Condición específica de infección con sus modificadores esenciales:
Herpes, – simple, – – congénito.
Neumonía, – congénita.
Septicemia, – recién nacido.

Todas las infecciones congénitas o del recién nacido se codifican en la categoría **771 Infecciones propias del período perinatal** y en el código **770.0 Neumonía congénita**, excepto tres situaciones clasificadas en el capítulo 1 y 12 que son:

- **090 Sífilis congénita**
- **098.40 Conjuntivitis gonocócica (del recién nacido)**
- **684 Impétigo**

Las infecciones producidas después del nacimiento, durante los 28 días del período, pueden o no clasificarse en el capítulo 15 en consonancia con las normas básicas establecidas anteriormente.

- Cuando una condición específica de infección no es descrita como patología perinatal en la historia clínica, y en el Índice Alfabético de enfermedades no presenta modificador esencial ni no esencial identificador de patología perinatal (congénita, fetal, neonatal, recién nacido), se asignará código de la infección habitual¹. Debe revisarse el registro clínico de los neonatos de más de 7 días de vida con infección, para detec-

tar si es congénita o ha sido debida a exposición en su lugar de residencia (adquirida en la comunidad), que en caso de duda debe ser aclarado por el médico responsable de su asistencia.

Ejemplos:

- Neonato de 18 días de vida que ingresa por meningitis vírica.

Meningitis 322.9

- viral, vírica, virus (véase además Meningitis, aséptica) 047.9

*Este término principal **Meningitis** sólo contiene un código congénito o perinatal: Meningitis por sífilis congénita en 090.42.*

- Neonato de 10 días de vida que ingresa por bronquiolitis debida a VRS

Bronquiolitis (aguda) (infecciosa) (subaguda) 466.19

- virus sincitial respiratorio 466.11

- En caso contrario, si es descrita como infección específica de origen perinatal, o el Índice Alfabético presenta modificadores esenciales de tipo perinatal se clasificará como patología perinatal en:
 - código del capítulo 15 o,
 - códigos de otros capítulos, según indique el Índice Alfabético;
 - si la condición específica de la infección (órgano y/o germen) no tiene código propio se clasifica en el código **771.89 Otras infecciones propias del periodo perinatal**, al que se añadirá el código de la infección.

Ejemplos:

Recién nacido (nacido vivo)

- infección 771.89
- – cándida 771.7
- – especificada NCOC 771.89
- – tracto urinario 771.82

Impétigo (recién nacido) 684

Neumonía (neonatal) (recién nacido) 486

- congénita (infecciosa) 770.0
- infecciosa, adquirida en el periodo prenatal 770.0
- intrauterina (infecciosa) 770.0

*El término principal **Neumonía** es considerado como condición adquirida por defecto, clasificándose en el código 486, salvo que se especifique como prenatal, congénita o intrauterina, o que se presente inmediatamente después del nacimiento (en las primeras 72 horas de vida) que se considera de origen intrauterino, prenatal o congénito.*

II. CLASIFICACIÓN DE LAS INFECCIONES NEONATALES

Las infecciones neonatales se clasifican según la vía de transmisión²² en:

1. Infecciones congénitas

Son infecciones originadas por diseminación hematógena vía transplacentaria.

Las infecciones en el período embrionario (hasta la 21 semana de gestación) pueden originar malformaciones congénitas (microcefalia, coloboma, cataratas, estenosis de válvula pulmonar, hipoplasia de extremidades, etc.), mientras que las del período fetal (después de la 21 semana de gestación), con los órganos ya formados, producen lesiones parenquimatosas (necrosis celular). Pese a su tipología congénita se clasifican, en su mayoría, en el capítulo de patología perinatal. Se conocen por las siglas TORCH o TORCH-VVZ²²:

- **T**: Toxoplasmosis congénita (771.2 Otras infecciones congénitas)
- **O**: Otras como sífilis congénita (090). Las infecciones congénitas por Parvovirus B19 o Tuberculosis que se asignan a 771.2 Otras infecciones congénitas
- **R**: Rubéola congénita (771.0)
- **C**: Infección congénita por citomegalovirus (771.1)
- **H**: Herpes simplex congénito (771.2 Otras infecciones congénitas)
- **VVZ**: Varicela congénita (771.2 Otras infecciones congénitas)

Además de las infecciones congénitas anteriores, es conveniente destacar que a la neumonía congénita o intrauterina se asigna el código **770.0 Neumonía congénita**, excepto los casos debidos a aspiración que asigna códigos combinados de aspiración con síntomas respiratorios:

- **770.12 Aspiración de meconio con síntomas respiratorios**
- **770.14 Aspiración de líquido amniótico con síntomas respiratorios**
- **770.16 Aspiración de sangre con síntomas respiratorios**
- **770.18 Otra aspiración fetal o del recién nacido con síntomas respiratorios**
- **770.86 Aspiración de contenido gástrico postnatal con síntomas respiratorios**

2. Sepsis de transmisión vertical

Causada por gérmenes localizados en el canal vaginal materno, contagiándose por vía ascendente el líquido amniótico (al final del embarazo) y, a través de él, infectando al feto. También puede ser por **contacto directo** al pasar el feto por el canal del parto.

Los gérmenes más frecuentes son el *Estreptococo* β -hemolítico Grupo B o *agalactiae* (EGB) y el *Escherichia coli*.

También se describen como **sepsis de comienzo precoz** pues suele comenzar antes de los 3 ó 7 días de vida. Es una descripción confusa pues excluye las sepsis verticales de comienzo tardío, que pueden presentarse, aunque sean raras, y confundirse con sepsis nosocomiales asociadas a complicaciones de procedimientos.

Estas infecciones son las más frecuentes del período perinatal. Se clasifican en la categoría **771 Infecciones propias del período perinatal** en el rango de códigos:

- **771.3 Tétanos del recién nacido**
- **771.4 Onfalitis del recién nacido**
- **771.5 Mastitis infecciosa neonatal**
- **771.6 Conjuntivitis y dacriocistitis neonatales**
- **771.81 Septicemia [sepsis] del recién nacido**
- **771.82 Infección del tracto urinario del recién nacido**
- **771.83 Bacteriemia del recién nacido**
- **771.89 Otras infecciones propias del período perinatal**

También presenta el código **098.40 Conjuntivitis gonocócica (del recién nacido)**.

El diagnóstico de **sepsis neonatal** implica la presencia de clínica de infección y hemocultivo (+), o bien hemocultivo (-) y cultivos (+) para el mismo germen en frotis externos de distinta localización (umbilical, óticos, etc.) que no deberán codificarse como infecciones específicas de esa localización.

La sepsis del recién nacido se codifica con los siguientes códigos:

- **771.81 Septicemia [sepsis] del recién nacido**,
- código adicional de la categoría **041 Infección bacteriana en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos y las de sitio no especificado** para identificar el germen causante de la sepsis,
- no deben emplearse códigos de la categoría **038 Septicemia**,
- no deben emplearse el código **995.91 Sepsis** en un registro de recién nacido, dado que el código 771.81 ya describe la situación de septicemia-sepsis^{1,2,20}. En el supuesto de sepsis grave se añade código adicional **995.92 Sepsis severa** y cualquier disfunción orgánica aguda asociada³.

Ejemplo:

RN de 32 semanas de gestación con 1.600 gramos de peso al nacer con 3 días de bolsa rota que presenta sepsis con shock séptico y disfunción multiorgánica aguda con fallo renal agudo, fallo hepático y EMH.

765.16 Otros niños nacidos antes del término. 1.500-1.749 gramos

765.26 31-32 semanas completas de gestación

771.81 Septicemia [sepsis] del recién nacido

041.9 Infección bacteriana no especificada

995.92 Sepsis severa

785.52 Shock séptico

584.9 Fallo renal agudo no especificado

570 Necrosis hepática aguda y subaguda

761.1 Ruptura prematura de membranas

769 Síndrome de distress respiratorio

Existen bastantes condiciones maternas que actúan como factores de riesgo para la presentación de sepsis en el recién nacido, que sólo serán codificados si la infección está presente, siendo las más relevantes:

- Ruptura prematura de membranas: **761.1 Ruptura prematura de membranas**
- Infección del canal del parto por EGB: **760.8 Otras enfermedades maternas que afectan al feto o recién nacido**
- Fiebre materna intraparto: **760.2 Infecciones maternas**
- **762.7 Corioamnionitis**

3. Infecciones de transmisión horizontal

3.a. Infecciones nosocomiales

Son causadas por gérmenes localizados en los servicios de neonatología o UCI en el que el recién nacido es infectado por contaminación del personal sanitario (manos contaminadas, etc.) o por el instrumental diagnóstico y/o terapéutico invasivo (intubación orotraqueal, cateterismo arterial o venoso, etc.). La clínica suele iniciarse después de las 72 horas de vida, por eso se conoce como sepsis de comienzo tardío, aunque puede comenzar antes.

Siempre ha de estar claramente especificado el origen de la infección (nutrición parenteral, catéter umbilical venoso o arterial, etc.). Los gérmenes más frecuentes son: *Staphylococcus epidermidis*, *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae* y las enterobacterias.

Se codifican de acuerdo a las normas generales de complicaciones de procedimientos quirúrgicos o médicos, no empleándose el código 771.X de infección perinatal.

Ejemplo:

Neonato de 20 días de vida ingresado con infección por *Staphylococcus epidermidis* debido al catéter de vena umbilical.

999.31 Infección por catéter venoso central

041.19 Infección bacteriana en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos y las de sitio no especificado. Otros estafilococos

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

38.92 Cateterismo de vena umbilical

3.b. Infecciones comunitarias

Son causadas por microorganismos que contaminan al neonato en la comunidad (fuera del medio sanitario), por lo que se considera a partir de las 48 horas tras alta hospitalaria. Se clasifican, al igual que en lactantes y adultos, por su código de infección en otros capítulos, no empleándose el código 771.X de infección perinatal.

Ejemplo:

Neonato de 27 días de vida que ingresa desde el área de urgencias por bronquiolitis por VRS.

466.11 Bronquiolitis aguda debida al virus respiratorio sincitial (VSR)

III. SOSPECHA DE INFECCIÓN NEONATAL DESCARTADA

Los ingresos hospitalarios por sospecha de infección neonatal, principalmente por presentar en el nacimiento uno o más factores de riesgo, que tras estudio se descarta la infección se clasifican en el código **V29.0 Observación por sospecha de enfermedades infecciosas**.

Ejemplo:

Ingreso por riesgo de infección del canal maternal por EGB sin que el neonato presente clínica de infección.

V29.0 Observación por sospecha de enfermedades infecciosas

IV. RECIÉN NACIDO DE MADRE CON INFECCIÓN VIH

Los recién nacidos de madre con infección Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) suelen causar siempre ingreso hospitalario para recibir tratamiento antivírico de prevención del VIH, dado que por el contacto materno nos podemos encontrar con:

- determinación de anticuerpos de la infección VIH que suelen ser positivos por transferencia pasiva materna y
- determinación del DNA viral que suele ser negativo.

Estas determinaciones son claves para el futuro diagnóstico de VIH posterior a los 13 años de edad, pues si los anticuerpos son negativos al nacimiento se puede establecer que el VIH que presenta ahora no se produjo por transferencia placentaria.

El neonato al alta hospitalaria se codificará:

- si el resultado de los anticuerpos de la infección VIH es positivo, se asigna el código **795.71 Evidencia serológica no específica de virus de inmunodeficiencia humana [VIH]**. El recién nacido puede negativizar más tarde estos anticuerpos, lo que significa que nunca hubo infección real¹,
- si el resultado de los anticuerpos del VIH del neonato no son conocidos o son negativos, se asigna el código **V01.79 Contacto con o exposición a enfermedades contagiosas. Otras enfermedades víricas**.

DISTRESS RESPIRATORIO DEL RECIÉN NACIDO

Se identifica en dos códigos distintos **769 Síndrome de distress respiratorio** y **770.6 Taquipnea transitoria del recién nacido**, relacionados entre sí en la Lista Tabular con un «*Excluye*» para la otra condición y que presentan una gravedad clínica muy diferente, por lo que es muy importante clasificar adecuadamente al neonato.

I. LOCALIZACIÓN EN EL ÍNDICE ALFABÉTICO

La entrada en el Índice Alfabético es por seis términos principales:

Distress respiratorio

- recién nacido 769

Enfermedad

- hialina
- – membrana (pulmón) (recién nacido) 769

Hialina

- membrana (enfermedad) (pulmón) (recién nacido) 769

Sufrimiento

- respiratorio
- – síndrome (idiopático) (recién nacido) 769

Síndrome – véase además Enfermedad

- distress respiratorio (idiopático) (recién nacido) 769
- – tipo II 770.6
- hipoperfusión pulmonar (idiopática) 769
- húmedo, humedad de
- – pulmón
- – – recién nacido 770.6
- pulmonar
- – hipoperfusión (idiopática) 769

Taquipnea 786.06

- recién nacido (idiopático) (transitorio) 770.6
- transitoria, del recién nacido 770.6

II. SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO TIPO I

El código 769 clasifica el Síndrome de Distress Respiratorio (SDR) tipo I del recién nacido o Enfermedad de la Membrana Hialina (EMH) muy asociada a la prematuridad del neonato; mientras más prematuro sea el recién nacido, mayores posibilidades hay de que ocurra una EMH, siendo rara en el recién nacido a término.

La base fisiopatológica es una deficiencia del surfactante debido a un pobre funcionamiento de los neumocitos tipo II, por lo que al faltar el surfactante los alvéolos se colapsan y atelectasian, hay pérdida de epitelio bronquiolar con exudación de fibrina y glóbulos rojos que forman una membrana que tapiza los bronquiolos distales y alvéolos.

Suele requerir terapia respiratoria importante (ventilación mecánica invasiva, inhalación de óxido nítrico, surfactante, etc.). Se clasifica según su gravedad en EMH tipo I, EMH tipo II y EMH tipo III, pero no afecta a la asignación del código CIE-9-MC.

III. SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO TIPO II

El código 770.6 identifica a la Taquipnea Transitoria del Recién Nacido (TTRN), distress respiratorio tipo II o leve, síndrome de adaptación pulmonar del recién nacido o síndrome de mala adaptación pulmonar que se caracteriza por pulmón húmedo.

Representa un edema pulmonar transitorio consecuencia de la resorción retardada del líquido pulmonar fetal por el sistema linfático pulmonar, por lo que es una condición perinatal muy diferente a la de colapso pulmonar de la EMH. Clínicamente presenta dificultad respiratoria leve o taquipnea presente al nacimiento y de corta duración (pocas horas), con cianosis leve sin necesidad de Ventilación Mecánica Invasiva (VMI)^{4,10}.

Este cuadro resulta de una alteración transitoria en la adaptación respiratoria neonatal, es más frecuente en el recién nacido a término y nacido por cesárea.

HIPOXIA INTRAUTERINA Y ASFIXIA INTRAPARTO

I. CONCEPTOS

La terminología empleada por neonatólogos para describir estas enfermedades es muy variada: sufrimiento fetal, asfixia, hipoxia, acidosis, etc. a las que se añaden criterios de severidad: leve, moderada o severa. Esta variabilidad en la terminología empleada puede producir confusión para indizar la enfermedad descrita en el registro médico y generar sobrecodificación. Es preciso analizar con mucho cuidado las expresiones clínicas empleadas.

1. Sufrimiento fetal

El sufrimiento fetal es un término que se caracteriza por la presencia de signos de pérdida del bienestar fetal, que indican una respuesta crítica, manifestando anomalías metabólicas tales como la hipoxia y la acidosis que afectan al funcionamiento de órganos vitales produciéndoles lesiones transitorias o permanentes, que puede producir incluso la muerte.

La SEGO, en consonancia con otras sociedades científicas internacionales, considera inapropiado el uso del término «sufrimiento fetal» por las siguientes razones¹⁹:

- Semántica. No refleja realmente lo que parece sugerir, pues denota la presencia de un daño que no siempre está presente al final del embarazo o durante el parto.
- Este vocablo presenta un contenido diferente para el obstetra que para el neonatólogo.
- Científicamente es un término vago, impreciso y poco específico.

El motivo de la intervención del neonatólogo es por el riesgo de daño hipóxico en las fases finales del embarazo o intraparto, por lo que se propone sustituirlo por el término **Riesgo de Pérdida de Bienestar Fetal** (RPBF) que viene definido por los signos clínicos: desaceleraciones tardías, taquicardia fetal, prolapso del cordón, etc.

2. Asfixia perinatal

La asfixia perinatal es un estado de severa hipoxemia e hipotensión por la que pasa 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 antes del nacimiento, durante el embarazo, el trabajo del

parto, el parto, o después del nacimiento y que afecta a distintos tejidos y órganos, asociada a acidosis metabólica y, eventualmente, a acidosis respiratoria.

Las causas pueden ser de origen materno, fetal o placentario y se pueden presentar antes del parto o durante el parto. Los fetos postmaduros son más sensibles a la asfixia debido a la involución de la placenta por lo que el feto comienza a usar sus reservas de grasa y glicógeno lo que dificulta su respuesta a la hipoxia.

Afecta a múltiples órganos y sistemas, sobre todo en pulmones, hígado, riñones, suprarrenales sistema cardiovascular y sistema nervioso central, con dos características: difusa congestión con hemorragia y necrosis isquémica.

La Academia Americana de Pediatría (AAP) y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos establecen que han de cumplirse cuatro criterios para el diagnóstico de asfixia perinatal:

- Acidosis metabólica o mixta con pH de cordón menor de 7.
- Puntuación Apgar entre 0 y 3 a los 5 minutos.
- Presencia de manifestaciones neurológicas en el período neonatal inmediato, derivadas de la hipoxia o de la isquemia, como son convulsiones, hipotonía y manifestaciones de encefalopatía hipóxico-isquémica.
- Evidencia de compromiso multiorgánico.

Dado lo estricto de estos criterios, en la literatura médica aparecen otras muchas definiciones de asfixia perinatal más laxas, llegando algunos neonatólogos a establecer el diagnóstico de asfixia cuando el Apgar a los 5 minutos es menor de 6.

Otra definición de asfixia perinatal establece que han de presentarse en el neonato al menos dos de los siguientes elementos:

- Signos de sufrimiento fetal agudo en la monitorización previa al parto: alteración de latidos, bradicardia, desaceleraciones.
- Acidosis fetal con pH menor de 7,11.
- Puntuación Apgar menor de 3 al minuto y menor de 6 a los 5 minutos. Este criterio y el anterior (pH) son menos estrictos que los de la Academia Americana de Pediatría.
- Manifestaciones clínicas de hipoxia o isquemia.

3. Encefalopatía hipóxica isquémica

Las manifestaciones clínicas más características de afectación cerebral de la asfixia perinatal se engloban bajo el término de **Encefalopatía hipóxico-isquémica** (EHI). Se define como el síndrome producido por la disminución del aporte de oxígeno (O₂) y/o reducción mantenida del flujo sanguíneo cerebral al encéfalo. Puede ser provocado por una hipoxemia sistémica, una alteración en el transporte de O₂ o una reducción del flujo sanguíneo cerebral (isquemia) que va a provocar daño neuronal con necrosis neuronal y glial e infartos cerebrales produciendo secuelas como retraso mental, parálisis cerebral infantil, coreoatetosis, ataxia, epilepsia, etc.²³. La sintomatología neurológica aparece en las primeras 24 horas.

Es la mayor causa de mortalidad en el período perinatal y de déficits neurológicos no progresivos en la infancia.

La encefalopatía hipóxico-isquémica se clasifica en estadios:

- **EHI leve:** Sintomatología máxima en las primeras 24 horas, con desaparición en la primera semana: irritabilidad, succión débil, tono normal, taquicardia, etc. No presenta riesgo de mortalidad ni de secuelas, salvo leves retrasos en el desarrollo psicomotor.
- **EHI moderada:** Recuperación progresiva a partir del 3º- 4º día, o evoluciona a formas más graves: letargo, convulsiones, mala succión con alimentación por sonda, bradicardia, etc. La mortalidad es de alrededor del 3% y se producen minusvalías moderadas o graves en los supervivientes.
- **EHI grave:** Si se superan las 72 horas, puede recuperarse el nivel de conciencia pero con afectación neurológica persistente: coma, convulsiones prolongadas, hipotonía grave, ausencia de reflejo de succión, etc. La mortalidad es alta de 50-75% y prácticamente todos los supervivientes desarrollan secuelas neurológicas.

Se asigna el código **768.7 Encefalopatía hipóxica isquémica**, que hay que diferenciar del código **768.5 Asfixia grave al nacer** que identifica la asfixia al nacer con afectación neurológica y del código **779.2 Depresión cerebral, coma y otros signos cerebrales anormales** que clasifica la isquemia cerebral del recién nacido. Tanto el código 768.5 y 779.2 de la Lista Tabular de enfermedades presenta un «Excluye» cruzado con la encefalopatía hipóxica isquémica.

II. LOCALIZACIÓN EN EL ÍNDICE ALFABÉTICO

El Índice Alfabético presenta múltiples entradas para la localización de estas patologías, en las que existen referencias cruzadas necesarias de conocer, que producen complejidad en la búsqueda y localización del código CIE.

Los modificadores esenciales discriminan el momento en el que se genera el problema:

- fetal, cuando tiene lugar intraútero o antes/durante el parto
- o, recién nacido, cuando tiene lugar postnatal.

Son elementos claves para la correcta asignación de código. Las entradas más importantes del Índice Alfabético son:

Acidemia

Acidosis

Anoxia

Asfixia

Daño(s), con modificadores esenciales: – **cerebro**, – – **anóxico**, **hipóxico**,
– – – **isquémico**, **en recién nacido**

Encefalopatía (aguda), con modificador esencial: – **hipóxica**, – – **isquémica (EHI)**

Hipoxia

Hipóxica isquémica, encefalopatía (EHI)

Isquemia, con modificador esencial: – **cerebral**, – – **recién nacido**

Sufrimiento fetal

Como ejemplo de la complejidad de codificación de estas afecciones, que obliga a conocer claramente la patología que sufre el neonato y los criterios de codificación para su adecuada tipificación, vamos a describir el término principal **hipoxia** que presenta los siguientes modificadores esenciales que asignan distintos códigos en distintas categorías neonatales:

Ejemplo:

Hipoxia (véase además Anoxia) 799.0

– **cerebral 348.1**

– – **recién nacido 770.88**

– – – **grave (puntos Apgar 0-3) 768.5**

– – – **leve o moderada (puntos de Apgar 4-7) 768.6**

– **fetal, que afecta al recién nacido 770.88**

– **intrauterino – véase Sufrimiento, Fetal**

– **recién nacido 768.9**

III. CODIFICACIÓN

Estas afecciones perinatales se identifican en los siguientes códigos:

- Categoría **768 Hipoxia intrauterina y asfixia intraparto**
- **770.87 Parada respiratoria del recién nacido**
- **770.88 Hipoxemia del recién nacido**
- **775.81 Otra acidosis del recién nacido**
- **779.2 Depresión cerebral, coma y otros signos cerebrales anormales**
- Alteraciones del ritmo cardíaco fetal antes o durante el nacimiento que se codifican en **763.81 - 763.83 Anormalidades de la frecuencia o ritmo cardíaco fetal**.

La acidosis metabólica o mixta, la hipoxia-isquemia, el sufrimiento fetal agudo periparto y Apgar menor o igual a 7 a los 5 minutos (asfixia grave: Apgar de 0-3 y asfixia leve o moderada: Apgar de 4 a 7) son manifestaciones inherentes de asfixia perinatal, por lo que **no se codifican**, identificándose el tipo o severidad de la asfixia perinatal descrita por código de la categoría **768 Hipoxia intrauterina y asfixia intraparto**. Se pueden añadir códigos adicionales para identificar las manifestaciones neurológicas (convulsiones, etc.) y multiorgánicas (infartos, etc.) presentes debidas a la hipoxia-isquemia.

Los códigos de la categoría **768 Hipoxia intrauterina y asfixia intraparto** son **incompatibles** entre ellos y con la acidosis, hipoxia e isquemia cerebral del recién nacido como especifican los «*Excluye*» de la categoría y subcategorías.

Ejemplo:

Ingreso de RN por asfixia con hipoxia Apgar 3 y acidosis metabólica intrauterina en el momento del parto.

768.5 Asfixia grave al nacer

El cuarto dígito de la categoría **768 Hipoxia intrauterina y asfixia intraparto** distingue la afección producida y su gravedad:

- **Mortalidad fetal por asfixia pre/intraparto:**
 - 768.0 Muerte fetal por asfixia o anoxia antes del inicio del parto o en un momento no especificado**
 - 768.1 Muerte fetal por asfixia o anoxia durante el parto**

- **Sufrimiento fetal** (pérdida del bienestar fetal o acidosis metabólica fetal pre/intraparto):

768.2 Sufrimiento fetal antes del inicio del parto, en niño nacido vivo

768.3 Sufrimiento fetal observado por primera vez durante el parto, en niño nacido vivo

768.4 Sufrimiento fetal no especificado en cuanto a su comienzo, en niño nacido vivo

- **Asfixia** (hipoxia o anoxia) con neonato vivo y según gravedad (leve, moderada, grave y no especificada):

768.5 Asfixia grave al nacer

768.6 Asfixia leve o moderada al nacimiento

768.9 Asfixia al nacimiento no especificada en niño nacido vivo

La presencia de afectación neurológica en la hipoxia determina ser identificada como asfixia grave.

- **Encefalopatía hipóxica isquémica.** Las anomalías del ritmo cardíaco fetal o durante el parto son indicadores del estrés fetal que puede originar un cuadro de hipoxia o asfixia intrauterina, por lo que su presencia en un recién nacido diagnosticado de asfixia es considerada como complicación del parto que afecta al feto o recién nacido siendo recogido como código adicional a los de la categoría **768 Hipoxia intrauterina y asfixia intraparto**¹. Los códigos a utilizar son:

763.81 Anormalidad de la frecuencia o ritmo cardíaco fetal antes del trabajo de parto

763.82 Anormalidad de la frecuencia o ritmo cardíaco fetal antes del trabajo de parto

763.83 Anormalidad de la frecuencia o ritmo cardíaco fetal, no especificado en cuanto a su comienzo

EXPULSIÓN DE MECONIO Y ASPIRACIÓN FETAL

El **meconio** es un líquido verdoso que contiene bilis, moco y células epiteliales que se encuentra normalmente en el intestino del feto, y que su expulsión a término puede favorecer el sufrimiento fetal.

La **aspiración de meconio** en el recién nacido se produce cuando el feto atraviesa el canal del parto e inhala líquido amniótico teñido de meconio. El Síndrome de Aspiración Meconial (SAM) desarrolla complicaciones de dificultad respiratoria, obstrucción de vías aéreas, pérdida de surfactante pulmonar y neumonitis química.

La **aspiración fetal o del recién nacido** se clasifica en diversos códigos de combinación en función del material aspirado y de la presencia o no de síntomas respiratorios. Así para la correcta codificación de estas circunstancias se tendrá en cuenta que:

- La expulsión de meconio durante el parto sin aspiración ni manchado se clasifica como condición materna que complica el parto y puede afectar al recién nacido en el código **763.84 Expulsión de meconio durante el parto**, que suele presentarse en el sufrimiento fetal, prematuros o postmaduros.
- La expulsión de meconio después del parto o «aguas posteriores al parto» es normal y no se codifica.
- Si el líquido amniótico se tiñe con el meconio (LAM), de ligero (+), moderado (++) o intenso (+++), se codificará en el **779.84 Líquido teñido de meconio**, que suele presentarse en partos a término o posttérmino aunque no tengan dificultad respiratoria.
- La subcategoría **770.1X Aspiración fetal y del recién nacido** se utilizará cuando el material aspirado sea meconio, líquido amniótico, sangre u otro material.
- El síndrome de aspiración meconial se clasifica en el código **770.12 Aspiración de meconio con síntomas respiratorios**, pues el término síndrome asociado a la aspiración meconial implica la presencia de síntomas respiratorios o aspiración meconial masiva.
- Estos códigos, **763.84**, **779.84**, **770.11** ó **770.12** son incompatibles en un mismo episodio de hospitalización pues son distintas condiciones perinatales (intrauterinas o en el canal del parto) que se excluyen entre sí.

- La aspiración de contenido gástrico se codifica fuera de la subcategoría 770.1X porque, aunque ocurre durante el parto (por ejemplo: parto cesárea con anestesia general), se manifiesta en el postparto, de ahí su descripción de **postnatal**, clasificándose en los códigos **770.85 Aspiración del contenido gástrico postnatal sin síntomas respiratorios** ó **770.86 Aspiración del contenido gástrico postnatal sin síntomas respiratorios**, según presente o no síntomas respiratorios.

La **neumonía por aspiración** se codifica como aspiración fetal con síntomas respiratorios, con el código correspondiente según el material aspirado, por lo que la neumonía en sí no se codifica, salvo que haya sobreinfección bacteriana que se añadiría secundariamente al de aspiración.

Ejemplo:

Síndrome de aspiración meconial con neumonía por pseudomonas.

770.12 Aspiración de meconio con síntomas respiratorios

482.1 Neumonía por Pseudomonas

La **hipertensión pulmonar secundaria** (416.8) es una complicación grave de la aspiración fetal con síntomas respiratorios, que deberá codificarse como diagnóstico secundario, si así lo especifica el clínico¹⁴.

LEUCOMALACIA PERIVENTRICULAR

La Leucomalacia Periventricular (PVL) es el daño y reblandecimiento de la sustancia blanca que está alrededor o cerca de los ventrículos. Son pequeños «orificios» en el cerebro debido a la muerte de pequeñas áreas del tejido cerebral que puede afectar a las células nerviosas que controlan los movimientos motores, por lo que estos bebés corren el riesgo de desarrollar en el futuro parálisis cerebral o presentar dificultades intelectuales o de aprendizaje.

En período neonatal se diagnostica por ecografía cerebral en la que aparecen hiperecogenicidades quísticas periventriculares persistentes, o bien hiperecogenicidades periventriculares persistentes, no mencionadas como quísticas, después del día 28 de vida extrauterina y que persisten en ecografía cerebral de control prealta; también se diagnostica por RNM cerebral^{1,20,24}.

La PVL puede presentarse cuando el cerebro recibe poca cantidad de oxígeno (hipoxia o isquemia cerebral), asociada a la prematuridad severa (RN < 32 SG) y está muy relacionada con la Hemorragia Intraventricular (HIV) sobre todo la de tipo III y IV, pero no necesariamente es la causa del problema. Otros factores relacionados son la ruptura prematura de membranas, el crecimiento intrauterino retardado y la infección intrauterina.

Se clasifica en el código **779.7 Leucomalacia periventricular**, a diferencia del resto de cuadros hipóxicos o isquémicos cerebrales no relacionados con la prematuridad que se clasifican, como ya hemos visto, en la categoría **768 Hipoxia intrauterina y asfixia intra-parto**, código **770.88 Hipoxemia del recién nacido** y **779.2 Depresión cerebral, coma y otros signos cerebrales anormales** que identifica la isquemia cerebral del recién nacido no especificada.

Si se describe la presencia de hemorragia intraventricular se añade un código de la subcategoría **772.1X Hemorragia intraventricular** según tipo.

HEMORRAGIA FETAL Y NEONATAL

La entrada en el Índice Alfabético es por el término principal:

- **Nacimiento – lesión** para el caso de hemorragias debidas al traumatismo de nacimiento (767.X),
- **Hematoma y Hemorragia** con los modificadores esenciales – **feto o recién nacido y - recién nacido**.

Se distingue 4 ejes de clasificación:

1. **Hemorragias traumáticas del nacimiento**, que son codificadas en la categoría **767 Traumatismo de nacimiento**. Las hemorragias extradurales son consideradas por defecto como traumáticas.
2. **Otras hemorragias neonatales**, de causa distinta a los traumatismos del nacimiento se clasifican en la categoría 772, encontrando:
 - La **hemorragia subaracnoidea** debida a cualquier causa se clasifica en el código **772.2 Hemorragia subaracnoidea**.
 - La **Hemorragia Subependimaria/Intraventricular** (HSE/HIV)^{24,25} o **Hemorragia Periventricular** (HPV) es una complicación grave del recién nacido pretérmino que se clasifica en los códigos **772.1X Hemorragia intraventricular**, ya sea tipificada como debida a anoxia o como traumática. Suele asociarse a recién nacidos de peso menor a 1.000 gramos y es diagnosticada por ecografía cerebral. Los grados III y IV pueden originar graves complicaciones posthemorragia como la hidrocefalia secundaria (**331.4 Hidrocefalia obstructiva**) y otras enfermedades cerebrales.

La ventriculomegalia rápidamente progresiva requiere cirugía de drenaje ventricular directo e incluso Shunt Ventriculoperitoneal (SVP) y se le asigna el código de procedimiento **02.34 Derivación ventricular a la cavidad y órganos abdominales**.

La HIV se clasifica en:

- Hemorragia leve: Grado I (aislada de la matriz germinal) y Grado II (hemorragia en el ventrículo con tamaño normal).
- Hemorragia moderada: Grado III (con ventriculomegalia aguda).
- Hemorragia severa: Grado IV (con hemorragia parenquimatosa).

- Los **hematomas cerebrales** (intracerebrales) no traumáticas del recién nacido se clasifican en el código **772.8 Otra hemorragia especificada del feto o recién nacido**¹⁴, como indica el Índice Alfabético.

3. Hemorragias neonatales específicas de determinados órganos:

- **770.3 Hemorragia pulmonar** y
- **776.0 Enfermedad hemorrágica del recién nacido** debida a diátesis hemorrágica o déficit de vitamina K del recién nacido.

4. Hemorragias maternas que influyen en la salud fetal se clasifican en la categoría **762 Feto o recién nacido afectado por complicaciones de placenta, cordón y membranas:**

- **762.0 Placenta previa**
- **762.1 Otras formas de separación y hemorragias placentarias**
- **762.3 Síndrome de transfusión placentaria**: es una anormalidad materna que produce transfusión de gemelo a gemelo u otro tipo de transfusión, por lo que es código secundario asociado al **772.0 Pérdida de sangre fetal** ó **776.4 Policitemia del recién nacido**, según caso.

ICTERICIA DEL RECIÉN NACIDO

Es una patología neonatal muy frecuente con muy distinto nivel de gravedad según etiología. Se identificada en las categorías **773 Enfermedad hemolítica del feto o recién nacido, por isoimmunización** y **774 Otra ictericia perinatal**, que pueden presentarse simultáneamente varias de ellas, debiéndose codificar todas. Podemos encontrarnos:

- **Ictericia fisiológica o no especificada**, que es la forma más frecuente y menos grave de presentarse. Cuando cumple criterios para codificarse, según las normas perinatales ya descritas (por ejemplo: ser motivo de ingreso, recibir fototerapia o seguimiento analítico, etc.), se asigna en el código **774.6 Ictericia fetal o neonatal, no especificada**.
- **Enfermedad hemolítica del recién nacido o isoimmunización materno-fetal**, procesos muy frecuentes y de mayor gravedad que la anterior. Se clasifican en la categoría **773 Enfermedad hemolítica del feto o recién nacido, por isoimmunización**, con 4º dígito de subcategoría para identificar la causa: recién nacidos de madre Rh negativa que desarrollan enfermedad hemolítica debida a la incompatibilidad de grupo de sangre materno-fetal, o bien del grupo ABO o no especificada. La indicación de incompatibilidad en examen sanguíneo rutinario de cordón no es concluyente, por lo que no se asigna código de esta categoría sólo con este hallazgo, su diagnóstico requiere confirmación por test positivo de Coombs directo¹. La anemia e ictericia presentes son manifestaciones inherentes a la enfermedad por lo que no se precisa añadir códigos adicionales.
- **774.0 Ictericia perinatal asociada a enfermedades hemolíticas hereditarias** es un código secundario de ictericia perinatal debida a anemia hemolítica hereditaria (282) que se codifica primero.
- **Ictericia neonatal debida a la prematuridad**, muy frecuente y relacionada con el grado de la prematuridad. Se clasifica en el código **774.2 Ictericia neonatal asociada con parto prematuro**.
- **Ictericia debida a múltiples factores por hemólisis excesiva** (infección, policitemia, etc.), que se identifica en el código **774.1 Ictericia perinatal por otras hemólisis excesivas**.
- **Ictericia asociada a la leche materna** codificada en **774.39 Ictericia neonatal por déficit de la conjugación por otras causas. Otras**. Es frecuente que refuerce la ictericia fisiológica inicial, por lo que se codifican ambos procesos.

Ejemplo:

Neonato de 10 días que ingresa por ictericia fisiológica reforzada por leche materna, recibe 4 días de fototerapia.

774.39 Ictericia neonatal por déficit de la conjugación por otras causas. Otras

774.6 Ictericia fetal o neonatal, no especificada

99.83 Otra fototerapia

- **Otros tipos de ictericia menos frecuentes** que se clasifican en distintos códigos de la categoría **774 Otra ictericia perinatal** (hepatitis neonatales, encefalopatía bilirrubínica, etc.).

ANEMIA DEL RECIÉN NACIDO

La anemia congénita se define por tener una concentración de Hemoglobina (Hb) inferior a 14 g/dl y un Hematocrito (Hto) inferior a 42% en el recién nacido a término y de 13 g/dl de Hb y 39% de Hto en recién nacidos pretérminos de peso < 1.500 gramos.

La entrada en el Índice Alfabético es por el término principal **Anemia** con los modificadores esenciales:

- congénita
- debida a prematuridad
- fetal, después de pérdida sanguínea
- feto o recién nacido
- recién nacido

Se identifican 5 tipos de anemia:

- **776.5 Anemia congénita**, posthemorrágica o anemia tras la pérdida de sangre fetal
- **776.6 Anemia del prematuro**
- Anemia asociada a la isoimmunización: **773.X Enfermedad hemolítica del feto o recién nacido, por isoimmunización**
- **282 Anemia hemolítica hereditaria**
- Otras anemias congénitas o hereditarias: anemia aplásica congénita que se codifica en **284.01 Aplasia de glóbulos rojos constitucional**, etc.

POLICITEMIA NEONATAL

Se define como un proceso que tiene un hematocrito superior a 65% y/o hemoglobina superior a 22 g/dl en una muestra de sangre venosa, obtenida al menos 2 horas tras el parto.

Se clasifica en el código **776.4 Policitemia del recién nacido**, y puede llevar asociada ictericia por hemólisis, en cuyo caso se utilizará el código secundario **774.1 Ictericia perinatal por otras hemólisis excesivas**.

Puede ser debida a diferentes causas maternas que se codificarán adicionalmente:

- **Pasivas**, la cuales pueden ser de transfusión:
 - placentofetal: se añadirá el código **762.3 Síndrome de transfusión placentaria**
 - fetofetal: se da en casos gemelares y se añadirá el código **761.5 Embarazo múltiple**. El gemelo receptor desarrolla policitemia y el gemelo donante desarrolla hemorragia por pérdida de sangre fetal
- **Activas**, que pueden ser secundarias a:
 - insuficiencia placentaria y se añadirá el código **762.2 Otras anomalías morfológicas y funcionales no especificadas de la placenta**
 - hipoxia fetal crónica y se añadirá el código **770.88 Hipoxemia del recién nacido**

En la mayoría de los casos son situaciones leves (aspecto pletórico con cianosis acra) pero existen casos severos que pueden presentar múltiples complicaciones que precisan códigos adicionales para identificarlas:

- neurológicas: letargia, convulsiones, infarto cerebral, etc.,
- cardiorrespiratorias: hipertensión pulmonar secundaria, etc.,
- urológicas: insuficiencia renal aguda, infarto testicular, priapismo, etc.,
- digestivas: ileo, etc.,
- fenómenos isquémicos periféricos,
- y trastornos metabólicos: hipoglucemias, hipocalcemia, acidosis láctica, hiperbilirrubinemia o trombocitopenias asociadas a antitrombina III.

TRAUMATISMOS DEL RECIÉN NACIDO

Hay que distinguir dos tipos de traumatismos en el neonato:

I. TRAUMATISMOS DEL NACIMIENTO

Los traumatismos ocurridos durante el nacimiento se clasifican en la categoría **767 Traumatismo de nacimiento** del capítulo 15, no precisando código adicional de lesiones y envenenamientos para aportar mayor nivel de información de la lesión producida.

Estos traumatismos están muy relacionados con los partos vaginales instrumentales y cesáreas, destacan:

- **767.0 Hemorragia subdural y cerebral** que clasifica a las **hemorragias o hematomas subdurales o cerebrales** debidas a trauma del nacimiento o bien a hipoxia intraparto. Dada la multicausalidad de la misma, si ésta es conocida debe añadirse código adicional que la identifique¹⁴. No sigue estos criterios la hemorragia subaracnoidea perinatal por cualquier causa que se clasifica en el código **772.2 Hemorragia subaracnoidea** por indicación del Índice Alfabético:

Hematoma

- cerebro
- – no traumático (véase *además* Hemorragia, cerebro)
- – – subaracnoideo, aracnoideo o meníngeo (véase *además* Hemorragia, subaracnoidea)
- – subaracnoideo, aracnoideo o meníngeo
- – – recién nacido 772.2
- subaracnoideo – véase *además* Hematoma, cerebro, subaracnoideo
- – recién nacido 772.2
- – no traumático (véase *además* Hemorragia, subaracnoidea)
- – – recién nacido 772.2

Hemorragia

- cerebro
- – aracnoidea – véase *además* Hemorragia subaracnoidea
- subaracnoidea, aracnoidea o meníngea véase *además* Hemorragia, subaracnoidea
- subaracnoidea
- – feto o recién nacido (anóxica) (traumática) 772.2

- El **cefalohematoma** se codifica en el **767.19 Otras lesiones en el cuero cabelludo** y está muy asociado al fórceps, que se añadirá secundariamente (**763.2 Parto con fórceps**).
- **767.3 Otras lesiones del esqueleto** para clasificar las **fracturas** craneales o de huesos largos del nacimiento.
- **767.6 Lesión del plexo braquial**.
- **767.8 Otros traumas de nacimiento especificados** para las heridas del bisturí, rotura de bazo, hematomas internos o vulvar traumático, etc.
- La **asfixia** o **atragantamiento** de causa mecánica durante el nacimiento se clasifica en el código **767.8 Otros traumas de nacimiento especificado**¹⁴ que hay que diferenciar del atragantamiento o asfixia originada por aspiración de líquido amniótico o de contenido gástrico al nacimiento.

II. TRAUMATISMOS O ACCIDENTES DEBIDOS A CAUSAS EXTERNAS

Son traumatismos no debidos al nacimiento como pueden ser las caídas, golpes, accidentes de tráfico, malos tratos o descuidos del recién nacido, etc. Se rigen por los criterios generales de codificación de este tipo de lesión, clasificándose con códigos del **Capítulo 17 de Lesiones y envenenamientos** más los códigos E correspondientes.

OBSERVACIÓN Y EVALUACIÓN DE RECIÉN NACIDOS

Los ingresos de neonatos por motivo de sospecha de enfermedad, que después de su evaluación es descartada, se codifican específicamente en la categoría **V29 Observación y evaluación de recién nacidos y niños por sospecha de enfermedades no encontradas**, a diferencia del resto de pacientes, adultos o lactantes, que se asignan en la categoría **V71 Observación y evaluación por sospecha de enfermedades no encontradas**. Es un código exclusivamente perinatal pues sólo se puede aplicar a pacientes de 28 ó menos días de vida¹.

Siempre será diagnóstico principal, por lo que no coexiste con los códigos de prematuridad u otras condiciones perinatales que sean motivo del ingreso.

No se asignará código de la categoría V29 si el neonato ingresa por presentar síntomas o signos que hace sospechar una determinada enfermedad y tras estudio se descarta, en cuyo caso se codificarían los síntomas o signos que motivaron el ingreso^{3,10,13,15}.

Ejemplo:

Neonato de 10 días de vida que ingresa por sospecha de atragantamiento por presentar ataques de sofocos que tras estudio del paciente descarta el diagnóstico sospechado.

786.09 Disnea y alteraciones respiratorias. Otras

Aunque normalmente no se asigna código adicional en los episodios asistenciales con diagnóstico principal **V29 Observación y evaluación de recién nacidos y niños por sospecha de enfermedades no encontradas**, se pueden utilizar códigos secundarios para identificar afecciones que se desarrollen durante la hospitalización o afecciones congénitas que requieran continuar la terapia o la vigilancia durante la estancia. Los códigos de condición congénita que no reciben una evaluación adicional o tratamiento no se asignan cuando el recién nacido ingresa para observación¹.

Ejemplo:

Neonato que ingresa por sospecha de infección asociada a bolsa rota de más de dos días que no presenta clínica de infección y los hemocultivos son negativos, a partir del segundo día presenta ictericia fisiológica.

V29.0 Observación y evaluación de recién nacidos y niños por sospecha de enfermedades no encontradas

774.6 Ictericia fetal o neonatal, no especificada

USO DE OTROS CÓDIGOS V EN LA HISTORIA PERINATAL

En el neonato puede utilizarse como diagnóstico principal o secundario, otros códigos V distintos a los de la categoría V29, destacando:

I. SUPERVISIÓN DE LA SALUD DEL RECIÉN NACIDO

La categoría **V20 Supervisión sanitaria de lactante o niño** se asigna para recoger las asistencias sanitarias rutinarias a los recién nacidos cuando no existe ningún problema, ya que en caso contrario, se identifica la enfermedad encontrada y no se asigna código de la categoría V20.

Ejemplo:

RN procedente de quirófano de maternidad por nacimiento por cesárea que ingresa en la sala de neonatología para revisión rutinaria. Tras verificar que no presenta problemas perinatales es dado de alta hospitalaria en el mismo día del ingreso.

V20.2 Revisión sanitaria rutinaria del bebé o niño

II. VACUNACIÓN SISTEMÁTICA DEL RECIÉN NACIDO

Poco después del nacimiento, los recién nacidos pueden ser vacunados contra la hepatitis B que es identificada con el código **V05.3 Necesidad de otras vacunaciones e inoculaciones profilácticas contra una sola enfermedad. Hepatitis vírica** y el código de procedimiento **99.55 Administración profiláctica de vacuna contra otras enfermedades**¹.

III. OTROS CÓDIGOS V

También puede emplearse otros códigos V en la historia del recién nacido, como son los exámenes rutinarios normales de oído para la detección de enfermedad ótica (**V80.3 Cribaje especial para enfermedades neurológicas, oculares y del oído. Enfermedades del oído** y **95.46 Otras pruebas auditivas y vestibulares**), detección precoz de retinopatía del prematuro (**V80.2 Cribaje especial para enfermedades neurológicas, oculares y del oído. Otras enfermedades del ojo**), prueba del talón para la detección precoz de fenilcetonurias (**V77.3 Fenilcetonuria [PKU]**), o historia de problemas intrauterinos, ingresos de bebés dados en adopción o a custodia del Tribunal Tutelar de Menores, ingresos de bebés

sanos (**V68.89 Contacto con fines administrativo. Otros fines administrativos**), ingresos de bebés sanos para su asistencia por ingreso de la madre enferma (**V65.0 Persona sana que acompaña a persona enferma**), etc.

Ejemplos:

- Neonato prematuro de 28 semanas de gestación con 1.050 gramos de peso al que se solicita exploración de fondo de ojo por oftalmólogo para descartar retinopatía del prematuro, que dictamina al alta de maduración normal de retina.

765.14 Otros nacidos antes del término, de 1.000-1.249 gramos

765.24 Trastornos relacionados con gestación acortada, 27-28 semanas completas de gestación

V80.2 Cribaje especial para enfermedades neurológicas, oculares y del oído. Otras enfermedades del ojo

- Neonato con historia de accidente cerebrovascular intrauterino.

V12.54 Ataque isquémico transitorio (AIT) e infarto cerebral sin déficit residual

El RN no tiene déficits neurológicos residuales²⁶.

- Ingreso por retención del recién nacido para adopción.

V68.89 Contacto con fines administrativo. Otros fines administrativos

Puede ser diagnóstico principal si es el motivo de ingreso¹².

- Ingreso de neonato sano en sala de UCI neonatológica por ingreso de madre enferma.

V65.0 Persona sana que acompaña a persona enferma

TRASTORNOS ENDOCRINOS Y METABÓLICOS

I. HIPOGLUCEMIA NEONATAL

La hipoglucemia neonatal se puede clasificar en dos códigos distintos:

- **775.0 Síndrome de “hijo de madre diabética”:** Identifica los neonatos de madre diabética cuando son descritos como tal o figuran los síntomas presentes: hipoglucemias, grande para la edad gestacional, etc. No precisa de codificación adicional para la identificación de los síntomas pues son inherentes al síndrome de «hijo de madre diabética»²⁷.

Ejemplo:

RNAT GEG de 4.100 gramos con hipoglucemias al nacimiento, hijo de madre diabética que ingresa para estudio y tratamiento.

775.0 Síndrome de “hijo de madre diabética”

La hipoglucemia y grande para la edad gestacional no se codifican pues está implícito en el código 775.0.

- **775.6 Hipoglucemia neonatal** que registra las hipoglucemias transitorias del neonato no asociada a diabetes de la madre.

II. DIABETES

El neonato diagnosticado de diabetes mellitus se codifica en **775.1 Diabetes mellitus neonatal**, que es un trastorno neonatal transitorio. Hay que diferenciarlo de la diabetes congénita, que se asocia a distintas anomalías congénitas como el Síndrome de Wolfram (enfermedad hereditaria autosómica recesiva debida a una disfunción del DNA del núcleo y mitocondrial que afecta a distintos órganos como cerebro, páncreas, etc.) y que se clasifica en la subcategoría **250.0 Diabetes mellitus sin mención de complicación**.

III. ACIDOSIS

La acidosis del recién nacido puede ser¹:

- **Acidosis respiratoria.** Las causas de la acidosis respiratoria incluyen, entre otras, la insuficiencia respiratoria aguda, obstrucciones de las vías respiratorias, neumonías, apnea o edema pulmonar.

- **Acidosis metabólica.** Puede ser causada por insuficiencia renal, septicemia, hipoxia, hipotermia, septicemia, hipotensión, insuficiencia cardíaca, deshidratación, electrolitos, hiperglicemia, anemia o hemorragia intraventricular.

La acidosis del neonato se clasifica en dos códigos, el **775.7 Acidosis metabólica tardía del recién nacido** y el **775.81 Otra acidosis del recién nacido** que identifica la acidosis fetal o del recién nacido, tanto la metabólica como la mixta (metabólica y respiratoria) como la no especificada.

La acidosis no se codifica si está asociada al sufrimiento fetal o asfixia, pues es una manifestación inherente al cuadro asfíctico, que se identifica en la categoría **768 Hipoxia intrauterina y asfixia intraparto**.

IV. DESHIDRATACIÓN

Los cuadros metabólicos de deshidratación se rigen por criterios de codificación múltiple, asignando como código principal el correspondiente del capítulo 15.

Ejemplo:

Deshidratación hiperpotasémica²⁷.

775.5 Otros trastornos electrolíticos neonatales transitorios

276.7 Hiperpotasemia

ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE

La Enterocolitis Necrotizante (ECN) es una enfermedad grave que afecta a recién nacidos prematuros o patológicos. Se caracteriza por isquemia intestinal o necrosis de los tejidos intestinales (sobre todo íleon terminal y con menor frecuencia colon e intestino delgado proximal), que provoca neumatosis intestinal progresando a perforación intestinal, peritonitis y sepsis. Incide fundamentalmente en prematuros (75%), ruptura prematura de membranas, corioamnionitis o asfixia en el parto.

En la mayoría de los casos se debe a la interacción de tres factores:

- Isquemia intestinal,
- infección bacteriana,
- daños de la mucosa intestinal por la infección bacteriana y otras causas, como la hiperosmolaridad sanguínea.

En dos tercios de los casos el tratamiento es médico: nutrición parenteral durante 2 – 3 semanas, sonda nasogástrica para descomprimir intestino y aspiración, y terapia antibiótica. La indicación quirúrgica es de resección del tejido gangrenado y formación de ostomías (ileostomía, colostomía, etc.) debido a la perforación y peritonitis.

Se identifica en la subcategoría **777.5 Enterocolitis en el feto o recién nacido** con 5º dígito de subclasificación para especificar los distintos estadios de la enfermedad ya descrita:

- **777.50 Enterocolitis necrotizante en recién nacido, no especificada.**
- **777.51 Enterocolitis necrotizante en recién nacido, estadio I.**
- **777.52 Enterocolitis necrotizante en recién nacido, estadio II** con neumatosis, sin perforación.
- **777.53 Enterocolitis necrotizante en recién nacido, estadio III** con perforación.

INTOLERANCIA Y MALABSORCIÓN INTESTINAL

La gastroenteritis del recién nacido puede acompañarse de un cuadro de reacción cutánea o, incluso, respiratoria debida a reacción alérgica por **Intolerancia a la Proteína de la leche de vaca** (IPV). Presenta una frecuencia de 2 – 3% de niños, está ligada a la lactancia artificial.

La entrada en el Índice Alfabético es por **Alergia – proteína de la leche** y, posteriormente, en la Lista Tabular en el código **558.3 de Gastroenteritis y colitis alérgica** indica que se añada código secundario de la historia de alergia por alimentos que la ha provocado (**V15.02 Alergia a los productos lácteos**) no añadiéndose código alguno del capítulo 15^{17,28}.

Esta situación clínica es distinta al cuadro de **malabsorción intestinal** debida a la leche, materna o artificial y que también debuta con diarrea, pero que no es cuadro alérgico sino un problema de absorción intestinal, y que se clasifica en el código **579.8 Otra absorción intestinal defectuosa especificada**.

La entrada en el Índice Alfabético para el cuadro de malabsorción intestinal es por el término principal **Intolerancia** y los modificadores esenciales – **leche**, o bien, – **alimentos**, o bien – **almidón**.

La **intolerancia a la lactosa** se clasifica en **271.3 Carencia de disacaridasa intestinal y absorción defectuosa de los disacáridos**, es decir, es un problema de malabsorción intestinal de naturaleza congénita debido a un trastorno del metabolismo de los carbohidratos, que es un problema de naturaleza distinta y que su codificación debe hacerse cuando el cuadro haya sido diagnosticado específicamente (de carencia de disacaridasa o intolerancia a la glucosa o lactosa) por el clínico que atiende al paciente.

Algunos **problemas de alimentación** del recién nacido (vómitos, regurgitaciones, etc.) se clasifican en el código **779.3 Problemas de alimentación en el recién nacido**.

EPISODIO APARENTEMENTE LETAL

El Episodio Aparentemente Letal (EAL) o episodio de aparente amenaza a la vida (ALTE) es un episodio agudo caracterizado por presentar apnea (central u ocasionalmente obstructiva), cambios de coloración cutánea (cianosis, palidez), hipotonía, asfixia o ahogos, o náuseas, debida a múltiples patologías (reflujo gastroesofágico, alteraciones neurológicas, infecciones de las vías aéreas respiratorias bajas, alteraciones cardíacas, etc.) y que puede afectar a neonatos y lactantes.

No se identifican por código único, asignándose como código principal el de la causa que provoca el episodio EAL si es conocida, añadiendo códigos adicionales para las manifestaciones asociadas, ya sean perinatales o del lactante. Las manifestaciones asociadas más relevantes son:

- **Apnea**
 - Del recién nacido (770.81)
 - Otras situaciones: apnea (786.09), central (327.21) u obstructiva (327.23)
- **Cambio del tono muscular:**
 - Hipotonía del recién nacido (779.89)
 - Otras miopatías (359.89)
 - Debilidad muscular del lactante (728.87) o del recién nacido (779.89)
- **Cambio de color**
 - Cianosis del recién nacido (770.83)
 - Cianosis del lactante (782.5)
 - Palidez (782.61)
 - Plétora del recién nacido (776.4)
 - Plétora del lactante (782.62)
- **Atragantamiento**
 - Atragantamiento debido a flemas (933.1)
 - Sensación de ahogo (784.99)

ANEXOS

ANEXO 1. RELACIÓN DE CONDICIONES PERINATALES CLASIFICADAS EN EL ÍNDICE ALFABÉTICO EN EL CÓDIGO 779.89

El Índice Alfabético asigna el código **779.89 Otras enfermedades especificadas con origen en el período perinatal** a aquellas patologías perinatales que no tienen código específico, que suelen corresponderse con descripciones poco definidas. Incluiría expresiones como:

- Accidente intrauterino
- Agotamiento físico del feto o recién nacido
- Atonía congénita
- Fallo circulatorio del feto o recién nacido
- Colapso durante o después del parto del feto o recién nacido
- Colapso vascular (periférico) del feto o recién nacido
- Debilidad (generalizada) congénita o del recién nacido
- Degeneración miocárdica del feto o recién nacido
- Edema del recién nacido de causa cardíaca
- Enfermedad del ombligo del recién nacido
- Estrófulo del recién nacido
- Fallo cardíaco del recién nacido
- Fallo de centros vitales del feto o recién nacido
- Fallo circulatorio del feto o recién nacido
- Fallo de corazón (agudo) congestivo (compensado) (descompensado) del feto o recién nacido
- Feto papiráceo
- Hipertonía del feto o recién nacido
- Hipertonicidad lactante
- Hipertonicidad lactante debida a desequilibrio de electrolitos
- Hipotonía congénita
- Hipotonía neonatal
- Insuficiencia circulatoria que afecta al feto o recién nacido
- Insuficiencia del corazón del feto o recién nacido
- Insuficiencia miocárdica del feto o recién nacido
- Nacimiento de feto papiráceo
- Postración del recién nacido
- Recién nacido (nacido vivo) con enfermedades específicas NCO
- Nacimiento por shock del feto o recién nacido
- Síndrome de cambio de color de feto arlequín

- Toxemia congénita
- Toxemia del feto o recién nacido NCOC
- Uremia congénita
- Falta de vitalidad del recién nacido

REFERENCIAS

1. Brown, F. ICD-9-CM Coding Handbook With Answers. Chicago: AHA Press, 2008.
2. American Hospital Association. ICD-9-CM Official Guidelines for Coding and Reporting. Chicago: AHA Press, 2008.
3. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, Fourth Quarter 2008; 25(4).
4. Cifuentes Recondo J, Ventura-Juncá del Tobar P. Recién nacido, concepto, riesgo y clasificación. Manual de Pediatría. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/páginas/publicaciones/manual-ped/RNConcep.html>.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Manual de Aprendizaje de la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Revisión Modificación Clínica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 1991.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Manual del Usuario. Normativa de Codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Revisión Modificación Clínica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 4ª edición. 1997.
7. Organización Mundial de la Salud. Informe del Grupo Científico de la OMS: Principios aplicables a la investigación experimental de la acción teratogénica de los medicamentos. Informe Técnico nº 364. Ginebra, 1967.
8. Organización Mundial de la Salud. Informe de un Grupo Científico de la OMS: Factores Genéticos y Malformaciones Congénitas. Informe Técnico nº 438. Ginebra, 1970.
9. Stevenson AC, Johnston HA, Stewart MIP, Golding DR. Congenital malformations. A report of a study of a series of consecutive births in 24 centres. Bull World Health Organ 1966; 34 (Suppl): 9-127.
10. Ministerio de Sanidad y Consumo. Boletín nº 4. Codificación clínica con la CIE-9-MC. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Año II, junio, 1996.
11. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, First Quarter 2006; 23(1).
12. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, Fourth Quarter 2006; 23(4).
13. Ministerio de Sanidad y Consumo. Boletín nº 22. Codificación clínica con la CIE-9-MC. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Año VIII, octubre, 2004.
14. Ministerio de Salud y Consumo. Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª Revisión Modificación Clínica. 7ª ed. Madrid: Ministerio de Salud y Consumo, 2010.
15. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, First Quarter 2005; 22(1).
16. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, First Quarter 2002; 19(1).
17. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, Fourth Quarter 2002; 19(4).
18. Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO), Sociedad Española de Neonatología (SEN), Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC), Sociedad Española de Quimioterapia (SEQ) y Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC). Prevención de la infección perinatal por estreptococo del grupo B. Recomendaciones españolas revisadas. Rev. Esp. Quimioterap. 2003; vol. 16(3):335-342.

19. Salcedo Abizanda S, Omeñaca Terés F, Cubero Roura L, Figueras Aloy J. Recomendaciones para la prevención de la infección perinatal por *Streptococcus agalactiae* (estreptococo beta-hemolítico del grupo B). Memoria de la Sociedad Española de Neonatología 2000-2001. Disponible en: <http://www.pabloportillo.net/images/edit/pdf/MemoriaSEN2000-1.pdf>.
20. Ministerio de Sanidad y Consumo. Boletín nº 21. Codificación clínica con la CIE-9-MC. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Año VIII, junio, 2004.
21. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, Third Quarter 2004; 21(3).
22. Coto Cotallo GD, Ibáñez Fernández A. Protocolo diagnóstico-terapéutico de la sepsis neonatal. Bol. Pediatr. 2006; 46 (Supl 1): 125-134.
23. Alva Moncayo E, Lam García A. Encefalopatía hipóxico-isquémica perinatal. Rev. Mex. Neuroci. 2003;4 (3):143-149.
24. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, Fourth Quarter 2001; 18(4).
25. Papile LA, et Al. Neonatal Intracranial Hemorrhage: Periventricular, Intraventricular Hemorrhage. In: Fanaroff A, et al. Neonatal-perinatal Medicine. Fanaroff A, Martin R. 2002, P 879.
26. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, Second Quarter 2007; 24(2).
27. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, First Quarter 2004; 21(1).
28. Ministerio de Sanidad y Consumo. Boletín nº 13. Codificación clínica con la CIE-9-MC. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Año V, junio 1999.