CODIFICACIÓN EN CIE-9-MC. Edición 2010

16

SÍNTOMAS, SIGNOS Y ESTADOS MAL DEFINIDOS

JUNTA DE ANDALUCIA
Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

CODIFICACIÓN EN CIE-9-MC. EDICIÓN 2010

CIE-9-MC

16

SÍNTOMAS, SIGNOS Y ESTADOS MAL DEFINIDOS

JUNTA DE ANDALUCIA

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Editoras:
Yolanda Fornieles García
Araceli Díaz Martínez

Autores:
Alfonso Martínez Reina
Antonio Romero Campos
Eloisa Casado Fernández
Araceli Díaz Martínez
Mª José Ferreras Fernández
Jesús Pena González
Ana María Ramos Vázquez
Carolina Conejo Gómez
Mª Jesús Linares Navarro
Mariano Sánchez García
Mª Mercedes López Torné
Javier Irala Pérez
Andrés del Águila González
Javier Delgado Alés
Leonardo Calero Romero

Edita:
Servicio de Producto Sanitario. Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía

Coordinación de la Edición:
Área de Conocimiento Gestión de la Práctica Asistencial. Escuela Andaluza de Salud Pública

ISBN: 978-84-692-68-37-7
DL: GR-3582/2009

Diseño e impresión: Gráficas Alhambra
Todos los derechos reservados.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN 5

NORMAS GENERALES DE CODIFICACIÓN 6

I. SÍNTOMAS Y SIGNOS EN EL CAPÍTULO 16 6

II. SÍNTOMAS Y SIGNOS EN OTROS CAPÍTULOS 6

1. Estados mal definidos por aparato o sistema 6
2. Diagnósticos inespecíficos 7
3. Miscelánea 7

III. USO DE SÍNTOMAS O SIGNOS COMO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL 8

IV. USO DE SÍNTOMAS O SIGNOS COMO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO 9

V. SÍNDROMES Y SÍNTOMAS O SIGNOS 10

VI. NO USO DE CÓDIGOS DE SÍNTOMAS O SIGNOS 11

SÍNTOMAS Y SIGNOS ESPECÍFICOS 12

I. CONVULSIONES 12

1. Abstinencia a drogas 12
2. Medicamentos 12
3. Fiebre 13
4. Procesos cerebrales 13
5. Recién nacidos 14
6. Convulsiones versus epilepsia 14

II. SÍNDROME DE LOS MOVIMIENTOS PERIÓDICOS DE LAS PIERNAS 14

III. FIEBRE Y OTRAS ALTERACIONES DE LA TEMPERATURA 14

IV. SACIEDAD TEMPRANA 16

V. BACTERIEMIA 16

VI. ANORMALIDAD DE LA MARCHA 16

VII. MASAS Y BULTOS 17

1. Piel 17
2. Cabeza y cuello 17
3. Linfáticos 17
4. Tórax 18

5. Abdomen y pelvis....18
6. Órganos genitales....19
7. Aparato osteomuscular....20

VIII. DOLOR TORÁCICO....20
1. Dolor torácico no especificado....20
2. Dolor precordial....21
3. Respiración dolorosa....21
4. Otros....21

IX. SÍNTOMAS DEL APARATO URINARIO....22
1. Incontinencia urinaria....22
2. Síntomas del tracto urinario inferior....23

X. SÍNTOMAS Y SIGNOS DEL APARATO RESPIRATORIO....23
1. Disnea y alteraciones respiratorias. Otros....23
2. Asfixia e hipoxemia....24

XI. ESTADO MENTAL ALTERADO....24

DATOS O HALLAZGOS ANORMALES NO ESPECIFICADOS....25

I. HALLAZGOS ANORMALES NO ESPECÍFICOS EN EXAMEN RADIOLÓGICO....25

II. MARCADORES TUMORALES ANORMALES....25

III. LECTURA DE TENSIÓN ARTERIAL ELEVADA....26

IV. FROTIS DE PAPANICOLAU CERVICAL ANORMAL E INFECCIÓN CERVICAL POR PAPILOMAVIRUS HUMANO (VPH)....26
1. Displasia y carcinoma in situ (CIS)....26
2. Neoplasia intraepitelial cervical (NIC/CIN)....27
3. Clasificación de Bethesda....27
4. Codificación....28
5. Cuadro de equivalencias de clasificaciones: displasias/CIS, CIN y Bethesda....29

V. FROTIS VAGINAL Y ANAL....29

CAUSAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD DESCONOCIDAS Y MAL DEFINIDAS....30

I. MUERTE SÚBITA....30

II. PARADA CARDÍACA....30

III. PARADA RESPIRATORIA....31

REFERENCIAS....33

INTRODUCCIÓN

El capítulo 16 (categorías 780 a 799) incluye síntomas, signos, resultados anormales de procedimientos de laboratorio o de otros estudios y estados mal definidos sobre los que no se ha registrado ningún diagnóstico clasificable.

Los síntomas son manifestaciones subjetivas de un estado patológico, descritos por el paciente, y que no pueden ser objetivados por el médico. Los signos son hallazgos objetivos realizados por el médico al observar al paciente.

Los signos, síntomas y estados incluidos en este capítulo son, en general, mal definidos y apuntan con similar probabilidad a más de una enfermedad o a más de un aparato o sistema, sin que se haya podido establecer un diagnóstico definitivo.

Los signos o síntomas más específicos de un diagnóstico, un aparato o un sistema se incluyen en sus capítulos correspondientes, generalmente dentro de la subcategoría en el cuarto dígito .9 o de la subclasificación en el quinto dígito .0.

Los estados y signos o síntomas incluidos en este capítulo se refieren a[1]:

a. Casos en los que no se ha podido hacer un diagnóstico más específico, aún después de analizar todos los hechos relevantes.

b. Signos o síntomas presentes inicialmente en el episodio que resultaron ser transitorios y cuyas causas no pudieron determinarse.

c. Diagnósticos provisionales en pacientes a los que no se les pudo seguir atendiendo.

d. Pacientes diferidos a otra instancia, para investigación o tratamiento, antes de establecer un diagnóstico.

e. Síntomas que presentan problemas importantes para los cuidados médicos y por ello resulta importante recogerlos además de la causa conocida de los mismos.

Debe evitarse la utilización de los códigos de este capítulo como diagnóstico principal, y se buscará información más precisa en la documentación del proceso.

NORMAS GENERALES DE CODIFICACIÓN

I. SÍNTOMAS Y SIGNOS EN EL CAPÍTULO 16

Este capítulo se estructura en tres secciones:

- 1ª Sección: SÍNTOMAS (780-789) que clasifica los síntomas y signos.
- 2ª Sección: HALLAZGOS ANORMALES NO ESPECÍFICOS (790–796) que clasifica los hallazgos anormales de laboratorio y otros estudios.
- 3ª Sección: CAUSAS DE MORBILIDAD Y MORTANDAD DESCONOCIDAS Y MAL DEFINIDAS (797-799).

II. SÍNTOMAS Y SIGNOS EN OTROS CAPÍTULOS

Los códigos existentes en otros capítulos de la CIE-9-MC se ajustan a varios criterios:

1. Estados mal definidos por aparato o sistema

Casi todos los capítulos presentan uno o más códigos que identifican las afecciones mal definidas de ese aparato o sistema:

CAPÍTULO 1	**136.9 Enfermedades infecciosas y parasitarias no especificadas**
CAPÍTULO 2	**239.9 Neoplasias de naturaleza no especificada. Sitio no especificado**
CAPÍTULO 3	**259.9 Trastorno endocrino no especificado** **269.9 Carencias nutritivas no especificadas** **277.9 Trastorno no especificado del metabólico** **279.9 Trastornos que afectan el mecanismo inmunitario. Trastorno no especificado del mecanismo**
CAPÍTULO 4	**289.9 Enfermedades no especificadas de la sangre y de los órganos hematopoyéticos**
CAPÍTULO 6	**349.9 Trastornos no especificados del sistema nervioso** **379.90 Trastorno del ojo no especificado** **388.9 Trastorno no especificado del oído**
CAPÍTULO 7	**429.9 Cardiopatía no especificada** **459.9 Trastornos del aparato circulatorio no especificado**
CAPÍTULO 8	**519.9 Enfermedad del aparato respiratorio no especificada**
CAPÍTULO 9	**569.9 Trastorno intestinal no especificado**

CAPÍTULO 10	599.9 Trastorno de uretra y tracto urinario no especificado 608.9 Trastorno no especificado de los órganos genitales masculinos 611.9 Trastorno mamario no especificado 629.9 Trastorno no especificado de los órganos genitales femeninos
CAPÍTULO 12	709.9 Trastorno no especificado de la piel y tejidos subcutáneos
CAPÍTULO 14	759.9 Anomalía congénita no especificada
CAPÍTULO 15	779.9 Enfermedad no especificada con origen en el período perinatal
CAPÍTULO 17	959.9 Otros traumatismos y los no especificados. Sitio no especificado 977.9 Envenenamiento por fármaco o sustancia medicamentosa no especificada 979.9 Envenenamiento por otras vacunas y sustancias biológicas y vacunas y sustancias biológicas no especificadas 989.9 Efecto tóxico de sustancia no especificada, primordialmente no medicamentosa con respecto a su origen 994.9 Otros efectos de causas externas 998.9 Complicación no especificada de procedimiento, no clasificada bajo otro concepto 999.9 Otras complicaciones y complicaciones no especificadas de cuidados médicos, no clasificadas bajo otros conceptos

2. Diagnósticos inespecíficos

Son un conjunto de códigos muy numerosos, presentes en todos los capítulos de la CIE-9-MC, que clasifican los diagnósticos inespecíficos para esa categoría:

- .9 de cuarto dígito de subcategoría.
- .X0 de quinto dígito de subclasificación.

3. Miscelánea

Son un conjunto de síntomas y signos que, según su localización, pueden clasificarse en el capítulo 16 o en su capítulo correspondiente. Por ejemplo:

- Hemorragia. Mientras que la hemorragia pulmonar (**786.3 Hemoptisis**), o la epistaxis (**784.7 Epistaxis**), se clasifican en el capítulo 16, la hematemesis (**578.0 Hematemesis**), o la hematuria (**599.7 Hematuria**) se clasifican en sus respectivos capítulos.
- Dolor. Mientras que el dolor abdominal (**789.0X Dolor abdominal)**, el dolor torácico (**786.5X Dolor torácico**), o la cefalea (**784.0 Cefalea**), se clasifican en el capítulo 16, el dolor articular (**719.4X Dolor articular**), o el dolor anal o rectal (**569.42 Dolor rectal o anal**), se clasifican en sus respectivos capítulos.

- Hiperhidrosis. Si es focal se clasifica en sus códigos correspondientes del capítulo 12 (**705.21 Hiperhidrosis focal primaria** y **705.22 Hiperhidrosis focal secundaria**), mientras que si es generalizada y sin especificar se clasifica en el capítulo 16, en el código **780.8 Hiperhidrosis generalizada**.

III. USO DE SÍNTOMAS O SIGNOS COMO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Existen ciertas circunstancias en las que se utilizará el signo o el síntoma, ya sea de este capítulo 16 o de un capítulo más específico, como diagnóstico principal.

En la siguiente relación se especifican los casos en que su uso es apropiado como diagnóstico principal:

- Cuando el signo o el síntoma se establece como debido a dos o más diagnósticos contrastantes, es decir, se desconoce si está producido por una enfermedad o por otra, se pondrá el signo o síntoma como diagnóstico principal y las patologías contrastantes se recogerán a continuación[2].

  Ejemplo:
  Dolor abdominal generalizado debido a pancreatitis o a colecistitis.
  789.07 Dolor abdominal generalizado
  577.0 Pancreatitis aguda
  575.10 Otras colecistitis

- Cuando el signo o síntoma es transitorio, sin que se determine ninguna posible causa como desencadenante[2].

- Cuando sólo el signo o síntoma podría justificar la prestación de la asistencia pues no se ha podido establecer ningún diagnóstico, ni siquiera como probable[2].

  Ejemplo:
  Síncope de causa indeterminada.
  780.2 Síncope y colapso

- Traslado del paciente a otro centro para diagnóstico o tratamiento sin que se haya establecido un diagnóstico[2].

- Admisión del paciente sólo para el diagnóstico o tratamiento de un síntoma, sin que se trate o evalúe el proceso de base[2].

Ejemplo:
Paciente ingresado por taquicardia al que se le realiza ECG sin que del mismo se derive ninguna evidencia sobre el tipo de taquicardia o cualquier otra patología cardíaca.

785.0 Taquicardia no especificada

- Admisión del paciente sólo para el tratamiento de un síntoma debido a un proceso de base que no justificaría el ingreso.

Ejemplo:
Niño de 9 meses con deshidratación secundaria a gastroenteritis ingresado para rehidratación.

276.51 Deshidratación

558.9 Otras gastroenteritis/colitis no infecciosas y gastroenteritis y colitis no infecciosas no especificadas

Se asignará como diagnóstico principal la deshidratación ya que la gastroenteritis se trata, cuando no aparece complicación, de forma ambulatoria.

- Admisión del paciente para el tratamiento o evaluación de un efecto residual de una patología previa, ya tratada y resuelta[2].

Todos los casos anteriores se refieren a pacientes hospitalizados. Diferente circunstancia se da en consultas externas donde sólo se deben recoger aquellas condiciones con el máximo nivel de certeza, por ello, si no se establece un diagnóstico como cierto, no se codifica ese probable diagnóstico y sólo se recogerán los síntomas o signos correspondientes[3].

IV. USO DE SÍNTOMAS O SIGNOS COMO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO

Cuando el signo o síntoma no fuese habitual en esa patología, condicionase diferentes actitudes terapéuticas o modificase el pronóstico o los recursos usados se codificará como diagnóstico secundario.

Ejemplo:

Ascitis en paciente con cirrosis hepática.

571.5 Cirrosis hepática sin mención de alcohol

789.5 Ascitis

La ascitis no siempre está presente en un paciente con cirrosis hepática y cuando se presentan representa un problema importante para el paciente, por ello cuando se describe debe ser codificada[2].

V. SÍNDROMES Y SÍNTOMAS O SIGNOS

Las anomalías congénitas pueden presentarse como síndromes, conjunto de síntomas o malformaciones múltiples. En estos casos se asignará un código para cada manifestación presente del síndrome siempre que no exista un código especifico para dicho síndrome en la CIE-9-MC[4].

Existen numerosos síndromes que no están indexados en la CIE-9-MC, cuando esta circunstancia se produzca se asignarán códigos para la causa subyacente, si se conoce, y para todas las manifestaciones descritas, que en la mayoría de los casos serán signos o síntomas.

Ejemplo:

Paciente hospitalizado que presenta dolor de cabeza, confusión, alteración de la vista, convulsiones e imágenes cerebrales anormales y que es dado de alta con el diagnóstico de síndrome de encefalopatía reversible posterior (llamado también sindrome de leucoencefalía posterior reversible o síndrome de edema cerebral posterior reversible).

784.0 Cefalea

298.9 Psicosis no especificadas

368.9 Perturbación visual no especificada

780.39 Otras convulsiones

793.0 Cráneo y cabeza. Hallazgos anormales y no especificados de exámenes radiológicos y de otro tipo de la estructura corporal

La causa no se especifica, por tanto no podrá codificarse, pero si se codificarán cada una de las manifestaciones presentadas por el paciente[5].

VI. NO USO DE CÓDIGOS DE SÍNTOMAS O SIGNOS

No se utilizarán los códigos de este capítulo cuando el signo o síntoma sea condición integral o subyacente de la patología diagnosticada. Una úlcera gástrica perforada siempre manifestará, entre otra sintomatología, dolor abdominal, por lo que esta manifestación no se codificará[2].

No se utilizarán los códigos de este capítulo cuando el signo o síntoma sea intrínseco a dos enfermedades que se presentan a la vez, aunque estas sean catalogadas como probables o posibles. A diferencia del concepto contrastante, aquí no hay duda de cual de las dos enfermedades produce el síntoma ya que se determina que es producido por ambas[2].

Ejemplo:

Dolor abdominal en paciente que presenta una probable úlcera gástrica aguda junto a una posible colelitiasis con colecistitis aguda.

531.30 Úlcera gástrica. Aguda sin mención de hemorragia ni de perforación. Sin mención de obstrucción

574.00 Cálculo de vesícula biliar con colecistitis aguda. Sin mención de obstrucción

Ambas patologías se consideran presentes y ambas cursan con dolor abdominal, esta manifestación no será codificada.

SÍNTOMAS Y SIGNOS ESPECÍFICOS

I. CONVULSIONES

La CIE-9-MC ofrece diferentes códigos para las convulsiones en función de la etiología de las mismas.

1. Abstinencia a drogas

El síndrome de abstinencia es un conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad, y que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia están limitados en el tiempo y están relacionados con el tipo de sustancia y con la dosis consumida inmediatamente antes de la abstinencia. El síndrome de abstinencia puede complicarse con convulsiones[6].

Si la abstinencia de drogas produce sólo convulsiones, sin otro tipo de alteraciones, no podemos hablar de síndrome de abstinencia a drogas y utilizaremos sólo el código **780.39 Otras convulsiones** junto al código que indique la pauta de dependencia, y no añadiríamos ningún código E ya que en este caso no se ha producido intoxicación o envenenamiento. Para que pueda ser catalogada de abstinencia, y por tanto asignarle un código de abstinencia de las categorías **291 Trastornos mentales inducidos por alcohol** o **292 Trastornos mentales inducidos por drogas**, es necesario que existan alteraciones mentales o del comportamiento[7].

2. Medicamentos

Si la convulsión es el resultado de una interrupción, por indicación médica, de un tratamiento farmacológico se utilizará el código **780.39 Otras convulsiones** añadiendo un código de la subcategoría **V58.6X Uso prolongado de medicación (actual)**.

Si la convulsión fuese resultado de que el paciente no realiza el tratamiento con las pautas prescritas o lo abandona por decisión propia, se utilizará el código **780.39 Otras convulsiones** añadiendo el código **V15.81 No cumplimiento de tratamiento médico**[7].

3. Fiebre

Deben diferenciarse dos circunstancias para las convulsiones febriles:

- Convulsiones febriles simples o no especificadas. Se codifican mediante el código **780.31 Convulsiones febriles (simples), no especificadas**.
- Convulsiones febriles complejas. Se codifican mediante el código **780.32 Convulsiones febriles complejas**. Un ataque febril complejo, también llamado ataque febril atípico o complicado, es el que dura más de 15 minutos, se localiza en una parte del cuerpo o se repite dentro de las primeras 24 horas. Los ataques febriles se producen generalmente entre los 6 meses y los 5 años. Pueden indicar una infección del sistema nervioso central tal como encefalitis, meningitis o absceso, aunque muchos de estos ataques están desencadenados por infecciones respiratorias de vías altas (virales), faringitis, otitis media o neumonías[8].

Si el paciente ingresa para el control específico de la convulsión, con una patología de base que hubiera podido tratarse en su domicilio, el código principal sería el de la convulsión y llevaría asociado el de la patología desencadenante de la fiebre.

Ejemplo:

Niña de 5 años llevado a urgencias por convulsiones. Tras la exploración se diagnostica de convulsiones por proceso febril en otitis media no supurativa.

780.31 Convulsiones febriles (simples), no especificadas

381.00 Otitis media no supurativa aguda no especificada

La otitis media no supurada no justificaría el ingreso, éste se realiza para tratamiento de las convulsiones febriles.

4. Procesos cerebrales

Algunas patologías que producen ocupación de espacio cerebral o aumento de presión intracraneal pueden manifestarse con convulsiones. Éstas no se deben presuponer como epilépticas sin que esté claramente especificado en la historia de salud, y se asignará el código **780.39 Otras convulsiones** asociado al diagnóstico principal que sería la patología de base[7].

Ejemplo:

Paciente que ingresa por convulsiones y se diagnostica al alta de neurocistercosis.

123.1 Cistercosis

780.39 Otras convulsiones

5. Recién nacidos

Si la convulsión aparece durante el ingreso correspondiente al nacimiento o en un reingreso de un recién nacido menor de 28 días, y la etiología no ha sido establecida al alta, se utilizará el código **779.0 Convulsiones del recién nacido** perteneciente al **Capítulo 15 Enfermedades del período perinatal**.

Si se producen reingresos posteriores, y el recién nacido es mayor de 28 días, sin que aún se haya determinado la etiología, se asignará un código de la subcategoría **780.3X Convulsiones**[7].

6. Convulsiones versus epilepsia

Las convulsiones recurrentes o repetitivas no deben ser asumidas como debidas a un proceso epiléptico. Para considerarlas como epilépticas debe estar claramente especificado este diagnóstico en la historia clínica. Términos como epileptoide, epileptiforme tampoco se asumirán como epilepsia. En ambos casos, se asignará el código **780.39 Otras convulsiones**.

II. SÍNDROME DE LOS MOVIMIENTOS PERIÓDICOS DE LAS PIERNAS

El síndrome de movimientos periódicos de las piernas (Periodic Limb Movement Disorder –PLMD–) aparece durante el sueño y consiste en contracciones rítmicas, repetitivas y estereotipadas de los músculos de las extremidades durante el sueño[9].

Se presenta en la mayoría de pacientes con diagnóstico de síndrome de piernas inquietas pero son dos entidades diferentes.

El PLMD se codifica mediante la subcategoría **780.58 Trastornos del movimiento relacionados con el sueño, no especificados**. Aquí se excluye el síndrome de piernas inquietas que se codificará mediante **333.94 Síndrome de piernas inquietas (SPI)**[10].

III. FIEBRE Y OTRAS ALTERACIONES DE LA TEMPERATURA

La subcategoría **780.6 Fiebre y otras alteraciones fisiológicas de la regulación de la temperatura** incluye solo la fiebre o la hipotermia debidas a alteraciones fisiológicas.

La fiebre de origen desconocido (FOD) es aquella que se mantiene por encima de 38,3ºC durante al menos tres semanas sin que la etiología pueda ser determinada. Esta definición

excluye la hipertermia habitual y la febrícula prolongada que se mantienen por debajo de 38,3ºC y su etiología y significación clínica son bien distintas de la FOD[11]. La CIE-9-MC asigna estas diferentes condiciones clínicas en una misma subcategoría **780.60 Fiebre, no especificada**.

Cuando la fiebre es debida a condiciones clasificadas en otros conceptos se asigna el código **780.61 Fiebre que se presenta en afecciones clasificadas en otros conceptos**. Este código siempre será secundario al de la afección de base que produjo la fiebre.

La fiebre asociada a procedimientos, quirúrgicos o no quirúrgicos, se codifica mediante **780.62 Fiebre tras procedimiento** excepto la debida a vacunación que se asigna al código **780.63 Fiebre tras vacunación**.

La presencia de escalofrío sin fiebre se codifica mediante **780.64 Escalofrío (sin fiebre)**, si apareciese fiebre, sin más datos, se asignará solo el código **780.60 Fiebre, no especificada**.

La hipotermia, no relacionada con baja temperatura ambiental se codifica mediante **780.65 Hipotermia no asociada con baja temperatura ambiental**. El Índice Alfabético asume que ante falta de información, la hipotermia es debida a condiciones ambientales y la asigna a un código de la categoría **991 Efectos de baja temperatura**, concretamente el código **991.6 Hipotermia**. Se deberá revisar la historia para determinar claramente si había o no baja temperatura ambiental que justificase la hipotermia.

Quedan excluidas de esta categoría las siguientes condiciones:

- Fiebre por golpe de calor o insolación. Se recoge mediante códigos de la subcategoría **992.0 Golpe de calor e insolación**.
- Fiebre debida a infección confirmada. Va implícita en el código de la propia infección.
- Hipotermia por baja temperatura ambiente. Se codificará en la categoría **991 Efectos de baja temperatura**.
- Fiebre o hipotermia por las alteraciones fisiológicas para el feto o recién nacido. Se incluyen en códigos de la categoría **778 Enfermedades que afectan al revestimiento cutáneo y a la regulación de la temperatura del feto y del recién nacido**.
- Fiebre producida durante el embarazo, parto o puerperio. Se codifica mediante códigos de la subcategoría **659.2 Fiebre materna durante el parto, no especificada** o de la categoría **672 Fiebre de origen desconocido durante el puerperio**.

- Alteraciones fisiológicas de la regulación de la temperatura por anestesia. La fiebre se codifica mediante **995.86 Hipertermia maligna** y la hipotermia mediante **995.89 Otros. Otros efectos adversos especificados, no clasificados bajo otros conceptos**. La hipertermia maligna es una complicación rara, pero potencialmente mortal de la anestesia. Se caracteriza por una elevación rápida de la temperatura, rigidez muscular progresiva, taquicardia y acidosis. Los desencadenantes habituales de la hipertermia maligna son los anestésicos volátiles[12] y se producen en personas genéticamente susceptibles. En ambos casos se añadirá el código E correspondiente.

IV. SACIEDAD TEMPRANA

El código **780.94 Saciedad inmediata** recoge la sensación de plenitud prematura después o durante la comida. Puede presentarse en diversas afecciones desde síndrome de intestino irritable, hasta tumor cerebral o problemas hormonales. Debe distinguirse la saciedad temprana de la anorexia. En la anorexia el paciente puede decidir no comer, en la saciedad temprana el paciente tiene hambre pero rápidamente se siente saciado[13].

V. BACTERIEMIA

Para el desarrollo completo de los conceptos sobre bacteriemia y shock séptico ver capítulo de infecciosos.

La bacteriemia[14,15] se define como un dato de laboratorio que indica la presencia de microorganismos viables en el torrente sanguíneo. Puede equipararse a la presencia de virus (viremia) u hongos (funguemia).

Al ser definida como un resultado de laboratorio se le asignará el código **790.7 Bacteriemia** de la sección Hallazgos anormales no especificados (790-796).

VI. ANORMALIDAD DE LA MARCHA

Deben diferenciarse los códigos referidos a esta condición:

- **781.2 Anormalidad de la marcha**, donde no hay afectación articular, y
- **719.7 Otros trastornos y trastornos no especificados de articulación. Dificultad para la marcha**, donde sí existe una clara afectación articular.

VII. MASAS Y BULTOS

Existen una serie de códigos en el capítulo 16 que permiten codificar las masas y bultos según grandes agrupaciones de órganos o sistemas. Otros códigos se han incluido en sus capítulos correspondientes.

Se deberán utilizar sólo en casos excepcionales, y siempre se tratará de acceder a la anatomía patológica para todos aquellos casos en que se haya realizado biopsia o análisis de pieza.

En el Índice Alfabético, las entradas generales de los términos bulto y masa serían:

- **Bulto** – véase además Masa, donde existe información más extensa.
- **Masa** – véase Enfermedad de órgano o sitio especificado para aquellas estructuras no recogidas en ella.
- En ocasiones existen entradas específicas como es el caso de linfadenopatía, aumento de tamaño en ganglios linfáticos.

A continuación se relacionan las grandes agrupaciones y sus excepciones recogidas en la Lista Tabular.

1. Piel

782.2 Tumefacción, masa o bulto superficial localizado, recoge esta condición para la piel y los tejidos tegumentarios.

2. Cabeza y cuello

784.2 Tumefacción, masa o bulto en la cabeza y en el cuello. En el término cabeza se incluyen la cara y las estructuras intracraneales. Se excluyen:

- Tiroides, que se codifica con la subcategoría **240.9 Bocio, no especificado**.
- Ojo, que se codifica con la subclasificación **379.92 Tumefacción o contusión del ojo**.
- Oído, que se codifica con la subcategoría **388.8 Otros trastornos del oído**.

3. Linfáticos

785.6 Aumento de tamaño de ganglios linfáticos, incluye los conceptos de tumefacción, masa o bulto.

4. Tórax

786.6 Tumefacción, masa o bulto en el pecho. Incluye a cualquier estructura del tórax excepto:

- Piel, que se codifica con la subcategoría **782.2 Tumefacción, masa o bulto superficial localizado**.
- Mama, que se codifica con la subclasificación **611.72 Bulto o masa mamaria**. Incluye la tumefacción.

5. Abdomen y pelvis

- **787.99 Otros síntomas que afectan al aparato digestivo. Otros**. El concepto aparato digestivo hace referencia al tubo digestivo. En el Índice Alfabético sólo existe entrada en **Masa** para recto y ano enviando a este código. Para el resto de estructuras del tubo digestivo se buscará en el Índice Alfabético la entrada **Enfermedad** y en ella, el sitio específico de cada órgano.

- **789.3 Tumefacción, masa o bulto abdominal o pélvico**. Recoge cualquier masa o bulto de cavidad abdominal o de pelvis, con dígito de subclasificación para una más precisa localización de la zona, con las siguientes excepciones:

  - Tubo digestivo
    Comentado en el apartado anterior.

  - Hígado
    · Bulto. El Índice Alfabético asigna el código **789.1 Hepatomegalia**.
    · Masa. No existe entrada por lo que se buscará en el Índice Alfabético en **Enfermedad, hígado** que nos envía a **573.9 Trastorno hepático no especificado**.
    · Tumefacción se codifica con el código **573.8 Otros trastornos hepáticos especificados**.

  - Bazo
    La masa de bazo o esplénica, nos lleva a **789.2 Esplenomegalia**, este mismo código se aplicará en bulto, ya que en el Índice Alfabético se indica tras la entrada **Bulto**, véase Masa. La entrada para tumefacción de bazo, esplénica, también envía al código 789.2.

  - Riñón
    · Bulto. Se codifica en la subcategoría **753.3 Otras anomalías especificadas renales. Anomalías congénitas del aparato urinario**.

· Masa. Se codifica con la subcategoría **593.9 Trastorno renal y ureteral no especificado**.
· Tumefacción. El Índice Alfabético envía a la subclasificación **593.89 Otro. Otros trastornos especificados renales y ureterales**.

- Ureter

  El bulto y masa ureteral se codifican mediante la subcategoría **593.9 Trastorno renal y ureteral no especificado**.

- Glándula adrenal

  · Tumefacción se recoge en la subcategoría **255.8 Otros trastornos especificados de las glándulas adrenales**.
  · Para masa o bulto se utilizará la entrada **Enfermedad,** que envía a la subcategoría **255.9 Trastorno no especificado de las glándulas adrenales**.

6. Órganos genitales

- Pene

  - Masa y bulto envía a la subclasificación **607.89 Otros. Otros trastornos especificados del pene**.
  - La tumefacción se asignará a la subclasificación **607.83 Edema de pene**.

- Otras estructuras

  - Masa y bulto en la subclasificación **608.89 Otros. Otros trastornos especificados de los órganos genitales masculinos**.
  - Tumefacción se recoge con la subclasificación **608.86 Edema. Otros trastornos especificados de los órganos genitales masculinos**.

- Útero, vagina y vulva

  La tumefacción, bulto y masa se codifican en la subcategoría **625.8 Otros síntomas especificados asociados con los órganos genitales femeninos**.

- Otras estructuras genitales femeninas

  Se utilizará la entrada del Índice Alfabético **Enfermedad** y dentro de ésta, el sitio específico para cada órgano.

7. Aparato osteomuscular

- Músculo
  - Masa o bulto envía a la subclasificación **729.89 Otro. Otros síntomas musculoesqueléticos con los miembros como punto de referencia**.
  - Tumefacción la asigna a la subclasificación **729.81 Tumefacción de miembro**.

  A pesar de que el título en ambos casos alude a los miembros, los códigos se aplicarán a tumefacción, masa o bulto de cualquier músculo, ya que en la entrada del Índice Alfabético el término miembro se recoge como modificador no esencial.

- Hueso

  La masa o bulto se codificará en la subclasificación **733.90 Trastorno de hueso y cartílago no especificado**.

- Articulaciones
  - Bulto y masa envían a la subclasificación **719.6X Otros síntomas referidos a las articulaciones**.
  - Tumefacción se codifica con la subclasificación **719.0X Derrame articular**.

- Extremidades, no especificada de otra manera.
  - Tumefacción envía a la subclasificación **729.81 Tumefacción de miembro**.
  - Masa o bulto deberá utilizarse la estructura específica afectada (piel, músculo, etc.).

VIII. DOLOR TORÁCICO

Los códigos de la subcategoría **786.5 Dolor torácico**, deberán seguir las siguientes pautas:

1. Dolor torácico no especificado

Cuando los términos diagnósticos no especifiquen nada más allá del término dolor torácico o similar, deberá utilizarse **786.50 Dolor torácico no especificado**.

Ejemplo:

Ingreso para cateterización cardíaca diagnóstica, ventriculograma izquierdo y angiografía coronaria secundario a dolor torácico. La cateterización cardíaca izquierda demostró las arterias coronarias normales.

786.50 Dolor torácico, inespecífico

El término utilizado en el diagnóstico condiciona la asignación del código[16].

2. Dolor precordial

786.51 Dolor precordial, se asignará a aquellos dolores cuyo origen se establece en el área cardíaca o la esternal. Incluye términos como: cardialgia, dolor precordial, dolor anginoso, dolor del corazón, dolor encima del corazón, dolor pericárdico, dolor retroesternal o subesternal, dolor preesternal, dolor línea esternal media o términos similares.

3. Respiración dolorosa

Aquellos dolores cuyo origen se establece en el área pulmonar y de la pared torácica, incluyendo términos como: diafragmalgia, dolor diafragma, dolor pleura, pleural o pleurítico, pleuralgia, pleurodinia, respiración dolorosa, dolor pared torácica anterior, dolor costocondral, dolor anterior tórax o términos similares se codifican con **786.52 Respiración dolorosa**. El Indice Alfabético también envía a esta subcategoría el síndrome de Prinzmetal-Massuri que es una neurodistrofia con dolor en la pared anterior del tórax. Debe diferenciarse del síndrome de Prinzmetal o angina variante (ver capítulo 7).

4. Otros

786.59 Dolor torácico. Otra, se empleará para aquellos dolores torácicos con terminología no incluida en las subclasificaciones 786.51 o 786.52 pero con alguna otra información que descarte el concepto no especificado (786.50), incluye términos como: malestar en el pecho, presión en el pecho, dolor torácico no cardíaco, dolor torácico atípico, dolor musculoesquelético torácico, dolor intercostal o términos similares.

Ejemplo:

Paciente de 64 años con historia de problemas gastrointestinales visto en el servicio de urgencias por dolor torácico atípico y presíncope. La CPK seriada fue negativa y el ECG mostraba ritmo sinusal normal. Al alta fue diagnosticado de Dolor torácico con presíncope, con probable origen gastrointestinal.

786.59 Otra. Dolor torácico

780.2 Síncope y colapso[17]

En todos los casos, el concepto psicógeno o similar llevaría al código **307.89 Otros. Trastorno doloroso relacionado con factores psicológicos**, que se deberá añadir como asociado al código que se asigne para el dolor según su tipo o localización.

IX. SÍNTOMAS DEL APARATO URINARIO

1. Incontinencia urinaria

Define las pérdidas involuntarias de orina después de la edad en la que se adquirió el control de esfínteres.

En el Índice Alfabético se debe utilizar la entrada **Orina, incontinencia** que ofrece más información que la entrada **Incontinencia, orina.**

El código **788.31 Incontinencia por ansiedad**, se refiere a las pérdidas de orina debidas a la existencia de tiempo insuficiente entre la percepción de la necesidad de orinar y la contracción de la vejiga. Se diferencia de la incontinencia de estrés en que ésta va acompañada siempre de esfuerzo. En el Índice Alfabético no existe la subentrada para ansiedad sino que la encontramos en **Deseo incontenible** (en la versión en inglés el término utilizado es «incontinencia de urgencia»). Si el proceso de ansiedad no se acompañase de incontinencia se asignaría el código **788.63 Urgencia en la micción**.

La incontinencia de estrés o por esfuerzo es la desencadenada por esfuerzos que normalmente no generan incontinencia, como por ejemplo al estornudar y tiene diferentes códigos según sea masculina, **788.32 Incontinencia de estrés, masculina** o femenina, **625.6 Incontinencia de estrés, femenina**.

Si la incontinencia fuese mixta, por ansiedad (deseo incontenible) y por estrés (de esfuerzo), existe un código de combinación único, tanto para la masculina como para la femenina[2], **788.33 Incontinencia mixta (masculina, femenina)**.

La causa de la incontinencia, si se conoce, se codificará en primer lugar. Fundamentalmente deberán buscarse procesos prostáticos o alguna forma de prolapso genital.

La incontinencia urinaria funcional se define como las pérdida de orina relacionada con déficits de la función cognitiva u otras incapacidades que imposibilitan al paciente para controlar la vejiga. Puede ser temporal o permanente y afecta fundamentalmente a la población anciana, sobre todo a aquellos pacientes con demencia o inmovilidad. Se codifica con **788.91 Incontinencia urinaria funcional**. Se deberá buscar en la historia la patología que llevó al paciente a esta situación.

2. Síntomas del tracto urinario inferior

Las dificultades de la micción relacionadas con el agrandamiento de la próstata se recogen en las subclasificaciones **788.64 Dificultad para comenzar la micción**, y **788.65 Esfuerzo en la micción**.

X. SÍNTOMAS Y SIGNOS DEL APARATO RESPIRATORIO

Los códigos **786.09 Otro. Disnea y alteraciones respiratorias** y **799.0 Asfixia e hipoxemia** presentan ciertos conceptos confusos y algunas asignaciones de signos, síntomas o resultados de laboratorio dispersos que se comentan a continuación.

1. Disnea y alteraciones respiratorias. Otros

Esta subclasificación **786.09 Otro. Disnea y alteraciones respiratorias** incluye conceptos genéricos que, ante la falta de mayor información, se codifican con este código. Serían conceptos como hipercapnia, respiración asimétrica, bradipnea, disnea paroxística nocturna, hipoventilación, función respiratoria o pulmonar inadecuada, respiración de Kussmaul, narcosis por anhídrido carbónico (no intoxicación), parálisis respiratoria, ataques de sofocos (respiratorio), ronquidos o bostezo[18].

Hay dos conceptos relacionados con esta subclasificación pero que en la versión en castellano plantean errores:

- La insuficiencia respiratoria, sin mayor especificación, se asigna, erróneamente, mediante el Índice Alfabético a la subclasificación **786.09 Otro. Disnea y alteraciones respiratorias**. También en la Lista Tabular aparece, erróneamente, el concepto como **Respiratoria: insuficiencia** en esta subcategoría. Se deben descartar estas indicaciones ya que se ha traducido el concepto inespecífico inglés «inssuficiency» de forma literal al concepto específico castellano «insuficiencia», cuando la correcta correspondencia en inglés de este término sería con «failure», que a su vez ha sido traducido como «fallo». Por tanto, se utilizará el término **Fallo** para buscar en el Índice Alfabético y poder codificar correctamente la insuficiencia respiratoria, bajo cualquiera de sus condiciones.

- El distress respiratorio no especificado se incluye en la subclasificación **786.09 Otro. Disnea y alteraciones respiratorias**. No existe entrada en el Índice Alfabético, ni reflejo en la Lista Tabular dentro de esta subcategoría para este término. Sólo se localiza por el «excluye» existente en la subclasificación **518.82**

Otras insuficiencias pulmonares no clasificadas bajo otro concepto. En la edición en inglés[19] sí se recoge, tanto en alfabético como en tabular dentro de la subclasificación **786.09 Otro. Disnea y alteraciones respiratorias**.

2. Asfixia e hipoxemia

La subclasificación **799.02 Hipoxemia** incluye otros términos genéricos, poco especificados, como anoxia, deficiencia o déficit de oxígeno o hipoxia.

La subclasificación **799.01 Asfixia** incluye otros términos como asfixia patológica o sofocación (respiratoria). De esta subclasificación deben excluirse la asfixia y la hipoxemia debidas a hipercapnia que se codificarán en **786.09 Otro. Disnea y alteraciones respiratorias**[20].

XI. ESTADO MENTAL ALTERADO

El estado mental alterado puede estar descrito frecuentemente como un síntoma producido por distintas enfermedades. Algunas de las etiologías pueden ser infecciones, neoplasias, alcohol y drogas, así como trastornos endocrinos, neurológicos psiquiátricos y renales.

El estado mental alterado debe basarse en informes de familia y cuidadores para conocer el estado basal del paciente y valorar el posible cambio agudo. La alteración puede afectar a la orientación, afecto y humor, lenguaje, memoria, juicio y comprensión, así como contenidos anormales en los pensamientos y anomalías de la percepción. Se codifica mediante la subclasificación **780.97 Estado mental alterado**.

Si afectase a la memoria, produciendo por ejemplo amnesia retrógrada, se asignaría el código **780.93 Pérdida de memoria** como se indica en el Índice Alfabético bajo el término principal **Alteración**.

El nivel de conciencia debe valorarse también en estos pacientes y para ello utilizaremos un código de la subcategoría **780.0 Alteración de conciencia**[8].

DATOS O HALLAZGOS ANORMALES NO ESPECIFICADOS

Las categorías 790 a 796 recogen los datos o hallazgos anormales no especificados. El uso de estos códigos debe ser restringido, y sólo se asignarán si:

- El médico no establece ningún diagnóstico que justifique ese dato, pero tal condición es recogida al alta[2].
- Aparece a lo largo de la documentación del proceso, sin ser recogido por el médico al alta, pero se considera relevante por su propia entidad, porque se hubiese realizado una interconsulta con ese dato o se hubiesen generado pruebas o tratamientos a partir de esa condición. Debe consultarse al responsable del alta sobre el dato y proponer recogerlo[2].

I. HALLAZGOS ANORMALES NO ESPECÍFICOS EN EXAMEN RADIOLÓGICO

El código **793.91 Prueba de imagen no concluyente por exceso de grasa corporal** se utilizará para identificar únicamente situaciones donde una prueba de imagen puede ser no concluyente ya que este exceso de grasa reduce la capacidad de diagnosticar claramente a pacientes con tecnología de imagen tal como rayos X, TAC, ultrasonidos o resonancia magnética. Junto a este código deberá especificarse, si se conoce, el índice de masa corporal mediante los códigos del rango V85.0 – V85.54 incluidos en la categoría **V85 Índice de masa corporal**.

II. MARCADORES TUMORALES ANORMALES

Los marcadores tumorales son sustancias producidas por las células tumorales u otras células del cuerpo y pueden encontrarse en cantidades anormales en la sangre, orina o tejidos de pacientes con cáncer. Los marcadores tumorales son usados, junto a otras pruebas, en la detección, diagnóstico y tratamiento de algunos tipos de cáncer. Las medidas de dichos marcadores se usan en combinación con otras pruebas, tales como la biopsia, para diagnosticar el cáncer.

- La elevación del antígeno específico prostático elevado (PSA) se recoge mediante la subclasificación **790.93 Antígeno específico de próstata [PSA] elevado**.
- La elevación del antígeno carcinoembrionario se recoge mediante el código **795.81 Antígeno carcinoembrionario [CEA] elevado**.

- La elevación del marcador tumoral CA 125 se recoge mediante **795.82 Antígeno tumoral 125 [CA125] elevado**.
- La elevación de otros marcadores tumorales se recoge mediante el código **795.89 Otros marcadores tumorales anormales**.

Si durante el ingreso se diagnostica la neoplasia estos códigos para marcadores tumorales no se codificarán.

III. LECTURA DE TENSIÓN ARTERIAL ELEVADA

El código **796.2 Lectura de tensión arterial elevada sin diagnóstico de hipertensión** se utilizará tanto para el registro de un episodio transitorio de elevación de tensión arterial como para hallazgos accidentales de cifras tensionales altas. En este código también se incluiría la elevación de la tensión arterial postoperatoria sin diagnóstico previo de hipertensión arterial (ver capítulo 7).

IV. FROTIS DE PAPANICOLAU CERVICAL ANORMAL E INFECCIÓN CERVICAL POR PAPILOMAVIRUS HUMANO (VPH)

Las anomalías de las células del cuello uterino se pueden diagnosticar mediante tres diferentes nomenclaturas[21].

1. Displasia y carcinoma in situ (CIS)

En 1961 se establecieron los siguientes términos, expuestos según gravedad, para definir las lesiones cervicales mayores.

- Carcinoma invasor, correspondería a las neoplasias malignas.
- Carcinoma in situ (CIS), sólo afecta a las células de la superficie.
- Displasia, sólo hay anormalidades celulares que no se corresponden con una neoplasia. Se dividen en tres niveles: grave, moderado y leve.

La dificultad de esta clasificación radica en la diferenciación entre la displasia severa o grave y el CIS.

2. Neoplasia intraepitelial cervical (NIC/CIN)

Desde 1967 se utiliza esta terminología, tanto para estudios citológicos como para estudios histológicos. Se divide en tres niveles:

- CIN 1, correspondería a la displasia leve.
- CIN 2, correspondería a la displasia moderada.
- CIN 3, que incluiría tanto a la displasia severa o grave como al CIS.

El mayor problema de esta clasificación es la baja seguridad diagnóstica de los dos niveles menos severos, CIN 1 y 2.

3. Clasificación de Bethesda

En 1988 se planteó una nueva nomenclatura, Clasificación de Bethesda, para resultados de estudios citológicos.

Mediante la prueba de Papanicolau (prueba PAP o frotis PAP) se realiza un estudio citológico con las células sueltas obtenidas del raspado de la superficie del cuello uterino, no hay toma de tejido o biopsia.

La Clasificación de Bethesda en su versión de 2001 tiene los siguientes apartados:

- **Negativo para lesiones intraepiteliales o malignidad**. Se utiliza esta categoría cuando no hay evidencia de neoplasia, independientemente de que se observen o no microorganismos u otros hallazgos no neoplásicos.
- **Anomalías celulares epiteliales presentes en células escamosas**:
  - Células escamosas atípicas (ASC)
    - de significado indeterminado (ASC-US) (Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance).
    - no puede excluirse H-SIL (ASC-H).
  - Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (L-SIL) / (LGSIL) comprendiendo:
    - displasia leve/CIN 1.
    - PVH (Virus del papiloma humano / VPH).
  - Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (H-SIL), comprendiendo:
    - displasia moderada, severa y CIS/CIN 2 y 3.
    - con características sugestivas de invasión (si se sospecha invasión).
  - Carcinoma epidermoide.

En la anterior clasificación, detrás de cada uno de sus apartados ASC, L-SIL o H-SIL se han especificado las equivalencias con las otras dos terminologías.

4. Codificación

Si la terminología diagnóstica utilizada corresponde a la Clasificación de Bethesda, la CIE-9-MC utiliza los códigos de la subcategoría **795.0 Frotis cervical de Papanicolau anormal y VPH cervical**. Para la subclasificación **795.09 Otro frotis cervical de Papanicolau anormal y VPH cervical** se deberá asociar el código **079.4 Virus del papiloma humano**.

Si la terminología diagnóstica utilizada es la correspondiente a displasia o a CIN se utilizarán códigos de la subcategoría **622.1 Displasia de cérvix (uterino)** para las displasias leves o moderadas o para los CIN 1 o CIN 2 o en el código **233.1 Carcinoma in situ de mama y del aparato genitourinario. Cuello uterino** para la displasia severa o grave, el CIN 3 o para el CIS.

Como se especifico antes, la terminología de la Clasificación de Bethesda responde sólo a estudio citológico. Por contra, las displasias y el CIS son resultado de un estudio histológico, tras biopsia del cuello uterino.

Si el paciente fuese diagnosticado mediante citología con posterior confirmación histológica, sólo se considerará esta última condición. Por ello los diagnósticos definitivos sobre carcinoma (invasor o in situ), CIN (en cualquiera de sus grados) y displasia (en cualquiera de sus grados) no serán codificados mediante la subcategoría **795.0 Frotis cervical de Papanicolau anormal y VPH cervical**, deberán codificarse mediante los códigos del **Capítulo 2 Neoplasias** o del **Capítulo 10 Enfermedades del aparato genitourinario** arriba expuestos.

Ejemplos:

- Paciente diagnosticada de HGSIL con evidencia citológica de malignidad

  795.06 Frotis cervical de Papanicolau con evidencia citológica de malignidad

- Paciente con diagnóstico de células escamosas atípicas de significado indeterminado

  795.00 Frotis cervical de Papanicolau con células epidermoides atípicas de significado indeterminado (AS-CUS)

5. Cuadro de equivalencias de clasificaciones: displasias/CIS, CIN y Bethesda

En la siguiente tabla se establecen las equivalencias entre las tres nomenclaturas y la CIE-9-MC[21].

CLASIFICACIÓN	GRUPOS						CIE-9-MC
Displasia/CIS	—		Displasia leve	Displasia moderada	Displasia grave	CIS	Códigos de subcategoría: **622.1 Displasia de cérvix (uterino)**
CIN	—	VPH	CIN 1	CIN 2	CIN 3		Si displasia grave, CIS/CIN 3 código: **233.1 Carcinoma in situ de mama y del aparato genitourinario. Cuello uterino**
Bethesda	ASC-US		L-SIL	H-SIL			Códigos de subcategoría **795.0 Frotis cervical de Papanicolau anormal y VPH cervical**

V. FROTIS VAGINAL Y ANAL

Para los resultados de frotis vaginales o anales se utilizan los mismos criterios descritos en el apartado anterior. Se asignan a las subcategorías **795.1 Frotis de Papanicolau anormal de vagina e infección por VPH** y **796.7 Frotis citológico anormal de ano y VPH anal**.

En ambos casos, como se ha señalado, no se incluyen en estas subcategorías los diagnósticos definitivos de carcinoma (invasor o in situ), neoplasia intraepitelial vaginal o anal (en cualquiera de sus grados) y displasia (en cualquiera de sus grados) que deberán codificarse mediante los códigos adecuados del **Capítulo 2 Neoplasias** o del **Capítulo 10 Enfermedades del aparato genitourinario**.

Para las subclasificaciones **795.19 Otro frotis de Papanicolau de vagina anormal y VPH vaginal** y **795.79 Otro frotis de Papanicolau de ano anormal y VPH anal** se deberá asociar el código **079.4 Virus del papiloma humano**.

Cuando se asigne un código de las subcategoría **795.1 Frotis de Papanicolau anormal de vagina e infección por VPH** se deberá recoger, si procede, la condición de ausencia adquirida de útero y cérvix mediante códigos de la subcategoría **V88.0 Ausencia adquirida de cérvix y útero**.

CAUSAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD DESCONOCIDAS Y MAL DEFINIDAS

Los códigos de la sección Causas de morbilidad y mortandad desconocidas y mal definidas (797 a 799) no se utilizarán si existe un diagnóstico más concluyente[2].

I. MUERTE SÚBITA

El fallecimiento de un paciente no es un diagnóstico, es un motivo de finalización asistencial, el alta. Por tanto, cualquier código que recoja la condición de muerte sólo podrá utilizarse para explicar de forma más precisa las circunstancias en que se desarrolló el proceso.

La muerte súbita se recoge en la categoría **798 Muerte súbita de causa desconocida**. De todos los códigos incluidos en ella sólo podrá ser utilizado como principal el **798.0 Síndrome de muerte súbita del niño**, el resto siempre serán secundarios y de difícil uso en un ámbito hospitalario. En todo caso, se utilizarían para explicar fallecimientos tras condiciones (síntomas, patologías, etc.) que no justificarían ese desenlace. Nunca se utilizarían para indicar el fallecimiento mismo, esta condición se recogería a través del motivo de alta.

El código **798.1 Muerte instantánea** incluye el concepto de muerte violenta. En el código **798.2 Muerte que tiene lugar en menos de 24 horas desde el inicio de los síntomas, sin explicación de otro tipo** se codificará la muerte repentina o súbita y la de causa desconocida.

Para la muerte sin asistencia o atención, persona encontrada muerta sin señal de enfermedad, se asigna **798.9 Muerte sin asistencia o atención**.

II. PARADA CARDÍACA

Para codificar una parada cardíaca se utilizará alguno de los siguientes códigos:

- **427.5 Paro cardíaco**
- **429.4 Trastornos funcionales postcirugía cardíaca**. Si la parada cardíaca se produce por cirugía cardíaca, excluido el postoperatorio inmediato.

- **997.1 Complicaciones cardíacas**. Cuando la parada cardíaca se produce en el postoperatorio inmediato por cirugía cardíaca o como complicación de cualquier otra cirugía.

La utilización o no de un código para recoger la existencia de una parada cardíaca o cardiorrespiratoria en un paciente sigue las siguientes pautas:

- Si un paciente ingresa en el hospital en parada, falleciendo sin conocer la causa subyacente de la parada, ni siquiera una patología probable de la misma, se utilizará alguno de los códigos de parada cardíaca como principal ya que es el único diagnóstico que se puede utilizar para justificar la asistencia.
- Si el paciente hospitalizado, con otras patologías agudas, sufre una parada cardíaca y puede ser reanimado, se asignarán como secundarios alguno de los códigos para parada cardíaca, aunque posteriormente a la reanimación haga una nueva parada por la que el paciente fallezca.
- Si el paciente hospitalizado, con otras patologías agudas, sufre una parada cardíaca y no puede ser reanimado, la parada no se codifica.

Las maniobras de resucitación cardiopulmonar (RCP) siempre se recogerán.

III. PARADA RESPIRATORIA

Se recoge en el código **799.1 Parada respiratoria** donde se contemplan conceptos como fracaso cardiorespiratorio. Dada la vaguedad de los conceptos contemplados en la misma no debería ser usada.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Revisión, 6ª Edición electrónica, 2008. Disponible en: http://www.msc.es/ecie9mc-2008/html/index.htm

2. Brown F. ICD-9-CM Coding Handbook 2008. Chicago: AHA Press, 2008.

3 Ministerio de Sanidad y Consumo. Unidad Técnica de la CIE-9-MC para Sistema Nacional de Salud. Asistencia ambulatoria: Normas generales de codificación con CIE-9-MC. Boletín 13. Disponible en: http://www.msc.es/ecie9mc-2008/html/normativa.htm

4. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, Second Quarter 2002; 19(2).

5. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, Third Quarter 2006; 23(3).

6. Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión. CIE-10. Capítulo V: Trastornos mentales y del comportamiento. Disponible en: http://www.psicomed.net/cie_10/cie10_F10-F19.html

7. ICD-9-CM Diagnosis Coding Advisor. A compilation and summary of official coding guidance 2000. Saint Anthony Publishing, 1999.

8. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, Fourth Quarter 2006; 23(4).

9. Martínez-Mena JM, Pastor J. Estudio de polineuropatía en pacientes con movimientos periódicos de las piernas durante el sueño. Rev Neurol 1998; 27:745-749. Disponible en: http://www.revneurol.com/sec/resumen.php?or=web&i=e&id=98948

10. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, Fourth Quarter 2004; 21(4).

11. Lozano de León F, León Jiménez EM, Gómez-Mateos JM, Corzo Delgado JE. Fiebre de origen desconocido: actitudes diagnósticas. Medicine 1998; 7 (77):3558-3566. Disponible en: http://www.sepeap.es/libros/MEDICINE98/Artikulu/m7704.pdf

12. Fármacos para la hipertermia maligna. Guía de Prescripción Terapéutica. Versión electrónica española. 2006. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Pharma Editores, S.L. Disponible en: http://www.imedicinas.com/GPTage/Open.php?Y2ExNXNlMDFzYjA4

13. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, Four Quarter 2003; 20(4).

14. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, Second Quarter 2000; 17(4).

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 2003; 20(1).

17. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, First Quarter 2002; 19(1).

18. Free 2009 ICD-9-CM Medical Codes. Disponible en: http://www.icd9data.com/2009/Volume1/780-799/780-789/786/786.09.htm

19. Ingenix. ICD-9-CM for hospitals. 2008 Expert. Ingenix. UT: 2008.

20. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, Fourth Quarter 2005; 22(4).

21. Lacruz Pelea C. Nomenclatura de las lesiones cervicales (de Papanicolau a Bethesda 2001). Revista española de patología 2003; 36(1). Disponible en: http://www.pgmacline.es/revpatologia/volumen36/vol36-num1/36-1n02.htm