

CODIFICACIÓN EN CIE-9-MC. Edición 2012

6

ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO Y DE LOS ÓRGANOS SENSORIALES



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

CODIFICACIÓN EN CIE-9-MC. EDICIÓN 2012

CIE-9-MC

6

**ENFERMEDADES DEL
SISTEMA NERVIOSO
Y DE LOS ÓRGANOS
SENSORIALES**



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

Editoras:

Yolanda Fornieles García

Araceli Díaz Martínez

Autores:

Carolina Conejo Gómez

Jesús Pena González

Andrés del Águila González

María Ana Ramos Vázquez

M^a Jesús Linares Navarro

Francisco Javier Irala Pérez

Araceli Díaz Martínez

Yolanda Fornieles García

Javier Delgado Alés

M^a Mercedes López Torné

Antonio Romero Campos

Alfonso Martínez Reina

M^a José Ferreras Fernández

Eloisa Casado Fernández

Leonardo Calero Romero

Edita:

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

Coordinación de la Edición:

Área de Conocimiento Gestión Sanitaria. Escuela Andaluza de Salud Pública

DL: GR 2021-2012

Diseño e impresión: Gráficas Alhambra

Todos los derechos reservados

INDICE

PRIMERA PARTE: SISTEMA NERVIOSO

INTRODUCCIÓN	13
ANATOMÍA	14
I. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.....	14
II. SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO.....	14
1. Nervios craneales.....	14
2. Nervios raquídeos o espinales	15
3. Sistema nervioso autónomo	15
NORMAS DE CODIFICACIÓN	17
ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL SISTEMA	19
NERVIOSO CENTRAL.....	19
I. MENINGITIS.....	19
1. Conceptos clínicos.....	19
2. Clasificación	19
II. ENCEFALITIS Y MIELITIS	20
1. Conceptos clínicos.....	20
2. Clasificación	21
III. ABSCESO INTRACRANEAL Y ABSCESO ESPINAL	22
1. Conceptos clínicos.....	22
2. Clasificación	22
3. Procedimientos.....	22
IV. EFECTO TARDÍO DE ABSCESO O DE INFECCIÓN PIÓGENA INTRACRANEAL	23
TRASTORNOS DEL SUEÑO	25
I. CONCEPTOS FISIOLÓGICOS Y CLÍNICOS	25
II. CLASIFICACIÓN.....	25
III. INSOMNIO	26
1. Insomnio agudo o de adaptación.....	26
2. Trastornos persistentes para iniciar o mantener el sueño	27

3.	Insomnio debido a drogas, medicamentos o alcohol	27
4.	Insomnio debido a trastornos mentales.....	28
5.	Insomnio debido a otras enfermedades.....	28
6.	Insomnio familiar fatal	28
IV.	TRASTORNOS DEL SUEÑO CON ALTERACIONES RESPIRATORIAS	29
1.	Síndrome de apnea obstructiva del sueño	29
2.	Apnea del sueño central primaria.....	30
3.	Patrón respiratorio de Cheyne Stokes.....	31
4.	Respiración periódica de las grandes altitudes	31
5.	Hipoventilación alveolar central congénita	31
6.	Síndrome de resistencia al flujo aéreo superior	31
V.	NARCOLEPSIA.....	31
VI.	SUEÑO INSUFICIENTE	32
VII.	TRASTORNOS DEL RITMO CIRCADIANO DEL SUEÑO-VIGILIA.....	32
VIII.	PARASOMNIAS.....	33
IX.	MOVIMIENTOS ANORMALES RELACIONADOS CON EL SUEÑO.....	33
1.	Síndrome de piernas inquietas	33
2.	Movimientos periódicos de los miembros, bruxismo y calambres	33
ENFERMEDADES HEREDITARIAS Y DEGENERATIVAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.....		35
I.	LIPIDOSIS CEREBRALES Y OTRAS DEGENERACIONES CEREBRALES GENERALMENTE MANIFESTADAS EN LA INFANCIA.....	35
II.	ENFERMEDAD Y DEMENCIA DE ALZHEIMER.....	35
III.	ENFERMEDAD DE PICK.....	36
IV.	DEMENCIA CON CUERPOS DE LEWY O DEMENCIA CON PARKINSONISMO.....	36
V.	HIDROCEFALIA	37
1.	Clasificación	37
2.	Procedimientos	38
3.	Complicación mecánica de derivación ventrículooperitoneal	39
VI.	DETERIORO COGNITIVO LEVE Y OTRAS AFECTACIONES COGNITIVAS	40
VII.	ENFERMEDAD DE PARKINSON Y OTROS PARKINSONISMOS.....	41
1.	Enfermedad de Parkinson	41
2.	Parkinsonismo secundario a medicamentos.....	42
3.	Parkinsonismo secundario a accidente cerebrovascular	42

MIELOPATÍA	43
I. MIELOPATÍA POR TRASTORNO DE LA COLUMNA VERTEBRAL.....	43
II. PATOLOGÍA VASCULAR DE MÉDULA ESPINAL	44
III. MIELOPATÍA ASOCIADA A NEOPLASIA	44
IV. TRASTORNOS TRAUMÁTICOS DE MÉDULA ESPINAL.....	44
DISREFLEXIA AUTONÓMICA	45
DOLOR	46
I. CONCEPTOS CLÍNICOS.....	46
II. CLASIFICACIÓN.....	46
1. Categoría 338 Dolor, no clasificado bajo otros conceptos	46
2. Dolor de una localización sin diagnóstico subyacente conocido.....	47
3. Dolor de una localización debido a un diagnóstico conocido.....	48
4. Códigos de dolor como diagnóstico principal.....	48
4.a. El motivo de ingreso es exclusivamente el tratamiento o manejo del dolor.....	48
4.b. El dolor es síntoma de diagnósticos contrastantes	49
4.c. El dolor como síntoma transitorio	49
4.d. Dolor como único dato clínico.....	49
5. Ingreso para tratar una patología (diagnóstico subyacente conocido) que cursa con dolor	50
6. Dolor como única complicación de un dispositivo	50
7. Dolor como complicación de un dispositivo.....	51
8. Dolor postoperatorio	51
DOLOR NEUROPÁTICO	53
SÍNDROME DE DOLOR REGIONAL COMPLEJO	54
I. TIPO I	54
II. TIPO II	54
NEURALGIA	56
MIGRAÑA	57
OTRAS CEFALÉAS	58

HEMIPLEJÍA, HEMIPARESIA Y OTROS SÍNDROMES PARALÍTICOS	59
I. CONCEPTOS CLÍNICOS.....	59
II. CLASIFICACIÓN.....	59
1. Parálisis en accidente cerebrovascular.....	59
2. Parálisis cerebral infantil.....	60
EPILEPSIA	61
I. CONCEPTOS GENERALES	61
II. CLASIFICACIÓN.....	62
1. Epilepsia	62
2. Convulsiones	63
3. Síndrome de West	64
4. Síndrome PEHO	64
5. Epilepsia como secuela de enfermedades o lesiones.....	65
DAÑO CEREBRAL ANÓXICO	66
I. CONCEPTOS GENERALES	66
II. CLASIFICACIÓN.....	66
1. Causa obstétrica.....	66
2. Causa no obstétrica.....	67
ENCEFALOPATÍAS	68
I. ENCEFALOPATÍA METABÓLICA, SÉPTICA E HIPERCÁPNICA	68
II. ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA	68
III. ENCEFALOPATÍA ARTERIOSCLERÓTICA.....	69
IV. ENCEFALOPATÍA MITOCONDRIAL.....	69
ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO	70
I. PARES CRANEALES O NERVIOS CRANEALES.....	70
II. RADICULITIS Y RADICULOPATÍA	71
III. TRASTORNOS DE LOS PLEXOS NERVIOSOS.....	71
IV. MONONEUROPATÍAS	71
V. POLINEUROPATÍAS TÓXICAS E INFLAMATORIAS	72
VI. NEUROPATÍA Y MIOPATÍA DE LA ENFERMEDAD CRÍTICA	73

SEGUNDA PARTE: ÓRGANOS SENSORIALES

ANATOMÍA DEL OJO	77
I. GLOBO OCULAR	77
1. Capas y estructuras.....	77
2. Espacios.....	77
3. Segmentos	78
II. ANEJOS.....	78
NORMAS GENERALES DE CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL OJO	79
CUERPO EXTRAÑO EN EL OJO	81
TRASTORNOS DE LA RETINA	83
I. DESPRENDIMIENTO DE RETINA.....	83
1. Conceptos clínicos.....	83
2. Codificación	83
2.a. Diagnósticos	83
2.b. Procedimientos	84
II. DEGENERACIÓN MACULAR RELACIONADA CON LA EDAD.....	86
1. Conceptos clínicos.....	86
2. Codificación	86
2.a. Diagnósticos.....	86
2.b. Procedimientos	87
III. MEMBRANA EPIRETINIANA	87
IV. RETINOPATÍA DIABÉTICA	88
1. Conceptos clínicos.....	88
2. Codificación	88
2.a. Diagnósticos.....	88
2.b. Procedimientos	89
IV. RETINOPATÍA DE LA PREMATURIDAD.....	89
1. Conceptos clínicos.....	89
2. Codificación	89
2.a. Diagnósticos.....	89
2.b. Procedimientos	90
GLAUCOMA.....	91
I. GLAUCOMA DEL ADULTO PRIMARIO	91

II. GLAUCOMA SECUNDARIO	91
1. Glaucoma secundario a anomalías congénitas, distrofias oculares y síndromes sistémicos	91
2. Glaucoma secundario a trastornos del cristalino	92
3. Glaucoma secundario a otros trastornos oculares	92
4. Glaucoma cortisónico	94
5. Glaucomas congénito, por traumatismo del nacimiento, infantil	94
III. PROCEDIMIENTOS PARA TRATAMIENTO DEL GLAUCOMA	94
1. Procedimientos fistulizantes	94
2. Procedimientos no fistulizantes	95
3. Otros procedimientos	96
CATARATAS	97
I. CATARATA TRAUMÁTICA	97
II. CATARATA SECUNDARIA	98
III. PROCEDIMIENTOS SOBRE CATARATAS	99
TRASTORNOS DE LA CÓRNEA	100
I. QUERATITIS	100
II. QUERATOCONJUNTIVITIS SECA Y OJO SECO	100
III. LACERACIONES CORNEALES	101
IV. PROCEDIMIENTOS SOBRE LA CÓRNEA	101
ESTRABISMO	103
ALTERACIONES DE LOS PÁRPADOS	104
I. PTOSIS PALPEBRAL O BLEFAROPTOSIS	104
II. ECTROPIÓN Y ENTROPIÓN	104
1. Ectropión	104
2. Entropión y triquiasis	104
3. Procedimientos	105
III. CHALACIÓN	105
IV. TUMORES DE PÁRPADO	105

ALTERACIONES DEL APARATO LAGRIMAL	107
I. DACRIOADENITIS Y DACRIOCISTITIS	107
1. Dacrioadenitis.....	107
2. Dacriocistitis	107
3. Procedimiento de dacriocistorrinostomía.....	107
II. ESTENOSIS DE LOS CONDUCTOS LAGRIMALES	107
ALTERACIONES DE LA CONJUNTIVA	109
I. PINGUÍCULA	109
II. PTERIGION	109
CIERTAS COMPLICACIONES DE CIRUGÍA OCULAR.....	110
I. CIRUGÍA DE CÓRNEA.....	110
II. CIRUGÍA DE GLAUCOMA.....	110
III. CIRUGÍA DE CATARATAS.....	111
ENFERMEDADES DEL OÍDO Y DEL PROCESO MASTOIDEO.....	112
I. ANATOMÍA DEL OÍDO.....	112
II. NORMAS GENERALES DE CODIFICACIÓN.....	112
III. TRASTORNOS DEL OÍDO MEDIO.....	112
1. Otitis media.....	112
2. Colesteatoma.....	113
3. Procedimientos sobre oído medio	114
3.a. Miringotomía.....	114
3.b. Timpanoplastias o miringoplastias.....	114
3.c. Mastoidectomía	115
IV. VÉRTIGO	115
V. HIPOACUSIA O SORDERA.....	116
1. Conductiva.....	116
2. Neurosensible	116
3. Mixta.....	116
4. Procedimientos.....	116
REFERENCIAS.....	119

**PRIMERA PARTE:
SISTEMA NERVIOSO**

INTRODUCCIÓN

El sistema nervioso se encarga, junto con el sistema endocrino, del control y la coordinación de los demás sistemas del organismo y de la adaptación ante cambios del medio externo.

El sistema nervioso del ser humano es el órgano de la conciencia, del conocimiento, de la ética y del comportamiento; de las estructuras conocidas, es la más complicada¹.

Las funciones básicas se pueden agrupar en tres:

- **Sensoriales**

Gran parte de las actividades del sistema nervioso se inician por la experiencia sensorial (de los sentidos) que llega desde los receptores hasta el Sistema Nervioso Central (SNC).

- **Integradoras**

La función integradora resulta de la capacidad de la que está dotado el SNC para procesar la información sensorial y tomar decisiones para que tenga lugar una respuesta apropiada.

- **Motoras**

Son funciones motoras las respuestas a las decisiones de la función integradora para controlar diversas actividades corporales, lo que se realiza por la regulación de la contracción de los músculos y de la secreción de glándulas exocrinas y endocrinas².

ANATOMÍA

I. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

El sistema nervioso central lo componen el encéfalo y la médula espinal. Estas estructuras están envueltas por tres membranas de tejido conectivo que constituyen las meninges. Todo ello está protegido por el cráneo y la columna vertebral.

El encéfalo lo forman básicamente los hemisferios cerebrales, el cerebelo y el tronco cerebral que, mediante el bulbo raquídeo, conecta con la médula espinal.

La médula espinal es una masa cilíndrica de tejido nervioso que se aloja a lo largo del interior del conducto espinal o raquídeo de la columna vertebral. Se divide en 31 segmentos medulares: ocho cervicales (C1-8), doce torácicos o dorsales (T o D 1-12), cinco lumbares (L1-5), cinco sacros (S1-5) y uno coccígeo.

Las meninges (duramadre, aracnoides y piamadre) forman pliegues y tabiques, y definen los espacios siguientes:

ESPACIO	LOCALIZACIÓN
Epidural, extradural o peridural	Entre las dos hojas en que se divide la duramadre. La hoja más externa está en contacto con el cuerpo vertebral en el conducto raquídeo
Subdural	Espacio virtual entre duramadre y aracnoides
Subaracnoideo	Entre aracnoides y piamadre. Forma cisternas y ventrículos. Contiene el líquido cefalorraquídeo
Senos venosos	Entre las dos láminas de la duramadre. Son sistemas colectores por los que drena la sangre del encéfalo hacia las venas yugulares internas

II. SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO

El sistema nervioso periférico lo forman los nervios craneales y los nervios espinales o raquídeos. Envían información sensorial hacia el SNC y ejecutan acciones motoras.

1. Nervios craneales

Los nervios craneales o pares craneales son doce pares de nervios que parten del tronco cerebral y emergen simétricamente por los orificios de la base del cráneo.

NERVIO CRANEAL	SENSITIVO, MOTOR O MIXTO	FUNCIÓN
I. Nervio olfatorio	Sensitivo	Olfato
II. Nervio óptico	Sensitivo	Visión
III. Nervio motor ocular común	Motor	Movimiento del ojo
IV. Nervio patético	Motor	Movimiento del ojo
V. Nervio trigémino	Mixto	Sensaciones de la piel facial y masticación
VI. Nervio ocular externo	Motor	Movimiento del ojo
VII. Nervio facial	Mixto	Expresiones faciales y gusto
VIII. Nervio estatoacústico	Sensitivo	Audición y equilibrio
IX. Nervio glosofaríngeo	Mixto	Deglución, gusto y sensación de sed
X. Nervio vago	Mixto	Control de las vísceras
XI. Nervio espinal	Motor	Movimientos de la cabeza
XII. Nervio hipogloso	Motor	Movimientos del habla

2. Nervios raquídeos o espinales

Existen 31 pares de nervios raquídeos o espinales que emergen simétricamente de los segmentos de la médula espinal por los orificios intervertebrales.

Cada nervio espinal se origina a partir de una raíz posterior (de fibras sensitivas), que contiene el ganglio espinal, y una raíz anterior (de fibras motoras). La raíz anterior y la posterior en su unión forman el nervio radicular que atraviesa el orificio intervertebral, pasando entonces a ser denominado nervio raquídeo o espinal.

Los nervios raquídeos se distribuyen (directamente o a través de los plexos cervicobraquial y lumbosacro) formando nervios periféricos.

3. Sistema nervioso autónomo

El sistema nervioso autónomo, visceral, involuntario o vegetativo, inerva el corazón, el músculo liso en varios órganos y glándulas en todo el cuerpo, mediante fibras simpáticas y parasimpáticas. Regula, por ejemplo, la presión arterial, la frecuencia cardíaca, el sueño y las funciones de vejiga e intestino. Llega a todos los órganos y sistemas, en muchos trayectos a través de las estructuras de los sistemas nerviosos central y periférico.

Las fibras de los nervios simpáticos emergen de la médula espinal entre los segmentos D1 y L2. Las fibras nerviosas parasimpáticas abandonan el SNC por los nervios craneales III, VII, IX y X, y por los nervios raquídeos sacros. La mayoría de las fibras nerviosas parasimpáticas se encuentran en el nervio vago (X) que pasa a la totalidad de las regiones torácica y abdominal del cuerpo.

NORMAS DE CODIFICACIÓN

Para codificar las enfermedades del sistema nervioso se han de seguir las normas generales y el procedimiento general de codificación con la CIE-9-MC^{3,4}.

- Las enfermedades del sistema nervioso se clasifican sobre todo en el **Capítulo 6 Enfermedades del Sistema Nervioso y de los Órganos de los Sentidos** que abarca las categorías 320 – 389 y se divide en las secciones siguientes⁵:

Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	Secciones
Enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central	320 – 326
Trastornos orgánicos del sueño	327
Enfermedades hereditarias y degenerativas del SNC	330 – 337
Dolor, no clasificado bajo otros conceptos	338
Otros síndromes de cefalea	339
Otros trastornos del sistema nervioso central	340 – 349
Trastornos del sistema nervioso periférico	350 – 359
Trastornos del ojo y de los anexos	360 – 379
Enfermedades del oído y proceso mastoideo	380 – 389

- Cuando los trastornos del sistema nervioso se presentan en el **periodo obstétrico**, se requiere la asignación del correspondiente código del **Capítulo 11 Complicaciones de la Gestación, Parto y Puerperio**. Se asignará un código adicional para especificar el tipo de patología.

Ejemplo:

Embarazada que padece epilepsia convulsiva generalizada.

649.43 Epilepsia que complica el embarazo, el parto o el puerperio.
Estado o complicación anteparto

345.10 Epilepsia convulsiva generalizada. Sin mención de epilepsia no tratable

- En el **Capítulo 15 Determinadas Condiciones con Origen en el Periodo Perinatal**, se clasificarán las lesiones de nervios por traumatismos en el nacimiento u otros trastornos neurológicos del **periodo perinatal**.

Ejemplo:

Recién nacido que presenta parálisis facial por traumatismo durante el nacimiento.

767.5 Traumatismo de nacimiento. Lesión del nervio facial

- En otros capítulos de la CIE-9-MC también se encuentran clasificados trastornos del sistema nervioso. Por ejemplo:
 - **053.0 Herpes zóster. Con meningitis** (Capítulo 1).
 - **198.3 Neoplasia maligna secundaria de otros sitios especificados. Cerebro y médula espinal** (Capítulo 2).
 - **435.1 Isquemia cerebral transitoria. Síndrome de la arteria vertebral** (Capítulo 7).
 - **721.41 Espondilosis torácica o lumbar con mielopatía** (Capítulo 13).
 - **742.3 Otras anomalías del sistema nervioso. Hidrocéfalo congénito** (Capítulo 14).
 - **951.2 Lesión de otro(s) nervio(s) craneal(es). Lesión del nervio trigémino** (Capítulo 17).

ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Las enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central engloban las encefalitis, meningitis, mielitis (inflamación de la médula espinal), las inflamaciones de más de una de estas estructuras (como la meningoencefalitis), los abscesos intracraneales e intraespinales y las inflamaciones de los senos venosos intracraneales. Pueden ser de causa infecciosa y no infecciosa (por ejemplo, tóxica).

Estas patologías suelen presentar fiebre y cefalea, alteraciones de la conciencia, signos neurológicos focales (orientativos de la localización) o convulsiones.

Las enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central se clasifican en la sección **320 – 326 Enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central** así como en el **Capítulo 1 Enfermedades Infecciosas y Parasitarias** y con menor frecuencia en otros capítulos. Los ejes de clasificación son la localización anatómica de la enfermedad y la etiología o causa.

I. MENINGITIS

1. Conceptos clínicos

Las meningitis son enfermedades inflamatorias de las meninges con afectación predominante del espacio subaracnoideo. Cursan de manera típica, especialmente las de origen bacteriano, con disminución del nivel de conciencia, convulsiones y aumento de la presión intracraneal. La reacción inflamatoria afecta a meninges, espacio subaracnoideo y parénquima cerebral (meningoencefalitis). La meningitis bacteriana es la forma más frecuente de infección intracraneal purulenta. El germen más común causante de estas infecciones es el *S. pneumoniae*.

2. Clasificación

Es frecuente la necesidad de codificación múltiple con un código del **Capítulo 1 Enfermedades Infecciosas y Parasitarias** seguido de un código asociado de las categorías **320 Meningitis bacteriana**, **321 Meningitis por otros organismos** (la letra en itálica indica que sus códigos requieren la codificación primero de la infección subyacente) o **322 Meningitis de causa no especificada**.

También existen códigos de combinación que indican tanto la localización meníngea como el agente etiológico.

La meningomielitis y meningoencefalitis se clasifican, en la mayoría de los casos, en los mismos códigos que la meningitis. Las abundantes instrucciones y notas de la Lista Tabular y del Índice Alfabético guían la asignación de los códigos adecuados.

Ejemplos:

- Paciente en estudio por una posible listeriosis que desarrolla clínica de infección meníngea y es diagnosticado de meningitis por listeria monocitógenas.

027.0 Listeriosis

320.7 Meningitis en otras enfermedades bacterianas clasificadas bajo otros conceptos

- Paciente con cefalea, fiebre, disminución de nivel de conciencia y signos nerviosos focales que hacen sospechar meningitis. Tras punción lumbar se diagnóstica de meningitis estreptocócica.

320.2 Meningitis estreptocócica

03.31 Procedimientos diagnósticos sobre la médula espinal y estructuras del conducto espinal. Punción espinal

Los síntomas y signos referidos no se codifican pues forman parte integral del proceso de la meningitis. La punción lumbar es el procedimiento que consiste en la extracción de una muestra de líquido céfalo-raquídeo (LCR) mediante la punción con una aguja en la columna lumbar. El análisis del LCR es básico para el diagnóstico de ciertas infecciones del SNC⁶.

- Niño de seis años que acude por cuadro que, tras punción lumbar, se diagnostica de síndrome meningoeruptivo.

047.1 Meningitis enterovírica, Virus ECHO

03.31 Procedimientos diagnósticos sobre la médula espinal y estructuras del conducto espinal. Punción espinal

II. ENCEFALITIS Y MIELITIS

1. Conceptos clínicos

La encefalitis o patología inflamatoria del encéfalo puede ir asociada a inflamación de meninges (meningoencefalitis) o de la médula espinal (encefalomielitis). La encefalitis

curso con muchas de las manifestaciones de la meningitis, más confusión, alteración de la conducta y alucinaciones.

Los envenenamientos (por ejemplo por plomo, mercurio, talio, etc.) pueden causar encefalitis y mielitis de causa tóxica.

2. Clasificación

La encefalitis y la mielitis se clasifican en la categoría **323 Encefalitis, mielitis y encefalomiélitis**. El 4º dígito indica la etiología (virus, rickettsias, protozoos, otros agentes, postinfecciosa, vacunas e intoxicaciones, otras causas). El 5º dígito, cuando existe, especifica si la patología es una mielitis o bien una encefalitis o encefalomiélitis.

Ejemplos:

- Encefalitis por enfermedad por arañazo de gato.

078.3 Otras enfermedades por virus y Clamidia. Enfermedad por arañazo de gato

323.01 Encefalitis y encefalomiélitis en enfermedades víricas clasificadas bajo otros conceptos

- Encefalitis por otitis media supurativa.

382.4 Otitis media supurativa no especificada

323.41 Otras encefalitis, mielitis y encefalomiélitis por infección clasificadas bajo otros conceptos

- Mielitis por herpes zoster.

053.14 Mielitis por herpes zoster

Las **encefalitis, mielitis o encefalomiélitis tóxicas** son generalmente envenenamientos y se codifican como tales.

Ejemplos:

Encefalitis por exposición prolongada accidental a mercurio.

985.0 Efecto tóxico de mercurio y sus compuestos

323.71 Encefalitis y encefalomiélitis tóxicas

E866.1 Envenenamiento accidental por otras sustancias sólidas y líquidas y sustancias sólidas y líquidas no especificadas. Mercurio y sus compuestos y humos

III. ABSCESO INTRACRANEAL Y ABSCESO ESPINAL

1. Conceptos clínicos

El absceso cerebral es una infección supurada y focal dentro del parénquima encefálico, rodeada típicamente de una cápsula vascularizada. Los agentes causantes más frecuentes son bacterias, hongos y parásitos¹.

2. Clasificación

Los abscesos del sistema nervioso central y de los espacios meníngeos se codifican en la categoría **324 Abscesos intracraneales e intraespinales** excepto si la etiología es tuberculosa o amebiana. En estos casos se clasificarán en las siguientes subcategorías:

- **013.3 Absceso tuberculoso cerebral**
- **013.5 Absceso tuberculoso de la médula espinal**
- **006.5 Absceso amebiano cerebral**

A la categoría **324 Abscesos intracraneales e intraespinales** se añadirá, si se conoce, el código que identifica el germen responsable del absceso.

3. Procedimientos

Es frecuente que el absceso cerebral o espinal requiera alguna técnica invasiva para su resolución. El drenaje del absceso cerebral bajo guía estereotáxica es uno de los procedimientos de elección y se codifica con los códigos **01.09 Otra punción craneal** y **93.59 Otra inmovilización, compresión y cuidado de herida. Aplicación de marco estereotáxico en la cabeza**.

La resección completa de un absceso bacteriano mediante craneotomía (**01.24 Otras craneotomías**) o craniectomía (**01.25 Otras craniectomías**), por lo general, se reserva para los abscesos multiloculados o para aquellos donde fracasa la aspiración estereotáxica¹.

Ejemplos:

Paciente con absceso cerebral en el espacio subaracnoideo. Se aspira y drena bajo control estereotáxico.

324 Abscesos intracraneales e intraespinales

01.09 Otra punción craneal

93.59 Otra inmovilización, compresión y cuidado de herida

Las entradas al Índice Alfabético serán:

Drenaje

- ventrículo cerebral
- - por
- - - aspiración 01.09

Aplicación

- armazón en la cabeza para estereotaxia 93.59

IV. EFECTO TARDÍO DE ABSCESO O DE INFECCIÓN PIÓGENA INTRACRANEAL

Las secuelas o efectos tardíos más frecuentes de las meningitis bacterianas y de los abscesos cerebrales son: disminución de la capacidad intelectual, alteración de la memoria, crisis epilépticas, hipoacusia y mareo, trastornos de la marcha, hidrocefalia o cuadros de parálisis.

Las secuelas de infecciones intracraneales piógenas ya resueltas se codifican en la categoría **326 Efectos tardíos de absceso intracraneal o infección piógena**, junto con el código de la manifestación, siguiendo el procedimiento de clasificación de los efectos tardíos.

En la nota de categoría en la Lista Tabular se detalla cuáles son las infecciones primarias cuya secuela se codifica en la categoría **326 Efectos tardíos de absceso intracraneal o infección piógena**: las patologías clasificadas entre las categorías 320 y 325 cuyo código no sea un código asociado⁵.

Ejemplos:

Retraso mental leve, secuela de meningitis estreptocócica padecida en la infancia.

317 Retraso mental leve

326 Efectos tardíos de absceso intracraneal o infección piógena

*A la infección primaria le correspondería el código **320.2 Meningitis estreptocócica** (que en este caso no se asigna porque no hay infección actual), por tanto la secuela de esta infección pasada se clasifica en el código **326 Efectos tardíos de absceso intracraneal o infección piógena** de acuerdo con la nota de categoría.*

Se clasificarán en la sección **137-139 Efectos tardíos de las enfermedades infecciosas y parasitarias** las secuelas de patologías ya resueltas cuya infección primaria fue clasificada en los códigos de la subcategoría 230.7, la categoría 321, los códigos comprendidos entre 323.01 – 323.42 y entre 323.61 – 323.72.

Ejemplos:

Hidrocefalia normotensiva, secuela de una meningitis meningocócica padecida hace años.

331.3 Hidrocefalia comunicante

139.8 Efectos tardíos de otras enfermedades infecciosas y parasitarias y de enfermedades infecciosas y parasitarias no especificadas

*A la infección primaria le correspondería el código **036.0 Meningitis meningocócica** (que en este caso no se asigna porque no hay infección actual), por tanto la secuela de esta infección pasada se clasifica en la categoría **139 Efectos tardíos de otras enfermedades infecciosas y parasitarias**.*

TRASTORNOS DEL SUEÑO

I. CONCEPTOS FISIOLÓGICOS Y CLÍNICOS

El ciclo sueño-vigilia está gobernado por dos sistemas neurobiológicos principales: uno genera el sueño y otro programa el momento del sueño dentro del ciclo diario de 24 h (ritmo circadiano).

Se definen dos estados del sueño en función del registro de la polisomnografía:

- sueño desincronizado o de movimientos oculares rápidos (Rapid-Eye-Movement, REM) y
- sueño sincronizado o sin movimientos oculares rápidos (Non-Rapid-Eye-Movement, NREM) que tiene a su vez cuatro fases¹.

Un trastorno crónico y serio del sueño y de la vigilia puede ocasionar alteraciones importantes en el funcionamiento diurno y contribuir a la aparición o agravamiento de trastornos físicos o psiquiátricos. Las manifestaciones de trastornos del sueño son básicamente: incapacidad aguda o crónica de dormir adecuadamente por la noche (insomnio); fatiga crónica, somnolencia o cansancio diurno, o una manifestación de la conducta asociada al sueño.

Los trastornos relacionados con el sueño pueden ser síntomas (como lo son la fiebre o el dolor) de trastornos subyacentes o constituir en sí mismos una enfermedad.

II. CLASIFICACIÓN

El Índice Alfabético dispone de términos principales y modificadores esenciales que hacen fácil la búsqueda por el tipo de alteración del sueño. Algunos de estos términos son:

Apnea	Perturbación
Despertar	- sueño
Hipersomnia	Trastorno
Hiposomnia	- psicológico
Insomnio	- - sueño
Parasomnia	Trastorno - sueño

Además del tipo de trastorno, la CIE-9-MC distingue si el trastorno del sueño es:

- de origen orgánico, es decir, manifestación de una anomalía anatómica o fisiológica, o
- está relacionado con patología médica o trastorno mental clasificados en otro lugar.

Los trastornos se encuentran clasificados en diversos lugares de la CIE-9-MC.

TRASTORNOS DEL SUEÑO EN LA CIE-9-MC	
327 Trastornos orgánicos del sueño	Categoría que clasifica las alteraciones del sueño de origen orgánico, es decir, las que son manifestación de una anomalía anatómica o fisiológica, o están relacionadas con patología médica o trastorno mental clasificados en otro lugar.
291.82. Trastornos del sueño inducidos por alcohol	Código que clasifica los trastornos del sueño, de cualquier tipo, inducidos por alcohol. Asignar código adicional para identificar la pauta de consumo de alcohol.
292.85 Trastornos del sueño inducidos por drogas	Código que clasifica los trastornos del sueño, de cualquier tipo, inducidos por drogas. Se codificará la pauta de consumo. Seguir las pautas de codificación de envenenamientos o de efectos adversos, según corresponda.
307.4 Trastornos específicos del sueño de origen no orgánico	Subcategoría que clasifica, en el Capítulo 5 Trastornos mentales, los trastornos del sueño especificados pero que no son debidos a drogas o alcohol ni a enfermedad orgánica u otro trastorno mental clasificable bajo otro concepto.
780.5 Perturbaciones del sueño	Subcategoría que clasifica los trastornos del sueño no especificados en cuanto al origen.
347 Cataplejía y narcolepsia	Categoría que clasifica la narcolepsia.
V69.4 Falta de sueño suficiente	Código que clasifica la circunstancia de falta de sueño suficiente.

III. INSOMNIO

El insomnio es el más frecuente de los trastornos del sueño. Por insomnio se entiende la presencia persistente de dificultad para la conciliación o el mantenimiento del sueño, el despertar precoz o un sueño poco reparador, a pesar de disponer de condiciones adecuadas para el sueño^{7,8}.

1. Insomnio agudo o de adaptación

El insomnio agudo guarda relación con un acontecimiento estresante que lo desencadena, por ejemplo duelo, diagnóstico de una enfermedad o emoción intensa. Se suele resolver cuando desaparece el factor estresante o bien cuando se produce la adaptación al mismo.

Para clasificar el insomnio agudo o de adaptación, en el Índice Alfabético no existe modificador «agudo» del término principal **Insomnio**, pero los modificadores esen-

ciales - adaptación, - origen no orgánico, - origen no orgánico transitorio dirigen al código **307.41 Trastorno transitorio para iniciar o mantener el sueño**; y en la Lista Tabular, bajo este código encontramos descripciones de inclusión como «Insomnio asociado con reacciones o conflictos emocionales intermitentes o agudos».

2. Trastornos persistentes para iniciar o mantener el sueño

Los siguientes tipos de insomnio se clasifican en el código **307.42 Trastorno persistente para iniciar o mantener el sueño**:

- **Insomnio psicofisiológico**
Es el insomnio persistente que se manifiesta con ansiedad o excesiva preocupación por el sueño, dificultad para conciliar el sueño al acostarse, facilidad para el sueño no programado, hiperactividad mental o tensión muscular al intentar dormir.
- **Insomnio primario o idiopático**
Es el insomnio crónico, persistente, sin remisión, sin factor desencadenante o causa clara que lo justifique.

3. Insomnio debido a drogas, medicamentos o alcohol

Cualquier trastorno del sueño provocado por alcohol o por medicamentos y drogas se clasificará respectivamente en el código **291.82. Trastornos del sueño inducidos por alcohol** y **292.85 Trastornos del sueño inducidos por drogas**.

Ejemplos:

- Paciente con insomnio por alcoholismo.

291.82 Trastornos del sueño inducidos por alcohol

303.91 Síndrome de dependencia del alcohol. Otras dependencias alcohólicas y dependencias alcohólicas no especificadas. Continua

- Paciente que acude porque el tratamiento de teofilina que tiene prescrito para la bronquitis asmática le produce insomnio.

292.85 Alteraciones del sueño inducidas por drogas

E944.1 Efecto adverso de fármacos para el metabolismo de agua, minerales y ácido úrico. Diuréticos derivados de purina

493.90 Asma no especificado, no especificado

4. Insomnio debido a trastornos mentales

El insomnio que sea parte del cortejo sintomático habitual de determinada enfermedad mental no se codificará. Pero el insomnio puede ser más intenso, o de diferentes características, que el habitualmente asociado al trastorno mental subyacente, requiriendo entonces un tratamiento independiente del proceso de base y se ha de codificar. En estos casos el insomnio se clasifica como trastorno orgánico del sueño en el código **327.02 Insomnio debido a trastorno mental**.

Ejemplo:

Paciente diagnosticado de estado paranoide simple controlado con la medicación habitual, salvo en lo que respecta a un insomnio persistente por el que acude al hospital.

297.0 Estado paranoide simple

327.02 Insomnio debido a trastorno mental

5. Insomnio debido a otras enfermedades

El insomnio y otros trastornos del sueño pueden ser una manifestación de enfermedades como cardiopatía isquémica, EPOC, hipertiroidismo, reflujo gastroesofágico, insuficiencia renal o insuficiencia hepática. Si requiere atención específica, el insomnio se clasifica en el código **327.01 Insomnio debido a patología médica clasificada bajo otro concepto**.

Ejemplo:

Paciente con hipertiroidismo que no consigue controlar el insomnio que le provoca la enfermedad.

242.90 Tirotoxicosis sin mención de bocio o de otra causa. Sin mención de crisis o tormenta tirotóxica

327.01 Insomnio debido a patología médica clasificada bajo otro concepto

6. Insomnio familiar fatal

El insomnio familiar fatal es una enfermedad priónica hereditaria que se caracteriza por progresivo trastorno del sueño, hiperactividad autonómica, disfagia, disartria, temblor, mioclonías espontáneas y reflejas, posturas distónicas, trastorno de la marcha y signo de Babinski. La enfermedad evoluciona hacia el coma y la muerte en unos pocos meses. Se clasifica en el código **046.72 Infecciones por virus lentos y enfermedades priónicas del sistema nervioso central. Otras. Insomnio familiar fatal**.

IV. TRASTORNOS DEL SUEÑO CON ALTERACIONES RESPIRATORIAS

La apnea durante el sueño o apnea hipócnica se define en los adultos como el periodo de diez segundos o más donde el sujeto no respira. La hipopnea consta de periodos de diez segundos o más; se respira pero la ventilación disminuye al menos a la mitad frente al nivel previo o basal durante el sueño¹. Estos periodos se miden mediante la polisomnografía. El polisomnograma clínico estándar comprende la medición de la respiración (esfuerzo respiratorio, flujo aéreo y saturación de oxígeno), electromiograma del tibial anterior y electrocardiograma, y se clasifica en **89.17 Polisomnograma**.

La expresión «apnea del sueño» se clasifica en el código inespecífico **780.57 Apnea del sueño no especificada**. Es necesario revisar la documentación en busca de información que permita asignar un código más específico.

1. Síndrome de apnea obstructiva del sueño

El Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS) o síndrome de apnea/hipopnea hipócnica obstructiva es causa de morbimortalidad y es el origen clínico más frecuente de la somnolencia en horas diurnas.

Se define como la coexistencia de somnolencia excesiva e inexplicada en horas diurnas que se acompaña de al menos cinco lapsos de obstrucción respiratoria (apnea o hipopnea) por hora de sueño. El SAOS es el conjunto del cuadro clínico con las anomalías específicas en las pruebas complementarias^{1,9}.

El SAOS puede ser causa de trastornos neuropsiquiátricos y cardiorrespiratorios secundarios a los episodios de apnea y/o hipopnea repetidos durante el sueño, con constantes desaturaciones de la oxihemoglobina y despertares transitorios que no permiten un sueño reparador.

Entre los factores predisponentes (a causa del estrechamiento de la faringe) están la hipertrofia de amígdalas y adenoides, malformaciones y traumatismos craneofaciales, secuelas de cirugía reconstructiva de la faringe, parálisis de las cuerdas vocales, desviación del tabique nasal y laringomalacia. También son predisponentes otras enfermedades, principalmente obesidad, hipotiroidismo o acromegalia. Como factores coadyuvantes se encuentran la obesidad, el consumo de alcohol y de medicación sedante o miorrelajante. Por tanto, esta patología suele ir asociada a comorbilidades que también deben ser codificadas.

El SAOS se clasifica en el código **327.23 Apnea del sueño obstructiva (adulto) (pediátrica)**.

El tratamiento consiste, por una parte, en el control o tratamiento de los factores predisponentes y coadyuvantes. Por otra, los dispositivos de presión positiva continua en las vías respiratorias (Continuous Positive Airway Pressure -CPAP-) actúan manteniendo abiertos los conductos respiratorios durante el sueño. Se clasifican en el código **93.90 Ventilación mecánica no invasiva**.

Ejemplos:

- Paciente con sospecha de SAOS que ingresa para realización de polisomnografía. En seguimiento por enfisema pulmonar. Se confirma SAOS. Comienza tratamiento con CPAP.

327.23 Apnea del sueño obstructiva (adulto) (pediátrica)

492.8 Otros enfisemas

89.17 Polisomnograma

93.90 Ventilación mecánica no invasiva

- Paciente con sospecha de SAOS que ingresa para realización de polisomnografía. Se encuentra en seguimiento de hipertrofia de amígdalas y adenoides. Se descarta SAOS¹⁰.

V71.89 Observación y evaluación por sospecha de otras enfermedades especificadas. Otras presuntas enfermedades especificadas

474.10 Hipertrofia de amígdalas con adenoides

89.17 Polisomnograma

- Paciente con sospecha de SAOS porque tiene hipersomnía. Ingres para realización de polisomnografía. Se descarta SAOS.

780.54 Otra hipersomnía, no especificada

89.17 Polisomnograma

2. Apnea del sueño central primaria

La apnea del sueño central primaria es un trastorno de origen desconocido con episodios recurrentes de cese de la respiración durante el sueño, sin que se asocie a la apnea ningún movimiento ni esfuerzo respiratorio. Se clasifica en el código **327.21 Apnea del sueño central primaria**.

3. Patrón respiratorio de Cheyne Stokes

El patrón respiratorio de Cheyne Stokes es una forma de apnea central en la que no se produce ningún esfuerzo ventilatorio durante las pausas de respiración. Suele haber despertares frecuentes durante el sueño. Este patrón respiratorio se observa fundamentalmente durante las fases de sueño no-REM. Se clasifica en el código **786.04 Respiración de Cheyne-Stokes**.

4. Respiración periódica de las grandes altitudes

La respiración típica desarrollada para compensar la falta de oxígeno en las grandes altitudes conlleva una apnea central del sueño transitoria que se clasifica en el código **327.22 Respiración periódica de las grandes altitudes**.

5. Hipoventilación alveolar central congénita

La hipoventilación de origen central congénita se inicia en la infancia, empeora durante el sueño y no puede explicarse por ninguna otra enfermedad pulmonar primaria, neurológica ni metabólica. En su fase terminal hay gran riesgo de morir durante el sueño. Se clasifica en el código **327.25 Síndrome de hipoventilación alveolar central congénito**.

6. Síndrome de resistencia al flujo aéreo superior

El síndrome de resistencia al flujo aéreo superior es un trastorno de la respiración durante el sueño, en el cual incrementos repetidos de la resistencia del flujo aéreo en la vía aérea superior llevan a breves excitaciones del sueño con somnolencia durante el día. Se asocia a cambios en el sistema nervioso autónomo y cardiovascular. No tiene entrada específica en el Índice Alfabético. Se clasifica en el código **327.8 Otros trastornos orgánicos del sueño**¹¹.

V. NARCOLEPSIA

La narcolepsia también se conoce como síndrome de Gelineau o epilepsia del sueño. Es un trastorno de la capacidad para mantener la vigilia de forma voluntaria y un trastorno de la regulación del sueño REM. La tétrada de la narcolepsia clásica está formada por¹:

- somnolencia diurna excesiva,
- debilidad o pérdida aguda del tono muscular sin pérdida de conciencia (cataplejía),

- alucinaciones al inicio del sueño (alucinaciones hipnagógicas) o durante el despertar (alucinaciones hipnopómpicas) y
- parálisis muscular al despertar (parálisis del sueño).

La narcolepsia se clasifica en la categoría **347 Cataplejía y narcolepsia**. El 5º dígito indica si hay o no cataplejía y el 4º dígito si es secundaria a otra enfermedad (como ciertos tumores y enfermedades desmielinizantes), en cuyo caso se ha de codificar primero la enfermedad subyacente.

VI. SUEÑO INSUFICIENTE

El **síndrome de sueño insuficiente** consiste en la somnolencia secundaria a una privación crónica del sueño, voluntaria, pero no buscada directamente, derivada de comportamientos que impiden alcanzar la cantidad de sueño necesaria para mantener un adecuado nivel de vigilia y alerta (obligada por circunstancias como el trabajo, niños pequeños en casa, etc.). Se clasificará en el código **307.44 Trastorno persistente para iniciar o mantener la vigilia**.

El código **V69.4 Falta de sueño suficiente** clasifica, no un cuadro clínico, sino la falta de sueño como circunstancia que pudiera influir en el episodio de atención.

VII. TRASTORNOS DEL RITMO CIRCADIANO DEL SUEÑO-VIGILIA

La **alteración orgánica** del marcapasos circadiano que regula los ritmos sueño-vigilia y la debida a una alteración fisiológica conocida, como desajuste horario, jet lag o cambio de turno en el trabajo, se codifican en la subcategoría **327.3 Trastorno del ritmo circadiano del sueño**.

Si el trastorno del ritmo circadiano del sueño es debido a alcohol o drogas, se clasificará en el código **291.82 Trastornos del sueño inducidos por alcohol** o **292.85 Trastornos del sueño inducidos por drogas**.

Si la causa es descrita como no orgánica se asigna el código **307.45 Trastorno del ritmo circadiano del sueño de origen no orgánico**.

La entrada en el Índice Alfabético es a través del término **Trastorno - sueño - ritmo circadiano**.

VIII. PARASOMNIAS

Las parasomnias son trastornos de la conducta o comportamientos anormales que tienen lugar durante el sueño.

En el despertar confuso, el paciente, generalmente infanto-juvenil, se despierta desorientado con episodios confusionales de duración variable. Se asignará el código **327.41 Despertar confuso**.

El sonambulismo y los terrores nocturnos son parasomnias que se clasifican en el código **307.46 Trastorno de excitación del sueño**.

Las parasomnias NEOM y las pesadillas se codifican en **307.47 Otras disfunciones de fases del sueño o del despertar**.

IX. MOVIMIENTOS ANORMALES RELACIONADOS CON EL SUEÑO

1. Síndrome de piernas inquietas

El Síndrome de las Piernas Inquietas (SPI) o síndrome de Ekbom es un trastorno del sueño caracterizado por sensaciones desagradables en las piernas y un impulso incontrolable de moverlas, especialmente cuando se está acostado o sentado. Aparece el cuadro en la transición sueño-vigilia.

Se clasifica en el código **333.94 Síndrome de las piernas inquietas**. Como principales factores etiológicos se han descrito la anemia ferropénica, la insuficiencia renal crónica, la diabetes mellitus o la enfermedad de Parkinson. Algunos fármacos pueden agravar el cuadro.

2. Movimientos periódicos de los miembros, bruxismo y calambres

Otros movimientos anormales relacionados con el sueño se clasifican en la subcategoría **327.5 Trastornos orgánicos de los movimientos relacionados con el sueño**:

- **327.51 Trastorno de movimientos periódicos de los miembros.**
- **327.52 Calambres de las piernas relacionados con el sueño.**
- **327.53 Bruxismo relacionado con el sueño** (bruxismo: acción incesante de rechinar y cerrar los dientes de manera involuntaria).

RESUMEN TRASTORNOS DEL SUEÑO	TRASTORNOS ORGÁNICOS DEL SUEÑO	TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL SUEÑO DE ORIGEN NO ORGÁNICO	OTROS	TRASTORNOS DEL SUEÑO INDUCIDOS POR MEDICAMENTOS, DROGAS, ALCOHOL
INSOMNIO	<p>327.01 <i>Insomnio debido a patología médica clasificada bajo otro concepto</i></p> <p>327.02 <i>Insomnio debido a trastorno mental</i></p>	<p>Insomnio de adaptación o agudo: 307.41 Trastorno transitorio para iniciar o mantener el sueño</p> <p>Insomnio psicofisiológico, Insomnio primario o idiópático, Insomnio paradójico: 307.42 Trastorno persistente para iniciar o mantener el sueño</p>	<p>046.72 Otras enfermedades priónicas del sistema nervioso central. Insomnio familiar fatal</p>	
HIPERSOMNIA	<p>327.1 Trastornos orgánicos de la somnolencia excesiva [Hipersomnia orgánica]</p>	<p>Síndrome del sueño insuficiente: 307.44 Trastorno persistente para iniciar o mantener la vigilia</p>	<p>347 Catapleja y narcolepsia</p>	
APNEA DEL SUEÑO Y OTROS TRASTORNOS DEL SUEÑO CON ALTERACIÓN RESPIRATORIA	<p>327.21 Apnea del sueño central primaria</p> <p>327.22 Respiración periódica de las grandes altitudes</p> <p>327.23 Apnea del sueño obstructiva (adulto) (pediátrica)</p> <p>327.25 Síndrome de hipoventilación alveolar central congénito</p> <p>Síndrome de resistencia al flujo aéreo superior: 327.8 Otros trastornos orgánicos del sueño</p>	<p>Apnea del sueño del recién nacido: 770.81 Apnea primaria del recién nacido</p> <p>786.04 Respiración de Cheyne-Stokes</p> <p>780.57 Apnea del sueño no especificada</p>	<p>Insomnio (y cualquier otro trastorno del sueño) debido a drogas, medicamentos o alcohol:</p> <p>291.82. Trastornos del sueño inducidos por alcohol</p> <p>292.85 Trastornos del sueño inducidos por drogas</p>	
TRASTORNOS DEL RITMO CIRCADIANO SUEÑO-VIGILIA	<p>327.3 Trastorno del ritmo circadiano del sueño</p>	<p>307.45 Trastorno del ritmo circadiano del sueño de origen no orgánico</p>		
PARASOMNIAS	<p>327.41 Despertar confuso</p>	<p>Sonambulismo, terrores nocturnos: 307.46 Trastorno de excitación del sueño. Parasomnia NEOM, pesadillas: 307.47 Otras disfunciones de fases del sueño o del despertar</p>		
MOVIMIENTOS ANORMALES RELACIONADOS CON EL SUEÑO	<p>327.51 Trastorno de movimientos periódicos de los miembros</p> <p>327.52 Calambres de las piernas relacionados con el sueño</p> <p>327.53 Bruxismo relacionado con el sueño</p>		<p>333.94 Síndrome de las piernas inquietas</p>	

ENFERMEDADES HEREDITARIAS Y DEGENERATIVAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

I. LIPOSIS CEREBRALES Y OTRAS DEGENERACIONES CEREBRALES GENERALMENTE MANIFESTADAS EN LA INFANCIA

Algunas de las degeneraciones cerebrales que debutan en la infancia son manifestaciones de otras enfermedades subyacentes como la mucopolisacaridosis o las liposis generalizadas. En estos casos se codificará primero la enfermedad subyacente, seguida del código de la degeneración cerebral. Se codificarán, además, los retrasos mentales asociados a estas degeneraciones cerebrales.

Ejemplos:

- Enfermedad de Tay-Sachs con retraso mental moderado.

330.1 Liposis cerebrales

318.0 Retraso mental moderado

- Degeneración cerebral por enfermedad de Gaucher con retraso mental profundo.

272.7 Trastorno del metabolismo de los lípidos. Liposis

330.2 Degeneración cerebral en liposis generalizadas

318.2 Retraso mental profundo

II. ENFERMEDAD Y DEMENCIA DE ALZHEIMER

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad degenerativa cerebral primaria. Puede comenzar en la edad madura o incluso antes (enfermedad de Alzheimer de inicio presenil), pero la incidencia es mayor al final de la vida. En los casos de inicio más tardío, el curso tiende a ser más lento y a caracterizarse por un deterioro más global de las funciones corticales superiores, afectando fundamentalmente a la memoria¹².

La CIE-9-MC la clasifica en **331.0 Enfermedad de Alzheimer**. Cuando se presenta con demencia, siguiendo la nota de la categoría **331 Otras degeneraciones cerebrales**, se requiere codificación múltiple para especificar que existe demencia y si la demencia cursa o no con alteraciones de la conducta.

Ejemplos:

- Demencia de Alzheimer.

331.0 Enfermedad de Alzheimer

294.10 Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar sin alteración de la conducta

- Demencia de Alzheimer con alteraciones de la conducta tipo combatividad y agresividad.

331.0 Enfermedad de Alzheimer

294.11 Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar con alteración de la conducta

III. ENFERMEDAD DE PICK

La enfermedad de Pick es una demencia frontotemporal progresiva que cursa con pérdida de tejido cerebral en áreas limitadas produciendo deterioro de la función mental. Se observan células cerebrales anómalas, redondeadas (cuerpos de Pick) y presencia de mutación del gen tau. La enfermedad de Pick afecta a áreas circunscritas del cerebro.

Los síntomas pueden ser similares a la demencia tipo Alzheimer, con afasia, agnosia y apraxia. Hay también cambios en el humor, el comportamiento y el lenguaje. Se clasifica en el código **331.11 Enfermedad de Pick**. Si ya ha evolucionado a demencia se le añade el código correspondiente de la subcategoría **294.11 Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar con alteración de la conducta**.

IV. DEMENCIA CON CUERPOS DE LEWY O DEMENCIA CON PARKINSONISMO

La demencia con cuerpos de Lewy es un trastorno neurodegenerativo asociado con estructuras anormales (cuerpos de Lewy) encontrados en ciertas áreas del cerebro. Es la segunda causa más frecuente de demencia en ancianos, tras la demencia de Alzheimer. Presenta signos de parkinsonismo como bradiquinesia, rigidez, temblor y arrastre de pies. Hay síntomas parecidos a los de la enfermedad de Alzheimer, así como alucinaciones recurrentes.

Se denomina también demencia con parkinsonismo y se codifica en **331.82 Demencia con cuerpos de Lewy**¹³. Requiere codificación múltiple con el código **294.11 Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar con alteración de la conducta**, si cursa con alteraciones de la conducta⁵.

V. HIDROCEFALIA

1. Clasificación

La hidrocefalia consiste en una acumulación excesiva de líquido cefalorraquídeo que causa una dilatación anormal de los ventrículos cerebrales. Esta dilatación ocasiona una presión intracraneal aumentada que es potencialmente perjudicial en los tejidos del cerebro. Las manifestaciones del daño cerebral causados por la hidrocefalia, si existen, se deberán codificar.

Ejemplo:

Paciente con demencia sin alteración de conducta por hidrocefalia obstructiva. El año pasado se le realizó una derivación ventrículo-peritoneal que funciona bien.

331.4 Hidrocefalia obstructiva

294.10 Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar sin alteración de la conducta

V45.2 Presencia de dispositivo de drenaje de líquido cefalorraquídeo

La hidrocefalia puede cursar con presión intracraneal normal o normotensiva, que puede ser secundaria a una hemorragia subaracnoidea o a una meningitis (**331.3 Hidrocefalia comunicante**), pero también existe la forma idiopática (**331.5 Hidrocefalia normotensa idiopática HNTI**).

La hidrocefalia se encuentra clasificada en otros lugares de la CIE-9-MC, como se ve en la siguiente tabla:

HIDROCEFALIA EN LA CIE-9-MC	
331.3 Hidrocefalia comunicante	Hidrocefalia normotensa secundaria
331.4 Hidrocefalia obstructiva	Hidrocéfalo adquirido NEOM
331.5 Hidrocefalia normotensa idiopática (HNTI)	
741.0X Espina bífida con hidrocéfalo	
742.3 Hidrocéfalo congénito	
771.2 Infecciones propias del periodo perinatal. Otras infecciones congénitas.	
Hidrocéfalo	
- debido a	
-- toxoplasmosis (congénita)	

Continúa en página siguiente

HIDROCEFALIA EN LA CIE-9-MC	
655.0	Malformación del sistema nervioso central del feto Presencia o sospecha en el feto de:... hidrocefalia
348.2	Hipertensión intracraneal benigna
090.49	Neurosifilis juvenil. Otras
013.8	Otras tuberculosis especificadas del sistema nervioso central
V45.2	Presencia de dispositivo de drenaje de líquido cefalorraquídeo

2. Procedimientos

El tratamiento más habitual de la hidrocefalia, que se realiza con el objetivo de evitar o paliar sus secuelas, es el drenaje del líquido cefalorraquídeo mediante la **derivación ventricular** hacia estructuras a distancia como peritoneo, pleura o sistema venoso.

Las técnicas de drenaje de líquido cefalorraquídeo a estructuras extracraneales se clasifican en la subcategoría **02.3 Derivación ventricular extracraneal**. El 4º dígito especifica la estructura a la que se dirige la derivación.

El recambio o la extracción de una derivación ventricular se clasifica en la subcategoría **02.4 Revisión, extracción e irrigación de derivación ventricular**. El 4º dígito especifica si se realiza una exploración con irrigación, bien una sustitución o una extracción de la derivación.

La revisión del extremo peritoneal de una derivación ventriculoperitoneal se clasifica en el código **54.95 Incisión de peritoneo**. El Índice Alfabético dirige a este código a través de los términos principales:

Exploración - véase además Incisión

- derivación
- - ventriculoperitoneal
- - - peritoneo 54.95

Revisión

- derivación
- - ventriculoperitoneal
- - - a peritoneo 54.95

El implante de sensor para **medir la presión intracraneal** se clasifica en el código **01.10 Monitorización de la presión intracraneal**.

3. Complicación mecánica de derivación ventriculoperitoneal

Una derivación ventriculoperitoneal puede sufrir un problema mecánico que obligue a su revisión; para ello se emplea el código **996.2 Complicación mecánica de dispositivo, implante o injerto del sistema nervioso**, más el código correspondiente de la patología hidrocefálica.

Ejemplos:

- Paciente con hidrocefalia normotensiva idiopática que requiere una derivación ventriculoperitoneal. Se programa y realiza sin problemas.

331.5 Hidrocefalia normotensa idiopática (HNTI)

02.34 Derivación ventricular a la cavidad y órganos abdominales

- El paciente con hidrocefalia normotensiva idiopática del ejemplo anterior sufre un desplazamiento del extremo peritoneal de la derivación. Se revisa el extremo peritoneal del catéter y se recoloca.

996.2 Complicación mecánica de dispositivo, implante o injerto del sistema nervioso

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

331.5 Hidrocefalia normotensa idiopática (HNTI)

54.95 Incisión de peritoneo

Las derivaciones ventriculoperitoneales en adultos no suelen requerir **recambio**, sin embargo en los niños puede ser necesario porque se requiera un dispositivo de más longitud debido al crecimiento. En estos casos se emplea el código **V53.01 Implante y ajuste de derivación ventricular cerebral** como código de diagnóstico principal seguido del código de la patología¹⁴.

Ejemplo:

Paciente de quince años con espina bífida e hidrocefalia portador de una derivación ventriculoperitoneal. El dispositivo es normofuncionante, sin alteraciones mecánicas, pero por el crecimiento del paciente, la derivación requiere un alargamiento con sustitución del catéter, por lo que se programó y se llevó a cabo con buenos resultados.

V53.01 Implante y ajuste de derivación ventricular cerebral

741.00 Espina bífida con hidrocéfalo, región no especificada

02.42 Sustitución de derivación ventricular

54.95 Incisión de peritoneo

VI. DETERIORO COGNITIVO LEVE Y OTRAS AFECTACIONES COGNITIVAS

El cuadro clínico conocido como deterioro cognitivo leve (cognitivo: perteneciente o relativo al conocimiento) es una entidad específica que cursa con la facultad de memoria por debajo de la media para la edad, cognición general normal y normalidad en las actividades de la vida diaria. Se clasifica en el código **331.83 Afectación cognitiva descrita como leve**.

No se incluyen en este código las alteraciones cognitivas leves que son síntomas propios de los traumatismos cerebrales, demencias u otras degeneraciones cerebrales, pues el déficit cognitivo va implícito en la patología.

Puede resultar complicado encontrar las entradas del Índice Alfabético para las alteraciones cognitivas. En la siguiente tabla se incluyen algunos ejemplos de términos principales y modificadores esenciales para clasificar las alteraciones cognitivas:

DETERIORO COGNITIVO EN LA CIE-9-MC (I) TÉRMINOS PRINCIPALES Y MODIFICADORES EN ÍNDICE ALFABÉTICO Y CÓDIGOS EN LA LISTA TABULAR
Deterioro, deteriorado (función) - cognitivo, leve, descrito como tal 331.83 Afectación cognitiva descrita como leve
Cambio - cognitivo o cambio de personalidad de otro tipo, no psicótico 310.1 Cambio de personalidad debido a afecciones clasificadas en otro lugar Cambio cognitivo o de personalidad de otros tipos de gravedad no psicótica
Alteración (de), alterado - estado mental 780.97 Estado mental alterado
Tardío - véase además enfermedad específica - efecto(s) (de) -véase además enfermedad específica - - enfermedad cerebrovascular (enfermedades clasificables bajo 430-437) 438.9 - - - con - - - - deficiencias cognitivas 438.0 438.0 Efectos tardíos de enfermedad cerebrovascular. Deficiencias cognitivas
Perturbación - véase además Enfermedad - memoria (véase además Amnesia) 780.93 - - leve, después de daños cerebrales orgánicos 310.8 310.8 Otros trastornos mentales no psicóticos especificados como consecuencia de lesiones cerebrales orgánicas Perturbación leve de la memoria
781.8 Síndrome neurológico del olvido
Trastorno (s) (de) (del) - véase además Enfermedad - cognitiva 294.9 294.9 Trastornos mentales persistentes no especificados Psicosis orgánica (crónica) (L). Trastorno cognitivo NEOM

Continúa en página siguiente

DETERIORO COGNITIVO EN LA CIE-9-MC (II)**TÉRMINOS PRINCIPALES Y MODIFICADORES EN ÍNDICE ALFABÉTICO Y CÓDIGOS EN LA LISTA TABULAR**

799.5	Signos y síntomas que afectan a funciones cognitivas:
799.51	Déficit de atención o concentración
799.52	Déficit de comunicación cognitivo
799.53	Déficit visuoespacial
799.54	Déficit psicomotor
799.55	Déficit de lóbulo frontal y de funciones ejecutivas
799.59	Otros signos y síntomas que afectan a funciones cognitivas

VII. ENFERMEDAD DE PARKINSON Y OTROS PARKINSONISMOS**1. Enfermedad de Parkinson**

La enfermedad de Parkinson es la forma más frecuente de un grupo de enfermedades neurodegenerativas progresivas, caracterizadas por los signos clínicos de parkinsonismo.

El parkinsonismo es un cuadro clínico que cursa con bradicinesia (movimientos lentos y escasos), temblor en reposo, rigidez muscular, marcha festinante (el paciente comienza a acelerarse, con pasos cortos y rápidos, y tiende a caer hacia delante) y postura en flexión.

La enfermedad de Parkinson es un trastorno del movimiento, pero se puede acompañar de síntomas no motores como alteraciones autonómicas, sensitivas, del sueño, cognitivas y psiquiátricas¹. Hay alteración progresiva de zonas nerviosas que controlan y coordinan los movimientos: los ganglios basales y el área extrapiramidal del mesencéfalo. También se conoce como síndrome piramidopalidonigral y se clasifica en el código **332.0 Parálisis agitante**. Las alteraciones no motoras como las descritas se codificarán si están presentes.

Si la enfermedad de Parkinson se descompensa por algún medicamento, por ejemplo neurolépticos prescritos por una psicosis, al código de Parkinson (no hay código específico que identifique la descompensación) se añade el código de efecto adverso, en este caso **E939.3 Otros antipsicóticos, neurolépticos y tranquilizantes mayores**. No debe confundirse este cuadro de Parkinson descompensado con el Parkinson secundario debido a drogas, cuyo código es el **332.1 Parkinsonismo secundario**¹⁵.

2. Parkinsonismo secundario a medicamentos

Ciertos medicamentos, como neurolépticos, antieméticos, carbonato de litio, reserpina o α -metildopa, pueden causar cuadros de parkinsonismo como efecto adverso. Este parkinsonismo se clasifica en el código **332.1 Parkinsonismo secundario**, junto con el código E de efecto adverso de uso terapéutico que identifique el fármaco.

Ejemplo:

Paciente que ingresa por descompensación de una psicosis maníaco depresiva en fase maníaca, moderada, en tratamiento con carbonato de litio. Presenta durante el ingreso cuadro extrapiramidal tipo parkinsonismo debido al tratamiento.

296.42 Trastorno bipolar I, episodio más reciente (o actual) maníaco, moderada

332.1 Parkinsonismo secundario

E939.8 Fármacos y sustancias medicamentosas y biológicas que causan efectos adversos en su empleo terapéutico. Otros agentes psicotrópicos

3. Parkinsonismo secundario a accidente cerebrovascular

El parkinsonismo puede ser secundario a un accidente cerebrovascular pasado, no actual. Se clasifica con los códigos **438.89 Otros efectos tardíos de enfermedad cerebrovascular**, seguido de **332.1 parkinsonismo secundario**.

Si el parkinsonismo es manifestación de un accidente cerebrovascular agudo, actual, sólo se asigna el código **332.1 Parkinsonismo secundario**. Se codificará aunque al alta haya remitido el parkinsonismo¹⁶.

MIELOPATÍA

La mielopatía es un término que se refiere a las enfermedades de la médula espinal. En la práctica se emplea para designar la patología no inflamatoria de la médula. Las mielopatías tienen localización y etiología diversas. Destacan, por su frecuencia, las compresiones de la médula espinal por espondiloartrosis y por alteraciones del disco intervertebral, aunque existen otras causas de mielopatías, como las lesiones tumorales o vasculares.

Ante expresiones clínicas como «estenosis del canal lumbar» es necesario revisar la documentación para completar la caracterización de la patología, con vistas a la correcta asignación de códigos, pues hay códigos de combinación para algunas lesiones vertebrales con mielopatía.

I. MIELOPATÍA POR TRASTORNO DE LA COLUMNA VERTEBRAL

La mielopatía que ocurre con alteraciones del disco intervertebral, en la espondilosis o en artrosis de columna se codifica mediante un código de combinación.

Ejemplos:

- Paciente en estudio por mielopatía por estenosis del canal lumbar producida por una discopatía intervertebral.

722.73 Trastorno del disco intervertebral con mielopatía, lumbar

- Mielopatía en artrosis de la columna cervical.

721.1 Espondilosis cervical con mielopatía

- Mielopatía lumbosacra.

721.42 Espondilosis torácica o lumbar con mielopatía. Región lumbar

En otras ocasiones no existe código de combinación:

Ejemplo:

Estenosis vertebral grave de L4-L5 con espondilolistesis degenerativa adquirida de grado 1, no respondedora a tratamiento conservador. Fue sometido a laminotomía descompresiva¹⁷.

724.02 Estenosis espinal, salvo la cervical. Región lumbar, sin claudicación neurógena

738.4 Espondilolistesis adquirida

03.09 Otra exploración y descompresión del canal vertebral

II. PATOLOGÍA VASCULAR DE MÉDULA ESPINAL

El código **336.1 Mielopatías vasculares** incluye patologías como: edema de la médula espinal, infarto agudo de la médula espinal, mielopatía subaguda necrótica o trombosis arterial de la médula espinal.

III. MIELOPATÍA ASOCIADA A NEOPLASIA

La lesión medular asociada a neoplasia se clasifica como código asociado al de neoplasia en la categoría **336.3 Mielopatía en otras enfermedades clasificadas bajo otros conceptos**.

Ejemplo:

Adenocarcinoma de próstata con metástasis vertebral y estenosis medular.

185 Neoplasia maligna de próstata

198.5 Neoplasia maligna secundaria de hueso y médula ósea

336.3 Mielopatía en otras enfermedades clasificadas bajo otros conceptos

IV. TRASTORNOS TRAUMÁTICOS DE MÉDULA ESPINAL

La mielopatía por traumatismo de médula en ausencia de fractura vertebral se codificará en la categoría **952 Lesión de médula espinal, sin evidencia de lesión vertebral**. Las mielopatías asociadas a fractura vertebral se asignarán a la categoría **806 Fractura de columna vertebral con lesión medular**.

DISREFLEXIA AUTÓNOMICA

Las lesiones de la médula espinal de cualquier causa pueden originar déficit focales o hiperreflexia del sistema nervioso autónomo.

La disreflexia autonómica se presenta con más frecuencia en personas que tienen una lesión en la médula espinal por encima de la 6ª vértebra dorsal. Es una reacción exagerada y refleja del sistema nervioso simpático ante estímulos dolorosos que se producen en niveles inferiores a la lesión medular. Es un cuadro grave que cursa con subida brusca de la tensión arterial¹.

Se le asigna el código **337.3 Disreflexia autónoma**. No se codifican las manifestaciones propias de la disreflexia como la hipertensión o la sudoración excesiva¹⁸. Sí se codifican las causas desencadenantes de la disreflexia, como la impactación fecal, infección urinaria o úlcera por presión.

La secuencia de los códigos dependerá de las condiciones del ingreso.

DOLOR

I. CONCEPTOS CLÍNICOS

El dolor es una sensación desagradable que se localiza en alguna parte del cuerpo. Se describe a menudo como un proceso penetrante o destructivo, o como una reacción emocional o corporal. Los dolores agudos se caracterizan por producir un estado de excitación y de estrés¹.

La función del sistema de percepción del dolor (sistema sensorial) es proteger al cuerpo y conservar la homeostasis; realiza esa función al detectar, localizar e identificar elementos nocivos para los tejidos.

El dolor puede ser un síntoma más de un diagnóstico subyacente, o bien constituir una patología por sí mismo.

En cuanto a la duración, el dolor agudo dura un periodo de tiempo relativamente limitado y suele desaparecer cuando se resuelve la alteración desencadenante, mientras que el dolor crónico se mantiene más allá del tiempo esperado para el proceso que lo origina y es desproporcionado respecto a dicho proceso, no evolucionando con rapidez hacia la desaparición. No hay un tiempo exacto para definir cuándo un dolor agudo pasa a crónico, por lo que esta condición debe estar claramente documentada por el clínico.

II. CLASIFICACIÓN

1. Categoría 338 Dolor, no clasificado bajo otros conceptos

En la categoría **338 Dolor, no clasificado bajo otros conceptos** se codifica el dolor en función de la evolución temporal y del origen. Con el 4º dígito se identifica el carácter agudo, crónico o relacionado con neoplasia, y con el 5º dígito la naturaleza central, traumática, postoracotomía, postoperatorio o de otra naturaleza. También incluye ciertas patologías específicas. El desglose de la categoría es el siguiente:

CATEGORÍA 338 Dolor, no clasificado bajo otros conceptos	
338.0 Síndrome de dolor central	
338.11 Dolor agudo debido a trauma	338.21 Dolor crónico debido a traumatismo
338.12 Dolor agudo postoracotomía Dolor postoracotomía NEOM	338.22 Dolor crónico postoracotomía
338.18 Otro dolor agudo postoperatorio Dolor postoperatorio NEOM	338.28 Otro dolor crónico postoperatorio
338.19 Otro dolor agudo	338.29 Otro dolor crónico
338.3 Dolor (agudo) (crónico) relacionado con una neoplasia	
338.4 Síndrome de dolor crónico	

El **síndrome de dolor crónico** es un dolor crónico que cursa con un conjunto de signos y síntomas específicos que afectan a la esfera personal y sensitiva de la vida del paciente, produciendo una disfunción psicosocial importante. Debe ser descrito como tal para poder ser asignado al código **338.4 Síndrome de dolor crónico**.

El **síndrome de dolor central** está asociado a una lesión del sistema nervioso central. Las causas pueden ser traumáticas u orgánicas de distintos tipos (por ejemplo: ictus, Parkinson, esclerosis múltiple, etc.) Se clasifica en el código **338.0 Síndrome de dolor central**. Se considera en sí una enfermedad, pues excede de las manifestaciones habituales de los cuadros en los que aparece, por lo que necesitará de codificación múltiple para especificar la patología subyacente y el síndrome de dolor central.

2. Dolor de una localización sin diagnóstico subyacente conocido

La descripción del dolor por su localización, junto con el carácter agudo o crónico del mismo, es una descripción sintomática que requiere codificación múltiple. Se emplearán tantos códigos como sean necesarios para clasificar de manera completa el dolor por localización, evolución y etiología.

Ejemplos:

- Dolor precordial agudo.

786.51 Dolor precordial

338.19 Otro dolor agudo

- Dolor crónico en la zona lumbar.

724.2 Lumbago

338.29 Otro dolor crónico

Si no se especifica si el dolor es agudo o crónico, no se asignan códigos de la categoría **338 Dolor, no clasificado bajo otros conceptos**, salvo en los casos de dolor postoracotomía, dolor postoperatorio, dolor asociado a neoplasia o síndrome de dolor central.

Ejemplos:

- Dolor ocular.

379.91 Dolor en o alrededor del ojo

- Dolor ocular postoperatorio.

379.91 Dolor en o alrededor del ojo

338.18 Otro dolor agudo postoperatorio. Dolor postoperatorio NEOM

3. Dolor de una localización debido a un diagnóstico conocido

El dolor debido a —y propio de— un diagnóstico conocido no se codifica.

Ejemplos:

- Dolor abdominal por apendicitis aguda.

540.9 Apendicitis aguda, sin mención de peritonitis

- Dolor abdominal crónico por colelitiasis obstructiva.

574.21 Colelitiasis sin mención de colecistitis, con obstrucción

4. Códigos de dolor como diagnóstico principal

4.a. El motivo de ingreso es exclusivamente el tratamiento o manejo del dolor

Los códigos de las categorías **338.1 Dolor agudo**, **338.2 Dolor crónico**, **338.3 Dolor (agudo) (crónico) relacionado con una neoplasia** se emplearán como diagnóstico principal cuando el motivo de ingreso es exclusivamente el tratamiento o manejo del dolor. Se asigna como código de diagnóstico principal un código de la categoría **338 Dolor, no clasificado bajo otros conceptos**, seguido del código de la patología de base, si se conoce ésta.

Ejemplo:

Paciente con hernia discal dorsal, dolor crónico severo y radiculitis que ingresa para inyección espinal de esteroides.

338.29 Otro dolor crónico

722.11 Desplazamiento de disco intervertebral torácico o lumbar sin mielopatía. Disco intervertebral dorsal sin mielopatía

03.92 Inyección de otro agente en canal espinal

La radiculitis no se codifica. Su concepto está incluido en el código de hernia discal.

4.b. El dolor es síntoma de diagnósticos contrastantes

Cuando el dolor se establece como debido a dos o más diagnósticos contrastantes, es decir, se desconoce si está producido por una enfermedad o por otra, el código de dolor será diagnóstico principal (o código primero en una secuencia de códigos de diagnósticos secundarios) y sus posibles causas se codificarán a continuación^{4,19}.

Ejemplo:

Dolor abdominal generalizado debido a pancreatitis o a colecistitis.

789.07 Dolor abdominal generalizado

577.0 Pancreatitis aguda

575.10 Otras colecistitis

4.c. El dolor como síntoma transitorio

El dolor podrá ser diagnóstico principal cuando sea un síntoma transitorio, sin que se determine ninguna posible causa como desencadenante y no existan otros motivos de atención sanitaria¹⁹.

4.d. Dolor como único dato clínico

Cuando no se ha establecido un diagnóstico, ni siquiera probable¹⁹.

Ejemplo:

Artralgia aguda de cadera.

719.45 Dolor articular. Región pélvica y muslo

338.19 Otro dolor agudo

5. Ingreso para tratar una patología (diagnóstico subyacente conocido) que cursa con dolor

Si el motivo del ingreso es la realización de un procedimiento para tratar una patología dolorosa, es decir, un diagnóstico conocido en el que el dolor es un síntoma propio y esperado de la patología, será código de diagnóstico principal el de la patología. No se asigna código de la categoría **338 Dolor, no clasificado bajo otros conceptos**, pues el dolor va incluido en el concepto de la patología, salvo que, durante el ingreso, necesite tratamiento específico distinto a la analgesia habitual para el control del dolor.

Ejemplos:

- Paciente con hernia discal dorsal, dolor crónico severo y radiculitis que ingresa para discectomía.

722.11 Desplazamiento de disco intervertebral torácico o lumbar sin mielopatía. Disco intervertebral dorsal sin mielopatía

80.51 Escisión de disco intervertebral

- Paciente sin otros antecedentes de interés, con dolor severo por gonartrosis que ingresa para colocación de prótesis total de rodilla. La estancia se alarga por dolor postoperatorio que requirió más analgesia de la habitual.

715.36 Osteoartrosis localizada no especificada si es primaria o secundaria

338.18 Otro dolor agudo postoperatorio

81.54 Sustitución total de rodilla

6. Dolor como única complicación de un dispositivo

El dolor que sea la única complicación de un dispositivo, implante o injerto y no forme parte del cuadro clínico de otra complicación, se codifica en la subcategoría **996.7 Otras complicaciones de dispositivo protésico (biológico) (sintético), implante e injerto internos**. Se añade un código de la categoría **338 Dolor, no clasificado bajo otros conceptos**, para especificar que no estamos ante otra de las complicaciones que se clasifican en esta subcategoría, sino ante dolor.

Ejemplo:

Ingreso para retirada de material de osteosíntesis de tibia que causa gran dolor de carácter crónico. Se retira el material.

996.78 Complicación por dispositivos, implantes e injertos ortopédicos interno de otro tipo

338.28 Otro dolor crónico postoperatorio

E878.1 Intervención quirúrgica y otros procedimientos quirúrgicos como causa de reacción anormal del paciente, o de complicación posterior, sin mención de accidente en el momento de realizarse la intervención. Intervención quirúrgica con implantación de dispositivo interno artificial

78.67 Extracción de dispositivo implantado en hueso. Tibia y peroné

7. Dolor como complicación de un dispositivo

El dolor propio de una complicación específica no se codifica.

Ejemplo:

Paciente con infección de herida quirúrgica postherniorrafia inguinal que manifiesta dolor en la zona de la herida.

998.59 Otras infecciones postoperatorias

E878.8 Intervención quirúrgica y otros procedimientos quirúrgicos como causa de reacción anormal del paciente, o de complicación posterior, sin mención de accidente en el momento de realizarse la intervención. Otras intervenciones y técnicas quirúrgicas especificadas

8. Dolor postoperatorio

El dolor postoperatorio distinto o mayor que el habitual, pero no debido a ninguna complicación, se codifica como diagnóstico secundario en la categoría **338 Dolor, no clasificado bajo otros conceptos**. No se asignará código al dolor esperado habitual de un postoperatorio.

El dolor postoracotomía y otros dolores postoperatorios se clasifican en las subcategorías 338.1 y 338.2, dependiendo de si el dolor es agudo o crónico.

Los dolores postoracotomía o postoperatorio no especificados como agudo o crónico son por defecto los de la forma aguda.

Un caso frecuente de uso de estos códigos como diagnóstico secundario es en la cirugía ambulatoria cuando el paciente requiere más cuidados de los habituales, por el dolor.

DOLOR NEUROPÁTICO

El dolor neuropático se origina por una lesión primaria, una disfunción o una perturbación transitoria o permanente en el sistema nervioso central o periférico, que produce una respuesta anormal o aberrante. Suele ser un dolor crónico e invalidante y de múltiples orígenes.

Para el dolor neuropático la CIE-9-MC no tiene término principal, modificador ni código específico. Para la codificación, por tanto, se deberán tener en cuenta los otros ejes de la descripción del dolor (localización, evolución en tiempo, etiología o denominación específica).

Ejemplos:

- Dolor neuropático por neuroma postraumático de poplíteo externo, secuela de una antigua caída casual.

355.4 Lesión del nervio poplíteo interno

907.5 Efecto tardío de lesión de nervio periférico cintura pelviana y miembro inferior

E929.3 Efecto tardío de caída, accidental

El dolor es síntoma propio del neuroma, por lo que no requiere código.

- Dolor neuropático crónico en polineuropatía diabética tipo II.

250.60 Diabetes II con neuropatía

357.2 Polineuropatía en diabetes

338.29 Otro dolor crónico

El dolor puede estar o no presente en la polineuropatía, por lo que se asigna código para especificarlo.

- Dolor neuropático tipo «Síndrome de miembro fantasma».

353.6 Miembro fantasma (síndrome)

SÍNDROME DE DOLOR REGIONAL COMPLEJO

El Síndrome de Dolor Regional Complejo (SDRC) se define como una variedad de condiciones dolorosas de localización regional, posteriores a una lesión, que presentan predominio distal de síntomas anormales, excediendo en magnitud y duración al curso clínico esperado del incidente inicial, ocasionando con frecuencia un deterioro motor importante, con una progresión variable en el tiempo²⁰. Bajo esta denominación se recogen actualmente patologías que anteriormente se conocían con otros nombres, como se describe a continuación.

I. TIPO I

Aparece tras una lesión de partes blandas o una inmovilización y se corresponde con la antiguamente denominada distrofia simpática refleja, atrofia de Südeck o algoneurodistrofia, y su codificación dependerá de la expresión que utilice el clínico pues la CIE-9-MC remite a distintos códigos según la expresión.

La CIE-9-MC tiene entrada en el Índice Alfabético para síndrome dolor regional tipo I y remite a la subcategoría **337.2 Distrofia simpática refleja**, que dispone de 5º dígito para indicar si el dolor es de miembro superior o inferior.

Ejemplo:

337.21 Trastorno del sistema nervioso autónomo. Distrofia simpática refleja del miembro superior

Síndrome de dolor regional complejo tipo I del miembro superior.

Si la expresión que se emplea es atrofia de Südeck, la clasificación remite al código **733.7 Algoneurodistrofia**.

II. TIPO II

Aparece tras una lesión de un nervio y se corresponde con la antigua denominación de causalgia. El dolor no sigue el trayecto de un nervio periférico. La entrada por **Síndrome dolor regional complejo tipo II** nos remite a códigos de distintas subcategorías en función de la localización.

Ejemplo:

355.71 Causalgia de miembro inferior

Síndrome de dolor regional complejo tipo II del miembro inferior.

354.4 Causalgia de miembro superior

Síndrome de dolor regional complejo tipo II del miembro superior.

NEURALGIA

Una neuralgia es una expresión que se refiere a un dolor que sigue la ruta de un nervio. El Índice Alfabético contiene numerosos modificadores esenciales para el término principal **Neuralgia, neurálgico**, remite a códigos de diversos capítulos y tiene referencias cruzadas con otros términos principales. Ejemplos de los modificadores son:

MODIFICADOR	CÓDIGO CIE
Neuralgia, neurálgico (aguda) (véase además Neuritis)	729.2 Neuralgia, neuritis y radiculitis no especificadas
- acústico (nervio)	388.5 Trastornos del nervio acústico
- ano	787.99 Otros síntomas que afectan al aparato digestivo
- antebrazo	354.9 Mononeuritis de miembro superior, no especificada
- escribientes, de los	300.89 Otros trastornos somatiformes
- escroto	608.9 Trastorno no especificado de los órganos genitales masculinos
- esfenoopalatino (ganglio)	337.09 Otra neuropatía autónoma periférica idiopática
- migraña	339.00 Síndrome de cefalalgia, no especificado Migraña facial, Neuralgia migrañosa, etc
- nervio especificado NCOC –véase Trastorno, nervio	
- posherpética - - trigémino	053.12 Neuralgia del trigémino postherpética
- pleura	511.0 Pleuresía sin mención de derrame o de tuberculosis actual
- trigémino (nervio)	350.1 Neuralgia del trigémino

MIGRAÑA

La migraña es una entidad neurológica que cursa con cefaleas intensas y recurrentes. Con frecuencia se asocia a irritabilidad, náuseas, vómitos, fotofobia o auras premonitorias. Es un síndrome benigno y repetitivo de dolor acompañado de otras manifestaciones de disfunción neurológica en combinaciones diversas. A menudo se le identifica por los factores que la desencadenan (desencadenantes o gatillos)^{1,21}.

La categoría **346 Migrañas** discrimina, mediante códigos de subcategoría, distintas presentaciones de esta patología. Por tanto, hay que prestar atención a los modificadores esenciales del Índice Alfabético y a las descripciones clínicas para asignar un código lo más preciso posible.

Todas las subcategorías de la categoría **346 Migrañas** comparten la misma subclasificación de 5º dígito:

- 0: sin mención de migraña intratable ni mención de estado migrañoso.**
- 1: con migraña resistente al tratamiento, así indicada, sin mención de status migrañoso.**
- 2: sin mención de migraña resistente al tratamiento, con status migrañoso.**
- 3: con migraña resistente al tratamiento, así indicada, con status migrañoso.**

Se llama estatus migrañoso a la persistencia de un ataque de migraña durante un plazo de tiempo superior a 72 horas²¹.

OTRAS CEFALÉAS

La categoría **339 Otros síndromes de cefalalgia** engloba las cefaleas primarias de la Clasificación Internacional de Cefaleas, 2ª edición (ICHD-II), distintas de la migraña. Están incluidas en esta categoría, por ejemplo, las cefaleas en brotes (cefalea en racimos) y otras cefalalgias autónomas del trigémino, las cefaleas tipo tensión, la hemicránea continua y la cefalea hípica.

En esta categoría también se engloban ciertas cefaleas secundarias como la **339.2 Cefalea postraumática** que generalmente será un efecto tardío, en cuyo caso estará sujeta a las normas de clasificación de los mismos.

Otra cefalea secundaria de esta categoría **339.3 Cefalea inducida por fármacos NCO** se asigna para la cefalea por medicación. La pauta de codificación de efecto adverso de medicación o de envenenamiento se seguirá, según el caso.

Otros códigos, además de los mencionados, para clasificar cefaleas son:

- **784.0 Cefalea**
- **349.0 Reacción a punción lumbar o espinal**
Cefalea después de punción lumbar
- **627.2 Estados menopáusicos o del climaterio femenino sintomáticos**
Síntomas tales como insomnio, dolor de cabeza, falta de concentración, asociados con la menopausia
- **668.8X Otras complicaciones de anestesia u otro tipo de sedación en el parto**
307.81 Dolor de cabeza por tensión

HEMIPLEJÍA, HEMIPARESIA Y OTROS SÍNDROMES PARALÍTICOS

I. CONCEPTOS CLÍNICOS

La plejía o parálisis es la debilidad total de una parte del cuerpo con inmovilidad y pérdida de fuerza. Se habla de paresia para indicar pérdida de fuerza y no tanto de movilidad, también se denomina parálisis incompleta.

La hemiparesia o hemiplejía se refiere a la afectación de un lado del cuerpo; la monoplejía o monoparesia a una única extremidad; diplejía o paraplejía es la afectación simétrica de ambas extremidades; la tetraplejía o cuadriplejía es la parálisis de las cuatro extremidades.

El estado locked-in (enclaustramiento) es el estado de consciencia en que pacientes paralizados mantienen los movimientos oculares y la capacidad sensorial, pero son incapaces de responder a estímulos del entorno.

Las parálisis causadas por una lesión cerebral generalmente son contralaterales a la lesión.

El lado dominante del cuerpo para los diestros es el lado derecho y para los zurdos es el izquierdo.

II. CLASIFICACIÓN

La categoría **342 Hemiplejía y hemiparesia** y las subcategorías **344.3 Monoplejía de miembro inferior** y **344.4 Monoplejía de miembro superior** tienen 5º dígito para indicar si el lado afectado es o no el dominante.

1. Parálisis en accidente cerebrovascular

- Las parálisis que se producen en el curso de accidente cerebrovascular **agudo** y que se atienden durante el ingreso, estén o no presentes al alta, se codifican en la categoría **342 Hemiplejía y hemiparesia**.
- Cuando el síndrome paralítico es **secuela** o **efecto tardío** de un ictus o accidente cerebrovascular agudo, se clasificará en la categoría **438 Efectos tardíos de enfermedad cerebrovascular** del **Capítulo 7 Enfermedades del Aparato Circulatorio**, en

las subcategorías 438.2 – 438.5. Estas subcategorías tienen 5º dígito que indica si el lado afectado es el dominante:

0: afectando a un lado no especificado

1: afectando al lado dominante

2: afectando al lado no dominante

2. Parálisis cerebral infantil

La parálisis cerebral infantil se define como los trastornos del movimiento y la postura que resultan de un defecto o lesión del cerebro inmaduro. Aparece desde el nacimiento y puede ser debida a un defecto del desarrollo intrauterino, traumatismos y asfixia neonatal, pero también a enfermedades o lesiones en los comienzos de la vida. El cuadro es esencialmente motor.

Otras discapacidades como deficiencias psíquicas, ceguera, anormalidades sensitivas o defectos del habla pueden o no estar presentes y se codificarán si se presentan.

En el diagnóstico de parálisis cerebral infantil están implícitos signos como parálisis, encefalopatía, espasticidad, incoordinación, rigidez e hipotonía, por lo que no habrá que codificarlos²².

La parálisis cerebral infantil se codifica en la categoría **343 Parálisis cerebral infantil**. El 4º dígito especifica el tipo de parálisis.

El código de parálisis cerebral infantil será el mismo durante toda la vida del paciente.

En la categoría **343 Parálisis cerebral infantil** se clasifican expresiones diagnósticas como parálisis espástica infantil, parálisis (espástica) por lesión intracraneal o espinal del nacimiento, enfermedad de Little, parálisis cerebral congénita y parálisis cerebral NEOM.

Los modificadores **Parálisis - cerebral (congénita) (infantil) (espástica)** llevarán con facilidad a otros modificadores específicos y a los códigos adecuados de la Lista Tabular.

EPILEPSIA

I. CONCEPTOS GENERALES

- **Epilepsia** es una enfermedad cerebral crónica que se caracteriza por ataques recurrentes que son la manifestación física de descargas eléctricas excesivas, súbitas y a menudo breves, de grupos de células cerebrales. Las descargas pueden localizarse en diferentes partes del cerebro. Las características de los ataques son variables y dependen de la zona del cerebro en la que empieza el trastorno, así como de su propagación. Pueden producirse síntomas transitorios, como ausencias o pérdidas de conocimiento, y trastornos del movimiento, de los sentidos (en particular la visión, la audición y el gusto), del humor o de la función mental. Los pacientes con ataques epilépticos tienden a sufrir más problemas físicos, tales como fracturas y hematomas, mayores tasas de otras enfermedades o problemas psicosociales²³.
- **Crisis o convulsión epiléptica** (ataque epiléptico en la CIE-9-MC) es la manifestación clínica de la epilepsia y puede ser de varios tipos:
 - Parcial: las manifestaciones responden a la activación de un área cerebral determinada.
 - Generalizada: las manifestaciones clínicas se deben a la activación de ambos hemisferios cerebrales.
 - Se habla de crisis simple cuando durante la crisis se conserva el nivel de conciencia, y de crisis compleja cuando existe alteración del nivel de conciencia.
 - Se denomina «status epiléptico» a las crisis epilépticas que se repiten en un intervalo corto de tiempo o son lo suficientemente prolongadas como para condicionar un estado epiléptico fijo y duradero.
- **Convulsiones** son contracciones enérgicas e involuntarias de los músculos esqueléticos, secundarias a descargas cerebrales originadas por una irritación de centros nerviosos motores. Son de comienzo súbito y generalmente de corta duración. Las convulsiones pueden ser tónicas, clónicas o tónico-clónicas, y generalizadas o parciales. Son una manifestación de un trastorno de la función cerebral que puede acompañar a procesos como: meningitis, tétanos, intoxicaciones, alergias, traumatismos, fiebre, insolación, epilepsia y tumores cerebrales. Por tanto, hay que recordar que, aunque la epilepsia puede cursar con convulsiones, no todas las convulsiones son epilépticas.

- **Ataques o convulsiones recurrentes.** Epilepsia describe un trastorno en el que una persona tiene convulsiones recurrentes debido a un proceso crónico subyacente. Esta definición implica que una persona que ha sufrido una sola convulsión o convulsiones recurrentes debidas a factores corregibles o evitables, no tiene necesariamente epilepsia¹.

El término epilepsia hace referencia a un fenómeno clínico más que a una sola enfermedad, puesto que existen muchas formas y causas de epilepsia.

II. CLASIFICACIÓN

1. Epilepsia

Además de las entradas al Índice Alfabético por **Epilepsia, epiléptico (idiopático)** se llega a los códigos de la categoría **345 Epilepsia y ataques recurrentes** desde muchos descriptores y epónimos.

El Índice Alfabético remite a epilepsia y a la categoría **345 Epilepsia y ataques recurrentes** desde los siguientes modificadores:

Ataque - aquinésico; - epiléptico; - Jacksoniano; - mioclónico; - psicomotor; - salutorio

Ataque - acinésico (idiopático), - atónico, - cortical (focal) (motor), -epilepsia, epiléptico (criptógeno), - Jacksoniano, - recurrente, - salutorio, - uncinado

Convulsiones - epilépticas, - Jacksonianas, - psicomotoras, - salutorias

Convulsivo - equivalente, abdominal

En la categoría **345 Epilepsia y ataques recurrentes** el 4º dígito especifica el tipo de epilepsia o de estatus.

Todos los códigos de la categoría, excepto **345.2 Estatus de pequeño mal** y **345.3 Estatus de gran mal** comparten 5º dígito:

0: Sin mención de epilepsia no tratable

1: Con epilepsia intratable*

*Farmacorresistente, de difícil control, refractaria a tratamiento.

Ejemplo:

Estatus de gran mal en epilepsia generalizada convulsiva que no responde a los tratamientos habituales.

345.11 Epilepsia convulsiva generalizada. Con epilepsia intratable

345.3 Estatus de gran mal

La epilepsia en el periodo obstétrico requiere un código de la subcategoría **649.4 Epilepsia que complica el embarazo, parto o puerperio** seguido del código que identifique el tipo de epilepsia.

Ejemplo:

Embarazada en seguimiento por epilepsia psicosensoorial que ingresa con amenaza de parto prematuro.

644.03 Amenaza de parto prematuro, estado o complicación anteparto

649.43 Epilepsia que complica embarazo, parto o puerperio

345.50 Epilepsia y síndromes epilépticos relacionados con la localización (focal) (parcial) con crisis parciales simples, sin mención de epilepsia no tratable

2. Convulsiones

El Índice Alfabético remite a la subcategoría **780.3 Convulsiones** desde los siguientes modificadores:

Convulsiones - cerebro, - cerebrospinal, - eclámpticas (excepto eclampsia, embarazo) - epileptiforme, - epileptoide, - espasmódicas, - febriles (simples), - generalizadas, - infantiles, - internas, - recurrentes, - repetitivas - uncinatas

Ataque (véase además Crisis): - epileptiforme, epileptoide, - paroxístico - sensorial y motor, - tóxico, cerebral

Ataque - convulsivo, - epileptiforme, epileptoide, - febril (simple), - repetitivo, - transitorios, - uncinado

Convulsivo - trastorno o estado

- Las convulsiones febriles disponen de los códigos **780.31 Convulsiones febriles (simples) no especificadas** y **780.32 Convulsiones febriles complejas**.

- Las convulsiones en embarazo, parto o puerperio que se presentan en el contexto de hipertensión arterial y el cuadro clínico conocido como eclampsia se clasifican en las subcategorías **642.6 Eclampsia** o **642.7 Preeclampsia o eclampsia sobreañadida a una hipertensión previa**.
- Las convulsiones en el recién nacido se codifican en el **Capítulo 15 Ciertas Enfermedades con Origen en el Periodo Perinatal**, en la categoría **779.0 Convulsiones del recién nacido**.
- Las convulsiones del tétanos son propias de la enfermedad y van incluidas en el código correspondiente de tétanos por tipo.

No hay términos en el Índice Alfabético para expresiones tan comunes como «convulsión tónica», «convulsión clónica» y «convulsión tónico-clónica» ni encontramos referencias a ellas en la Lista Tabular. Estas convulsiones, especialmente las tónico-clónicas, son típicas de la epilepsia pero no específicas de ella. En ausencia de más información, estas expresiones se clasificarán como **780.39 Otras convulsiones**.

3. Síndrome de West

El síndrome de West se denomina también síndrome de los espasmos infantiles. Es un tipo de epilepsia que se presenta principalmente en pacientes menores de un año. Se clasifica en la subcategoría **345.6 Espasmos infantiles**. Se codificará además la posible sintomatología acompañante, como retraso mental, hemiplejía o microcefalia.

4. Síndrome PEHO

El síndrome PEHO (Progressive Encephalopathy with edema, Hypsarrhythmia and Optic atrophy) o encefalopatía progresiva con edema, hipsarritmia (patrón electroencefalográfico que se caracteriza por la presencia de continuas descargas de ondas lentas, puntas, ondas agudas, sin sincronización entre ambos hemisferios, y de alto voltaje, dando la sensación de un absoluto desorden del electroencefalograma. Se observa en el síndrome de West y en el Síndrome PEHO) y atrofia óptica. Se presenta en la infancia.

Puesto que no tiene código específico, se deberán codificar los componentes del síndrome: la hipsarritmia en la categoría **345.6 Espasmos infantiles**, la encefalopatía en el código **330.8 Otras degeneraciones cerebrales especificadas en la infancia** y la atrofia óptica en el código **377.10 Atrofia óptica no especificada**. En caso de que exista retraso mental asociado también se codificará.

5. Epilepsia como secuela de enfermedades o lesiones

La epilepsia puede ser manifestación o secuela de enfermedades, traumatismos o envenenamientos.

Ejemplos:

- Epilepsia parcial, secuela de una trombosis cerebral padecida hace tres años.

438.89 Otros efectos tardíos de enfermedad cerebrovascular

345.50 Epilepsia y síndromes epilépticos relacionados con localización (focal) (parcial) con convulsiones parciales simples. Sin mención de epilepsia no tratable

- Pequeño mal, secuela de un tumor cerebral maligno ya curado.

345.00 Epilepsia no convulsiva generalizada. Sin mención de epilepsia no tratable

V10.85 Historial personal de neoplasia maligna de otros sitios. Cerebro

- Epilepsia focal motora, secuela de una antigua fractura temporal al ser agredido con un palo, que no responde a los tratamientos habituales.

345.51 Epilepsia y síndromes epilépticos relacionados con localización (focal) (parcial) con convulsiones parciales simples. Con mención de epilepsia no tratable

905.0 Efecto tardío de fractura de huesos craneales y de la cara

E969 Efectos tardíos de lesión infligida de forma intencionada por otra persona

DAÑO CEREBRAL ANÓXICO

I. CONCEPTOS GENERALES

El daño cerebral anóxico o encefalopatía hipóxico-isquémica se define como la lesión cerebral por falta de oxígeno suficiente, no asociada a trauma al nacer. La encefalopatía hipóxico-isquémica se produce por la falta de aporte de oxígeno al cerebro como consecuencia de hipotensión o de insuficiencia respiratoria. Las causas incluyen infarto de miocardio, paro cardíaco, choque, asfixia, parálisis respiratoria e intoxicación por monóxido de carbono o por cianuro.

En la anoxia la conciencia se pierde al cabo de unos segundos. Si la circulación se restablece en un plazo de 3 a 5 minutos puede producirse una recuperación completa, pero si la hipoxia-isquemia rebasa ese lapso, lo habitual es que se produzca algún daño cerebral permanente.

II. CLASIFICACIÓN

La encefalopatía anóxica o daño cerebral anóxico se clasifica en el código **348.1 Lesiones cerebrales anóxicas**.

1. Causa obstétrica

En el período obstétrico se clasifica en función de las circunstancias:

- **En el embarazo ectópico**

La secuencia de códigos dependerá de la circunstancia del ingreso:

- Si el daño cerebral anóxico en la madre se produce como complicación en el mismo ingreso en que se trata o diagnostica el embarazo ectópico, se asigna **639.8 Otras complicaciones especificadas después de aborto o de embarazo ectópico o molar** como código de diagnóstico secundario al de embarazo ectópico.
- Si el daño cerebral anóxico en la madre se produce como complicación de un embarazo ectópico ya resuelto y se trata de un reingreso, se asigna **639.8 Otras complicaciones especificadas después de aborto o de embarazo ectópico o molar** como código de diagnóstico principal, sin añadirse código de embarazo ectópico.

- **En el aborto**
 - Si el daño cerebral anóxico en la madre se produce como complicación en el mismo ingreso en que se trata o diagnostica el aborto, se asigna el código de aborto por tipo que corresponda de las categorías **634-638 Embarazo con resultado abortivo**, con el 4º dígito **7 Con otras complicaciones especificadas** y el 5º dígito que corresponda en cada caso.
 - Si el daño cerebral anóxico en la madre se produce como complicación de un aborto ya resuelto y se trata de un reingreso, se codifica en **639.8 Otras complicaciones especificadas después de aborto o de embarazo ectópico o molar** como código de diagnóstico principal, sin añadirse código de aborto.
- **En embarazo (no aborto, ni ectópico o molar) parto y puerperio**
 - La anoxia cerebral por la anestesia se recoge en la subcategoría **668.2 Complicaciones de la administración de anestesia u otro tipo de sedación durante el parto. Complicaciones del sistema nervioso central**.
 - La anoxia cerebral como complicación de cesárea o de otro procedimiento obstétrico se codificará en la categoría **669.4 Otras complicaciones del parto no clasificadas bajo otros conceptos. Otras complicaciones de la cirugía y los procedimientos obstétricos**.

2. Causa no obstétrica

El daño cerebral anóxico resultado de un procedimiento no obstétrico se clasifica en el código **997.01 Complicaciones del sistema nervioso central**, con el código E correspondiente al procedimiento causante de la anoxia.

ENCEFALOPATÍAS

Las encefalopatías son un conjunto de trastornos cerebrales que pueden complicar ciertas infecciones (séptica), ciertas alteraciones del estado general (metabólica) o ciertas intoxicaciones (saturnismo), con alteraciones graves y variadas, tóxicas, anóxicas o vasomotoras. En la encefalopatía no predomina el elemento inflamatorio, aunque sí predomina en las encefalitis.

I. ENCEFALOPATÍA METABÓLICA, SÉPTICA E HIPERCÁPNICA

La encefalopatía metabólica es siempre debida a una causa subyacente como, por ejemplo, tumores cerebrales, infarto o hemorragia cerebral, envenenamiento o sepsis.

La encefalopatía séptica se manifiesta como una disfunción cerebral difusa sin signos focales. Se observa en la mayoría de los pacientes con sepsis grave (Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica -SIRS- con disfunción multiorgánica).

Es típica la presencia de confusión, desorientación, agitación y fluctuaciones del nivel de alerta. En los casos más graves, sobre todo cuando existe afectación hemodinámica, la disminución del nivel de conciencia puede ser más pronunciada, incluso llevar hasta el coma.

Las expresiones encefalopatía metabólica y encefalopatía séptica se codifican en **348.31 Encefalopatía metabólica**. En este código se clasificará también la encefalopatía hipercápnica, encefalopatía metabólica que ocasiona enfermedad del encéfalo por una alta concentración de dióxido de carbono en sangre. Una manifestación (no imprescindible para su definición) de dicha encefalopatía puede ser la aparición de delirio agudo. En caso de producirse éste, se puede utilizar como adicional el código **293.0 Delirium debido a enfermedades clasificadas en otro lugar** ^{24,25}.

II. ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA

La encefalopatía hepática es una comorbilidad asociada con frecuencia a la cirrosis hepática (alcohólica o no) y a las hepatitis virales no A. Si la encefalopatía hepática está asociada a hepatitis no viral se clasifica en **572.2 Coma hepático**, pero si está asociada a hepatitis viral se recoge con el 4º dígito dentro de la categoría **070 Hepatitis viral**, no añadiéndose código adicional para el coma o encefalopatía.

III. ENCEFALOPATÍA ARTERIOSCLERÓTICA

La encefalopatía arteriosclerótica se recoge en el **Capítulo 7 Enfermedades del Aparato Circulatorio** en el código **437.0 Arteriosclerosis cerebral**.

IV. ENCEFALOPATÍA MITOCONDRIAL

En el código **277.87 Trastornos del metabolismo mitocondrial** se incluyen:

- Síndrome MELAS: encefalopatía mitocondrial, acidosis láctica y episodios similares a ictus.
- Síndrome de MNGIE: encefalopatía neurogastrointestinal mitocondrial.

ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO

I. PARES CRANEALES O NERVIOS CRANEALES

Los pares o nervios craneales se denominan tanto por sus nombres como por la numeración que tienen asignada (grafía en números romanos). Así, el nervio trigémino se conoce también como V par.

Las categorías **350 Trastornos del nervio trigémino**, **351 Trastornos del nervio facial** y **352 Trastornos de otros nervios craneales** clasifican los trastornos de los pares craneales, aunque encontramos también códigos para ellos en otros lugares.

En la siguiente tabla se resumen los códigos para patologías de los pares craneales:

PAR	DENOMINACIÓN DEL NERVIOCRANEAL	CLASIFICACIÓN DE LA PATOLOGÍA
I	Olfatorio	352.0 Trastornos del nervio olfatorio
II	Óptico	377 Trastorno del nervio óptico y de las vías ópticas
III	Oculomotor (motor ocular común)*	378.5 Estrabismo paralítico
IV	Troclear (patético)	378.53 Parálisis del nervio troclear o nervio del IV par, parcial
V	Trigémino	350. Trastornos del nervio trigémino 053.12 Neuralgia del trigémino postherpética
VI	Abducens (motor ocular externo)	378.5 Estrabismo paralítico
VII	Facial*	351 Trastornos del nervio facial 767.5 Traumatismo de nacimiento, lesión del nervio facial
VIII	Vestibulococlear (auditivo o estatoacústico)	388.5 Trastornos del nervio acústico 225.1 Neurinoma del acústico 094.86 Neuritis acústica sifilítica
IX	Glosofaríngeo*	352.1 Neuralgia glosofaríngea 352.2 Otros trastornos del nervio glosofaríngeo
X	Vago (neumogástrico)*	352.3 Trastornos del nervio neumogástrico 478.3 Parálisis de cuerdas vocales o de laringe
XI	Accesorio (espinal)	352.4 Trastornos del nervio accesorio
XII	Hipogloso	352.5 Trastorno del nervio hipogloso

*Los trastornos que afectan a las fibras parasimpáticas que acompañan a los pares craneales III, VII, IX y X no se clasifican según el par craneal, sino en la categoría **337 Trastornos del sistema nervioso autónomo**.

II. RADICULITIS Y RADICULOPATÍA

La radiculopatía es el término que denomina cualquier alteración de las raíces espinales. La radiculitis hace referencia a la inflamación de las mismas. El término radiculitis no se codifica en el caso de estar asociada a alteración de los discos intervertebrales, las espondilosis u otros trastornos vertebrogénicos.

La mayoría de los códigos que identifican las alteraciones de las raíces espinales se encuentran en el **Capítulo 13 Enfermedades del Aparato Osteomioarticular y Tejido Conjuntivo**:

729.2 Neuralgia, neuritis y radiculitis no especificadas

723.4 Neuritis o radiculitis braquial NEOM

724.4 Neuritis o radiculitis torácica o lumbosacra NEOM

En el **Capítulo 1 Enfermedades Infecciosas y Parasitarias** se clasifica la radiculitis sífilítica en **094.89 Otras neurosífilis especificadas. Otras**.

La categoría **353 Trastornos de las raíces y plexos nerviosos** incluye ciertas radiculitis no clasificadas en otros conceptos, con subcategoría que especifica el nivel de la alteración.

III. TRASTORNOS DE LOS PLEXOS NERVIOSOS

En la categoría **353 Trastornos de las raíces y plexos nerviosos** se clasifica la patología del plexo braquial y del plexo lumbosacro.

En la subcategoría **353.0 Lesiones de plexo braquial** se clasifica el síndrome costoclavicular, de costilla cervical, de desfiladero torácico y del escaleno anterior.

Las alteraciones de los plexos no se codifican en el caso de estar asociadas a alteración de los discos intervertebrales, a espondilosis u otros trastornos vertebrogénicos.

La lesión del plexo braquial del recién nacido se codifica como **767.6 Traumatismo de nacimiento. Lesión del plexo braquial**. Se codifica igual a lo largo de la vida.

IV. MONONEUROPATÍAS

La mononeuropatía es la afectación de un nervio y mononeuritis su inflamación. Se conoce como mononeuritis múltiple cuando afecta a más de un nervio en lugares anatómicos no relacionados.

Las categorías **354 Mononeuritis de miembro superior y mononeuritis múltiple** y **355 Mononeuritis de miembro inferior y sitio no especificado** permiten clasificar, por ejemplo:

- La compresión del nervio mediano en el túnel carpiano, **354.0 Síndrome del túnel carpiano**.
- La compresión del nervio tibial posterior en el túnel del tarso, **355.5 Síndrome del túnel tarsiano**.
- La meralgia parestésica se produce por compresión del nervio femorocutáneo lateral del muslo atrapado por el ligamento inguinal. Se clasifica en **355.1 Meralgia parestésica**.
- La lesión del nervio ciático se codifica en **355.0 Lesión del nervio ciático** mientras que la ciática o neuralgia del nervio ciático sin más especificación se clasifica en **724.3 Ciática**.

V. POLINEUROPATÍAS TÓXICAS E INFLAMATORIAS

Se conoce como polineuropatía un proceso simétrico, generalizado, generalmente distal y de instauración gradual que afecta a los nervios periféricos. Suelen estar asociadas a una enfermedad subyacente, por lo que con frecuencia, van a requerir codificación múltiple. Las polineuropatías se clasifican en la categoría **357 Neuropatía inflamatoria y tóxica**.

Ejemplo:

Polineuropatía diabética. Diabetes tipo 2.

250.60 Diabetes mellitus. Tipo II o de tipo no especificado, no establecida como incontrolada

357.2 Polineuropatía en diabetes

El **síndrome de Guillain-Barré** (Guillain-Barré Syndrome -GBS-) es una poliradiculoneuropatía aguda, frecuentemente grave, de origen autoinmunitario. Alrededor del 70% de los casos son precedidos en una a tres semanas por un proceso infeccioso agudo, generalmente respiratorio o gastrointestinal. Se clasifica en el código **357.0 Polineuritis infecciosa aguda**.

VI. NEUROPATÍA Y MIOPATÍA DE LA ENFERMEDAD CRÍTICA

Los pacientes con sepsis grave pueden desarrollar, cuando la enfermedad séptica se prolonga a lo largo de semanas o meses, una neuropatía axonal aguda, sensorial y motora, la polineuropatía «de la enfermedad crítica», que puede impedir la retirada del respirador y producir una debilidad motora distal. Se recoge en el código **357.82 Polineuropatía del paciente en estado crítico**.

La miopatía crítica, **359.81 Miopatía del paciente en estado crítico**, se asocia a sepsis y a medicamentos como bloqueantes neuromusculares o corticoesteroides. También dificulta el «destete» de la ventilación mecánica.

**SEGUNDA PARTE:
ÓRGANOS SENSORIALES**

ANATOMÍA DEL OJO

El ojo, elemento esencial del órgano de la visión, es un órgano par casi esférico formado por el globo ocular y los anejos. Está alojado en la cavidad orbitaria de la parte anterior del cráneo.

I. GLOBO OCULAR²⁶

1. Capas y estructuras

- La capa más externa del globo ocular está formada por la córnea, transparente, y la esclerótica, opaca.
- La capa media del ojo, úvea o túnica vascular está formada por iris, cuerpo ciliar y coroides. El iris tiene una apertura central, la pupila. El iris contacta con la córnea en el ángulo iridocorneal, donde se forma la malla trabecular. El cuerpo ciliar forma la pars plicata y la pars plana. La coroides es la parte posterior de la úvea.
- La capa interna, la retina con sus dos capas, retina sensorial y epitelio pigmentario, ocupa el fondo del ojo, la parte posterior interna del globo ocular. Se une a la pars plana de la úvea a unos 6 mm del limbo esclerocorneal. En la parte central de la retina se encuentra la papila del nervio óptico y la mácula.

La retina transmite imágenes captadas desde el exterior al sistema nervioso central mediante el nervio óptico. También transmite impulsos para el sistema endocrino.

El cristalino es una lente transparente biconvexa que se encuentra detrás del iris.

2. Espacios

- La cámara anterior es el espacio delimitado por córnea, iris y cristalino.
- La cámara posterior es un pequeño espacio entre la parte posterior del iris y la anterior de los cuerpos ciliares y el cristalino.

Por estas cámaras circula el humor acuoso, que se genera en la cámara posterior por los plexos coroideos del cuerpo ciliar, circula hacia la cámara anterior atravesando la pupila y se elimina por el ángulo iridocorneal.

- La cámara vítrea, rellena de humor vítreo, ocupa todo el interior de la parte posterior del globo ocular. Se encuentra detrás de cristalino y cuerpo ciliar, y delante de la retina.

3. Segmentos

- El segmento anterior del globo ocular lo forman la conjuntiva, la córnea, el cristalino, el iris y las cámaras anterior y posterior.
- En el segmento posterior se encuentra la cámara vítrea, humor vítreo, retina, nervio óptico y coroides.

II. ANEJOS

Alrededor del globo ocular están ubicados los anejos. En la parte anterior se encuentran conjuntiva, párpados, pestañas, cejas, músculo elevador del párpado superior, músculo orbicular y estructuras lagrimales (glándula y vías lagrimales). En la parte posterior (espacio retrobulbar) están los músculos oculares extrínsecos, vasos y nervios, grasa y tejido conjuntivo.

NORMAS GENERALES DE CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL OJO

La patología del ojo se clasifica principalmente en el **Capítulo 6 Enfermedades del Sistema Nervioso y de los Órganos de los Sentidos** en la sección **360 – 379 Trastornos del ojo y de los anejos**. Al inicio de la sección existe una nota la cual indica que, cuando el problema es debido a una causa externa, se debe añadir el código E para identificar la causa de la patología ocular.

En otros capítulos de la CIE-9-MC también se encuentran clasificados ciertos trastornos del ojo. Por ejemplo, en las siguientes categorías, subcategorías y códigos:

CAPÍTULO	CÓDIGOS CIE
Capítulo 1	017.3 Tuberculosis de otros órganos. Ocular 054.4 Herpes simplex. Con complicaciones oftálmicas 098.4 Infecciones gonocócicas. Infección gonocócica del ojo
Capítulo 2	224 Neoplasia benigna del ojo 190 Neoplasia maligna en el ojo
Capítulo 3	250.5 Diabetes mellitus. Diabetes con manifestaciones oftálmicas 249.5 Diabetes mellitus secundaria. Diabetes mellitus secundaria con manifestaciones oftálmicas
Capítulo 5	300.11 Trastornos disociativos, de conversión y ficticios. Trastorno de conversión Ceguera histérica
Capítulo 14	743 Anomalías congénitas del ojo
Capítulo 15	767.8 Traumatismo de nacimiento. Otros traumas de nacimiento especificados 771.6 Infecciones propias del período perinatal. Conjuntivitis y dacriocistitis neonatales
Capítulo 17	802.6 Fractura de huesos faciales. Suelo orbitario (estallido), cerrada 802.7 Fractura de huesos faciales. Suelo orbitario (estallido), abierta 801 Fractura de base de cráneo 870 Herida de anexos oculares 871 Herida abierta de globo ocular 921 Contusión de ojo y anexos 930 Cuerpo extraño en la superficie ocular 940 Quemadura limitada al ojo y anexos 941 Quemadura de cara, cabeza y cuero cabelludo 996.5 Complicación mecánica de otro dispositivo, implante e injerto protésico especificado
Códigos V	V43.0 Órgano o tejido sustituido por otro medio. Globo ocular V43.1 Órgano o tejido sustituido por otro medio. Cristalino V45.61 Estados posquirúrgicos del ojo y anexos. Estado de extracción de cataratas V45.69 Estados posquirúrgicos del ojo y anexos. Otros estados posteriores a la cirugía de ojo y anexos V52.2 Colocación y ajuste de dispositivo protésico e implante. Ojo artificial V90 Cuerpo extraño retenido

Los procedimientos sobre el ojo se recogen fundamentalmente en el **Capítulo 3 Operaciones sobre el ojo** que abarca las categorías 08 – 16, aunque también podemos encontrar códigos relacionados con patología ocular en el **Capítulo 14 Operaciones sobre el aparato musculoesquelético** y en el **Capítulo 16 Procedimientos diagnósticos y terapéuticos misceláneos**. Por ejemplo:

- La reducción de fracturas de la órbita se clasifican en los códigos:

76.78 Reducción de fractura facial. Otra reducción cerrada de fractura facial.

76.79 Reducción de fractura facial. Otra reducción abierta de fractura facial.

- La extracción, sin incisión, de cuerpos extraños:

98.21 Extracción sin incisión de otro cuerpo extraño. Extracción sin incisión de cuerpo extraño superficial en ojo.

98.22 Extracción sin incisión de otro cuerpo extraño. Extracción sin incisión de otro cuerpo extraño en cuello y cabeza.

- Otros:

95.3 Diagnóstico y tratamiento oftalmológico y otológico. Servicios visuales especiales.

CUERPO EXTRAÑO EN EL OJO

Para codificar correctamente los trastornos por cuerpos extraños en el ojo, hay que tener en cuenta factores como la naturaleza y la localización del cuerpo extraño. Si la presencia de un cuerpo extraño en el ojo es secuela de una lesión antigua, se aplican las normas de codificación de efectos tardíos.

La entrada en el Índice Alfabético es por el término principal **Cuerpo extraño** y el modificador esencial que especifique la parte del ojo afectada. El modificador «retenido» facilita la localización de códigos para los cuerpos extraños antiguos. Estas entradas conducirán a los siguientes códigos de la lista tabular:

374.86 Otros trastornos de los párpados. Cuerpo extraño retenido en el párpado

360.5 Trastornos del globo. Cuerpo extraño intraocular (antiguo) retenido, magnético

360.6 Trastornos del globo. Cuerpo extraño intraocular (antiguo) retenido no magnético

V90 Cuerpo extraño retenido. Estado de

870.4 Herida de anexos oculares. Herida penetrante de órbita, con cuerpo extraño

871.5 Herida abierta de globo ocular. Penetración de globo ocular con cuerpo extraño magnético

871.6 Herida abierta de globo ocular. Penetración de globo ocular con cuerpo extraño (no magnético)

930 Cuerpo extraño en la superficie ocular

La categoría **V90 Cuerpo extraño retenido** se emplea para identificar estado de cuerpo extraño retenido y su naturaleza. Con 4º y 5º dígito se identifica el material del que está compuesto el cuerpo extraño: radiactivo, metal, plástico, material orgánico, cristal u otros materiales y el no especificado. Los códigos de esta categoría se han de emplear como código asociado a los de diagnóstico de cuerpo extraño ocular antiguo o retenido.

Los **procedimientos para la extracción de cuerpo extraño del ojo** tienen la entrada en el Índice Alfabético por el término principal **Extracción** y el modificador esencial **cuerpo extraño**. Los procedimientos se clasifican por la localización del cuerpo extraño y por el modo de extracción del mismo.

Extracción

- cuerpo extraño
- - aparato lagrimal
- - - canalículos 09.42
- - - - por incisión 09.52

Ejemplo:

Paciente que es atendido en el hospital de día quirúrgico para la extracción de un cuerpo extraño metálico que tiene retenido en el párpado superior desde que sufrió una herida en un accidente de tráfico hace cinco años. Se ha requerido una pequeña incisión para la extracción de la esquirla de metal.

374.86 Otros trastornos de los párpados. Cuerpo extraño retenido en el párpado

V90.10 Cuerpo extraño retenido. Retención de fragmentos de metal, no especificados

906.0 Efectos tardíos de lesiones de la piel y tejidos subcutáneos. Efecto tardío de herida de cabeza, cuello y tronco

E929.0 Efectos tardíos de lesión accidental. Efectos tardíos de accidente de vehículo motorizado

08.09 Incisión de párpado. Otra incisión de párpado

TRASTORNOS DE LA RETINA

I. DESPRENDIMIENTO DE RETINA

1. Conceptos clínicos

El desprendimiento de retina es la separación anormal, con entrada de fluido, del epitelio pigmentario de la retina y la retina sensorial.

El **desprendimiento de retina regmatógeno** está precedido de desgarros o agujeros de la retina. El desgarro de la retina es una solución de continuidad que afecta al espesor de la retina sensorial. La afaquia o falta de cristalino, la miopía, edad avanzada, antecedentes familiares de desprendimiento de retina, diabetes y traumatismos pueden predisponer al desprendimiento de retina regmatógeno.

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

Otro tipo de **desprendimiento** es el **traccional**, que se suele presentar en el contexto de retinopatía diabética.

2. Codificación

2.a. Diagnósticos

En la subcategoría **361.0 Desprendimiento y defectos de la retina. Desprendimiento de la retina con defecto retiniano** se clasifican los desprendimientos de retina regmatógenos. El 5º dígito permite distinguir entre desprendimientos con desgarros parciales o totales, y diferenciar entre instauración antigua o reciente. Se codificará por separado la hemorragia vítrea que coexista con el desprendimiento de retina, **360.43 Estados degenerados del globo. Hemoftalmia salvo lesión actual**.

Otros desprendimientos de retina se codifican mediante:

- **361.2 Desprendimiento y defectos de la retina. Desprendimiento seroso de la retina.**
- **361.81 Desprendimiento y defectos de la retina. Desprendimiento de la retina por tracción.**
- **362.42 Separación de estratos retinianos. Desprendimiento seroso del epitelio pigmentario retiniano¹⁵.**

362.43 Separación de estratos retinianos. Desprendimiento hemorrágico del epitelio pigmentario retiniano

El Índice Alfabético guía con facilidad a los códigos de desprendimiento de retina pero se requiere una indización cuidadosa del episodio para asignar un código con la mayor especificidad posible. Si no se documenta si el desprendimiento es reciente o antiguo, la CIE-9-MC remite al desprendimiento reciente.

El desprendimiento o el desgarro pueden ser complicación de una técnica quirúrgica. Se asignarán los códigos correspondientes según las normas de codificación de complicaciones de la asistencia²⁷.

Ejemplo:

Paciente que, durante una cirugía de catarata senil madura, sufre un desprendimiento parcial de retina con un pequeño desgarro producido accidentalmente por la instrumentación especialmente laboriosa.

998.2 Otras complicaciones de procedimientos, no clasificadas bajo otros conceptos. Punción o laceración accidental durante un procedimiento

361.00 Desprendimiento y defectos de la retina. Desprendimiento de la retina con defecto retiniano. Desprendimiento de retina (regmatógeno) no especificado

366.17 Catarata senil. Catarata total o madura

E870.0 Corte, punción, perforación o hemorragia accidental durante cuidados médicos. Intervención quirúrgica

2.b. Procedimientos

- **Diatermia, crioterapia y fotocoagulación**

La crioterapia, diatermia y fotocoagulación para tratar los desprendimientos de retina se clasifican en la subcategoría **14.5 Operaciones sobre retina, coroides, cuerpo vítreo y cámara posterior. Otra reparación de desprendimiento retiniano**. Los códigos de esta subcategoría se asignan tanto si el procedimiento es aislado como si estas técnicas forman parte de un tratamiento más complicado que incluya técnicas como el cerclaje escleral o la vitrectomía²⁷.

Estas técnicas también se emplean para tratar los desgarros retinianos en la prevención del desprendimiento. En estos casos se emplea la subcategoría **14.3**

Operaciones sobre retina, coroides, cuerpo vítreo y cámara posterior. Reparación de desgarro retiniano.

- **Indentación o cerclaje escleral**

Mediante la indentación, encorvamiento o pliegue escleral se empuja el globo ocular desde el exterior acercando la esclerótica a la retina desprendida. Se utiliza una banda o cerclaje (buckle) de silicona que se sutura alrededor de la esclerótica (explante), o bien un pequeño implante de silicona fijado intraescleralmente cerca del área del desprendimiento de retina. Estas técnicas se clasifican en el código **14.41 Operaciones sobre retina, coroides, cuerpo vítreo y cámara posterior. Indentación escleral con implantación**⁹.

Si se ha de retirar el cerclaje de manera programada, se asigna como diagnóstico principal el código del desprendimiento de retina (subcategoría **361.0 Desprendimiento de retina con defecto retiniano**) y como procedimiento el código **14.6 Extracción de material quirúrgicamente implantado del segmento posterior del ojo**¹⁵.

La indentación que se realiza junto con una vitrectomía se clasifica en el código **14.49 Reparación de desprendimiento retiniano con indentación escleral e implante. Otra indentación escleral**, que incluye ambos componentes de la intervención en un código de combinación. El Índice Alfabético tiene para ello la siguiente entrada:

Vitrectomía (mecánica) (vía posterior) 14.74
- con hebilla escleral 14.49

Otras técnicas que se apliquen durante la intervención de indentación escleral se codificarán también.

- **Vitrectomía**

La vitrectomía o extracción de vítreo es una técnica empleada con frecuencia en el tratamiento del desprendimiento de retina y en otros procesos como la retinopatía proliferativa o traumatismos con cuerpos extraños intraoculares.

En la actualidad la vitrectomía más extendida en el tratamiento del desprendimiento de retina es la **vitrectomía con abordaje vía pars plana**. El vítreo es extraído mediante microcirugía con instrumentos de corte y de succión a través de tres pequeños orificios que atraviesan la esclerótica a nivel de la pars plana. Se le asigna el código **14.74 Operaciones sobre el cuerpo vítreo. Otra vitrectomía mecánica**.

El vítreo extirpado puede ser sustituido por sustancias como silicona líquida, líquido perfluorocarbono o gases expansivos como hexafluoruro de azufre (SF_6) o perfluoropropano (C_3F_8) para que la retina permanezca unida a la coroides. Es el llamado **taponamiento o retinopexia neumática**. Las sustancias inyectadas más tarde se pueden extraer y reemplazar por solución salina similar a la composición del humor vítreo original. Todas se codifican en **14.75 Operaciones sobre el cuerpo vítreo. Inyección de sustituto vítreo**.

A veces, tras la vitrectomía, puede ser necesario en el mismo acto operatorio la **disección de membranas víteorretinianas** también llamado **pelado de membranas**, que se codificará adicionalmente con **14.9 Otras operaciones sobre retina, coroides y cámara posterior**²⁸.

II. DEGENERACIÓN MACULAR RELACIONADA CON LA EDAD

1. Conceptos clínicos

La degeneración macular o Degeneración Macular relacionada con la Edad (DME, conocida también por sus siglas en inglés AMD —Age related Macular Degeneration—) es la principal causa de la pérdida de la vista en los mayores de 60 años. Se destruye la agudeza de la vista central bilateral. La instauración puede ser lenta o brusca y hay alteración de los vasos bajo la mácula. Existe la forma seca o no exudativa y la forma húmeda o exudativa²⁹.

2. Codificación

2.a. Diagnósticos

La degeneración macular relacionada con la edad se codificará en los códigos:

- **362.50 Degeneración macular y del polo posterior. Degeneración macular (senil) no especificada**
- **362.51 Degeneración macular y del polo posterior. Degeneración macular senil no exudativa**
- **362.52 Degeneración macular y del polo posterior. Degeneración macular senil exudativa**

2.b. Procedimientos

- El tratamiento a veces consiste en inyecciones intravítreas de anticuerpos monoclonales como ranibizumab o de medicamentos antiangiogénicos como pegaptanib. Se codificarán en **14.79 Operaciones sobre el cuerpo vítreo. Otras operaciones sobre el cuerpo vítreo más 99.29 Inyección o infusión de otra sustancia terapéutica o profiláctica.**
- La fotocoagulación con láser (**14.24 Destrucción de lesión de retina y coroides. Destrucción de lesión coriorretiniana por fotocoagulación con láser**) destruye los pequeños vasos anormales de la DME.
- La terapia fotodinámica consiste en la inyección por vía intravenosa de un fármaco fotosensible (verteporfina) que es captado en la zona enferma del ojo y que, al ser activado con luz mediante un láser no térmico destruye la zona de neovascularización. Se clasifica en el código **14.29 Destrucción de lesión de retina y coroides. Otra destrucción de lesión coriorretiniana.**
- La prótesis telescópica intraocular es un telescopio miniaturizado usado para tratar pacientes con estadios terminales de degeneración macular. El procedimiento quirúrgico incluye la retirada del cristalino y el implante de la prótesis telescópica intraocular a través de una incisión del limbo, y se codificará como **13.91 Otras operaciones sobre cristalino. Implante de prótesis telescópica intraocular.**

III. MEMBRANA EPIRETINIANA

La membrana epirretiniana, «pucker» macular, fibrosis prerretiniana o arrugamiento macular se produce por la presencia de tejido cicatricial en la superficie de la mácula, causando disminución de la visión y distorsión de la imagen (metamorfopsia). Se le asigna el código **362.56 Degeneración macular y del polo posterior. Arrugamiento macular.**

El tratamiento consiste en la escisión quirúrgica de la membrana (pelado de membranas) y se codificará en el **14.79 Operaciones sobre el cuerpo vítreo. Otras operaciones sobre el cuerpo vítreo.** Cuando la visión está muy afectada se puede realizar una vitrectomía que se clasificará en **14.74 Operaciones sobre el cuerpo vítreo. Otra vitrectomía mecánica.**

IV. RETINOPATÍA DIABÉTICA

1. Conceptos clínicos

El ojo es un órgano diana para las complicaciones de la diabetes. Una de las estructuras oculares que se pueden ver afectadas por la diabetes es la retina. La retinopatía diabética puede ser no proliferativa o proliferativa.

En la retinopatía diabética no proliferativa o seca se reconocen estadios leve, moderado y grave en función del menor o mayor riesgo de evolución hacia la retinopatía diabética proliferativa.

En la retinopatía diabética proliferativa hay formación de neovasos y pequeñas cicatrices retinianas o vítreas. Puede acompañarse de desprendimiento de vítreo posterior, hemorragias o desprendimiento de retina traccionales y/o regmatógenos.

Puede haber edema macular por la retinopatía diabética, lo que empeora el cuadro clínico.

2. Codificación

2.a. Diagnósticos

La retinopatía diabética se clasifica en la subcategoría **362.0 Otros trastornos retinianos. Retinopatía diabética.**

Deberá codificarse primero la diabetes en las subcategorías **250.5 Diabetes mellitus. Diabetes con manifestaciones oftálmicas** o **249.5 Diabetes mellitus secundaria. Diabetes mellitus secundaria con manifestaciones oftálmicas.**

El código **362.07 Otros trastornos retinianos. Edema macular diabético** se empleará junto con los códigos de retinopatía diabética para indicar la presencia de edema macular.

Si existe sangrado intraocular asociado a la retinopatía diabética, se codificará por separado mediante el código **360.43 Trastornos del globo. Hemoftalmia salvo lesión actual.**

Puede haber desprendimiento de retina o de vítreo asociado, que se codificarán también, según el tipo de desprendimiento. El más frecuente es el desprendimiento de retina traccional, código **361.81 Otras formas de desprendimiento retiniano. Des-**

prendimiento de la retina por tracción. El desprendimiento de vítreo posterior se clasifica en el código **379.21 Trastornos del cuerpo vítreo. Degeneración vítrea.**

2.b. Procedimientos

La proliferación vascular se puede realizar con fotocoagulación con láser argón o diodo, codificándose en **14.24 Destrucción de lesión de retina y coroides. Destrucción de lesión coriorretiniana por fotocoagulación con láser.**

Cuando se ha producido desprendimiento de retina está indicada la vitrectomía vía pars plana, **14.74 Operaciones sobre cuerpo vítreo. Otra vitrectomía mecánica.**

En caso de edema macular diabético se están aplicando actualmente inyecciones intravítreas de corticoides, asignándose el código **14.79 Operaciones sobre cuerpo vítreo. Otras operaciones sobre el cuerpo vítreo** y el código **99.23 Inyección o infusión de otra sustancia terapéutica o profiláctica. Inyección de esteroide.**

IV. RETINOPATÍA DE LA PREMATURIDAD

1. Conceptos clínicos

La retinopatía de la prematuridad^{30,31} es un desarrollo anormal de los vasos sanguíneos en la retina de un recién nacido prematuro y puede ser causa de ceguera. Los vasos anormales son frágiles y pueden tener escapes, dando lugar a cicatrices retinianas. Cuando las cicatrices se retraen, tiran de la retina produciéndole desprendimiento de la parte posterior del ojo. En la actualidad el riesgo de desarrollar esta retinopatía depende del grado de prematuridad y la patología asociada del recién nacido.

La retinopatía de la prematuridad se clasifica en estadios evolutivos, según el grado de proliferación de vasos sanguíneos anormales. Los estadios 1 y 2 pueden remitir espontáneamente. En el estadio 3 hay tejido neovascular que infiltra el vítreo, en los estadios 4 y 5 hay desprendimiento de retina, parcial y total respectivamente.

2. Codificación

2.a. Diagnósticos

La retinopatía de la prematuridad se codifica en la subcategoría **362.2 Otros trastornos retinianos. Otra retinopatía proliferativa.**

La fibroplasia retrolental o retrolenticular es una denominación antigua que se refiere a las cicatrices por retinopatía de la prematuridad. Se clasifica en el código **362.21 Otros trastornos retinianos. Otra retinopatía proliferativa Fibroplasia retrocristalina**.

2.b. Procedimientos

- Crioterapia: **14.22 Destrucción de lesión de retina y coroides. Destrucción de lesión coriorretiniana por crioterapia.**
- Fotocoagulación con láser: **14.24 Destrucción de lesión de retina y coroides. Destrucción de lesión coriorretiniana por fotocoagulación con láser.**
- Vitrectomía vía pars plana: **14.74 Operaciones sobre el cuerpo vítreo. Otra vitrectomía mecánica** para los estadios 4 y 5.

GLAUCOMA

El glaucoma engloba a un grupo de enfermedades que provocan un daño progresivo del nervio óptico, con excavación y atrofia del mismo. Generalmente, pero no siempre, el glaucoma es consecuencia del acúmulo de humor acuoso con aumento de la presión intraocular³².

I. GLAUCOMA DEL ADULTO PRIMARIO

Es la forma más frecuente de glaucoma. No está asociado a otras enfermedades.

El glaucoma primario de ángulo abierto o glaucoma crónico simple no presenta estrechamiento del ángulo iridocorneal. El humor acuoso se acumula por otros motivos. Este glaucoma daña el ojo de manera lenta e indolora. Se clasifica en **365.11 Glaucoma. Glaucoma de ángulo abierto primario**.

El glaucoma primario de ángulo cerrado está originado por una alteración en la raíz del iris que estrecha el ángulo iridocorneal bloqueando el drenaje de humor acuoso. Se codifica en la subcategoría **365.2 Glaucoma. Glaucoma de ángulo cerrado primario**. El 5º dígito especifica si el glaucoma es crónico, agudo, intermitente o está en fase residual.

II. GLAUCOMA SECUNDARIO

El glaucoma puede ser secundario a patologías como otros trastornos oculares, ciertas enfermedades sistémicas, tratamientos, traumatismos o tumores. Generalmente se requiere codificación múltiple para identificar el glaucoma y la enfermedad subyacente.

El Índice Alfabético guiará hacia la mayoría de los códigos para clasificar el glaucoma secundario mediante los términos:

Glaucoma (capsular) (inflamatorio) (no inflamatorio) (primario)
- en o con

1. Glaucoma secundario a anomalías congénitas, distrofias oculares y síndromes sistémicos

Los códigos de la subcategoría **365.4 Glaucoma. Glaucoma asociado con anomalías congénitas, distrofias y síndromes sistémicos** se emplean además del código que identifica el problema que origina el glaucoma.

Ejemplos:

- Glaucoma por atrofia esencial del iris.

364.51 Trastornos del iris del cuerpo ciliar. Atrofia esencial o progresiva del iris

365.42 Glaucoma. Glaucoma asociado con anomalías del iris

- Glaucoma por enfermedad de Von Recklinghausen.

237.71 Neurofibromatosis, tipo 1 [enfermedad de Von Recklinghausen]

365.44 Glaucoma. Glaucoma asociado con síndromes sistémicos

2. Glaucoma secundario a trastornos del cristalino

El glaucoma asociado a trastornos del cristalino se clasifica en los códigos de la subcategoría **365.5 Glaucoma. Glaucoma asociado con trastornos del cristalino**. Se requiere codificación múltiple para la patología del cristalino subyacente.

Ejemplos:

- Glaucoma facolítico por catarata hipermadura.

366.18 Catarata. Catarata hipermadura

365.51 Glaucoma. Glaucoma facolítico

- Glaucoma por pseudoexfoliación capsular del cristalino.

366.11 Catarata. Pseudoexfoliación de la cápsula del cristalino

365.52 Glaucoma. Glaucoma de pseudoexfoliación

- Luxación anterior del cristalino que produce glaucoma.

379.33 Afaquia y otros trastornos del cristalino. Luxación anterior del cristalino si es anterior

365.59 Glaucoma. Glaucoma asociado con otros trastornos del cristalino

3. Glaucoma secundario a otros trastornos oculares

El glaucoma también puede ser consecuencia de bloqueos pupilares, inflamaciones, trastornos vasculares, tumores, quistes o traumatismos.

En estos casos se codificará en la subcategoría **365.6 Glaucoma. Glaucoma asociado con otros trastornos oculares**. Se requiere codificación múltiple para clasificar la patología ocular que originó el glaucoma, siempre que esté aún presente y se especifique en la expresión diagnóstica. El orden de los códigos depende de las circunstancias del ingreso.

Ejemplos:

- Glaucoma por bloqueo de la pupila en membranas pupilares.

364.74 Trastornos del iris y del cuerpo ciliar. Adhesiones y roturas del iris y cuerpo ciliar. Membranas pupilares

365.61 Glaucoma. Glaucoma asociado con bloqueo pupilar

- Glaucoma por rubeosis del iris. Ingreso para tratamiento del glaucoma.

365.63 Glaucoma. Glaucoma asociado a trastornos vasculares

364.42 Trastornos del iris y del cuerpo ciliar. Trastornos vasculares del iris y del cuerpo ciliar. Rubeosis del iris

- Glaucoma por oclusión de la vena central de la retina.

362.35 Otros trastornos retinianos. Oclusión vascular retiniana. Oclusión vena central retiniana

365.63 Glaucoma. Glaucoma asociado a trastornos vasculares

- Glaucoma traumático por contusión ocular por caída accidental en escalera mecánica del aeropuerto mientras trabajaba.

921.3 Contusión del ojo y anexos. Contusión del globo ocular

365.65 Glaucoma. Glaucoma asociado con trauma ocular

E880.0 Caída en o desde escalera o escalinata. Escalera mecánica

E849.6 Lugar de acontecimiento. Edificio público

E000.0 Estado asociado a causa externa. Actividad civil realizada a cambio de retribución o pago

- Ingreso para tratamiento de glaucoma tardío por recesión angular de la cámara anterior debido a contusión ocular por caída accidental ocurrido hace dos años.

365.65 Glaucoma. Glaucoma asociado con trauma ocular

364.77 Trastornos del iris y del cuerpo ciliar. Recesión del ángulo de la cámara anterior

906.3 Efectos tardíos de lesiones de la piel y tejidos subcutáneos. Efecto tardío de contusión

E 929.3 Efectos tardíos de lesión accidental. Efectos tardíos de caída accidental

4. Glaucoma cortisónico

El tratamiento local o sistémico con corticoides durante semanas o meses puede conducir a un glaucoma que se recoge en la subcategoría **365.3 Glaucoma. Glaucoma inducido por corticoesteroides**.

Ejemplo:

Paciente en tratamiento habitual con corticoides por asma extrínseca que presenta glaucoma corticoideo en fase residual.

365.32 Glaucoma. Glaucoma inducido por corticoesteroides, fase residual

E932.0 Hormonas y sustitutos sintéticos. Esteroides de la corteza suprarrenal

V58.65 Uso prolongado (actual) de medicación. Uso prolongado (actual), esteroides

493.00 Asma. Asma extrínseca, no especificada

5. Glaucomas congénito, por traumatismo del nacimiento, infantil

- En el primer año de vida puede manifestarse el **glaucoma congénito**. Pueden desarrollarse alteraciones anatómicas del globo ocular por distensión escleral como el **buftalmos** (ojo de buey). Es una enfermedad hereditaria con perfil autosómico recesivo. Se clasifica en la subcategoría **743.2 Anomalías congénitas del ojo. Buftalmía**.
- Si el glaucoma es debido a un **traumatismo** al nacer, se codificará en el código **767.8 Traumatismo de nacimiento. Otros traumas de nacimiento especificados**.
- Al glaucoma que se presenta en la **infancia o la juventud** se le asigna el código **365.14 Glaucoma. Glaucoma de infancia**.

III. PROCEDIMIENTOS PARA TRATAMIENTO DEL GLAUCOMA^{33,34}

1. Procedimientos fistulizantes

El glaucoma primario de ángulo abierto que no responde a tratamientos médicos o que coexiste con catarata, se interviene para drenar el humor acuoso creando una fístula desde la cámara anterior, a través de la esclerótica, hacia el espacio subconjuntival con la formación de una ampolla de filtración subconjuntival.

- La **trabeculectomía** es la intervención de elección en este tipo de operaciones fistulizantes. Se clasifica en el código **12.64 Fistulización escleral. Trabeculectomía desde el exterior**. Se puede realizar este procedimiento solo o junto con cirugía de cataratas.
- La **iridencleisis** (operación de Holth-Pillat) se clasifica en el **12.63 Fistulización escleral. Iridencleisis e iridotaxis** y la trepanación de Elliot en el código **12.61 Fistulización escleral. Trepanación de esclerótica con iridectomía**.
- La **válvula de Ahmed** es un dispositivo artificial que drena el humor acuoso hacia el espacio conjuntival a través de un tubo de silicona. Se trata de una de las alternativas para el tratamiento del glaucoma en casos de mala evolución. Se codifica en el **12.69 Fistulización escleral. Otros procedimiento de fistulización**, y la extracción de la válvula en el **12.66 Fistulización escleral. Revisión postoperatoria de procedimiento de fistulización escleral**.

2. Procedimientos no fistulizantes

- El glaucoma primario de ángulo cerrado se puede tratar mediante **iridectomía periférica (12.14 Iridotomía e iridectomía simple. Otra iridectomía)** o mediante **iridotomía por láser (12.12 Iridotomía e iridectomía simple. Otra iridotomía)**.
- La **trabeculoplastia por láser** consiste en provocar quemaduras de láser de argón en la parte posterior de las trabéculas, justo por delante de la prolongación escleral. Se codifica como **12.59 Facilitación de la circulación intraocular. Otra facilitación de la circulación intraocular**.
- La **goniotomía** (operación de Barkan, operación de De Vicnetiis) es la técnica de elección en el glaucoma congénito. Se realiza una incisión sobre la zona de filtración del ojo, el trabéculo. Se codifica en función de si va acompañada de goniopunción o no en los códigos **12.52 Facilitación de la circulación intraocular. Goniotomía sin goniopuntura** o **12.53 Facilitación de la circulación intraocular. Goniotomía con goniopuntura**.
- La **trabeculotomía** consiste en el sondaje del canal de Schlemm externo (trabeculotomía desde el exterior) y en su apertura hacia la cámara anterior. Se codifica como **12.54 Facilitación de la circulación intraocular. Trabeculotomía desde el exterior**.

- La **ciclodíálisis** consiste en el despegamiento del cuerpo ciliar en un cuadrante. Esta técnica se limita fundamentalmente al glaucoma de ojo operado de catarata (glaucoma del afaco) y se codifica como **12.55 Facilitación de la circulación intraocular. Ciclodíálisis**.

3. Otros procedimientos

Otro de los procedimientos que se pueden realizar para aliviar el aumento de la tensión intraocular es la destrucción de parte del tejido del cuerpo ciliar. Esta destrucción se puede realizar mediante:

- **Diatermia**, aplicándose una corriente eléctrica de alta frecuencia codificándose en el **12.71 Otros procedimientos para alivio de la presión intraocular elevada. Ciclodiatría**.
- **Crioterapia**, congelamiento selectivo con ablación del epitelio ciliar secretor, código **12.72 Otros procedimientos para alivio de la presión intraocular elevada. Ciclocrioterapia**.
- **Citofotocoagulación transescleral**, con láser diodo se suele reservar para cuando no hay posibilidad de otra cirugía. Se clasificará en el código **12.73 Otros procedimientos para alivio de la presión intraocular elevada. Ciclotocoagulación**.

CATARATAS

Se llama catarata a la pérdida de transparencia del cristalino. Las cataratas se pueden clasificar según su etiología, edad de aparición, morfología o grado de opacidad. En la CIE-9-MC la mayoría de las cataratas se codifican, combinando distintos ejes, en la categoría **366 Catarata**.

Hay términos clínicos empleados para describir la catarata que no son modificadores esenciales a la hora de codificar. Es el caso de expresiones como anterior cortical, anterior polar, capsular, central, cortical, hipermadura, incipiente, inmadura, madura y negra.

No se debe presuponer el tipo de catarata por la edad del paciente o la patología asociada sino porque se especifique explícitamente el tipo en la historia clínica (por ejemplo, catarata senil, catarata diabética).

Para identificar que un ojo ha sido operado con anterioridad de cataratas se usa el código **V45.61 Estados postquirúrgicos del ojo y anexos. Estado de extracción de cataratas** y si además se ha sustituido el cristalino (pseudofaquia) se asigna también el código **V43.1 Órgano o tejido sustituido por otro medio. Cristalino**.

I. CATARATA TRAUMÁTICA

Las cataratas traumáticas son opacificaciones tardías del cristalino por una contusión o por una herida penetrante del globo ocular. Se clasifican en los códigos de la subcategoría **366.2 Catarata. Catarata traumática**, según sean totales, parciales, localizadas o no especificadas.

Ejemplo:

Catarata traumática total por antigua contusión ocular por caída accidental en una escalera mecánica.

366.22 Catarata. Catarata traumática total

906.3 Efectos tardíos de lesiones de la piel y tejidos subcutáneos. Efecto tardío de contusión

E929.3 Efectos tardíos de lesión accidental. Efectos tardíos de caída accidental

El traumatismo actual del cristalino se codifica como contusión del ojo y anexos en el código **921.3 Contusión de ojo y anexos. Contusión de globo ocular** o en la categoría **871 Herida abierta de globo ocular**. Deberán añadirse los códigos E que correspondan para identificar las causas externas.

II. CATARATA SECUNDARIA

- Si la catarata es manifestación de otra enfermedad se necesitará codificación múltiple para identificar la causa subyacente. La causa se codifica primero en la secuencia de códigos.

Ejemplos:

- Catarata diabética.

250.50 Diabetes mellitus. Diabetes con manifestaciones oftálmicas. Tipo II o de tipo no especificado, no establecida como incontrolada.

366.41 Catarata asociada a otros trastornos. Catarata diabética

- Catarata con neovascularización por iridociclitis crónica.

364.10 Iridociclitis crónica. Iridociclitis crónica, no especificada

366.33 Catarata como manifestación secundaria de trastornos oculares. Catarata con neovascularización

- Si la catarata fuera por efecto adverso de medicamento se asignará el código E correspondiente de uso terapéutico, aplicándose las normas y secuencia de códigos de efecto adverso a fármacos.

Ejemplo:

Catarata por uso prolongado de corticoides en seguimiento por endocrino por patología no especificada.

366.45 Catarata asociada con otros trastornos. Catarata tóxica

E932.0 Hormonas y sustitutos sintéticos. Esteroides de la corteza suprarrenal

V58.65 Uso prolongado (actual) de medicación. Uso prolongado (actual) de esteroides

- Si la catarata es producida por una causa externa, como el calor, la radiación o la electricidad, se asignará el código E que corresponda para identificar la causa.

Ejemplo:

Catarata por exposición continuada a altas temperaturas en la herrería.

366.46 Catarata asociada a otros trastornos. Catarata asociada con radiación y otras influencias físicas

E900.1 Calor excesivo. De origen artificial

III. PROCEDIMIENTOS SOBRE CATARATAS

La CIE-9-MC dispone de numerosos códigos para intervenciones de cataratas. La técnica más empleada en la actualidad es la extracción del cristalino mediante facoemulsificación y aspiración más la inserción de una lente intraocular que sustituya al cristalino.

- **Facoemulsificación:** se asignará en el código **13.41 Extracción extracapsular de cristalino mediante técnica de fragmentación y aspiración. Facoemulsificación y aspiración de catarata.**
- **Facofragmentación:** se clasificará en el código **13.42 Extracción extracapsular de cristalino mediante técnica de fragmentación y aspiración. Facofragmentación mecánica y aspiración de catarata por ruta posterior.**
- **Inserción de lente intraocular.** Si tras extraer la catarata, se inserta en el mismo acto operatorio, una lente intraocular para sustituir al cristalino, se debe añadir el código **13.71 Inserción de cristalino protésico [seudocristalino]. Inserción de prótesis de cristalino intraocular en el momento de la extracción de la catarata, una sola etapa.** Si la inserción de la lente intraocular se realiza en una intervención diferente a la de la extracción del cristalino, se asigna el código **13.72 Inserción de cristalino protésico [seudocristalino]. Inserción secundaria de prótesis de cristalino intraocular.**

TRASTORNOS DE LA CÓRNEA

I. QUERATITIS

Las inflamaciones e infecciones de la córnea o queratitis y las queratoconjuntivitis se clasifican en la categoría **370 Queratitis**. Ciertas queratitis infecciosas se van a recoger en el capítulo 1, como es el caso de la queratitis por herpes zóster **053.21 Herpes zóster. Con complicaciones oftálmicas. Queratoconjuntivitis herpes zoster**. Otras requerirán codificación múltiple con el código primero del capítulo 1 y asociado un código de la categoría 370, como por ejemplo la queratitis tuberculosa intersticial:

017.30 Tuberculosis de otros órganos. Ocular

370.59 Queratitis. Queratitis intersticial y queratitis profunda. Otras.

El tracoma puede dejar como secuela una queratitis, en cuyo caso se añadirá al código de la queratitis el **139.1 Efectos tardíos de otras enfermedades infecciosas y parasitarias. Efectos tardíos del tracoma**.

El código **370.24 Queratitis. Fotoqueratitis** clasifica la lesión de la córnea por exposición directa a una fuente de radiación ultravioleta sin la debida protección. Como en este caso siempre es la luz la causa de la lesión corneal, se debe añadir como código adicional de causa externa el **E926.2 Exposición a la radiación. Fuentes de luz visible y ultravioleta**.

II. QUERATOCONJUNTIVITIS SECA Y OJO SECO

- La queratoconjuntivitis seca sin más especificación se clasifica como del síndrome de Sjögren en el capítulo 13 con el código **710.2 Enfermedades sistémicas del tejido conjuntivo. Síndrome sicca**.
- La queratoconjuntivitis seca especificada como no del síndrome de Sjögren se clasifica en el código **370.33 Queratitis. Queratoconjuntivitis seca, no especificada como de Sjögren**.
- El código **375.15 Trastornos del aparato lagrimal. Insuficiencia de la película lagrimal no especificada** se emplea para el síndrome de «ojo seco» debido a una insuficiencia de la glándula lagrimal y para el ojo seco no especificado de otra manera.

- El ojo seco asociado a la parálisis de Bell se produce por la parálisis del párpado y el ojo se seca aunque la glándula lagrimal esté bien, y se codifica en el **370.34 Queratitis. Queratoconjuntivitis por exposición** que se añade al código **351.0 Trastornos de nervio facial. Parálisis del Bell**.

III. LACERACIONES CORNEALES

Las laceraciones corneales están clasificadas en el **Capítulo 17 Lesiones y Envenenamientos**. El Índice Alfabético presenta los siguientes modificadores esenciales:

Laceración – córnea - superficial remite al código **918.1 Lesión superficial de ojo y anexos. Córnea**.

Laceración - globo ocular conduce a la categoría **871 Herida abierta de globo ocular**.

Se deberán asociar los códigos E correspondientes a la causa externa.

IV. PROCEDIMIENTOS SOBRE LA CÓRNEA

Los procedimientos sobre la córnea se recogen en la categoría **11 Operaciones sobre córnea**.

- El trasplante de córnea se clasifica en la subcategoría **11.6 Trasplante de córnea** con 4º dígito que identifica el tipo de injerto: lamelar (parcial) o penetrante (injerto de todo el espesor corneal) y el origen del injerto (de donante o del propio paciente). El tipo más frecuente es la queratoplastia penetrante con córnea procedente de cadáver.

Se requiere codificar la procedencia del trasplante, generalmente de cadáver, **00.93 Otros procedimientos e intervenciones. Trasplante procedente de cadáver**, junto a los códigos **11.60 Trasplante de córnea. Trasplante de córnea, no especificado de otra manera**, **11.62 Trasplante de córnea. Otra queratoplastia lamelar**, **11.64 Trasplante de córnea. Otra queratoplastia penetrante** y **11.69 Trasplante de córnea. Otro trasplante corneal**.

- El implante de membrana amniótica se utiliza como injerto o como recubrimiento de la córnea para favorecer el crecimiento del tejido epitelial y reducir el proceso inflamatorio. Se codificará en **11.59 Reparación de córnea. Otra reparación de córnea**.
- El trasplante de células madre queratolímicas, se clasifica en el código **11.99 Otras operaciones sobre córnea, Otra**. La extracción de las mismas desde el donante se

clasifica en el código **11.41 Escisión o destrucción de tejido u otra lesión de córnea. Extirpación mecánica del epitelio corneal**³⁵.

Ejemplos:

- Paciente con una historia de aniridia y disminución de la visión con pannus vascular profundo del ojo derecho. El paciente sufrió un trasplante alogénico de células queratolímbicas. El donante fue el hermano de la paciente.

743.45 Coloboma y otras anomalías del segmento anterior. Aniridia

370.62 Queratitis. Pannus (corneal)

369.9 Ceguera y baja visión. Pérdida de visión no especificada

11.99 Otras operaciones sobre córnea. Otra

00.91 Otros procedimientos e intervenciones. Trasplante procedente de donante vivo emparentado

- Donante que acude para extracción de células madre queratolímbicas para donar a su hermano.

V59.8 Donantes. Otro órgano o tejido especificado

11.41 Escisión o destrucción de tejido u otra lesión de córnea. Extirpación mecánica del epitelio corneal

ESTRABISMO

El estrabismo es un trastorno que provoca la desalineación de un ojo con respecto al otro ojo al enfocar. La CIE-9-MC posee numerosos códigos para clasificar el estrabismo, en función de diversos ejes. Se requiere, por tanto, indizar la información de la historia clínica con exhaustividad para poder asignar el código adecuado. Los estrabismos se clasifican en la categoría **378 Estrabismo y otros trastornos de los movimientos binoculares de los ojos**, que contiene las subcategorías siguientes:

ESTRABISMO	CÓDIGO CIE
Esotropía	378.0
Exotropía	378.1
Heterotropía intermitente	378.2
Otras heterotropías y heterotropías no especificadas	378.3
Heteroforia	378.4
Estrabismo paralítico	378.5
Estrabismo mecánico	378.6
Otro estrabismo especificado	378.7
Otros trastornos de los movimientos binoculares de los ojos	378.8
Trastorno no especificado de los movimientos de los ojos	378.9

Los procedimientos para corregir los estrabismos se recogen en su mayoría en la categoría **15 Operaciones sobre músculos extraoculares**. Se distinguen las técnicas de recesión, resección, alargamiento, acortamiento y transposición, entre otras.

Si se actúa sobre dos o más músculos extraoculares en la misma intervención se codificará en la subcategoría **15.3 Operaciones sobre músculos extraoculares. Operaciones sobre dos o más músculos extraoculares con desprendimiento temporal del globo, uno o ambos ojos** o **15.4 Operaciones sobre músculos extraoculares. Otras operaciones sobre dos o más músculos extraoculares, uno o ambos ojos**.

La inyección de toxina botulínica en los músculos extraoculares para tratar el estrabismo se clasifica en **16.91 Operaciones sobre órbita y globo. Inyección retrobulbar de agente terapéutico**³⁴.

ALTERACIONES DE LOS PÁRPADOS

La mayoría de las alteraciones de los párpados se clasifican en las categorías **373 Inflamación de los párpados** y **374 Otros trastorno de los párpados**.

Los procedimientos para tratar las lesiones palpebrales y de las cejas se encuentran en la categoría **08 Operaciones sobre párpados**.

I. PTOSIS PALPEBRAL O BLEFAROPTOSIS

La blefaroptosis es la incapacidad de elevar el párpado superior. La subcategoría **374.3 Otros trastorno de los párpados. Ptosis del párpado** clasifica distintos tipos mediante 5º dígito. Si hay una patología conocida causante de las ptosis, se deberá codificar también.

La forma congénita se clasifica en el código **743.61 Anomalías congénitas del párpado, aparato lagrimal y órbita. Ptosis congénita**.

El tratamiento quirúrgico de la blefaroptosis se codifica en la subcategoría **08.3 Operaciones sobre párpados. Reparación de blefaroptosis y retracción del párpado**.

II. ECTROPIÓN Y ENTROPIÓN

1. Ectropión

El ectropión o eversión del borde palpebral provoca la exposición de parte de la conjuntiva y se pueden presentar lesiones asociadas, como la epífora (lagrimeo) o las lesiones corneales, que se codificarán si están descritas.

El ectropión se clasifica en la subcategoría **374.1 Otros trastorno de los párpados. Ectropión**. Es un problema frecuentemente asociado a la vejez y existe código específico para el ectropión senil, **374.11 Otros trastornos de los párpados. Ectropión senil**.

2. Entropión y triquiasis

El entropión o inversión del borde palpebral se codifica en la subcategoría **374.0 Otros trastorno de los párpados. Entropión y triquiasis del párpado**.

El término triquiasis se refiere a la mala dirección de las pestañas previamente normales. Si se presenta junto al entropión, no se codifica. La triquiasis sin entropión se clasifica en el código **374.05 Otros trastorno de los párpados. Triquiasis sin entropión**.

3. Procedimientos

Las correcciones tanto del entropión como del ectropión se asignan a la subcategoría **08.4 Operaciones sobre párpado. Reparación de entropión o ectropión**. El 4º dígito especificará la técnica específica como termocauterización, resección en cuña o reconstrucción del párpado.

Ejemplo:

Paciente con ectropión espástico y ojo seco, intervenido mediante resección en cuña.

374.13 Otros trastorno de los párpados. Ectropion espástico

375.15 Trastornos del aparato lagrimal. Insuficiencia de la película lagrimal no específica

08.43 Operaciones sobre párpados. Reparación de entropión o ectropión con resección en cuña

III. CHALACIÓN

El chalación es una inflamación crónica no infecciosa por obstrucción de las glándulas de Meibomio del párpado. Se clasifica en el código **373.2 Inflamación de los párpados. Chalación**. Si la glándula de Meibomio está infectada, se codificará como **373.12 Inflamación de los párpados. Orzuelo interno**.

La eliminación del chalación se codifica en el **08.21 Operaciones sobre párpados. Escisión de chalación**.

IV. TUMORES DE PÁRPADO

Los tumores benignos o malignos del párpado se clasifican según las normas de codificación de neoplasias.

Su extirpación se recoge en la subcategoría **08.2 Operaciones sobre párpados. Escisión o destrucción de lesión o tejido de párpado**. Se requiere un código adicional para especificar la reconstrucción simultánea del párpado, que se clasifica en las subcategorías **08.6 Operaciones sobre párpados. Reconstrucción de párpado con colgajo o injerto de piel** y **08.7 Operaciones sobre párpados. Otra reconstrucción de párpado**.

Ejemplo:

Carcinoma basocelular que ocupa casi todo el párpado inferior, resección total de la lesión y reconstrucción con injerto de piel.

173.1 Otras neoplasias malignas de la piel. Párpado, con inclusión del canto
M8090/3 Carcinoma basocelular NEOM

08.24 Operaciones sobre párpados. Escisión de lesión importante de párpado, espesor total

08.61 Operaciones sobre párpados. Reconstrucción de párpado con colgajo o injerto de piel

ALTERACIONES DEL APARATO LAGRIMAL

El aparato lagrimal se encarga de la secreción y el drenaje de las lágrimas. Las glándulas lagrimales forman el aparato secretor. El aparato excretor o de drenaje lo forman puntos, canaliculos y sacos lagrimales.

Los trastornos del aparato lagrimal se clasifican en la categoría **375 Trastornos del aparato lagrimal**. Los procedimientos para su tratamiento se identifican en la categoría **9 Operaciones sobre aparato lagrimal**.

I. DACRIOADENITIS Y DACRIOCISTITIS

1. Dacrioadenitis

La dacrioadenitis o dacriadenitis es la inflamación o infección de la glándula lagrimal. Se clasifica en la subcategoría **375.0 Trastornos del aparato lagrimal. Dacrioadenitis**. El 5º dígito especificará si la alteración es aguda o crónica.

2. Dacriocistitis

La dacriocistitis o inflamación del saco lagrimal, generalmente es de causa infecciosa por la obstrucción del conducto lagrimonasal. Puede ser aguda, **375.32 Trastornos del aparato lagrimal. Dacriocistitis aguda** o crónica, **375.42 Trastornos del aparato lagrimal. Dacriocistitis crónica**.

3. Procedimiento de dacriocistorrinostomía

La dacriocistorrinostomía (**09.81 Operaciones sobre aparato lagrimal. Dacriocistorrinostomía [DCR]**) es una técnica muy empleada para el tratamiento de la dacriocistitis. Establece una comunicación o fistulización entre el saco lagrimal y la cavidad nasal.

II. ESTENOSIS DE LOS CONDUCTOS LAGRIMALES

La subcategoría **375.5 Trastornos del aparato lagrimal. Estenosis e insuficiencia de los conductos lagrimales** dispone de un 5º dígito para distinguir entre los estrechamientos de punto, canaliculo, saco lagrimal y del conducto nasolagrimal.

La estenosis de los conductos produce lagrimeo o epífora porque la lágrima no drena. Si se presenta se le asigna el código **375.22 Trastornos del aparato lagrimal. Epífora por drenaje insuficiente.**

Las estenosis de conductos lagrimales se pueden tratar mediante colocación de stent o varilla en el conducto nasolagrimal, codificándose como **09.44 Operaciones sobre aparato lagrimal. Intubación de conducto nasolagrimal.**

Otro grupo son las técnicas de fistulización de los conductos lagrimales hasta la cavidad nasal. Se clasifican en:

09.81 Dacriocistorrinostomía [DCR]

09.82 Conjuntivocistorrinostomía

09.83 Conjuntivorrinostomía con inserción de tubo o varilla

La retirada de stent del conducto nasolagrimal se codifica en el **09.99 Otras operaciones sobre el aparato lagrimal. Otra**³⁶.

ALTERACIONES DE LA CONJUNTIVA

La patología conjuntival se clasifica en la categoría **372 Trastornos de la conjuntiva** y los procedimientos se encuentran en la categoría **10 Operaciones sobre la conjuntiva**.

I. PINGÜECULA

La pinguécula es un nódulo amarillento y pequeño en la conjuntiva cerca de la córnea. Suele presentarse con más frecuencia en el lado nasal y puede aumentar de tamaño en un período de muchos años. Le corresponde el código **372.51 Degeneraciones y depósitos conjuntivales. Pinguécula**. Si se inflama o infecta la pinguécula el cuadro se denomina pingueculitis y se clasificará en el código **372.34 Degeneraciones y depósitos conjuntivales. Pingueculitis**.

El tratamiento quirúrgico de pinguécula, es su escisión **10.31 Operaciones sobre la conjuntiva. Escisión de lesión o tejido de conjuntiva**.

II. PTERIGION

El pterigion es una proliferación triangular de tejido conjuntival que puede invadir la córnea. Se encuentra clasificado en la subcategoría **372.4 Trastornos de la conjuntiva. Pterigion**. El 5º dígito especifica si es periférico, central o recurrente.

Su escisión se codifica como operación sobre la córnea, en la subcategoría **11.3 Operaciones sobre córnea. Escisión de pterigion**.

En ocasiones, ante pterigion recidivante se realiza inyección subconjuntival con mitomicina C. Se asignarán los códigos **10.91 Operaciones sobre la conjuntiva. Inyección subconjuntival** y **99.25 Otros procedimientos no quirúrgicos. Inyección o infusión de sustancia quimioterápica contra cáncer**.

CIERTAS COMPLICACIONES DE CIRUGÍA OCULAR

I. CIRUGÍA DE CÓRNEA

Los trasplantes de córnea pueden presentar complicaciones precoces o tardías.

Ejemplos³⁷:

- Paciente sometido a trasplante de córnea hace diez meses que presenta como complicación del mismo una queratitis cristalina infecciosa en el ojo trasplantado.

996.89 Complicaciones de órgano trasplantado. Otro trasplante de órgano especificado

370.8 Queratitis. Otras formas de queratitis

E878.0 Intervención quirúrgica y otros procedimientos quirúrgicos como causa de reacción anormal del paciente, o de complicación posterior, sin mención de accidente en el momento de realizarse la intervención. Intervención quirúrgica con trasplante de órgano completo

- Paciente intervenido de queratoplastia penetrante, ingresado con dehiscencia de la sutura.

998.32 Disrupción de herida. Disrupción de herida operatoria (quirúrgica) externa

E878.0 Intervención quirúrgica y otros procedimientos quirúrgicos como causa de reacción anormal del paciente, o de complicación posterior, sin mención de accidente en el momento de realizarse la intervención. Intervención quirúrgica con trasplante de órgano completo

II. CIRUGÍA DE GLAUCOMA

- **Inflamación de la ampolla posquirúrgica post trabeculectomía (blebitis)**

En algunas intervenciones fistulizantes, como la trabeculectomía para cirugía del glaucoma, se forma como consecuencia esperada de la intervención una pequeña ampolla de filtración subconjuntival. Ésta se puede inflamarse o infectarse con cierta facilidad pudiendo, en su estadio más avanzado, producir una endoftalmitis. La subcategoría **379.6 Otros trastornos del ojo. Inflamación (infección) de ampolla posquirúrgica** recoge esta complicación. No se asignará código de la subcategoría **998.5 Otras complicaciones de procedimientos, no clasificados bajo otros conceptos. Infección postoperatoria**.

Puede llegar a requerir enucleación del ojo codificándose en la subcategoría **16.4 Operaciones sobre órbita y globo. Eucleación del globo.**

- Una **movilización de una válvula de Ahmed** se codifica como complicación mecánica en el código **996.59 Complicación mecánica de otro dispositivo, implante e injerto protésico especificado. Por otros implantes y dispositivos internos, no clasificados bajo otros conceptos.**

III. CIRUGÍA DE CATARATAS

- Si permanecen **restos de cristalino** tras la cirugía por cataratas, se asignará el código **998.82 Otras complicaciones especificadas de un procedimiento, no clasificadas bajo otros conceptos. Catarata fragmentaria en ojo siguiendo a catarata quirúrgica.**
- El **síndrome de iris flácido intraoperatorio** es una pérdida de tono muscular del iris que puede ocurrir durante la cirugía de cataratas y aumentar el riesgo de complicaciones. No es una complicación quirúrgica, sino más bien una denervación, efecto adverso de un medicamento, generalmente α -bloqueantes, que da como resultado una función anormal del iris. Se clasifica en el código **364.81 Otros trastornos del iris y del cuerpo ciliar. Síndrome del iris flojo** y **E941.3 Estimulantes del sistema nervioso central. Simpaticolíticos [antiadrenérgicos]**³⁸.
- La **lente intraocular** que sustituye al cristalino puede sufrir una complicación mecánica que se codificará en **996.53 Complicación mecánica de otro dispositivo, implante e injerto protésico especificado. Por prótesis de lente ocular o una complicación infecciosa**, a la que se le añade el código **996.69 Reacción infecciosa e inflamatoria por dispositivo protésico interno, implante e injerto. Por otro dispositivo, implante e injerto protésico interno.**

ENFERMEDADES DEL OÍDO Y DEL PROCESO MASTOIDEO

I. ANATOMÍA DEL OÍDO

El oído consta de estructuras externas, medias e internas.

El oído externo lo forman el pabellón auricular o de la oreja y el conducto auditivo (externo).

El oído medio es una cavidad llena de aire separada del conducto auditivo por la membrana del tímpano y contiene la cadena de huesecillos del oído (martillo, yunque y estribo). Está unido a la faringe mediante la trompa de Eustaquio. Hacia atrás se une con las cavidades de la apófisis mastoides del hueso temporal del cráneo. El tímpano y los tres huesecillos conducen el sonido desde el tímpano hasta la cóclea.

El oído interno o laberinto tiene estructuras de audición (cóclea o caracol) y de órgano periférico del equilibrio o aparato vestibular (sáculo, utrículo, conductos semicirculares). Estas estructuras están llenas de líquido (endolinfa) y rodeados de perilinfa.

II. NORMAS GENERALES DE CODIFICACIÓN

La patología del oído se clasifica en la sección **380 – 389 Enfermedades del oído y proceso mastoideo** del capítulo 6.

Al igual que en la sección de los trastornos del ojo, al inicio de esta sección existe una nota que indica que cuando el trastorno clasificado es debido a una causa externa, se debe añadir el código E para identificar la causa de la patología ocular.

En otros capítulos se pueden encontrar códigos para ciertas patologías que se clasifican fuera de esta sección.

III. TRASTORNOS DEL OÍDO MEDIO

1. Otitis media

La otitis media o inflamación del oído medio se codifica con detalle en las categorías **381 Otitis media no supurativa y trastornos de la trompa de Eustaquio** y **382 Otitis media supurativa y no especificada**.

La clasificación distingue con códigos específicos entre otitis media no supurativa y supurativa; aguda y crónica; serosa, mucosa o hemorrágica así como el lugar anatómico afectado. Por tanto, en la indización hay que procurar recabar todos los términos clave posibles para poder asignar un código específico.

También encontramos otitis media en otras categorías, como es el caso de la otitis media adhesiva crónica, **385.1 Otros trastornos del oído medio y de la mastoides. Enfermedad adhesiva del oído medio.**

Es frecuente la necesidad de emplear codificación múltiple para identificar, con código adicional, el germen causante de la otitis.

La perforación del tímpano que se presenta en el transcurso de una otitis media supurativa no se codifica adicionalmente sino que va implícita en el código de la otitis. Así lo indica la nota «*Excluye*» de la subcategoría **384.2 Otros trastornos de la membrana timpánica. Perforación de la membrana timpánica:**

Excluye:

- otitis media con perforación de la membrana timpánica (382.00 – 382.9)

2. Colesteatoma

El colesteatoma no es una neoplasia sino una patología del oído medio causada por proliferación de masas de epitelio queratinizante, que forman escamas que no pueden ser expulsadas hacia el exterior, comprimiendo los alrededores. Suele ser secundaria a una infección crónica del oído y puede erosionar la mastoides.

- El colesteatoma del oído medio se codifica en la subcategoría **385.3 Otros trastornos del oído medio y de la mastoides. Colesteatoma del oído medio y mastoides.**
- Si se especifica que el colesteatoma es de la cavidad postmastoidectomía, se clasifica en el código **383.32 Mastoiditis y enfermedades conexas. Colesteatoma recurrente de cavidad posmastoidectomía.**
- Al colesteatoma de oído externo se le asigna el código **380.21 Otra otitis externa. Colesteatoma del oído externo.**

Ejemplo³⁹:

Paciente con otorrea crónica que es diagnosticada de colesteatoma y pólipo del oído medio.

**385.3 Otros trastornos del oído medio y de la mastoides.
Colesteatoma del oído medio y mastoides**

El pólipo del oído medio se clasifica en el mismo código que el colesteatoma.

3. Procedimientos sobre oído medio

Las intervenciones sobre el oído medio se clasifican en dos categorías:

- **19 Operaciones reconstructivas sobre oído medio**
- **20 Otras operaciones sobre el oído medio y el oído interno**

3.a. Miringotomía

La miringotomía o timpanocentesis es la punción del tímpano, que puede ser:

- Con inserción de tubo de drenaje o miringotomía, que se recogerá en el código **20.01 Otras operaciones sobre el oído medio y el oído interno. Miringotomía con inserción de tubo.**
- Sin inserción tubo codificándose como **20.09 Otras operaciones sobre el oído medio y el oído interno. Otra miringotomía.**

3.b. Timpanoplastias o miringoplastias

La miringoplastia es una técnica quirúrgica destinada al cierre de una perforación timpánica, generalmente causada por otitis media supurativa no colesteatomatosa, mediante la colocación de un injerto. Este tipo de cirugía se indica en el tratamiento de perforaciones timpánicas, sin supuración actual ni en los últimos meses. También se conoce como timpanoplastia tipo I. Se clasificará en el código **19.4 Operaciones reconstructivas sobre oído medio. Miringoplastia.**

Las demás timpanoplastias, del tipo II al V son más complejas y se distinguen por la ubicación del injerto. Se codifican en la subcategoría **19.5 Operaciones reconstructivas sobre oído medio. Otra timpanoplastia.**

3.c. Mastoidectomía

La mastoidectomía es una cirugía para extirpar las celdillas en los espacios huecos y llenos de aire que se encuentran en las celdillas mastoideas. Es la intervención más frecuente para el tratamiento del colesteatoma. Se clasifica en la subcategoría **20.4 Otras operaciones sobre el oído medio y el oído interno. Mastoidectomía**. El 4º dígito permite distinguir entre mastoidectomía simple, radical y otras, como aticoantrostomía o la radical modificada.

Las complicaciones de la mastoidectomía como quistes mucosos, granulaciones por inflamación crónica o colesteatoma recurrente, se codifican en la subcategoría **383.3 Mastoiditis y enfermedades conexas. Complicaciones después de mastoidectomía**.

IV. VÉRTIGO

El vértigo es una sensación de falta de equilibrio, generalmente de carácter rotatorio. Existen varias formas de vértigo. Por ejemplo, se distingue entre vértigo periférico, con origen en el aparato vestibular del oído interno, y vértigo central, con origen en el sistema nervioso central.

La categoría **386 Síndrome de vértigo y otros trastornos del aparato vestibular** recoge la mayoría de los vértigos.

- **Vértigo periférico:** subcategorías **386.0 Síndrome de vértigo y otros trastornos del aparato vestibular. Enfermedad de Ménière** y **386.1 Síndrome de vértigo y otros trastornos del aparato vestibular. Otro vértigo periférico y vértigo periférico no especificado**.

Con el 5º dígito se especifican la localización o el tipo de la lesión que causa el vértigo.

- **Vértigo central:** **386.2 Síndrome de vértigo y otros trastornos del aparato vestibular. Vértigo de origen central**.

Existen algunos tipos de vértigos clasificados en otros capítulos, como:

- **Vértigo epidémico:** código **078.81 Otras enfermedades especificadas por virus y Clamidia. Vértigo epidémico**.
- **Vértigo no especificado:** **780.4 Síntomas generales. Vértigo y mareo**.

- **Vértigo epiléptico:** se clasifica como epilepsia en la categoría **345 Epilepsia y crisis recurrentes**.

V. HIPOACUSIA O SORDERA

La hipoacusia o sordera se codifica con detalle en función del origen de la sordera.

1. Conductiva

La hipoacusia conductiva o de transmisión se produce por alteración de las estructuras de conducción del sonido y se codificará en la subcategoría **389.0 Hipoacusia. Hipoacusia conductiva**, con subclasificación para identificar la estructura que origina la hipoacusia (oído externo, medio, membrana timpánica, oído interno o varias de ellas).

2. Neurosensorial

La hipoacusia neurosensorial de percepción se produce por alteración de las estructuras nerviosas que intervienen en la audición. Se clasifica en la subcategoría **389.1 Hipoacusia. Hipoacusia neurosensorial** y con el 5º dígito identifica si la afectación es neural o sensitiva; unilateral o bilateral; central; o neurosensorial unilateral, asimétrica o combinada bilateral.

3. Mixta

La hipoacusia mixta, de transmisión y de percepción se clasifica en el código **389.2 Hipoacusia. Hipoacusia neurosensorial y conductiva mixta**.

4. Procedimientos

El tratamiento para la corrección de la hipoacusia es la colocación de prótesis auditivas y se codificará:

- Inserción de prótesis auditiva electromagnética en conducto óseo: **20.95 Otras operaciones sobre el oído medio y el oído interno. Implante de prótesis auditiva electromagnética**.
- Inserción de prótesis cocleares, según sean no especificada de otra manera, de canal único o múltiple **20.96 - 20.98 Implantación o sustitución de prótesis coclear**.

- Reparación o extracción de algún componente de una prótesis auditiva o colocación de tornillo como soporte para prótesis de oído: **20.99 Otras operaciones sobre el oído medio y el oído interno. Otras operaciones sobre oído medio y el oído interno.**
- Ajuste de los componentes externos de una prótesis coclear: **95.49 Procedimientos no operatorios relacionados con el oído. Otros procedimientos no operatorios relacionados con el oído.**
- Colocación de aparato de prótesis auditiva: **95.48 Procedimientos no operatorios relacionados con el oído. Aplicación de audífono.**

REFERENCIAS

1. Harrison Principios de Medicina Interna. Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J, eds. 17ª ed. México DF: McGraw-Hill; 2009. Disponible en: <http://www.harrisonmedicina.com/index.aspx>
2. Tortosa i Moreno A. Fisiología del Sistema Nervioso. Actividades de la vida diaria. Dimensión biológica. Fisiología del sistema nervioso. Disponible en: <http://www.infermeravirtual.com/es-es/actividades-de-la-vida-diaria/la-persona/dimension-biologica/sistema-nervioso/funciones-del-sistema.html>
3. Pena González J, Conejo Gómez C, Ferreras Fernández MJ et al. Normas generales. Codificación en CIE-9-MC. Edición 2010. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2010. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=profesionales_cmbd&file=/contenidos/gestioncalidad/cmbd\contenido_indboletines.htm
4. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. CIE-9-MC. Manual de Codificación. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. Disponible en: http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Manual_de_codificacion.pdf
5. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª Revisión, Modificación Clínica. 8ª ed. Edición electrónica de la CIE-9-MC Enero 2012. Madrid: Instituto de Información Sanitaria. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. Disponible en: <http://eciemaps.mspsi.es/ecie-Maps-2010>
6. Carballeira Brañas S. Punción lumbar. Disponible en: <http://www.fisterra.com/ayuda-en-consulta/tecnicas-atencion-primaria/puncion-lumbar/>
7. Clasificación de los trastornos del sueño. Gállego Pérez-Larraya J, Toledo JB, Urrestarazu E, Iriarte J. An Sist Sanit Navar 2007; 30 (Supl. 1):19-36.
8. ICSD - International classification of sleep disorders, revised: Diagnostic and coding manual. Illinois: American Academy of Sleep Medicine; 2001.
9. Ingenix. ICD-9-CM for Hospitals. 2010 Expert. UT: Ingenix; 2010.
10. Ministerio de Sanidad y Consumo. Unidad Técnica de la CIE-9-MC para el sistema Nacional de Salud. Preguntas a la unidad. Boletín 4. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1996. Disponible en: <http://eciemaps.mspsi.es/ecieMaps-2010/normative/bcc/bcc4.htm#PREGUNTAS%20A%20LA%20UNIDAD>
11. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, Second Quarter 2007; 24(2).

12. Martínez Reina A, Fornieles García Y, López Torné MM et al. Trastornos Mentales, nº 5. Codificación en CIE-9-MC. Edición 2010. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2010. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=profesionales_cmbd&file=/contenidos/gestioncalidad/cmbd\contenido_indboletines.htm
13. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, Fourth Quarter 2003; 20(4).
14. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, Fourth Quarter 1997; 14 (4).
15. Ministerio de Sanidad y Consumo. Unidad Técnica de la CIE-9-MC para el sistema Nacional de Salud. Boletín 9. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1998. Disponible en: <http://eciemaps.mspsi.es/ecieMaps-2010/normative/bcc/bcc9.htm#PREGUNTAS%20A%20LA%20UNIDAD>
16. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Nota informativa 2011/1. Unidad Técnica de codificación CIE-9-MC. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. Disponible en: <http://eciemaps.mspsi.es/ecieMaps-2010/normative/normative.html#>
17. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, First Quarter 2007; 24(1).
18. Brown F. ICD-9-CM Coding Handbook with Answers. Revised Edition. Chicago: AHA Press; 2010.
19. Martínez Reina A, Romero Campos A, Casado Fernández E et al. Síntomas, Signos y Estados Mal Definidos, nº 16. Codificación en CIE-9-MC. Edición 2010. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2010. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=profesionales_cmbd&file=/contenidos/gestioncalidad/cmbd\contenido_indboletines.htm
20. Ortega JL, Neira F. El síndrome doloroso regional complejo y medicina basada en la evidencia. Rev Soc Esp Dolor 14 (2007); 2:133 – 146. Disponible en: <http://www.revista.sedolor.es/articulo.php?ID=483&mostrar=TC>
21. International Classification of Headache Disorders, second edition (ICHD-II). International Headache Society. Disponible en: <http://ihs-classification.org/en/>
22. Ministerio de Sanidad y Consumo. Unidad Técnica de la CIE-9-MC para el sistema Nacional de Salud. Preguntas a la Unidad. Boletín 16. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2000. Disponible en: <http://eciemaps.mspsi.es/ecieMaps-2010/normative/bcc/bcc16.htm>
23. World Health Organization. Media Centre. Fact sheet 2009; January (nº 999). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/en/index.html>
24. Ministerio de Sanidad y Consumo. Unidad Técnica de la CIE-9-MC para el sistema Nacional de Salud. Preguntas a la Unidad. Boletín 25. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. Disponible en: <http://eciemaps.mspsi.es/ecieMaps-2010/normative/bcc/boletin25.pdf>

25. Irala Pérez, FJ, Labrador Gómez D, Pena González, J et al. Enfermedades del Sistema Respiratorio, nº 8. Codificación en CIE-9-MC. Edición 2010. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2010. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicio-andaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=profesionales_cmbd&file=/contenidos/gestioncalidad/cmbd\contenido_indboletines.htm
26. Ocularis, el proyecto divulgativo sobre la visión. Uveítis (I): concepto. Disponible en: <http://ocularis.es/blog/?p=104>
27. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, First Quarter 1994; 11(1).
28. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, Five Quarter 1993; 10(5).
29. Oliva G, Navarro L. Degeneración macular asociada a la edad: estrategias actuales en el tratamiento. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Ciencia e Innovación. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, AATRM núm. 2007/09. Disponible en: http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/degeneracion_macular_edad-aatrm09.pdf
30. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, Fourth Quarter 2008; 25(4).
31. Discapnet. Retinopatía del prematuro. Disponible en: <http://salud.discapnet.es/Castellano/Salud/Enfermedades/EnfermedadesDiscapacitantes/R/Retinopatia%20del%20Prematuro/Paginas/cover%20prematuro.aspx>
32. Instituto de Microcirugía Ocular. Glaucoma. ¿Qué es el glaucoma? Disponible en: http://www.imo.es/patologia/glaucoma/?gclid=CKml7-m_6a8CFQ1lfAodsndl1Q
33. Larrain Alzamora C. Glaucoma. IV Oftalmología. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/Medicina/cirugia/Tomo_IV/glaucoma.htm
34. Ministerio de Sanidad y Consumo. Unidad Técnica de la CIE-9-MC para el sistema Nacional de Salud. Glaucoma y estrabismo. Boletín 10. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1998. Disponible en: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/boletines/home.htm>
35. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, Third Quarter 2002; 19(3).
36. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, Second Quarter 1994; 11(2).
37. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, Third Quarter 2004; 21(3).
38. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, Fourth Quarter 2007; 24(4).
39. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, Third Quarter 2000; 17(3).

