

# CODIFICACIÓN CLÍNICA CON LA CIE-9-MC

ACTUALIZACIÓN EN LA CODIFICACIÓN  
DE ENFERMEDADES MENTALES

---

Boletín número 34

Año XV

Enero, 2011

---



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL  
E IGUALDAD



# Codificación Clínica con la CIE-9-MC

Actualización en la  
codificación de enfermedades  
mentales

**Coordinación editorial:**

Mercedes Álvarez Bartolomé  
Dolores Pastor Sanmillán

**Realizado por:**

Pedro Pozo Martínez: Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia y profesor de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Murcia.

Miguel Ángel Santiuste de Pablos: Médico adjunto del Servicio de Psiquiatría del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.

M<sup>a</sup> Dolores Juárez Salvador: FEA de Psiquiatría de la Unidad Infanto-Juvenil del Centro de Salud Mental de San Andrés de Murcia.

M<sup>a</sup> Gala Gutiérrez Miras: Médico de Admisión y Documentación Clínica del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.

**Representantes de la Unidad Técnica:**

Araceli Díaz Martínez (Andalucía). M<sup>a</sup> Dolores del Pino Jiménez (Aragón). Ana Rocés Fernández (Asturias). M<sup>a</sup> José Santos Terrón (Baleares). M<sup>a</sup> Coromoto Rodríguez del Rosario (Canarias) Angel Río Varona (Cantabria). Carmen Vilchez Perdigón (Castilla-La Mancha). Fernando Peña Ruiz (Castilla y León). Rosa Montoliu Valls (Cataluña). Belén Beneítez Moralejo (Extremadura). Guillermo Rodríguez Martínez (Galicia). Lorenzo Echeverría Echarri (La Rioja). Ana Vara Lorenzo (Madrid). M<sup>a</sup> Gala Gutiérrez Miras (Murcia). Blanca Salcedo Muñoz (Navarra). M<sup>a</sup> Isabel Mendiburu Pérez (País Vasco). Jorge Renau Tomas (Valencia). Carmen Salido Campos (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad). Arturo Romero Gutiérrez (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad). Isabel de La Riva Jiménez (SEDOM)

**Secretaría:**

M<sup>a</sup> José Aguilera Molina  
Ester Salmador Baraibar

Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD

Secretaría General Técnica

Centro de Publicaciones

Paseo del Prado, 18. 28014 Madrid

NIPO papel: 860-11-085-X

NIPO en línea: 860-11-084-4

Depósito Legal: AV-53-2011

Imprime: MIJÁN, Industrias Gráficas Abulenses

<http://publicacionesoficiales.boe.es/>

# Índice

<b>Prefacio</b>	7
<b>I. Actualización en la codificación de las enfermedades mentales</b>	9
1. Introducción	9
2. Trastornos mentales orgánicos	11
3. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas	23
4. Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes	34
5. Trastornos psicóticos agudos y transitorios	37
6. Trastornos del humor (afectivos)	39
7. Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	43
8. Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos	52
9. Trastornos de la personalidad	56
10. Trastornos del desarrollo psicológico	60
11. Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	62
12. Intento de suicidio	64
13. Terapia psiquiátrica	65
Referencias bibliográficas	66
Glosario de términos	67
<b>II. Preguntas a la unidad</b>	69



La codificación de las enfermedades mentales es quizás uno de los retos a los que se enfrentan los codificadores de forma habitual. En primer lugar el capítulo de Enfermedades Mentales de la CIE9MC posee un número muy limitado de códigos que resulta claramente insuficiente y cuyos criterios de clasificación para algunas entidades han quedado obsoletos. Por otro lado, los profesionales sanitarios de esta especialidad vienen utilizando para la clasificación de los diagnósticos la CIE10 o el DSM-IV. Ambas realidades dan un mayor valor al contenido de este boletín ya que los autores han tratado de emparejar estas clasificaciones.

La realización de este monográfico surge de la colaboración de varios especialistas en psiquiatría y la representante de la Unidad Técnica de la CIE9MC por la Comunidad de Murcia. Es importante resaltar que para la correcta codificación de la documentación clínica se hace necesario que tanto el documentalista como el médico responsable del episodio asistencial entiendan la importancia y la finalidad de la codificación clínica.

La Unidad Técnica CIE9MC ha considerado así mismo de interés la inclusión en este boletín de un conjunto de preguntas que, a lo largo de los dos últimos años, se nos han formulado por parte de codificadores. Las respuestas ofrecidas son resultado del consenso obtenido por los miembros de la Unidad y hay que resaltar que en muchas ocasiones la tarea no ha sido fácil y esperamos que sirvan para dar respuesta a las realidades complejas que se presentan cada día.





# I. Actualización en la codificación de las enfermedades mentales

## 1. Introducción

Los trastornos mentales y del comportamiento son uno de los problemas más frecuentes en Salud. Crean un alto nivel de discapacidad y de sufrimiento a las personas que los padecen y una considerable aflicción en el entorno familiar. Mientras la mayoría de las sociedades demuestran empatía y un cierto nivel de asistencia para los que padecen discapacidad física, la actitud hacia los enfermos mentales es a veces de estigma y rechazo.

La CIE-9-MC clasifica las enfermedades mentales en tres grandes grupos:

- Psicosis (290-299)
  - Psicosis orgánicas (290-294)
  - Otras psicosis (295-299)
- Trastornos neuróticos, trastornos de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos (300-316)
- Retraso mental (317-319)

### 1.1. Informe de alta

El informe de alta de psiquiatría tiene particularidades que lo diferencian del que se realiza en otras especialidades, fundamentalmente en lo relativo a los antecedentes personales. El diagnóstico de la enfermedad mental puede alargarse y cambiar en el tiempo, es decir puede debutar de manera que haga pensar en un determinado diagnóstico y con el tiempo, el curso clínico puede llevar al psiquiatra a etiquetar la enfermedad de otra forma. Esto explica que en los antecedentes personales se puedan encon-

trar diferentes diagnósticos psiquiátricos que, sin embargo, no son recogidos en el juicio clínico. Por esta razón, al codificar un episodio, hay que ceñirse al juicio diagnóstico emitido por el médico y, en caso de duda, el facultativo responsable del alta deberá determinar que patología es la que está o no presente en dicho episodio de cuidados.

Otros aspectos que hay que tener en cuenta para una correcta codificación del episodio son:

- El tiempo transcurrido desde que se realizó el diagnóstico de la enfermedad: Hay algunas subclasificaciones de 5º dígito que hacen referencia a ello.
- Si el paciente ha tomado el tratamiento o lo ha abandonado: Esto es causa de muchas descompensaciones de la enfermedad y llevan al ingreso **V15.81 No cumplimiento de tratamiento médico.**
- Situaciones familiares o sociales que estén influyendo en el agravamiento de la enfermedad (divorcio, paro, problemas de salud en la familia, etc.) **V61 y V62.**
- Antecedentes familiares de trastornos mentales **V17.0 Historia familiar de enfermedad psiquiátrica** o **V18.4 Historia familiar de retraso mental.**
- **Ideas de suicidio V62.84** (sin haberlo intentado).

Es importante tener algunas nociones de patología psiquiátrica para no caer en el error de codificar síntomas o signos que ya están implícitos en la enfermedad. Además no se debe olvidar codificar todos aquellos procesos patológicos que coexisten con la enfermedad mental en el momento del ingreso, que se desarrollan a lo largo de éste o influyen en la duración y/o tratamiento administrado.

## 2. Trastornos mentales orgánicos

Son aquellos cuya etiología es una enfermedad o lesión cerebral que puede ser primaria, cuando afectan al cerebro de un modo directo o secundaria como en el caso de las enfermedades sistémicas que afectan a diversos órganos o sistemas, entre ellos al cerebro.

### 2.1. Demencia

Es un síndrome debido a una enfermedad cerebral en la que hay déficits de múltiples funciones corticales superiores, entre ellas la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio, sin embargo la conciencia permanece conservada.

Clasificación de las demencias:

- Degenerativas: E. Alzheimer, por cuerpos de Lewy, fronto-temporal, etc.
- Vascular: Multiinfarto, Binswanger, etc.
- Posencefalopatía: Postraumática, etc.
- Infecciosa: Asociada a VIH, neurosífilis, etc.
- Tóxica: Alcohólica, etc.
- Metabólicas: Asociada a insuficiencia hepática, etc.
- Neoplásicas: Primaria, secundaria, síndrome paraneoplásico, etc.
- Nutricionales: Por déficits de vitamina B12, etc.
- Trastornos crónicos inflamatorios: Lupus, etc.

La enfermedad de Alzheimer es la primera causa de demencia, supone entre el 50 y el 60% de los casos seguida por la demencia de origen vascular cuya incidencia está entre el 17 y el 29 %. Ambas etiologías están presentes de forma simultánea en el 10-23 % de los casos. La enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular representan un 80% del total de los casos de pacientes con demencia.

## Codificación

- En las demencias asociadas a otras enfermedades es preciso utilizar la codificación múltiple para la completa descripción del proceso.  
En primer lugar se secuencia el código que identifica la enfermedad subyacente y a continuación se asigna el código **294.1X Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar**. El 5º dígito proporciona información relativa a la presencia o ausencia de alteraciones de conducta:
  - Sin alteración del comportamiento (294.10): si la alteración cognoscitiva no se acompaña de una alteración de comportamiento clínicamente significativa.
  - Con alteración del comportamiento (294.11): si la alteración cognoscitiva se acompaña de una alteración de comportamiento clínicamente significativa, por ejemplo andar sin rumbo, desorientación, agresividad.
- En la codificación de las demencias senil, presenil y vascular, el 5º dígito de subclasificación proporciona información sobre la presencia o no de complicaciones como el delirium o estado confusional agudo, las características delirantes o la depresión.
- La **categoría 290** tiene una instrucción en la lista tabular que indica que debe codificarse en primer lugar la enfermedad neurológica asociada. Esta instrucción solo se tendrá en cuenta en aquellos casos en los que dicha enfermedad es conocida. Si no se dispone de información sobre la enfermedad neurológica asociada la instrucción será obviada.

### 2.1.1. Enfermedad de Alzheimer

Es una enfermedad degenerativa cerebral primaria de etiología desconocida. La demencia asociada a esta enfermedad puede ser de inicio precoz (menores de 65 años), de evolución más rápida y con marcadas alteraciones de las funciones corticales superiores o de inicio tardío (mayores de 65 años) que se caracteriza fundamentalmente por el deterioro de la memoria. Para su correcta codificación, al igual que otras demencias asociadas a otras enfermedades, precisa dos códigos, en este caso el código **331.0 Enfermedad de Alzheimer** (identifica la enferme-

dad subyacente) y el código **294.1X Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar.**

### **IAE**

#### **Alzheimer, de**

- demencia (senil)
- - con alteración de la conducta 331.0 [294.11]
- - sin alteración de la conducta 331.0 [294.10]

#### 2.1.2. Demencia en enfermedad de Pick

Es una demencia progresiva de comienzo en edad media de la vida. Se caracteriza por cambios de carácter y comportamiento que evolucionan a deterioro de la inteligencia, memoria y lenguaje.

### **IAE**

#### **Demencia 294.8**

- debida a o asociada con estado(s) clasificado(s) bajo otros conceptos
- - enfermedad de Pick
- - - con alteración de la conducta 331.11 [294.11]
- - - sin alteración de la conducta 331.11 [294.10]

#### 2.1.3. Demencia de Creutzfeldt-Jakob

Esta demencia también es de carácter progresivo siendo su etiología infecciosa. Comienza hacia mitad o el final de la vida. Su curso es subagudo y lleva a la muerte en uno o dos años.

### **IAE**

#### **Demencia 294.8**

- debida a o asociada con estado(s) clasificado(s) bajo otros conceptos
- - enfermedad de Jakob-Creutzfeldt (ECJ) (variante nueva)
- - - con alteración de la conducta 046.19 [294.11]
- - - sin alteración de la conducta 046.19 [294.10]

#### 2.1.4. Demencia en la enfermedad de Huntington

Esta enfermedad es transmitida por un gen autosómico dominante; suele iniciarse hacia la tercera o cuarta década de la vida, es lentamente progresiva, llevando a la muerte normalmente al cabo de 10 a 15 años.

## **IAE**

### **Demencia** 294.8

- debida a o asociada con estado(s) clasificado(s) bajo otros conceptos
- - corea de Huntington
- - - con alteración de la conducta 333.4 [294.11]
- - - sin alteración de la conducta 333.4 [294.10]

#### 2.1.5. Demencia en la enfermedad de Parkinson

Aparece en el curso de una clara enfermedad de Parkinson. No se han demostrado rasgos clínicos que permitan distinguirla de otras demencias.

**Sinónimo:** demencia en la parálisis agitante

## **IAE**

### **Demencia** 294.8

- debida a o asociada con estado(s) clasificado(s) bajo otros conceptos
- - parkinsonismo
- - - con alteración de la conducta 331.82 [294.11]
- - - sin alteración de la conducta 331.82 [294.10]

#### 2.1.6. Demencia por cuerpos de Lewy

Los cuerpos de Lewy son estructuras eosinofílicas localizadas en el citoplasma de las neuronas. Es la segunda causa más frecuente de demencia en ancianos. La clínica incluye alteraciones motoras propias de la enfermedad de Parkinson y otros síntomas similares a los que se presentan en la enfermedad de Alzheimer.

## **IAE**

### **Demencia** 294.8

- debida a o asociada con estado(s) clasificado(s) bajo otros conceptos
- - cuerpos de Lewi
- - - con alteración de la conducta 331.82 [294.11]
- - - sin alteración de la conducta 331.82 [294.10]

### 2.1.7. Demencia en la infección por HIV

Se desarrolla por una infección debida a HIV en ausencia de otra enfermedad concomitante que pudiera explicar dicha demencia.

#### **IAE**

##### **Demencia 294.8**

- debida a o asociada con estado(s) clasificado(s) bajo otros conceptos
- - VIH
- - - con alteración de la conducta 042 [294.11]
- - - sin alteración de la conducta 042 [294.10]

### 2.1.8. Demencia fronto-temporal

Es un síndrome clínico causado por la degeneración de los lóbulos frontal y parietal del cerebro. Afecta principalmente a la personalidad, al comportamiento y al habla.

#### **IAE**

##### **Demencia 294.8**

- frontal 331.19
- - con alteración de la conducta 331.19 [294.11]
- - sin alteración de la conducta 331.19 [294.10]

### 2.1.9. Demencia vascular

Se define como el deterioro cognitivo secundario a lesiones cerebrales causadas por enfermedad cerebrovascular (ECV). La demencia vascular presenta una clínica y una velocidad de progresión distinta en cada paciente, dependiendo de la etiología de la misma. Algunos síntomas pueden ser similares a otros tipos de demencia, sin embargo una de las características de esta enfermedad es la progresión escalonada, con curso fluctuante y deterioros súbitos.

**Sinónimos:** demencia multiinfarto, demencia arteriosclerótica.

#### **IAE**

##### **Demencia 294.8**

- arteriosclerótica (tipo simple) (no complicada)  
290.40

- infarto múltiple (cerebrovascular) (*véase además*  
Demencia, arteriosclerótica) 290.40
- vascular 290.40

### **Codificación**

La lista tabular indica la necesidad de emplear código adicional para identificar la **arteriosclerosis cerebral (437.0)** si está documentada.

Hay que tener en cuenta la diferencia entre la demencia vascular y el deterioro cognitivo secuela de un ACV. En la demencia vascular existe una disminución de las capacidades cognitivas del sujeto en relación con el nivel previo, de forma suficientemente intensa y mantenida y que además interfiere notoriamente en su vida social o laboral. Hay múltiples déficits cognitivos. Un trastorno cognitivo puede ser ligero y la persona no pierde su autonomía o de mayor intensidad y entonces se dice que tiene rango demencial. La demencia vascular se debe codificar con un código de la subcategoría **290.4X**, dejando el código 438.0 para las deficiencias cognitivas secuela de ACV en las que no se especifique claramente que existe demencia.

#### 2.1.10. Demencia mixta

Una demencia mixta o combinada (o de etiología múltiple) puede ser tanto una demencia degenerativa tipo enfermedad de Alzheimer con una demencia secundaria tipo vascular como cualquier otra combinación de demencias. Para su correcta codificación será necesario que el médico defina qué tipo de demencias se combinan. La asociación más frecuente es la de EA y demencia vascular.

Demencia tipo Alzheimer y demencia vascular

**331.0** Enfermedad de Alzheimer

**294.1X** Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar

**290.4X** Demencia vascular

**437.0** Arteriosclerosis cerebral (si está documentado)



## 2.2. Otros trastornos mentales debidos a lesión, disfunción cerebral o a enfermedad somática

Se trata de una serie de trastornos mentales agrupados por tener en común una etiología demostrable, enfermedad, lesión cerebral u otra afección causante de la disfunción cerebral.

Para la correcta codificación de todos estos trastornos es preciso secuenciar en primer lugar la enfermedad subyacente y a continuación la afección mental especificada.

**Sinónimo:** síndrome psicoorgánico

### IAE

**Trastorno (s) (de) (del)** - *véase además* Enfermedad

- mental (no psicótico) 300.9

- - debido a o asociado con

- - - proceso orgánico NCOC 293.9

**Síndrome** - *véase además* Enfermedad

- psicoorgánico 293.9

### 2.2.1. Alucinosis orgánica

Son alucinaciones persistentes o recurrentes, normalmente visuales o auditivas, con un estado de conciencia clara. Lo más frecuente es que se conserve la conciencia de enfermedad. La entrada en el IA es síndrome psicoorgánico alucinatorio.

### IAE

**Síndrome** - *véase además* Enfermedad

- psicoorgánico 293.9

- - tipo

- - - alucinatorio 293.82

### 2.2.2. Trastorno catatónico orgánico

Se caracteriza por una actividad psicomotriz disminuida (estupor) o aumentada (agitación), que se acompaña de síntomas catatónicos. La entrada en el IA es: catatonía debida a proceso orgánico.

## IAE

**Catatonía, catatónico** (aguda) 781.99

- debida o asociada a proceso orgánico 293.89

### 2.2.3. Trastorno de ideas delirantes (esquizofreniforme) orgánico

Predominan las ideas delirantes persistentes o recurrentes; pueden acompañarse de alucinaciones. La búsqueda en el IA es por psicosis orgánica transitoria con delusiones o por síndrome psicoorgánico paranoide y el código apropiado es el **293.81 Trastorno psicótico con delirios en enfermedades clasificadas en otro lugar.**

## IAE

**Psicosis** 298.9

- orgánica NCOC 294.9

- - transitoria 293.9

- - - con

- - - - delusiones 293.81

**Síndrome** - véase además Enfermedad

- psicoorgánico 293.9

- - tipo

- - - paranoide 293.81

### 2.2.4. Trastornos del humor (afectivos) orgánicos

Se caracterizan por presentar un estado de ánimo depresivo, hipomaniaco, maniaco o bipolar como consecuencia de un trastorno orgánico. La entrada en el IA es psicosis orgánica transitoria con depresión o psicosis afectiva debida a proceso orgánico. Se codifica con el código **293.83 Trastorno del humor en enfermedades clasificadas en otro lugar.**

## IAE

**Psicosis** 298.9

- afectiva (véase además Trastorno, estado de ánimo)  
296.90

- - debida o asociada a un proceso orgánico 293.83

**Psicosis** 298.9

- orgánica NCOC 294.9

- - transitoria 293.9

- - - con
- - - - depresión 293.83

### 2.2.5. Trastorno de ansiedad orgánico

Es un cuadro caracterizado por presentar un estado de ansiedad transitorio generalizado, un trastorno de pánico o una combinación de ambos pero que se presentan como consecuencia de una alteración orgánica (epilepsia, tirotoxicosis, feocromocitoma). La entrada en el IA es psicosis orgánica transitoria con ansiedad o síndrome psicoorgánico ansioso y el código apropiado es el **293.84 Trastorno de ansiedad en enfermedades clasificadas en otro lugar.**

#### IAE

- Psicosis** 298.9
  - orgánica NCOC 294.9
  - - transitoria 293.9
  - - - con
  - - - - ansiedad 293.84
- Síndrome** - *véase además* Enfermedad
  - psicoorgánico 293.9
  - - - ansioso 293.84

### 2.2.6. Trastorno disociativo orgánico

Es la pérdida total o parcial de la integración normal entre la memoria para hechos pasados, para rasgos de identidad y para sensaciones recientes y el control de los movimientos corporales con causa orgánica. La búsqueda en el IA es síndrome psicoorgánico especificado.

#### IAE

- Síndrome** - *véase además* Enfermedad
  - psicoorgánico 293.9
  - - tipo
  - - - especificado NCOC 293.89

### 2.2.7. Trastorno de labilidad emocional (asténico) orgánico

Afección que se caracteriza por presentar incontinencia emocional, fatigabilidad y diversas sensaciones corporales desagradables y dolores

atribuibles a un factor orgánico. La entrada por el I.A. es síndrome psicoorgánico especificado.

## **IAE**

**Síndrome** - véase además Enfermedad

- psicoorgánico 293.9

- - tipo

- - - especificado NCOC 293.89

### 2.2.8. Delirium (no inducido por drogas)

Se trata de un síndrome cerebral orgánico caracterizado por la presencia simultánea de trastornos de conciencia y atención, de la percepción, del pensamiento, de la memoria, de la psicomotilidad, de las emociones y del ciclo sueño-vigilia. El síntoma cardinal es la alteración de la conciencia. Su inicio es brusco, su duración es corta (horas o días) y presenta fluctuaciones a lo largo del día.

**Sinónimos:** estado confusional (no alcohólico), psicosis infecciosa, reacción orgánica, síndrome psicoorgánico, síndrome confusional agudo.

## **IAE**

**Estado**

- confusional 298.9

- - agudo 293.0

**Delirio, delirante** 780.09

- agudo (psicótico) 293.0

## **Codificación**

Los códigos y literales de las subclasificaciones y subcategorías de la **categoría 293**<sup>1</sup> pueden ser utilizados como diagnóstico principal cuando no exista conocimiento de la enfermedad o trastorno subyacente. En caso de encontrar en un informe de alta la existencia de agitación psicomotriz es conveniente revisar la historia clínica pues muchas veces se trata de estados confusionales agudos.

<sup>1</sup> Estos códigos aparecen en cursiva debido a un error tipográfico de la 7ª edición de la CIE 9 MC. En la edición original, estos códigos y literales están impresos en letra regular.

### 2.2.9. Trastorno cognoscitivo leve

Se caracteriza por la presencia fundamental de un déficit de memoria, así como de pequeños déficits en otras áreas cognitivas (orientación, pensamiento abstracto, lenguaje, capacidad de juicio y razonamiento) pero sin deterioro funcional doméstico ni laboral, no reuniendo criterios para poder realizar un diagnóstico de demencia.

#### **IAE**

**Deterioro, deteriorado** (función)

- cognitivo, leve, descrito como tal 331.83

## 2.3. Trastornos de la personalidad y del comportamiento de causa orgánica

### 2.3.1. Trastorno orgánico de la personalidad

Consiste en una alteración significativa de las formas habituales del comportamiento que afectan a la expresión de las emociones, de las necesidades y de los impulsos. La entrada en el IA es Trastorno de personalidad después de daños cerebrales orgánicos.

#### **IAE**

**Trastorno** (s) (de) (del) - *véase además* Enfermedad

- personalidad 301.9

- después de daños cerebrales orgánicos 310.1

### 2.3.2. Síndrome posencefalítico

Son los cambios de comportamientos residuales que se presentan tras haber padecido una encefalitis vírica o bacteriana y es a menudo reversible.

#### **IAE**

**Síndrome** - *véase además* Enfermedad

- posencefalítico 310.8

### 2.3.3. Síndrome posconmocional o s. cerebral postraumático

Se presenta normalmente después de un traumatismo craneal. Puede cursar con pérdida de conciencia e incluye un gran número de síntomas como cefaleas, mareos, dificultad de concentración, deterioro de la memoria y una tolerancia disminuida a situaciones estresantes, a excitaciones emocionales y al alcohol.

#### **IAE**

**Síndrome** - *véase además* Enfermedad

- posconmoción 310.2

- poscontusión 310.2

### 3. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas

Incluye trastornos muy diversos secundarios al consumo de una o más sustancias psicotrópicas aun cuando hayan sido prescritas por un médico.

#### Codificación

El 5º dígito de subclasificación identifica las pautas de consumo en las categorías **303 Síndrome de dependencia del alcohol**, **304 Dependencia de drogas** y **305 Abuso de drogas sin dependencia** (excepto subclasificación 305.1 Trastorno por uso de tabaco). Debe tenerse en cuenta su diferente interpretación según se trate del consumo de alcohol o del consumo de otras drogas.

5º DÍGITO	TÍTULO	ALCOHOL	OTRAS DROGAS
0	No especificada	No especificada	No especificada
1	Continua	Ingesta de grandes cantidades de alcohol diario o durante los fines de semana o los días libres	Consumo de drogas diariamente o casi diariamente
2	Esporádica	Abuso de alcohol que dura semanas o meses seguido de largos períodos sin consumo	Períodos cortos entre consumo de drogas o consumo de fin de semana
3	En vías de remisión	Cese completo del consumo de alcohol o período de descenso de consumo que conducirá al cese	Cese completo del consumo de drogas o período de descenso de consumo que conducirá al cese

#### 3.1. Intoxicación aguda

Los trastornos están directamente relacionados con los efectos farmacológicos agudos producidos por cada sustancia, estos desaparecen con el tiempo produciéndose una recuperación completa excepto cuando se dañan los tejidos o surgen complicaciones.

## **IAE**

### **Intoxicación**

- aguda
  - - alcohólica 305.0
    - - - con alcoholismo 303.0
    - - - efecto residual de borrachera (resaca) 305.0
  - - alucinógena (véase además Abuso, drogas, sin dependencia) 305.3
- alcohol (aguda) 305.0
  - - con alcoholismo 303.0
  - - efecto residual de borrachera (resaca) 305.0
- droga o fármaco 292.9

Paciente remitido al servicio de urgencias por presentar estado de embriaguez tras ingesta importante de alcohol sin historia previa de alcoholismo.

**305.00 Abuso de alcohol sin dependencia alcohólica**

Paciente con historia de alcoholismo crónico que presenta importante estado de embriaguez por lo que es remitido a urgencias

**303.00 Intoxicación alcohólica aguda en dependencia alcohólica**

## 3.2. Consumo perjudicial

Se define como una forma de consumo que está afectando ya a la salud física o mental.

**Sinónimo:** abuso.

## **IAE**

### **Abuso**

- alcohol (*véase además* Alcoholismo) 305.0
- drogas, sin dependencia 305.9

Abuso esporádico de ansiolíticos

**305.42 Abuso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos episódico**



### 3.3. Síndrome de dependencia

Conjunto de manifestaciones físicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, adquiere la máxima prioridad para el individuo. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo a menudo fuerte y a veces insuperable de ingerir dichas sustancias (craving).

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define el alcoholismo como la ingestión diaria de más de 50 gramos/día de alcohol en mujeres (10 vasos de vino o tres whiskies) y de 70 gramos/día en hombres (14 vasos de vino o cuatro whiskies). Se considera abuso a la ingesta alcohólica de más de 30 gramos/día en hombres y más de 20 gramos/día en mujeres.

Estas cantidades resultan nocivas para el hígado y con el paso del tiempo pueden provocar una hepatopatía alcohólica, cuya gravedad variará dependiendo de la cantidad de alcohol consumida, del tiempo durante el que se ingirió y la susceptibilidad individual.

$$\text{Gramos de alcohol} = \frac{\text{Cantidad de bebida (ml. ó cc.)} \times \text{número de grados} \times 0.8}{100}$$

El organismo tolera sin problema un consumo moderado de alcohol. Por consumo moderado se entiende el consumo habitual de 10 a 30 gramos de alcohol al día. Dado que las mujeres metabolizan el alcohol más lentamente que los hombres y que, como media, su volumen corporal es menor, el límite del consumo moderado en las mujeres es de 20 gramos al día. Una ingesta de 20-30 gramos de alcohol corresponde aproximadamente a la incluida en 2 ó 3 consumiciones de bebidas alcohólicas, sea una cerveza de 330 mililitros, un vaso de vino de 80-100 mililitros o la cantidad habitual en una copa de bebidas espirituosas (anís, coñac, etc.).

<b>Bebida</b>	<b>Volumen (cc)</b>	<b>Gramos de alcohol</b>	<b>Graduación alcohólica</b>
Cerveza	200	9.6	6
Vino	100	9.6	12
Champán	100	10.4	13
Jerez	50	6.8	17
Vermut	70	9.0	16
Coñac	50	16.0	40
Anís	50	14.0	38
Sol y sombra	50	15.0	38
Ponche	50	11.2	28
Pacharán	50	11.2	28
Cointreau	50	16.0	40
Ginebra	50	16.0	40
Ron	50	16.8	42
Vodka	50	16.0	42
Whisky	50	18.0	45
Orujo	30	9.0	38

**Sinónimos:** alcoholismo o enolismo crónico, adicción a drogas, toxicomanía.

## **IAE**

### **Dependencia (a)**

- alcohol, alcohólica (etílico) (metílico) 303.9
- droga de tipo opioide 304.0
- - con cualquier otra droga 304.7
- droga especificada NCOC 304.6

Síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética secundario a alcoholismo crónico:

**253.6 Otros trastornos de neurohipófisis**

**303.90 Otras dependencias alcohólicas pauta de consumo no especificada**

En las dependencias a múltiples drogas especificadas hay que codificarlas cada una de ellas por separado y no utilizar sólo un código de combinación.

Politoxicómano dependiente de opiáceos (consumo diario) y cocaína (consumo diario)

**304.71 Dependencia de drogas de tipo opioide con cualquier otra**

**304.01 Dependencia de opiáceos continua + 304.21 Dependencia de cocaína continua**

### 3.4. Síndrome de abstinencia

Conjunto de signos y síntomas orgánicos y psíquicos que se producen cuando hay una falta de consumo absoluta o parcial de una sustancia de la que un sujeto es dependiente. El comienzo y evolución están limitados en el tiempo y están relacionados con el tipo de la sustancia y dosis consumida inmediatamente antes de la abstinencia.

La abstinencia no es suficiente para un diagnóstico de dependencia pues hay pacientes dependientes que no desarrollan abstinencia y por el contrario hay otros que desarrollan abstinencia siendo ésto el efecto adverso de un fármaco y no una dependencia (por ejemplo en pacientes ingresados que requieren opiáceos para controlar unos días el dolor).

#### **IAE**

##### **Abstinencia síntomas o síndrome**

- alcohol 291.81
- droga 292.0

##### **Síndrome - véase además Enfermedad**

- abstinencia
- - alcohol 291.81
- - droga 292.0

### 3.5. Trastorno psicótico

Se presenta durante el consumo de una droga o inmediatamente después de él. No es explicable por la intoxicación aguda y no forma parte del síndrome de abstinencia. Se caracteriza por alucinaciones, ideas

delirantes, trastornos psicomotores y estados emocionales anormales. Suele haber claridad de estado de conciencia, aunque puede estar presente cierto grado de obnubilación. La entrada en el IA es por psicosis alcohólica o por droga con las manifestaciones que presente.

## **IAE**

- Psicosis 298.9**
- alcohólica 291.9
- - con
- - - alucinaciones 291.3<sup>2</sup>
- - - paranoia 291.5
- droga 292.9
- - con
- - - alteraciones del humor 292.84
- - - alucinaciones 292.12
- - - delirios 292.11

Psicosis paranoide alcohólica en alcoholismo crónico (consumo diario)

**291.5 Trastorno psicótico con delirios inducido por alcohol**

**303.91 Otras dependencias alcohólicas con consumo continuado**

### 3.6. Síndrome amnésico

Deterioro notable y persistente de la memoria para hechos recientes, la memoria remota puede verse afectada en algunas ocasiones. La capacidad de evocar recuerdos inmediatos está conservada. También suele haber disminución de la capacidad para aprender cosas nuevas.

## **IAE**

- Amnésico (confabulatorio), síndrome 294.0**
- inducido por
- - alcohol, persistente 291.1
- - drogas, persistente 292.83

<sup>2</sup> Por error tipográfico de la 7ª edición de la CIE9MC el código que aparece en el IAE es el 291.5, el código correcto y que debe constar es el 291.3

**Síndrome** - véase además Enfermedad

- amnésico (confabulatorio) 294.0

- - alcohólico 291.1

### 3.7. Intoxicación patológica

Es una alteración excesiva del comportamiento por consumo de alcohol, considerando que sólo existió una ingesta relativamente pequeña de la sustancia sin pauta de consumo excesivo.

#### **IAE**

**Psicosis** 298.9

- alcohólica 291.9

- - intoxicación patológica 291.4

**Intoxicación**

- patológica 291.4

- - droga 292.2

### 3.8. Intoxicación no patológica o sobredosis o envenenamiento

La intoxicación no patológica por sustancias como alcohol o drogas se codificará con las pautas específicas para los envenenamientos.

El alcohol se codifica en la sección **980–989 Efectos tóxicos de sustancias primordialmente no medicamentosas con respecto a su origen** (980.0 Alcohol etílico). Otras drogas, por el contrario, lo hacen en la sección **960–979 Envenenamientos por drogas, sustancias medicamentosas y sustancias biológicas**. En ambas circunstancias se deberá añadir un código E para especificar la intencionalidad, así como los códigos de las manifestaciones de la intoxicación.

Si el paciente tuviese una relación previa de dependencia o abuso con el alcohol o las drogas se deberá añadir el código adecuado para esta circunstancia.

Niño con intoxicación accidental de marihuana

**969.6 Env. por psicodislépticos**

**E854.1 Intoxicación accidental por inhibidores de Psicodislépticos**

### 3.9. Interacción de fármacos y drogas

La interacción de un fármaco con una droga siempre se considera como intoxicación y en la codificación se deberán especificar ambos envenenamientos, el del fármaco y el del alcohol o la droga.

### 3.10. Coma etílico

Se codificará como una intoxicación o envenenamiento por alcohol, añadiendo el código **780.01 Coma**, el código E de causa externa y el de la pauta de consumo.

Circunstancia	Normas de Codificación
Dependencia del alcohol (alcoholismo) con intoxicación alcohólica aguda (borrachera, embriaguez...)	Subcategoría 303.0 Intoxicación alcohólica aguda
Dependencia del alcohol (alcoholismo) sin intoxicación alcohólica aguda (borrachera, embriaguez...)	Subcategoría 303.9 Otras dependencias alcohólicas y dependencias alcohólicas especificadas
Coma etílico	980.0 Efecto tóxico del alcohol 780.01 Coma E860.0 Envenenamiento accidental por bebidas alcohólicas
Abuso de alcohol (embriaguez, borrachera, ingestión excesiva de alcohol, efectos residuales de borrachera, resaca...) sin dependencia de alcohol (alcoholismo)	305.0 Abuso de alcohol
Deprivación alcohólica	291.0 Delirio por abstinencia de alcohol 291.3 Alucinosis por abstinencia de alcohol 291.81 Otros trastornos mentales especificados por alcohol, síndrome de abstinencia Las tres subcategorías son mutuamente excluyentes con las siguientes prioridades: 291.0 sobre 291.3 y ésta sobre 291.81 Se añadirá el código de la dependencia alcohólica
Dependencia de alcohol y otras drogas	Se necesitará codificación múltiple para ambas condiciones
Intoxicación o envenenamiento por alcohol	980.0 Efecto tóxico de alcohol etílico Código E para especificar la intencionalidad Códigos de las manifestaciones de la intoxicación Se deberá añadir el código de abuso o dependencia, si la hubiera

Circunstancia	Normas de Codificación
Dependencia o adicción a drogas diferentes a alcohol	Categoría 304 Dependencia de drogas
Politoxicomanía incluyendo a drogas tipo opiode (no incluye el alcohol)	304.7 Combinación de drogas de tipo opiode con cualquier otra Si se conocen cada una de ellas se codificarán por separado
Politoxicomanía excluyendo a drogas tipo opiode (no incluye el alcohol)	304.8 Combinación de dependencia de drogas con exclusión de drogas de tipo opiode
Abuso de drogas (sin dependencia)	Categoría 305 Abuso de drogas sin dependencia
Síndrome por abstinencia de drogas (excluido el alcohol)	292.0 Síndrome de abstinencia de drogas +el específico de la dependencia (si existe)
Ex-ADVP en programa de desintoxicación con metadona	304.00. Dependencia a opiode no especificado
Intoxicación o envenenamiento por drogas	960-979 Envenenamientos por drogas, sustancias medicamentosas y sustancias biológicas Código E para especificar la intencionalidad Códigos de las manifestaciones de la intoxicación Se deberá añadir el código de abuso o dependencia, si la hubiera

El código **V11.3 historia personal de alcoholismo** se usa raramente pues la recuperación completa de dicha adicción también lo es. Lo más adecuado sería codificar alcoholismo en remisión. La presencia de problemas de alcoholismo en el entorno familiar se codifica como **V61.41**.

Circunstancia	Secuencia de Códigos
Paciente admitido por síndrome mental orgánico inducido por el alcohol u otras drogas	Código principal: Síndrome mental orgánico Código asociado: Dependencia o abuso de alcohol u otras drogas
Paciente admitido para desintoxicación o rehabilitación de dependencia de alcohol u otras drogas	Código principal: Dependencia o abuso de alcohol u otras drogas (No se empleará la categoría V57 Cuidados que implican el empleo de procedimientos de rehabilitación)
Paciente admitido por complicación orgánica debida a alcohol u otras drogas	Código principal: Patología orgánica Código asociado: Dependencia o abuso de alcohol u otras drogas

Tabaquismo	
Circunstancia	Normas de Codificación
Paciente fumador o en tratamiento antitabáquico	305.1 Trastorno por uso de tabaco
Historia de uso de tabaco (exfumador)	V15.82 Historia de uso de tabaco
Fumador pasivo (usar sólo si es causante o está relacionado con un proceso)	E869.4 Secundario al humo de tabaco (envenenamiento accidental por otros gases y vapores)

### 3.11. Desintoxicación y Rehabilitación

La desintoxicación incluye la evaluación, observación, monitorización y administración de vitaminas y/u otras medicaciones como metadona o benzodiazepinas. La rehabilitación es un programa estructurado que tiene como objetivo el estricto control del alcohol u otras sustancias. Incluye terapias con metadona de mantenimiento, tratamientos en residencias especializadas y tratamientos largos ambulatorios. Estas terapias pueden darse solas o de forma combinada.

Cuando un paciente ingresa para desintoxicación generalmente lleva implícito que existe una dependencia debiendo codificarse ésta como motivo del ingreso.

La categoría **V57 Cuidados que implican el empleo de procedimientos de rehabilitación**, sólo se emplea para la rehabilitación física pero no para los programas de rehabilitación de alcohol y drogas.

El código **V58.69 Uso prolongado (actual) de otros medicamentos** no se debe utilizar con el uso de metadona en programas de deshabituación a opiáceos. Se podría utilizar en casos de tratamiento crónico del dolor con dicha sustancia.

Los procedimientos que se realicen en las terapias de desintoxicación o rehabilitación deben ser identificados y codificados.

#### IAP

##### **Desintoxicación, terapia 94.25**

- alcohol 94.62
- - con rehabilitación 94.63
- - combinado alcohol y drogas 94.68
- - - con rehabilitación 94.69



- drogas 94.65
- - con rehabilitación 94.66
- - combinado alcohol y drogas 94.68
- - - con rehabilitación 94.69

## 4. Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes

### 4.1. Esquizofrenia

La esquizofrenia es un trastorno mental que se caracteriza por distorsiones de la percepción, del pensamiento y de las emociones así como manifestaciones afectivas inapropiadas. En general se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognitivos. Los fenómenos psicopatológicos más importantes son: eco, inserción del pensamiento o difusión del mismo, ideas delirantes de ser controlado, percepción delirante; voces alucinatorias que comentan la propia actividad, trastornos del pensamiento y síntomas “negativos”, (apatía o falta de interés, la falta de energía o abulia, la falta de placer o anhedonia, insociabilidad, pobreza afectiva, alergia o pobreza del pensamiento y la cognición, problemas de atención o concentración).

#### Codificación

El curso de la esquizofrenia es muy heterogéneo con variaciones que van desde una completa recuperación a una grave incapacidad crónica, pasando por periodos con episodios psicóticos recurrentes con recuperación parcial y formas con síntomas y deterioros funcionales persistentes en diversos grados.

Para codificar el curso de la enfermedad, la CIE 9MC proporciona la siguiente subclasificación de quinto dígito.

0	No especificada	No especificada La subcategoría 295.4. Episodio esquizofrénico agudo será la única a la que podremos asignar este 5º dígito
1	Subcrónica	Duración > 6 meses y < 24 meses (antes de seis meses deberá consultarse al psiquiatra)
2	Crónica	Duración > 24 meses Deberá diferenciarse el concepto crónico referido al curso del proceso esquizofrénico de la forma de esquizofrenia llamada crónica incluida en 295.6 Esquizofrenia residual

3	Subcrónica con exacerbación aguda	Fase subcrónica no activa con reaparición de síntomas psicóticos
4	Crónica con exacerbación aguda	Fase crónica no activa con reaparición de síntomas psicóticos
5	En remisión	Historia de esquizofrenia y que actualmente no presenta signos de alteración esté o no con tratamiento

Ingreso por descompensación de esquizofrenia paranoide de paciente diagnosticado hace 10 años

**295.34 Esquizofrenia paranoide crónica descompensada**

En algunos pacientes que han padecido un trastorno esquizofrénico, cuando ya no tienen ningún síntoma, se produce una alteración conocida como depresión posesquizofrénica. Este proceso tiene un alto riesgo de suicidio. Se codifica como **298.0 Psicosis de tipo depresivo**.

## IAE

### **Depresión 311**

- psicótica (*véase además* Psicosis, afectiva) 296.2
- - episodio recurrente 296.3
- - reactiva 298.0

## 4.2. Trastorno esquizotípico

Se caracteriza por un comportamiento excéntrico y por anomalías del pensamiento y de la afectividad que se asemejan a las de la esquizofrenia, a pesar de que no se presentan, ni se han presentado, las anomalías características y definidas de este trastorno.

## IAE

### **Trastorno (s) (de) (del) - *véase además* Enfermedad**

- personalidad 301.9
- - esquizotipal 301.22

### 4.3. Trastornos de ideas delirantes persistentes

La característica clínica única o más destacada la constituyen las ideas delirantes consolidadas durante bastante tiempo, que no pueden ser clasificadas como orgánicas, esquizofrénicas o afectivas.

El delirio es un trastorno del contenido del pensamiento, que se manifiesta por una serie de pensamientos erróneos, disparatados e inaccesibles a toda crítica. Debe cumplir las siguientes características:

- Total certeza subjetiva
- El contenido de la idea es imposible
- Es incorregible e irreversible. Son ideas que no son modificables ni siquiera con la experiencia del sujeto, la idea delirante invade la personalidad del sujeto y se transforma en el eje de su vida.

Hay delirios de tipo depresivo (hipocondría, de ruina, de culpa), de persecución, de posesión mística o diabólica, de grandeza, de celos.

**Sinónimos:** paranoia, psicosis paranoica.

#### **IAE**

**Trastorno** (s) (de) (del) - *véase además* Enfermedad  
- delirante 297.1

### 4.4. Trastorno de ideas delirantes inducidas

Es un trastorno compartido por dos o más personas que mantienen estrechos lazos emocionales. Sólo uno de los afectados padece un auténtico trastorno psicótico, en el otro o los otros las ideas delirantes son inducidas y normalmente remiten cuando se les separa.

**Sinónimos:** Trastorno paranoide compartido, “folie a deux”

#### **IAE**

**Trastorno** (s) (de) (del) - *véase además* Enfermedad  
- paranoide 297.9  
- - compartido 297.3  
**Folie á deux** 297.3

## 5. Trastornos psicóticos agudos y transitorios

Se caracterizan por un comienzo agudo de síntomas psicóticos tales como ideas delirantes, alucinaciones y trastornos de la percepción, con alteración importante del comportamiento. En un periodo de dos semanas o menos se pasa de un estado sin características psicóticas a otro claramente patológico sin que pueda explicarse por una causa orgánica. Puede estar o no, asociado al estrés. La recuperación completa ocurre en unos pocos meses o incluso semanas o días. Si el trastorno se hace persistente, el diagnóstico deberá ajustarse a la nueva situación clínica del paciente.

No existe un modificador esencial para el término agudo por lo que la codificación de esta entidad deberá realizarse con el código **298.9 Psicosis no especificada**.

### 5.1. Trastorno psicótico agudo polimorfo

#### 5.1.1. Sin síntomas de esquizofrenia

Trastorno psicótico agudo en el cual las alucinaciones, las ideas delirantes y las alteraciones de la percepción son evidentes pero marcadamente variables y cambiantes de un día para otro e incluso de una hora a otra. También suele estar presente un estado de confusión emocional con intensos sentimientos fugaces de felicidad y éxtasis o de angustia e irritabilidad. Aunque destacan síntomas psicóticos, no se satisfacen las pautas para esquizofrenia. Este trastorno suele tener un comienzo súbito (menos de 48 horas) y una rápida resolución de los síntomas. En un elevado número de casos no existe un claro estrés precipitante. Si los síntomas persisten, el diagnóstico debe cambiarse a trastorno delirante persistente.

#### 5.1.2. Con síntomas de esquizofrenia

Se satisfacen las pautas diagnósticas del trastorno psicótico agudo polimorfo y están presentes de forma consistente síntomas típicos de la

esquizofrenia, pero a diferencia de ésta, los síntomas duran menos de un mes.

Ambas condiciones se codifican igual, con el código de subcategoría **298.3 Reacción paranoide aguda**.

**Sinónimos:** “Bouffée délirante” con o sin síntomas de esquizofrenia, psicosis cicloide con o sin síntomas de esquizofrenia.

**IAE**

**Bouffée délirante 298.3**

## 6. Trastornos del humor (afectivos)

Estos trastornos se caracterizan por presentar alteraciones del humor o la afectividad en períodos prolongados de depresión o de euforia (manía). El resto de los síntomas son secundarios a estas alteraciones del humor. La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes. El inicio de cada episodio suele estar en relación con acontecimientos o situaciones estresantes.

### 6.1. Trastorno maníaco

Se caracteriza por una exaltación persistente del ánimo, un aumento de la vitalidad y de la actividad y por lo general, sentimientos marcados de bienestar y de elevado rendimiento físico y mental. El individuo se vuelve más sociable, hablador, con excesivo vigor sexual y una disminución de la necesidad de sueño.

Cuando todo ésto no tiene la suficiente intensidad como para interferir con la actividad laboral o provocar rechazo social hablamos de hipomanía. Cuando los síntomas anteriores se acompañan de ideas delirantes de grandeza, alucinaciones y una vaguedad de ideas tan acusada que el sujeto ni es fácil de entender ni puede uno comunicarse con él, hablamos de manía con síntomas psicóticos.

#### **IAE**

**Manía** (monopolar) (*véase además* Psicosis, afectiva)  
296.0

**Trastorno** (s) (de) (del) - *véase además* Enfermedad  
- maníaco (*véase además* Psicosis, afectiva) 296.0

### 6.2. Trastorno depresivo mayor

Se caracteriza por una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de la vitalidad que lleva a una reducción del nivel de actividad y a un cansancio exagerado. Además se

produce una disminución de la atención y concentración con sentimientos de inferioridad, trastornos del sueño, pérdida del apetito y de la libido. Varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales.

Si el episodio depresivo es leve o moderado el paciente puede continuar desarrollando sus actividades, si es grave no puede y además el riesgo de suicidio es notable y los síntomas somáticos están presentes casi siempre. En la depresión grave con síntomas psicóticos están presentes ideas delirantes, alucinaciones o un estupor depresivo tan intenso que incapacitan para la vida social. Existe peligro de suicidio, deshidratación o desnutrición.

**Sinónimos:** depresión endógena, depresión monopolar o psicótica.

## **IAE**

### **Depresión**

- endógena (*véase además* Psicosis, afectiva) 296.2
- - episodio recurrente 296.3
- - único episodio 296.2
- monopolar (*véase además* Psicosis, afectiva) 296.2
- psicótica (*véase además* Psicosis, afectiva) 296.2

## 6.3. Trastorno bipolar

Es una alteración de los mecanismos que regulan el estado de ánimo caracterizada por dos o más episodios reiterados de cambios cíclicos en el estado anímico con fases de ánimo elevado o eufórico (manía o hipomanía) y fases de ánimo bajo (depresión).

**Sinónimos:** trastorno maniaco-depresivo, psicosis maniaco-depresiva, reacción maniaco-depresiva, psicosis circular.

## **IAE**

### **Manicodepresivo, locura, psicosis, reacción, o síndrome**

(*véase además* Psicosis, afectiva) 296.80

### **Psicosis** 298.9

- manicodepresiva 296.80

**Trastorno (s) (de) (del)** - *véase además* Enfermedad

- bipolar (afectivo) (alternante) 296.80



## 6.4. Trastornos del humor (afectivos) persistentes

### 6.4.1. Ciclotimia

Se caracteriza por la existencia de muchos períodos de depresión y de euforia leves, ninguno de los cuales ha sido lo suficientemente intenso y duradero como para satisfacer las pautas de diagnóstico y la descripción de un trastorno bipolar o un trastorno depresivo recurrente. Es frecuente entre los familiares de enfermos que padecen un trastorno bipolar.

**Sinónimos:** personalidad cicloide o ciclotímica.

#### **IAE**

**Ciclotimia** 301.13

**Ciclotímica, personalidad** 301.13

### 6.4.2. Distimia

Trastorno afectivo crónico de carácter depresivo leve, caracterizado por la baja autoestima y la aparición de un estado de ánimo melancólico y triste. Dura varios años y no se corresponde ni por la gravedad ni por la duración con un trastorno depresivo recurrente, leve o moderado.

**Sinónimos:** depresión ansiosa, depresión neurótica.

#### **IAE**

**Distimia** 300.4

**Distímico, trastorno** 300.4

**Depresión** 311

- ansiedad 300.4

- neurótica 300.4

## 6.5. Otras formas de depresión

Se incluyen aquí los trastornos que no reúnen las características de los episodios depresivos señalados anteriormente pero que la impresión diagnóstica de conjunto indica que son de naturaleza depresiva.

## **Psicóticas**

- Depresión psicótica o psicógena reactiva: Psicosis de tipo depresivo (**298.0**)
- Demencia presenil, senil o vascular con características depresivas (**290.13, 290.21 y 290.43**)

## **No psicóticas**

- Depresión: Trastorno depresivo no clasificado bajo otros conceptos (**311**)
- Depresión Histérica: Trastorno de conversión (**300.11**)
- Depresión Neurótica: Trastorno distímico (**300.4**)
- Depresión Reactiva: Trastorno distímico (**300.4**)
- Carácter o personalidad depresiva: Trastorno de personalidad con depresión crónica (**301.12**)
- Síndrome ansioso-depresivo: Trastorno distímico (**300.4**)
- Depresión situacional o como reacción de adaptación: T. Adaptación con humor deprimido (**309.0**) y Reacción de adaptación depresiva prolongada (**309.1**).

## 7. Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos

### 7.1. Trastornos de ansiedad fóbica

Este grupo de trastornos se desencadenan exclusiva o predominantemente en ciertas situaciones que no son en sí mismas potencialmente peligrosas. La preocupación del paciente puede centrarse en síntomas aislados tales como palpitaciones o sensación de desvanecimiento y a menudo se acompaña de miedo a morir, a perder el control o a volverse loco. El imaginar la situación fóbica desencadena una ansiedad anticipatoria. La entrada en el IA se realiza por fobia o por el término específico.

#### **IAE**

- Fobia, fóbico** (reacción) 300.20
- aislada NCOC 300.29
- animal 300.29

#### 7.1.1. Agorafobia

Se define como el temor a salir del hogar, a entrar en tiendas o almacenes, a las multitudes, a los lugares públicos y a viajar solo en trenes, autobuses o aviones. El trastorno de pánico es un rasgo característico de los episodios presentes y pasados.

#### **IAE**

- Agorafobia** 300.22
- con trastorno de pánico 300.21

#### 7.1.2. Fobias sociales

El individuo que las padece presenta un gran temor a ser enjuiciado por otras personas. Suelen acompañarse de una baja autoestima y de miedo a las críticas. Pueden desembocar en crisis de pánico.

**Sinónimos:** antropofobia, neurosis social.

#### **IAE**

- Antropofobia** 300.29

### 7.1.3. Fobias específicas

Se producen ante situaciones tales como la proximidad de animales determinados (zoofobia), las alturas, la oscuridad, los espacios cerrados (claustrofobia), a ingerir ciertos alimentos, etc. Pueden desembocar en crisis de pánico.

#### **IAE**

**Zoofobia** 300.29

**Claustrofobia** 300.29

## 7.2. Otros trastornos de ansiedad

El síntoma principal de estos trastornos es la presencia de una ansiedad que no se limita a ninguna situación ambiental en particular. También pueden presentarse síntomas depresivos y obsesivos e incluso algunos elementos de ansiedad fóbica, siempre y cuando estos síntomas sean claramente secundarios o menos graves.

### 7.2.1. Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica)

Su característica esencial es la presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave (pánico) no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares. Son por tanto imprevisibles. Es frecuente la aparición repentina de palpitaciones, dolor precordial, sensación de asfixia, mareo o vértigo y sensación de irrealidad. Casi constantemente hay un temor secundario a morir, a perder el control o a enloquecer. El trastorno de pánico no debe ser el diagnóstico principal si forma parte de la sintomatología de un trastorno depresivo. En estas circunstancias, los ataques de pánico deben ser secundarios a la depresión.

#### **IAE**

**Pánico** (ataque) (estado) 300.01

### 7.2.2. Trastorno mixto ansioso-depresivo

Están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para

justificar un diagnóstico independiente de cada una de estas entidades. Cuando ambos síntomas estén presentes y sean tan graves como para justificar un diagnóstico individual no debe usarse esta categoría.

## **IAE**

**Ansiedad** (estado) (neurosis) (reacción) 300.00  
- depresión **300.4**

### 7.3. Trastorno obsesivo-compulsivo

Su característica esencial es la presencia de pensamientos obsesivos y/o actos compulsivos. Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos mentales que irrumpen una y otra vez en la actividad mental del individuo de una forma estereotipada. Suelen ser siempre desagradables y el que los padece suele intentar, por lo general sin éxito, resistirse a ellos. Son percibidos como pensamientos propios, a pesar de que son involuntarios y a menudo repulsivos.

Los actos o rituales compulsivos son formas de conducta estereotipadas que se repiten una y otra vez. No son por sí mismos placenteros, ni dan lugar a actividades útiles por sí mismas. Tienen la función de prevenir que tenga lugar algún hecho objetivamente improbable. Suele tratarse de rituales para conjurar el que uno mismo reciba daño de alguien o se lo pueda producir a otros. A menudo, este comportamiento es reconocido por el enfermo como carente de sentido o de eficacia y hace reiterados intentos para resistirse a él. Casi siempre está presente un cierto grado de ansiedad. Si el enfermo se resiste a los actos compulsivos aumenta su ansiedad.

**Sinónimos:** neurosis obsesivo-compulsiva, neurosis anancástica.

## **IAE**

**Trastorno** (s) (de) (del) - *véase además* Enfermedad  
- obsesivo-compulsivo 300.3  
**Neurosis, neurótico** 300.9  
- anancástica 300.3  
- obsesivocompulsiva 300.3

## 7.4. Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación

Aparecen siempre como una consecuencia directa de un estrés agudo grave o de una situación traumática sostenida. El acontecimiento estresante o las circunstancias desagradables persistentes son un factor primario y primordial, de tal manera que en su ausencia no se hubiera producido el trastorno.

### 7.4.1. Reacción a estrés agudo

Aparece en un individuo, como respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional, generalmente remite en horas o días. Hay gran variabilidad de síntomas destacando un estado de “embotamiento” con cierta disminución del estado de conciencia, pérdida de la capacidad de atención, incapacidad para asimilar estímulos y desorientación. A este estado puede suceder un grado mayor de alejamiento de la circunstancia o bien una agitación e hiperactividad. Por lo general están presentes también algunos signos vegetativos (taquicardia, sudoración y rubor) que suelen aparecer a los pocos minutos de la presentación del acontecimiento o estímulo estresante.

#### **IAE**

##### **Reacción**

- tensión, estrés
- - aguda 308.9
- - - con perturbación predominante (de)
- - - - conciencia 308.1
- - - - emociones 308.0

### 7.4.2. Trastorno de estrés postraumático

Es un tipo de trastorno de adaptación que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica. Este trastorno se caracteriza por la presencia reiterada de episodios en los que el individuo vuelve a revivir el trauma sufrido a través de recuerdos o de sueños recurrentes que le provocan gran malestar. Existe una sensación

de “entumecimiento” y embotamiento emocional, de desapego de los demás y de falta de capacidad de respuesta al medio. Además hay una continua evitación de actividades y situaciones que resulten evocadoras del trauma. Por lo general, hay un estado de hipervigilancia e insomnio. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas. El periodo de latencia desde el trauma hasta la aparición del cuadro varía desde unas pocas semanas hasta meses. Se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos.

## **IAE**

- Trastorno** (s) (de) (del) - *véase además* Enfermedad
- estrés (*véase además* Reacción, estrés, aguda) 308.3
- - postraumático (TEPT) 309.81

### 7.4.3. Trastornos de adaptación

Aparecen en el periodo de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante; se caracterizan por un estado de malestar subjetivo acompañado de alteraciones emocionales que por lo general interfieren con la actividad social. El agente estresante puede afectar a la dimensión social de la persona (experiencias de duelo, de separación). Así mismo el agente estresante puede ser una crisis vital o una importante transición en el desarrollo (ir al colegio, ser padre, jubilarse).

El riesgo de aparición y la forma de expresión están determinados de un modo importante por una predisposición o vulnerabilidad individual. Las manifestaciones clínicas incluyen humor depresivo, ansiedad, preocupación (o una combinación de todas ellas), incapacidad para afrontar los problemas, planificar el futuro y un cierto grado de deterioro en el desarrollo de la rutina diaria.

**Sinónimo:** reacción de ajuste.

## **IAE**

- Trastorno** (s) (de) (del) - *véase además* Enfermedad
- adaptación (*véase además* Reacción, adaptación) 309.9

Paciente con depresión tras morir su hijo hace dos años

**309.1 Reacción depresiva prolongada.**

Ansiedad tras separación matrimonial

**309.21 Trastorno de ansiedad por separación.**

Inmigrante con una severa reacción de adaptación de tipo ansioso tras vivir varios meses en España

**309.29 Otra perturbación predominantemente de las emociones (shock cultural)**

## 7.5. Trastornos disociativos, de conversión y ficticios

El rasgo común de estos trastornos es la pérdida parcial o completa de la integración normal entre ciertos recuerdos del pasado, la conciencia de la propia identidad, ciertas sensaciones inmediatas y el control de los movimientos corporales. Todos los tipos de estados disociativos tienden a remitir al cabo de unas pocas semanas o meses pero a veces se hacen más crónicos. Tienen un origen psicógeno y una estrecha relación temporal con acontecimientos traumáticos, problemas irresolubles, insupportables o relaciones interpersonales alteradas.

El examen médico y las pruebas diagnósticas no revelan la existencia de ninguna enfermedad o trastorno neurológico. La pérdida funcional es una expresión de sus conflictos emocionales o necesidades. Los síntomas pueden desarrollarse en estrecha relación con el estrés.

Solo se incluyen aquí los trastornos de las funciones físicas bajo control voluntario y la pérdida de las sensaciones (amnesia, fuga, estupor, trastornos de la motilidad, convulsiones, anestias disociativas, trastornos de trance y posesión). Los trastornos acompañados de dolor y otras sensaciones físicas complejas regidas por el sistema vegetativo, se clasifican como trastorno de somatización.

Entrada en el IA por reacción o trastorno.



## IAE

### **Reacción**

- conversión (anestésica) (autónoma) (hipercinética) (paralítica mixta) (parestésica) 300.11
- disociativa 300.15

### **Trastorno (s) (de) (del) - véase además** Enfermedad

- facticio (con signos y síntomas psicológicos y físicos combinados) (con signos y síntomas predominantemente físicos) 300.19

## 7.6. Trastornos somatomorfos

El rasgo principal de estos trastornos es la presentación reiterada de síntomas somáticos acompañados de demandas persistentes de exploraciones clínicas, a pesar de repetidos resultados negativos de dichas exploraciones. Aún en los casos en los que realmente estuvieran presentes trastornos somáticos, éstos no explican la naturaleza e intensidad de los síntomas, ni el malestar y la preocupación que manifiesta el enfermo.

### 7.6.1. Trastorno de somatización

El rasgo destacado es la existencia de síntomas somáticos variables que, por lo general, han estado presentes durante al menos dos años. La mayoría de los enfermos han sufrido múltiples exploraciones con resultados negativos o intervenciones infructuosas. Los síntomas pueden afectar a cualquier parte o sistema corporal. El curso del trastorno es crónico y fluctuante y suele acompañarse de interferencias duraderas de la actividad social, interpersonal y familiar.

En caso de que los síntomas tengan una evolución más corta (menos de dos años) o sean menos llamativos, debe ser considerado como trastorno somatomorfo indiferenciado.

## IAE

### **Trastorno (s) (de) (del) - véase además** Enfermedad

- somatización 300.81
- somatoforme (atípico) (no diferenciado) 300.82

### 7.6.2. Disfunción vegetativa somatomorfa

El enfermo presenta síntomas análogos a los de un trastorno somático de un sistema u órgano que se encuentra bajo control del sistema nervioso vegetativo, por ejemplo, los sistemas cardiovascular, gastrointestinal, respiratorio y genitourinario. Se codifica como el trastorno somatoforme indiferenciado.

#### **IAE**

**Trastorno** (s) (de) (del) - *véase además* Enfermedad  
- somatoforme (atípico) (no diferenciado) 300.82

### 7.6.3. Trastorno de dolor persistente somatomorfo

La queja predominante es la persistencia de un dolor intenso y penoso que no puede ser explicado totalmente por un proceso fisiológico o un trastorno somático. Con frecuencia está relacionado con conflictos emocionales o problemas psicosociales.

#### **IAE**

**Dolor(es)** (de), doloroso (a)  
- psicógeno 307.80  
- - corazón 307.89

### 7.6.4. Trastorno hipocondríaco

Consiste en la preocupación persistente de la posibilidad de tener una o más enfermedades somáticas graves progresivas, con quejas somáticas persistentes. El enfermo valora sensaciones y fenómenos normales o frecuentes como excepcionales. Incluye el trastorno corporal dismórfico.

#### **IAE**

**Hipocondria** (reacción) 300.7  
**Hipocondriasis** 300.7

## 7.7. Otros trastornos neuróticos

### 7.7.1. Neurastenia

Existen dos tipos principales. En el primero, el rasgo característico es la queja de aumento del cansancio tras realizar algún esfuerzo mental que suele acompañarse de una disminución del rendimiento laboral o de la eficiencia para resolver las tareas cotidianas. En el otro tipo, el acento recae sobre una sensación de debilidad y agotamiento corporal y físico tras esfuerzos mínimos, acompañado de dolores y molestias musculares y de incapacidad para relajarse.

**Sinónimo:** astenia psicógena, síndrome de fatiga<sup>3</sup>.

#### **IAE**

**Neurastenia** 300.5

**Síndrome** - *véase además* Enfermedad

- fatiga NCOC 300.5

### 7.7.2. Trastorno de despersonalización-desrealización

Es un cuadro raro en el que el individuo se queja espontáneamente de la vivencia de que su propia actividad mental, su cuerpo, su entorno o todos ellos, están cualitativamente transformados, de manera que se han vuelto irreales, lejanos o mecánicos. Se quejan generalmente de la pérdida de emociones y deseos y de no regir sus pensamientos, su cuerpo o su mundo real. El enfermo se da cuenta de la irrealidad del cambio. El sensorio es normal y se conserva intacta la capacidad de expresión de las emociones.

#### **IAE**

**Trastorno (s) (de) (del)** - *véase además* Enfermedad

- despersonalización 300.6

<sup>3</sup> No confundir con el Síndrome de fatiga crónica 780.71

## 8. Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos

Las enfermedades psíquicas con manifestaciones orgánicas pueden ser de dos tipos:

- Sin lesiones en los tejidos, codificables en la categoría **306 Disfunción fisiológica con origen en factores mentales** (la subcategoría indica el órgano o sistema afectado).

Gastritis nerviosa o psicógena:

**306.4 Disfunción fisiológica con origen en factores mentales, gastrointestinal.**

Tortícolis psicógena:

**306.0 Disfunción fisiológica con origen en factores mentales, musculoesquelética**

- Con lesiones en los tejidos, que se codifican en la categoría **316. Factores psíquicos asociados a enfermedades clasificadas bajo otros conceptos**, debiendo llevar asociado el código de la enfermedad física asociada.

Asma psicógena:

**316 Factores psíquicos asociados a enfermedades clasificadas bajo otros conceptos + 493.90 Asma bronquial**

### 8.1. Trastornos de la conducta alimentaria

#### 8.1.1. Anorexia nerviosa

Se caracteriza por la presencia de una pérdida deliberada de peso inducida o mantenida por el propio enfermo. Aparece con mayor frecuencia en adolescentes y mujeres jóvenes. Existe una psicopatología caracterizada por la persistencia de pavor ante la obesidad o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo

el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal. Los síntomas incluyen dietas restrictivas, ejercicio excesivo, vómitos inducidos, abuso de laxantes, consumo de reductores de apetito y diuréticos.

Generalmente existe una desnutrición de grado variable con cambios endocrinos y metabólicos secundarios. Esta desnutrición deberá ser codificada para describir la severidad de la enfermedad.

La anorexia nerviosa debe ser diferenciada de la anorexia referida como síntoma (por ejemplo en una gastroenteritis), que se caracteriza por la pérdida de apetito o por una marcada indiferencia hacia los alimentos, incluso los que han sido de su preferencia, y que desaparece cuando cesa su causa.

## **IAE**

**Anorexia 783.0**  
- nerviosa 307.1

### 8.1.2. Bulimia nerviosa

Se caracteriza por episodios repetidos de una ingesta excesiva de alimentos en un breve plazo de tiempo, para a continuación, vomitar, tomar purgantes o laxantes que eliminan dicha ingesta. Los vómitos repetidos provocan trastornos electrolíticos y complicaciones físicas. Hay una excesiva preocupación por la silueta y el peso corporal. A menudo, pero no siempre, existen antecedentes de anorexia nerviosa.

## **IAE**

**Bulimia 783.6**  
- nerviosa 307.51

### 8.1.3. Otros trastornos de la conducta alimentaria

Otros trastornos de la ingestión y conducta alimentaria relativamente frecuentes son la pica, la rumiación y los vómitos psicógenos.

## 8.2. Trastornos no orgánicos del sueño

La alteración del sueño puede ser en muchos casos un síntoma de un trastorno mental o somático.

### 8.2.1. Insomnio no orgánico

Es un estado caracterizado por una cantidad o calidad del sueño no satisfactorio, que persiste durante un considerable período de tiempo y que incluye dificultad para conciliar el sueño, para mantenerlo y despertar precoz.

Es un síntoma frecuente de otros trastornos mentales y físicos y si es una de las molestias más importantes, deberá codificarse como tal a continuación del trastorno principal.

#### **IAE**

**Insomnio**, sin especificar 780.52

- origen no orgánico 307.41

### 8.2.2. Hipersomnio no orgánico

Es la excesiva somnolencia o presencia de ataques de sueño diurnos no justificables por una cantidad inadecuada de sueño, o bien un período de transición prolongado hasta el estado de vigilia completa tras el despertar.

#### **IAE**

**Hipersomnía**, sin especificar 780.54

- origen no orgánico 307.43

### 8.2.3. Sonambulismo

Estado de disociación de la conciencia en el que se combinan fenómenos propios del sueño y de la vigilia. Durante el episodio el individuo se levanta de la cama, deambula presentando un bajo nivel de conciencia, una escasa reactividad a estímulos externos y una cierta torpeza de movimientos. Cuando se despierta, no suele recordar estos hechos.

#### **IAE**

**Sonambulismo** 307.46

### 8.2.4. Terrores nocturnos

Son episodios nocturnos de pánico y terror intensos que se acompañan de gritos, movimientos bruscos y fuertes descargas vegetativas. El indi-

viduo se levanta o se incorpora dando un grito de pánico. Al despertar no suele recordar el episodio.

**IAE**

**Terrores nocturnos (niño) 307.46**

8.2.5. Pesadillas

Son una experiencia onírica cargada de ansiedad o de miedo. Hay un recuerdo muy detallado del contenido del sueño. Suele repetirse un mismo tema o temas similares. No hay vocalizaciones ni una actividad motriz apreciable.

**IAE**

**Pesadilla 307.47**

## 9. Trastornos de la personalidad

Este epígrafe incluye diversas alteraciones que tienden a ser persistentes y son la expresión de un estilo de vida y de la manera característica que el individuo tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás. Representan desviaciones de las pautas habituales de comportamiento así como de la manera de relacionarse con los demás, percibir o pensar en una cultura determinada. Tienden a abarcar aspectos múltiples de las funciones psicológicas y del comportamiento. Entre los distintos tipos destacamos los descritos en los siguientes epígrafes.

### 9.1. Trastorno paranoide de la personalidad

Se caracteriza por una sensibilidad excesiva a los contratiempos y desaires, incapacidad para perdonar agravios, suspicacia y tendencia generalizada a distorsionar las experiencias propias interpretando las manifestaciones neutrales o amistosas de los demás como hostiles o despectivas. Existe una predisposición a los celos patológicos.

#### **IAE**

- Trastorno** (s) (de) (del) - *véase además* Enfermedad
- personalidad 301.9
- - paranoide 301.0

### 9.2. Trastorno esquizoide de la personalidad

Se caracteriza por el desapego afectivo y la incapacidad para expresar sentimientos y relacionarse con los demás. Hay una marcada preferencia por los devaneos fantásticos, por actividades solitarias y la introspección. Existe una marcada incapacidad para experimentar placer.

#### **IAE**

- Trastorno** (s) (de) (del) - *véase además* Enfermedad
- personalidad 301.9
- - esquizoide 301.20



### 9.3. Trastorno disocial de la personalidad

Se caracteriza por presentar una marcada despreocupación hacia los sentimientos de los demás y por el incumplimiento de las obligaciones sociales. Hay una notable disparidad entre el comportamiento y la adecuación a las normas sociales. El individuo tiene una gran incapacidad para mantener relaciones personales duraderas y muy baja tolerancia a la frustración con bajo umbral para descargas de agresividad, llegando incluso lugar a un comportamiento violento con incapacidad para sentir culpa y para aprender de la experiencia.

#### **IAE**

**Trastorno (s) (de) (del) - véase además** Enfermedad

- personalidad 301.9
- - antisocial 301.7
- - disocial 301.7

### 9.4. Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad

Es la marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto a un ánimo inestable y caprichoso. La capacidad de planificación es mínima y es frecuente que intensos arrebatos de ira conduzcan a actitudes violentas.

#### **IAE**

**Trastorno (s) (de) (del) - véase además** Enfermedad

- personalidad 301.9
- - inestabilidad emocional 301.59
- - inestable 301.59

### 9.5. Trastorno histriónico de la personalidad

Consiste en la presencia de un patrón de emotividad excesiva y de demanda de atención constante. Hay una continua tendencia a la teatralidad y expresión exagerada de las emociones, sugestibilidad, afectividad lábil y superficial. Además se caracteriza por la búsqueda

imperiosa de emociones, de ser apreciado por los demás y por el desarrollo de actividades en las que se sea el centro de atención.

### **IAE**

- Trastorno (s) (de) (del)** - *véase además* Enfermedad
- personalidad 301.9
- - histriónica 301.50

## 9.6. Trastorno anancástico de la personalidad

Se trata de un trastorno de la personalidad caracterizado por falta de decisión, dudas y precauciones excesivas, que reflejan una profunda inseguridad personal. Hay una preocupación excesiva por las reglas, los detalles, las listas y el orden, con unos rasgos marcados de inflexibilidad y rigidez. Tiene mucha relevancia el pensamiento del deber así como un subjetivismo muy marcado al enjuiciar los hechos, con gran exigencia propia y hacia los demás.

**Sinónimo:** trastorno de la personalidad obsesiva compulsiva.

### **IAE**

- Trastorno (s) (de) (del)** - *véase además* Enfermedad
- personalidad 301.9
- - anancástica 301.4
- - obsesiva-compulsiva 301.4

## 9.7. Trastorno dependiente de la personalidad

Caracterizado por fomentar o permitir que otras personas asuman responsabilidades importantes de la propia vida, sumisión excesiva, miedo al abandono, sentimientos de incompetencia y de necesidad de ayuda.

### **IAE**

- Trastorno (s) (de) (del)** - *véase además* Enfermedad
- personalidad 301.9
- - dependiente-pasiva 301.6

## 9.8. Síndrome de Diógenes

Las principales manifestaciones de este síndrome son: autonegligencia, miseria doméstica y tendencia a la acumulación excesiva (silogomanía). Esto se asocia con aislamiento autoimpuesto, rechazo a la ayuda e indiferencia o falta de conciencia de enfermedad. Se presenta en personas de edad avanzada. Se puede presentar dentro de algunos trastornos psiquiátricos (demencia de Alzheimer, trastorno de personalidad esquizoide, trastorno obsesivo-compulsivo atípico, esquizofrenia simple, esquizofrenia residual, trastorno de ideas delirantes persistentes). En estos casos se consideraría como una manifestación sintomática del trastorno psiquiátrico de base. En aquellos casos en los que no exista enfermedad psiquiátrica se debería utilizar el código **301.89 Otros trastornos de la personalidad**, ya que en dicho síndrome más que un trastorno específico se presentan uno o varios rasgos de los diversos trastornos (personalidad paranoide, personalidad anancástica, personalidad esquizoide, personalidad disocial).

### **IAE**

**Trastorno (s) (de) (del)** - *véase además* Enfermedad  
- personalidad 301.9

## 10. Trastornos del desarrollo psicológico

Conjunto de trastornos que tienen en común las siguientes características: comienzo siempre en la primera o segunda infancia, deterioro o retraso del desarrollo de las funciones que están íntimamente relacionadas con la maduración biológica del sistema nervioso central y curso estable que no se ve afectado por las remisiones y recaídas.

Lo característico es que el deterioro disminuya progresivamente a medida que los niños crecen, aunque en la vida adulta suelen persistir déficits leves.

### 10.1. Autismo infantil

Se trata de un trastorno generalizado del desarrollo definido por la presencia de un desarrollo alterado o anormal que se manifiesta antes de los tres años de edad y por un tipo de comportamiento anormal característico que afecta a las tres áreas de la psicopatología (la interacción social, la comunicación y la presencia de actividades repetitivas y restrictivas).

Es frecuente que aparezcan otros trastornos tales como temores, fobias, trastornos del sueño y de la conducta alimentaria, rabietas y manifestaciones agresivas.

#### **IAE**

**Autismo, autístico** (niño) (infantil) 299.0

### 10.2. Síndrome de Asperger

Es un trastorno severo del desarrollo, que conlleva una alteración en el procesamiento de la información. El individuo afectado tiene un aspecto e inteligencia normal o incluso superior a la media pero presenta un estilo cognitivo particular. El síndrome de Asperger se manifiesta de diferente forma en cada individuo pero todos tienen en común las dificultades para la interacción social, alteraciones de los patrones de comunicación no-verbal, inflexibilidad cognitiva y dificultades para la abstracción de conceptos. En la mayoría de los casos presentan dificultades en la coordinación motora.

## **IAE**

**Síndrome** - *véase además* Enfermedad  
- Asperger 299.8

### 10.3. Síndrome de Rett

Es un trastorno neurológico infantil en el que el desarrollo temprano es aparentemente normal pero se sigue de una pérdida parcial o completa de las capacidades manuales adquiridas y del habla, junto con un retraso en el crecimiento de la cabeza que aparece generalmente a los dos años de edad. Afecta casi exclusivamente a niñas. El desarrollo social y lúdico se detiene pero el interés social suele mantenerse. La consecuencia invariable es la de una grave invalidez mental.

## **IAE**

**Síndrome** - *véase además* Enfermedad  
- Rett, de 330.8

# 11. Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia

## 11.1. Trastornos hiperkinético

Se caracteriza por un comienzo precoz (generalmente en los primeros 5 años de vida), una marcada falta de atención y de continuidad en las tareas que implican funciones cognoscitivas y una tendencia a ir de una actividad a otra sin acabar nada, con hiperactividad y desorganización.

Estos niños suelen ser descuidados e impulsivos y plantean problemas de disciplina por saltarse normas. Su relación social con los adultos suele ser desinhibida, son impopulares con otros niños y pueden llegar a convertirse en niños aislados. Es frecuente la presencia de un déficit cognoscitivo y son extraordinariamente frecuentes los retrasos específicos en el desarrollo motor y del lenguaje. Como complicaciones secundarias pueden aparecer un comportamiento disocial, antisocial y una baja estimación de sí mismo.

### **IAE**

**Hipercinesia, hiperkinético** (enfermedad) (reacción) (síndrome)  
314.9

## 11.2. Trastornos disociales

Se caracterizan por una forma persistente y reiterada de comportamiento disocial, agresivo o retador. En sus grados más extremos puede llegar a violaciones de las normas, en un mayor grado de lo que sería aceptable para el carácter y la edad del individuo afectado. Se trata por tanto, de desviaciones más graves que la simple “maldad” infantil o rebeldía adolescente y debe implicar un tipo de comportamiento estabilizado y con una duración de más de seis meses. Los rasgos del trastorno disocial pueden también ser secundarios a otros trastornos psiquiátricos, en cuyo caso debe codificarse el diagnóstico del trastorno subyacente.

## **IAE**

**Trastorno (s) (de) (del)** - *véase además* Enfermedad  
- conducta (*véase además* Perturbación, conducta) 312.9

### 11.3. Trastornos de tics

Un tic es un movimiento involuntario rápido, reiterado, arrítmico que por lo general afecta a un grupo circunscrito de músculos o bien una vocalización de aparición brusca y que carece de un propósito aparente. Tienden a ser vivenciados como irreprimibles, pero a menudo pueden ser controlados durante un cierto tiempo, se exacerban en situaciones de estrés y desaparecen durante el sueño.

#### **Tipos**

- Tics motores simples: guiños de ojos, sacudidas de cuello, encogerse de hombros y muecas.
- Tics fonatorios: carraspeos, ruidos guturales, inspiraciones nasales ruidosas y siseos.
- Síndrome de Gilles de la Tourette: tics motores múltiples y uno o más tics fonatorios, conjuntos o no.

Los síntomas suelen empeorar durante la adolescencia y es habitual que la alteración persista en la edad adulta. Los tics fonatorios suelen ser vocalizaciones explosivas reiteradas, carraspeos, gruñidos y utilización de palabras o frases obscenas.

## **IAE**

**Tic** 307.20

**Síndrome** - *véase además* Enfermedad

- Gilles de la Tourette, de 307.23

## 12. Intento de suicidio

En el intento de suicidio, las lesiones o manifestaciones del mismo serán diagnóstico principal cuando sean la causa del ingreso hospitalario, siendo la patología psiquiátrica causante del suicidio, diagnóstico secundario.

Si las lesiones o manifestaciones del intento de suicidio no justifican el ingreso hospitalario, será diagnóstico principal el trastorno mental subyacente pues es para su estudio por lo que ingresa el paciente.

En aquellos casos en los que la acción suicida no haya producido lesiones (por ejemplo ahorcamiento interrumpido precozmente), ni exista identificado por el clínico ningún trastorno psiquiátrico específico, se codificará el intento de suicidio como **300.9 Trastorno mental no psicótico no especificado**, añadiendo el código E correspondiente de la sección Suicidio y lesiones autoinfligidas (E950-E959).

### IAE

#### **Suicidio, suicida** (intento de)

- riesgo de 300.9
- tendencias 300.9

Mujer de 35 años que acude a urgencias con autolesiones en muñecas realizadas con un cuchillo. Se ingresa para estudio diagnosticándose de trastorno de personalidad.

**301.9 Trastorno de personalidad**

**881.02 HIC en muñeca**

**E956 Suicidio y lesiones autoinfligidas por instrumento cortante**

Varón de 50 años que ingresa con fracturas costales múltiples y distress respiratorio tras saltar desde su casa (2º piso). Estaba diagnosticado desde hace 5 años de un trastorno delirante persistente.

**807.09 Fracturas costales múltiples**

**518.5 Distress respiratorio postraumático**

**E957.0 Suicidio y lesiones autoinfligidas por saltar desde un lugar alto, local residencial**

**297.1 Trastorno delirante**



## 13. Terapia psiquiátrica

Los tratamientos psiquiátricos suelen dividirse en dos tipos: biológicos y psicoterapéuticos.

- Los biológicos son aquellos que actúan a nivel bioquímico en el cerebro del paciente, como es el caso de la terapia con medicamentos (litio, neurolépticos, etc.) y la terapia electroconvulsiva.

### **IAP**

#### **Terapia**

- litio 94.22

### **IAP**

#### **Terapia**

- electroconvulsiva (TEC) 94.27

- La psicoterapia es un tratamiento científico, de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas del malestar humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física o psíquica, la integración de la identidad psicológica y el bienestar de las personas o grupos tales como la pareja o la familia. Tipos de psicoterapia son el psicoanálisis (94.31), la terapia de grupo (94.44), etc.

### **IAP**

#### **Psicoterapia NCOC 94.39**

- grupo 94.44

## Referencias bibliográficas

- Organización Mundial de la Salud. CIE-10 Capítulo V: Pautas diagnósticas y de actuación ante los trastornos mentales en Atención Primaria. Ginebra: OMS; 1998.
- Schulte-Markwort M, Marut K, Riedesser, M. Correspondencias CIE-10/DSM-IV-TR. Sinopsis de las clasificaciones de los trastornos mentales. Barcelona: J&C Ediciones Médicas; 2005.
- Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Versión multiaxial para adultos. Ginebra: OMS; 1996.
- Rivero Cuadrado A, coordinador. Manual del usuario. Normativa de codificación. Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª revisión Modificación Clínica. 4ª ed. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1997.
- Vázquez Souza, M. Semiología psiquiátrica 1. Cienpozueros: hospital, 2002
- López-Ibor Aliño JJ, Valdés Miyar M. DSM-IV-TR Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2005
- Brown Faye. ICD-L9-CM Coding Handbook. Chicago: Health Forum, INC. 2008.
- Guía oficial para la práctica clínica en demencias 8: conceptos, criterios y recomendaciones. Sociedad Española de Neurología. Grupo de estudio de neurología de la conducta y demencias. Barcelona: Proas Science, 2009.

# Glosario de términos

## A

Agorafobia, 43  
Alcoholismo, 23  
Alucinosis orgánica, 17  
Anorexia nerviosa, 52  
Astenia psicógena, 51  
Autismo infantil, 60

## B

Bouffée delirante, 38  
Bulimia nerviosa, 53

## C

Ciclotimia, 41  
Coma etílico, 30  
Cuerpos de Lewy, 14

## D

Delirium, 20  
Demencia, 11  
Demencia arteriosclerótica, 15  
Demencia fronto-temporal, 15  
Demencia mixta, 16  
Demencia multiinfarto, 15  
Demencia vascular, 15  
Depresión ansiosa, 41  
Depresión endógena, 40  
Depresión histérica, 42  
Depresión monopolar, 40  
Depresión neurótica, 41  
Depresión psicótica, 40  
Depresión reactiva, 42  
Depresión situacional, 42  
Desintoxicación, 32  
Disfunción vegetativa  
somatomorfa, 50

## E

Enfermedad de Alzheimer, 12  
Enfermedad de  
Creutzfeldt-Jakob, 13  
Enfermedad de Huntington, 13  
Enfermedad de Parkinson, 14  
Enfermedad de Pick, 13  
Enolismo crónico, 26  
Esquizofrenia, 34

## F

Fobias sociales, 43

## H

Hipersomnio, 54  
HIV, 15

## I

Insomnio, 54  
Intoxicación patológica, 29

## N

Neurastenia, 51

## R

Reacción a estrés agudo, 46

## S

Síndrome amnésico, 28  
Síndrome ansioso-depresivo, 42  
Síndrome cerebral  
posttraumático, 22  
Síndrome de abstinencia, 27  
Síndrome de Asperger, 60  
Síndrome de dependencia, 25  
Síndrome de Diógenes, 59  
Síndrome de fatiga, 51

Síndrome de Gilles de la  
Tourette, 63  
Síndrome de Rett, 61  
Síndrome posconmocional, 22  
Síndrome posecefálico, 21  
Síndrome psicoorgánico, 17  
Sobredosis, 29  
Sonambulismo, 54

## T

Tabaquismo, 32  
Terrores nocturnos, 54  
Trastorno mixto  
ansioso-depresivo, 44  
Trastorno anancástico, 58  
Trastorno bipolar, 40  
Trastorno catatónico orgánico, 17  
Trastorno cognoscitivo leve, 21  
Trastorno de ansiedad orgánico, 19  
Trastorno de conversión, 42  
Trastorno de  
despersonalización, 51  
Trastorno de dolor persistente  
somatomorfo, 50  
Trastorno de estrés  
postraumático, 46  
Trastorno de ideas delirantes, 18  
Trastorno de ideas delirantes  
inducidas, 36  
Trastorno de inestabilidad  
emocional, 57  
Trastorno de labilidad  
emocional, 19  
Trastorno de pánico, 44

Trastorno de somatización, 49  
Trastorno dependiente de la  
personalidad, 58  
Trastorno depresivo mayor, 39  
Trastorno disocial de la  
personalidad, 57  
Trastorno disociativo orgánico, 19  
Trastorno esquizofreniforme, 18  
Trastorno esquizoide de la  
personalidad, 56  
Trastorno esquizotípico, 35  
Trastorno hipocondríaco, 50  
Trastorno histriónico de la  
personalidad, 57  
Trastorno maníaco, 39  
Trastorno obsesivo-compulsivo, 45  
Trastorno orgánico de la  
personalidad, 21  
Trastorno paranoide de la  
personalidad, 56  
Trastorno psicótico, 27  
Trastorno psicótico agudo  
polimorfo, 37  
Trastornos de adaptación, 46  
Trastornos de ansiedad fóbica, 43  
Trastornos de ideas delirantes  
persistentes, 36  
Trastornos de tics, 63  
Trastornos del humor orgánicos, 18  
Trastornos disociales, 62  
Trastornos disociativos, 48  
Trastornos hipercinético, 62  
Trastornos somatomorfos, 49

## II. Preguntas a la unidad

### Admisión

- 1. A un paciente ingresado en un hospital por problemas cardiacos se le tiene que realizar un cateterismo en otro centro, una vez realizado vuelve a ingresar en nuestro hospital (sin ser dado de alta). ¿Deberemos codificar el cateterismo como si se realizara en nuestro centro?**

En este caso no existen normas ni referencias americanas, pero sí un acuerdo al que se llegó en la Unidad Técnica CIE9MC.

- Si un paciente es enviado desde un hospital A a otro B para realizar un procedimiento, si regresa al hospital A sin haber sido dado de alta, se codificará en el hospital A donde está ingresado y quedará registrado en el CMBD de hospitalización.
- Si es dado de alta del hospital A e ingresa en el hospital B al menos 1 día, el hospital A no tiene que codificar el cateterismo. El hospital B efectuaría un ingreso y alta en hospitalización y declararía el cateterismo en su CMBD de hospitalización.

Los registros del CMBD ofrecen información de los procedimientos que le han sido realizados a un paciente durante el tiempo que ha permanecido ingresado en un centro, no de donde le han sido realizados dichos procedimientos si el centro no dispone de los recursos necesarios.

- 2. Nos surge una duda de codificación tras leer la normativa de la CIE9MC 7ª edición (pág. 83) que dice lo siguiente:**

*«Ingreso desde Cirugía ambulatoria. Cuando un paciente es sometido a intervención quirúrgica en el departamento de cirugía ambulatoria y posteriormente es ingresado para continuar los cuidados en el mismo hospital, deben seguirse las siguientes normas al seleccionar el diagnóstico principal en el ingreso de dicho paciente:*

- *Si la causa del ingreso es una complicación, asigne la misma como diagnóstico principal.*

- Si no hay complicación u otra causa documentada como causa del ingreso, asigne el motivo de la cirugía ambulatoria como diagnóstico principal.
- Si la causa del ingreso es otra afección no relacionada con la cirugía, asigne dicha afección como diagnóstico principal».

**Según esto no habría que utilizar el código V58.XX como diagnóstico principal en los episodios que ingresan procedentes de CMA cuando no se indica ninguna causa o complicación, sino que habría que asignar el motivo de la CMA como diagnóstico principal. Pero en el Boletín nº 22 pag. 16 dice:**

*«Hay que tener en cuenta también, que no se debe asignar un código V71 de observación, cuando se ingresa al paciente en el área de hospitalización tras ser intervenido de un proceso de cirugía ambulatoria, incluso cuando el informe médico sugiere que la admisión es para observación. En este caso, el diagnóstico principal será la condición o problema que origina el ingreso postoperatorio: hemorragia, náuseas, etc. Si el paciente ingresa para observación, entendida como seguimiento de su proceso, se dispone de la categoría V58 de seguimiento tras tratamiento, como diagnóstico principal. Esta recomendación sólo es aplicable en las Comunidades Autónomas que mantienen separadas las bases de datos de CMBD en Hospitalización y Procesos Ambulatorios.»*

**He revisado los Coding Clinic (CC) y hay algún ejemplo sobre este tema donde se dice que “los códigos V de cuidados posteriores no deben usarse si el tratamiento está dirigido a la enfermedad o lesiones actuales. En estos casos debe usarse el código de diagnóstico” (CC segundo trimestre 2007 pág. 6). En el CC cuarto trimestre 2007 pág. 187-188 en el apartado de Uso de los códigos de cuidados posteriores dice que el código de cuidado posterior no se debe utilizar si el tratamiento está dirigido a una enfermedad o lesión actual o aguda. El CC que habla sobre Ingreso desde Cirugía ambulatoria (CC cuarto trimestre 2007 pág. 206) dice lo mismo que la normativa de la CIE9MC 7ª edición.**

**Después de todo esto no tengo muy claro el uso del V58.XX según lo expresado en el boletín nº 22 en pacientes ingresados desde CMA cuando no se indica ninguna causa, simplemente se trata de observación después de CMA parece contradecirse con la normativa de la CIE9MC 7ª revisión. Quisiera saber cuál es la forma correcta de codificarlo.**

La Unidad Técnica para CIE9MC considera que no existe discrepancia entre la normativa de codificación publicada por el NCHS y la AHA y el boletín de la Unidad Técnica nº 22 dedicado monográficamente a los códigos V en Octubre de 2004.

Si lo que se produce es una complicación de la intervención o del proceso anterior, el episodio de cuidados no se ha resuelto y el nuevo ingreso forma parte del proceso anterior y por tanto el diagnóstico será el correspondiente a la complicación o a la patología previa. Los códigos de cuidados posteriores (V51—V58) se deben utilizar cuando se ha realizado el tratamiento de la enfermedad o lesión inicial, pero el paciente precisa un seguimiento o requiere cuidados posteriores o continuados que forman parte del tratamiento evolutivo habitual de dicha patología.

- 3. Mi consulta es acerca de si existe normativa o referencia válida sobre la codificación en los centros de media-larga estancia, pues nos estamos encontrando bastantes dificultades a la hora de codificar los episodios en los que el motivo de ingreso es múltiple y en la norma sobre ingresos para cuidados.**

**Un ejemplo concreto y repetido es el que hace referencia a los ictus, en estos casos, en nuestro centro tenemos ingresos de pacientes motivados por su rehabilitación (convalecencia en el proceso inmediato al agudo) y en otros casos estos ingresos no precisan de rehabilitación expresamente y su ingreso viene motivado por las condiciones de limitación y entorno socio-familiar. En ambos casos, no puede emplearse el código de la enfermedad aguda, a pesar de que no se ha establecido la secuela de forma determinada por la cercanía con el proceso agudo. ¿Qué códigos serían los correctos en el siguiente caso?**

**Paciente del que se solicita el ingreso en centro socio-sanitario para convalecencia de un accidente cerebrovascular hemodinámico en el contexto de agotamiento del generador de su marcapasos ocurrido hace 6 días con disfagia, disartria, hemiplejia derecha y confusión. Se le ha recambiado el generador y actualmente está sin problemas. El paciente vive en un tercer piso con ascensor y su principal cuidadora, su mujer, está intervenida de hernias discales. El Servicio de Ayuda a Domicilio está saturado en su población.**

**El neurólogo que lo ha atendido en el centro origen opina que se beneficiaría de una rehabilitación en centro hospitalario antes de proseguir de manera ambulatoria.**

**Al alta el paciente ha mejorado sustancialmente, y puede deambular con apoyo, no presenta confusión y sólo leve disartria.**

El diagnóstico principal será diferente según sea el motivo fundamental del ingreso y según se haya orientado el tratamiento.

En la CIE9MC no existe la variable tiempo para considerar una alteración como efecto tardío (los efectos tardíos son aquellas secuelas debidas a una enfermedad aguda que perduran a largo plazo). Por ello, si reingresan (aunque sea a la semana siguiente) para tratar esas lesiones residuales habría que poner como diagnóstico principal el código del efecto tardío o secuela.

En el caso que nos proponen hay, además, distintas circunstancias que deben aclararse:

- Consideramos que el recambio de marcapasos se ha realizado en el otro centro puesto que un centro socio-sanitario no suele tener esta prestación.
- También hay que tener en cuenta las circunstancias del cuidador (V60.4 Ningún otro miembro del hogar capaz de prestar cuidados) y de la imposibilidad de ayuda a domicilio (V63.1 Servicios médicos no disponibles en el domicilio).

Si el motivo de ingreso ha sido la rehabilitación y no se ha recambiado el generador en el centro sociosanitario:

V57.X	Procedimientos de rehabilitación
438.XX	Efectos tardíos de enfermedad cerebrovascular
V60.4	Ningún otro miembro del hogar capaz de prestar cuidados
V63.1	Servicios médicos no disponibles en el domicilio
V45.01	Marcapasos cardiaco

Si el motivo es la convalecencia motivada por las circunstancias sociales:

V66.5	Convalecencia después de otro tratamiento
438.XX	Efectos tardíos de enfermedad cerebrovascular



- V60.4 Ningún otro miembro del hogar capaz de prestar cuidados
- V63.1 Servicios médicos no disponibles en el domicilio
- V45.01 Marcapasos cardiaco

Si el motivo fuera el tratamiento de alguna secuela:

- 438.XX Efectos tardíos de enfermedad cerebrovascular
- V60.4 Ningún otro miembro del hogar capaz de prestar cuidados
- V63.1 Servicios médicos no disponibles en el domicilio
- V45.01 Marcapasos cardiaco

#### **4. Un paciente ingresa en un hospital A por una fractura y le intervienen y lo trasladan a un hospital B por sectorización y recibe el alta en el B. ¿Cómo se codificaría en el B?**

Se entiende que cuando habla de traslado por motivos de sectorización quiere decir, que el paciente se encuentra todavía en la fase aguda de la enfermedad y que no ha completado el tratamiento de la misma, pero que por circunstancias administrativas debe completar el tratamiento activo en su hospital de referencia. En este caso el diagnóstico de ingreso será el código de la fractura, (800-829) igual que en el hospital donde ingresó inicialmente. Por tratamiento activo, se especifica el tratamiento quirúrgico y la evaluación y tratamiento activo (quirúrgico o corrector) por un nuevo médico.

- Si el tratamiento activo de la fase aguda de la fractura ya está terminado por completo (no está pendiente ni de un segundo tiempo de la intervención ni de nada), se codificará en el hospital B con el correspondiente código V54.1X y no se codificará la fractura aguda.
- Si se traslada por una complicación, se codificará dicha complicación y no se codificará la fractura aguda.
- Si se traslada para rehabilitación o convalecencia, se codificará con su correspondiente código V y no se codificará la fractura aguda.

# Neoplasias

- 1. Paciente con neoplasia de colon en tratamiento, que ingresa por una fractura de húmero tras una caída casual. En este caso ¿sería el diagnóstico principal la fractura de húmero, y secundarios la neoplasia de colon y la caída?**

**812.20 Fractura de húmero.**

**E8889 Caída casual**

**153.9 Neoplasia de colon.**

**M80003 Neoplasia Maligna**

**Mismo caso pero que ingresa por un Embolismo Pulmonar. ¿También sería éste el diagnóstico principal o la neoplasia? No está reflejado que la embolia sea consecuencia de la neoplasia.**

En respuesta a su pregunta, cuando el motivo del ingreso es por una patología **no** neoplásica (como en los casos que se incluyen de fractura y embolismo pulmonar) estos serán el diagnóstico principal y han de codificarse en sus códigos correspondientes de la lista tabular. La patología neoplásica (o su historia) serán diagnósticos secundarios.

- 2. La nueva categoría 209 Tumores Neuroendocrinos ¿no puede ser diagnóstico principal? o dicho de otra manera ¿siempre ha de ser diagnóstico secundario? Leyendo la Normativa dice que normalmente va asociado a MEN y en este caso el MEN es diagnóstico principal, pero ¿si no hay MEN, no se puede utilizar el código de tumor neuroendocrino (categoría 209) de diagnóstico principal?**

Existe en la lista tabular de la CIE9MC una instrucción para los códigos de la categoría 209 que dice:

«Codificar primero cualquier síndrome de neoplasia endocrina múltiple asociado. (258.01-258.03) Emplear código adicional para identificar un síndrome endocrino asociado, tal como: síndrome carcinoide (259.2)». Se planteó la duda de cómo codificar un tumor carcinoide maligno sin la presencia del síndrome NEM documentándose el caso de un tumor carcinoide maligno de pulmón en el que no se daba asociado un NEM. La contestación confirmó que el código 209.21 puede

en este caso ser utilizado como diagnóstico principal. Los códigos de tumor neuroendocrino sí son aceptables como diagnóstico principal cuando no están asociados a un NEM.

- 3. Paciente recientemente diagnosticada de una neoplasia gástrica con anemia crónica, que ingresa en nuestro centro programada para realizarse un recambio valvular cardiaco, en el postoperatorio (4 días después de la intervención) la paciente cursa con una HDA y una rectorragia, que precisa transfusión de dos concentrados de hematíes, dudamos entre estas dos formas de codificarla:**

**D1 42F4.1 + 151.9 + 578.0 + 578.1 P1 35.22 + 99.04**

**D1 424.1 + 151.9 + 578.0 + 578.1 + 998.11 + E878.1 P1 35.22 + 99.04**

**La duda es si deberíamos entender que la hemorragia es postoperatoria o no, o está producida por la neoplasia que parece lo más lo normal, aun así la historia clínica no nos termina de aclarar el tema.**

Tal y como recoge el boletín número 29 de codificación clínica con la CIE9MC:

«No todas las condiciones que ocurren después de la cirugía o de otro cuidado deben ser codificadas como complicaciones. Debe de haber una relación causa-efecto entre el cuidado proporcionado y la condición, y estar documentado en la historia que es una complicación y no una condición postoperatoria».

En este caso no parece que haya habido una hemorragia como complicación del procedimiento valvular. Es un sangrado digestivo que no está documentado como debido a procedimiento, por lo que la codificación adecuada sería:

**424.1 + 151.9 + M** correspondiente + **578.9** (hemorragia digestiva n.e.) (578.0 si indican hematemesis) + **569.3** (rectorragia) + **anemia** (Tal cual está expresado, el Índice Alfabético manda al código 281.9 pero habría que documentar si es: ferropénica por sangrado (280.0), crónica por mala absorción (281.X), neoplásica (285.22) o incluso de otro tipo.+ **35.22 + 99.04**

# Trastornos mentales

## 1. En un informe de asistencia infantil (psicología / psiquiatría) el profesional indica:

**Diagnóstico: Sin diagnóstico o estado en el eje I (V71.09)**

**No encuentro en Codificación clínica con la CIE9MC actualización a 2008 dicho código. Solicito información en cuanto a comentarios y normativa de codificación en concreto para el diagnóstico específico.**

La expresión Estado en el eje I hace referencia la clasificación realizada por la Asociación Americana de Psiquiatría: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V).

El DSM-IV propone una descripción del funcionamiento del paciente a través de 5 “ejes”, con el objeto de contar con un panorama general de diferentes ámbitos de funcionamiento.

Los cinco ejes de la clasificación multiaxial del DSM-IV-TR son:

- Eje I Trastornos clínicos. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica
- Eje II Trastornos de la personalidad. Retraso mental
- Eje III Enfermedades médicas
- Eje IV Problemas psicosociales y ambientales
- Eje V Evaluación de la actividad global

Con la información aportada, no queda clara la circunstancia que hay que codificar, no explica si es una enfermedad sospechada y descartada, o si no han llegado a un diagnóstico porque está pendiente de pruebas, etc. Creemos que sería conveniente revisar toda la historia y consultar con el facultativo responsable, para que se tuviera la certeza de cuál ha sido el motivo que ha generado este episodio.

## 2. ¿Tiene código el Síndrome de Diógenes?

El síndrome de Diógenes es un trastorno que se presenta en personas de edad avanzada. Las principales manifestaciones de este síndrome son: autonegligencia, miseria doméstica y tendencia a la acumulación

excesiva (silogomanía). Esto se asocia con aislamiento autoimpuesto, rechazo a la ayuda e indiferencia o falta de conciencia de enfermedad. El síndrome de Diógenes se presenta en el contexto de algunos trastornos psiquiátricos: demencia de Alzheimer, trastorno de personalidad esquizoide, trastorno obsesivo compulsivo (atípico), esquizofrenia simple, esquizofrenia residual, trastorno de ideas delirantes persistentes. En estos casos el síndrome de Diógenes se consideraría como manifestación sintomática del trastorno psiquiátrico de base.

En aquellos casos en los que no exista enfermedad psiquiátrica se debería utilizar el código **301.89 Otros trastornos especificados de la personalidad**, ya que en dicho síndrome más que un trastorno específico, se presentan uno o varios rasgos de los diversos trastornos: personalidad paranoide, personalidad anancástica, personalidad esquizoide o personalidad disocial.

### **3. Quería consultarles cómo codificar con el CIE9MC el síndrome de sobrecarga del cuidador.**

La tarea de cuidar conlleva a menudo la aparición de una amplia variedad de problemas constituyentes del Síndrome de Burn-out: Sobrecarga del cuidador. Este síndrome se define como el *deterioro o agotamiento producido por la demanda excesiva de recursos físicos y emocionales que lleva consigo la realización de una determinada actividad (el cuidado del paciente)*.

El Síndrome de sobrecarga del cuidador no tiene actualmente un código específico en la CIE9MC. Describir esta entidad necesita de la utilización de más de un código:

- Codificar la patología que presente el paciente: depresión, insomnio, lumbalgia... etc.
- Codificar la reacción de adaptación al estrés crónico (cat. 309).
- Codificar la situación familiar (V61.49 Otro problema de salud dentro de la familia).

El orden de los mismos dependerá de las circunstancias del ingreso.

# Enfermedades del aparato circulatorio

- 1. ¿Podrían indicarnos que código debemos utilizar para el síndrome de May-Thurner?, no hemos encontrado entrada por el índice.**

El síndrome de May-Thurner o compresión de la vena ilíaca o de compresión ileocavo, es causado por la compresión de la vena ilíaca primitiva izquierda por la arteria ilíaca primitiva derecha. Este tipo de compresión puede causar edema y várices de miembros inferiores y vulvares, trombosis venosa profunda, úlceras venosas crónicas y complicaciones mayores. La arteria sobrepuesta parece inducir una obstrucción parcial de la vena de dos maneras: por su orientación anatómica comprimiendo subsecuentemente la vena ilíaca primitiva izquierda, y por la hipertrofia extensa de la vena resultado de la fuerza pulsátil crónica de la arteria ilíaca primitiva derecha. El diagnóstico de la compresión de la vena ilíaca antes del inicio de la trombosis venosa iliofemoral y del síndrome venoso es importante. La flebografía ilíaca, sigue siendo el método de diagnóstico de elección.

Si se busca en el índice alfabético Compresión vena nos lleva a:

## **Compresión**

- vena 459.2
- - cava (inferior) (superior) 459.2

Y en la lista tabular:

## **459 Otros trastornos del aparato circulatorio**

### **459.2 Compresión venosa**

Estrechamiento venoso

Síndrome de vena cava (inferior) (superior)

# Enfermedades del aparato respiratorio

- 1. ¿Me podrían decir si en CIE9MC, hay algún código que se pueda utilizar para codificar la infección nosocomial?**

Se denomina Infección nosocomial (IN) todo proceso infeccioso que ocurre durante la hospitalización, a veces después, y que no estaba pre-

sente o incubándose en el momento de la admisión del enfermo en el hospital. Desde el punto de vista operativo, se considera infección hospitalaria a todo proceso infeccioso que aparece tras 72 horas de la hospitalización y que no estaba presente o incubándose en el momento del ingreso hospitalario.

No existe un código concreto que identifique a la infección nosocomial como tal, las circunstancias de este tipo de infecciones pueden ser múltiples y no necesariamente debidas a complicaciones de cuidados.

Deberemos codificarlas en función de la documentación que tengamos, en ocasiones podrán ser códigos que identifiquen procesos infecciosos aislados (neumonía, infección respiratoria...) que no tienen por qué tener relación con el motivo de ingreso y la patología previa del paciente. En otras ocasiones serán complicaciones de los cuidados prestados durante el ingreso en cuyo caso deberemos identificar los códigos de complicación de cuidados y la infección nosocomial pertinente (ITU por sondaje, Infección herida post-operatoria...).

**2. Trabajo en un hospital pediátrico y al intentar codificar algunas patologías nos dimos cuenta que la CIE9MC está enfocada en gran medida al paciente adulto, es por éso que quería preguntar si existe algún manual dedicado a la codificación del aparato respiratorio en niños ya que queremos unificar los criterios para dicha codificación.**

**¿Cómo codifican el “Daño Pulmonar Crónico” que es diferente a la Displasia Broncopulmonar? Este diagnóstico se usa con frecuencia en los niños que han quedado con un daño como secuela del adenovirus en calidad de dependencia de oxígeno en su hogar y cursan con bronquiectasias crónicas o atelectasias crónicas, enfisema obstructivo o fibrosis pulmonar.**

No existe una codificación específica para los niños, ni de enfermedades del aparato respiratorio ni de otras patologías salvo las relacionadas con el periodo perinatal (capítulo 15 de la CIE9MC). Por tanto, las secuelas respiratorias de infecciones, como las producidas por una infección de adenovirus u otras, deberán codificarse con los códigos correspondientes del capítulo 8 de la CIE9MC (494.X Bronquiectasias, 518.0 Colapso pulmonar, etc...) y completarse con el correspondiente

de efecto tardío de enfermedad infecciosa (en el caso del adenovirus, 139.8 Efectos tardíos de otras enfermedades infecciosas y parasitarias y de enfermedades infecciosas y parasitarias no especificadas). Si, además, dependen de oxígeno domiciliario, se añadirán los códigos correspondientes al fracaso respiratorio crónico (518.83) o fracaso respiratorio crónico reagudizado (518.84), según proceda, y el código V46.2 Dependencia de administración de oxígeno.

Por otra parte, la elección del diagnóstico principal dependerá, como siempre, del motivo de ingreso (reagudización de la patología, el fracaso respiratorio, circunstancias relacionadas con el aparato de oxigenoterapia o cualquier otra situación o enfermedad relacionada o no con su patología respiratoria).

## Enfermedades del aparato digestivo

### **1. Un paciente ingresa con cirrosis hepática por VHC y alcohol. ¿Qué códigos hay que utilizar y en qué secuencia?**

Cuando coexisten una cirrosis hepática por alcohol con otra cirrosis debida a virus (C u otros virus) se codificaría la cirrosis alcohólica y después el código de hepatitis 571.2 y 070.54 ya que en este último código se incluye la cirrosis asociada con hepatitis.

## Complicaciones de la gestación, parto y puerperio

### **1. Una paciente se programa para cesárea por posición transversa del feto. Ingres a y en el ingreso ven que el feto se ha colocado en cefálica. ¿El código correcto sería 652.13 + V64.1?**

La normativa dice que se secuencia como diagnóstico principal la condición que motiva un ingreso siempre que siga existiendo dicha condición, incluso si por causas imprevistas el tratamiento planeado no se lleva a cabo.



Se entiende que, para este caso de ingreso programado para cesárea, pueden darse las siguientes circunstancias:

- Que se suspenda la cesárea y se produzca un parto vaginal: se codificará como el parto vaginal que corresponda sin hacer mención a la posición fetal previa al ingreso + V64.1
- Que al ingreso se compruebe que está de nalgas, y durante el ingreso, antes de la intervención, se ponga en posición cefálica y se suspenda la intervención: 652.1X + V64.1.
- Que se suspenda la cesárea y se dé de alta estando embarazada aún. Existe desde enero de 2010 una nueva categoría V89 para observación por sospecha de enfermedad materna y fetal no confirmada por lo que deberíamos utilizar V89.09 + V64.1. No podemos poner ni 652.1X ni 652.3X porque en este episodio no se ha dado dicha condición.

**2. Una paciente parida hace 8 semanas, ingresa para un legrado por hemorragia con restos placentarios, ¿el código correcto sería 666.24? Según las normas de codificación el puerperio son 6 semanas.**

Correcto, el código 666.24 es el correcto a pesar de que hayan transcurrido 8 semanas desde el parto.

El punto de Complicaciones del postparto y periparto de las Normas de Codificación de la CIE9MC es claro a este respecto:

*«Complicaciones relacionadas con el embarazo después de 6 semanas tras el parto:*

*Los códigos del capítulo 11 pueden ser también usados para describir complicaciones relacionadas con el embarazo después de 6 semanas tras el parto si el médico documenta que esta afección tiene relación con el embarazo o el parto».*

**3. Me gustaría saber cuándo se tiene que usar el código 646.1X en obstetricia si es cuando tiene obesidad la paciente o cuando aumenta excesivamente de peso durante el embarazo si hay unos límites en el peso y cuales son.**

El código 646.1X tal y como dice su enunciado clasifica solo la ganancia ponderal durante el embarazo:

**646.1 Edema o aumento de peso excesivo en el embarazo, sin mención de**

**[0-4] hipertensión**

Edema gestacional

Síndrome de obesidad materna

*Excluye: aquel con mención de hipertensión (642.0-642.9)*

Para codificar la obesidad de la paciente que complica el embarazo debe utilizarse el código 649.1X:

**649.1 Obesidad que complica el embarazo, el parto o el puerperio**

**[0-4]** Emplear un código adicional para identificar la obesidad (278.00, 278.01).

## Enfermedades del aparato muscular y esquelético y de los tejidos conectivos

- 1. Paciente al que remiten a unidad del dolor por no remitir su lumbalgia. Es un paciente ambulatorio, ¿Sería correcta la siguiente codificación como diagnóstico principal la hernia 722.10 y como diagnóstico secundario se debe añadir el código de dolor 338.19 o bastaría con poner el 722.10?**

**¿Si dicha hernia la especificasen con compresión se pasaría a codificar como con mielopatía, o el término con mielopatía lo debe expresar tal cual el facultativo? Normalmente no lo especifican. ¿Hay forma de saber cuándo es con miopatía?**

En la primera pregunta no se especifica que el paciente tiene una lumbalgia debido a una hernia discal. En el caso que dicha hernia esté documentada en su historia y sea la responsable, el código será 722.10. Los códigos de la categoría 338 se utilizan como diagnóstico principal cuando el motivo del contacto del paciente sea para el Control/Asistencia/Manejo del Dolor. Se secuenciará a continuación la patología que lo produce.

No debe asumirse la presencia de mielopatía sin estar perfectamente documentada por el clínico.

2. **¿Cuándo en un informe encontramos como diagnóstico brida y su resección, cómo se codifican y como se deben clasificar, por ejemplo tras un fuerte golpe en rodilla y tras meses de dolor meniscal a un paciente le realizan artroscopia encontrando la existencia de una brida a nivel del compartimento interno, procediéndose a su resección? ¿Cómo se clasifican en la CIE9MC dichas patologías y su resección? ¿y cuando estas son tras un procedimiento?**

La CIE9MC clasifica en la categoría 717 los trastornos internos de la rodilla y será un código de dicha categoría (dependiendo de la localización de la sinequia) el que deba asignarse.

El que se produzcan tras una cirugía forma parte de los resultados de determinados procedimientos junto a las características del propio paciente y no implican una complicación de cuidados, salvo que así se documentase claramente.

Si existe relación documentada con el traumatismo se codificará como efecto tardío, con la secuencia correspondiente.

3. **Cuando un paciente inicia un episodio por torcedura de rodilla y acaban haciéndole una artroscopia donde le diagnostican una rotura degenerativa de MI. ¿Cómo se debe interpretar? porque un paciente puede tener una degeneración de meniscos (que será más vulnerable a roturas por traumas menos agresivos que un paciente con un menisco sano) por lo que dicho paciente ¿podría tener una rotura traumática actual 836.X y convivir dicho código con un 717.XX? ¿o en el 717.X ya viene incluida esa condición? En el informe constan como diagnósticos:**

- **Rotura en asa de cubo degenerativo del CPMI rodilla izquierda- LCA laxo.**
- **Lesión condral carilla interna rótula.**

**¿Qué tiempo debe transcurrir para pasar de utilizar las roturas actuales de las antiguas? ¿Sería correcto dejar 6 meses para pasar del actual al antiguo, en mi servicio se llegó a ese acuerdo, es correcto? En este caso el facultativo ha llegado al siguiente diagnóstico:**

- **Rotura en asa de cubo degenerativo del CPMI rodilla izquierda.**

**El término degenerativo indica que es un desgarro antiguo y el diagnóstico será 717.2**

No es competencia del codificador interpretar o diagnosticar y cualquier duda o discrepancia debe ser resuelta con el facultativo médico responsable del paciente y de la documentación que genera.

También debe ser con los responsables de los Servicios con los que debe aclararse en cada caso los tiempos que consideran adecuados para la asignación de uno u otro diagnóstico, y determinar, sin contravenir la normativa vigente, los códigos que mejor identifican los procedimientos y técnicas quirúrgicas que utilizan.

#### **4. ¿Cómo debe codificarse el síndrome del piramidal?, ¿cómo una contractura del músculo 728.85?**

El músculo “piramidal” o “piriforme” de la pelvis es un conjunto de fibras musculares que se extienden desde la cara anterior y externa del sacro, pasando por debajo del glúteo mayor hasta el trocánter mayor de la cabeza del fémur.

**Síndrome** - véase además Enfermedad  
- piriforme 355.0

## Antecedentes personales

#### **1. ¿Cuáles son los códigos de Historia personal de liposucción y de cólicos biliares?**

Los códigos de historia personal reflejan una condición del paciente que ya está superada y por la que no recibe ningún tratamiento, pero que por suponer un riesgo potencial requiere cierto seguimiento.

En el caso de los cólicos biliares, en general, cuando hay condiciones que no tienen su propio código, hay que asignar los códigos más generales e inespecíficos, en este caso para la historia personal de cólicos biliares deberían asignar el código V12.79 añadiendo el código V45.79 si hubo colecistectomía, salvo que cuando los códigos biliares se

refieran al síntoma pasado y todavía persista la patología (colecistitis o coledocolitiasis, por ej.), en cuyo caso habría que utilizar el código correspondiente de las categorías 574 a 576. Y todo ello siempre que esté relacionado con el episodio actual.

En el caso que comenta de la liposucción, si lo único que se pretende es informar que esa persona tiene realizada dicha técnica, no parece que se ajuste a lo que describe un código de Historia Personal, y por tanto no debería codificarse.

**2. Paciente de 80 años con movilidad muy limitada, vida cama-sillón que le mantiene encamado gran parte del día a causa de lo cual presenta úlceras por presión.**

En el caso del paciente con úlceras por presión, como en cualquier otro caso, habrá que valorar en primer lugar cual es la circunstancia que motivó el contacto, si es un paciente ambulatorio o si se trata de un paciente hospitalizado. Si la causa del ingreso fueron las úlceras por decúbito deberá asignarse como diagnóstico principal un código de subclasificación 707.0X con la asignación de códigos secundarios necesarios (infección de la herida, microorganismo causante...), además debe añadirse un código de subclasificación 707.2X que especifica el estadio de la úlcera. Si se da la presencia de úlceras con la misma localización pero distinto estadio, debe utilizarse el código que describa la de mayor grado. Además si se trata de un paciente encamado se deberá asignar el código V49.89.

## Complicaciones con la atención médica

**1. ¿Qué código se asigna a la extravasación en el caso de un paciente que se arranca la vía o cuando se produce una flebitis del miembro?**

La extravasación de un catéter vascular (cualquier tipo) es una complicación mecánica del dispositivo y como tal se clasifica en el código 999.81.

Los códigos de la subcategoría 996.7X clasifican reacciones anormales del organismo ante un dispositivo que funciona correctamente.

Si la extravasación ocurre por arrancamiento accidental (enredos con ropa de cama etc.), el código de causa externa a utilizar sería 999.81+E928.9; si el arrancamiento lo causa un paciente agitado, el código de causa externa a utilizar sería 999.81+ E958.8 (es el que nos parece más adecuado a la situación).

La flebitis asociada a catéter se clasifica en el código 996.62 y si se asocia a la perfusión se clasifica en el código 999.2, en ambos casos, con los códigos adicionales correspondientes (código de localización de la flebitis más el código E de causa externa). En cualquier caso, la condición a codificar será la que el médico responsable establezca en su diagnóstico.

**2. A un paciente que intervienen de sustitución de válvula aorta por una valvulopatía y tiene de diagnóstico secundario una neoplasia de estómago, a los 4 días de la intervención presenta hematemesis y rectorragia que precisa trasfusión. ¿Esta hemorragia sería por una complicación en la intervención o por la neoplasia?**

Tal y como se recoge en el Boletín número 29 «Complicaciones de Cirugía y Cuidados Médicos Codificación de la Desnutrición Hospitalaria»:

*«No todas las condiciones que ocurren después de la cirugía o de otro cuidado son clasificadas como complicaciones».*

Además, debe haber una relación causa-efecto entre el cuidado proporcionado y la condición, y una cierta indicación de que es una complicación y no una condición postoperatoria. El hecho de que el problema sea una complicación debida a un procedimiento debe de ser siempre documentada por el médico.

Como siempre en estos casos es necesaria una revisión exhaustiva de toda la documentación y si es preciso consultar con los facultativos responsables para que documenten si se trata de una complicación de la intervención o de la neoplasia.

**3. Paciente que ingresa de forma programada para la embolización de un aneurisma de arteria esplénica (442.83) mediante COINX (39.79). Intentan como vía de acceso la arteria femoral izquierda,**

pero fallan en el intento y se produce el obvio hematoma (arterial y de los tejidos adyacentes). Según los especialistas implicados, no tiene relevancia clínica, es habitual al intentar acceder por una arteria. Se resuelve con compresión. No ocasiona complicaciones, ni drenajes, ni reintervenciones, etc. El procedimiento se interrumpe por esa vía. Lo reintentan por la arteria femoral derecha y se realiza el mismo con éxito hasta el final.

Si se incluye como complicación 998.12 hematoma que complica un procedimiento. Este simple hematoma que se resuelve espontáneamente y que no requiere cuidados especiales, convierte el GRD 111 Procedimientos Cardiovasculares Mayores (con un peso 2,9518), en el GRD 549 Procedimientos Cardiovasculares Mayores Con Complicación Mayor (con un peso 10,06). Es imposible que un simple hematoma (que se produce con relativa frecuencia, como en este caso, o al realizar gasometrías arteriales,...), sea una complicación mayor y transforme el GRD 111 en el GRD 549. ¿Crees que puede ser un fallo del agrupador?

En este caso es un hematoma postpunción ¿es un procedimiento o no una punción? (no se especifica hematoma postoperatorio o post procedimiento, sino postpunción). Y efectivamente si introducen por el IA, hematoma: Hay un postoperatorio 998.12, que es el que aumenta desproporcionadamente el peso del GRD de una radiología intervencionista (que no intervención quirúrgica al no realizarse en quirófano sino en una sala de radiología según la NORDOC).

Parece correcto, pero quizás el error está en no especificar el tipo de hematoma, que sería arterial (postpunción). Si introducimos por el IA el término, hematoma y seleccionamos arterial, con el modificador esencial –sitio especificado– véase Traumatismo, vaso sanguíneo ,por sitio que no es específico, nos traslada a la categoría 900-904 Lesión de vasos sanguíneos, que incluye el hematoma arterial.

Este tiene un exclude entre otros del 998.2 perforación o herida accidental durante procedimiento médico. Dentro de esta categoría (900-904), se incluye exactamente la lesión traumática de la arteria femoral o 904 Lesión de vasos sanguíneos de extremidad inferior y de sitios no especificados + 904.0 Arteria femoral común Arteria femoral por encima del origen de la arteria femoral profunda 904.1 Arteria femoral superficial. Este 904.0 o 904.1 identifica claramente

**el vaso lesionado. El mecanismo lesional se completa con un código E, Accidentes de pacientes durante cuidados quirúrgicos y médicos (E 870 –E 876), concretamente el E 870.0.**

**Si en lugar de introducir por el IA, hematoma, introducimos punción, lleva a través de un modificador esencial a Herida, abierta, por sitio. En este modificador (incluye punción) y seleccionamos –arteria, que tiene el modificador esencial– Véase Traumatismo vaso sanguíneo por sitio que al seguirlo nos lleva igualmente a los códigos finales de la opción A.**

**Hay coincidencia al introducir hematoma arterial y al introducir punción, que es el mecanismo lesional del hematoma arterial (incidental, iatrogénico y clínicamente no significativo, por cierto).**

La cuestión que debemos abordar en primer lugar es si debemos o no codificar el hematoma post-punción.

Efectivamente tal y como dice la norma general se entiende por diagnóstico secundario aquellos diagnósticos que no siendo el principal coexistan con él en el momento del ingreso, o se desarrollen a lo largo de la estancia hospitalaria e influyan en la duración de la misma o en el tratamiento administrado. Deben excluirse los diagnósticos relacionados con un episodio anterior que no afecten al actual ingreso.

Si el proveedor de cuidados considera que el hematoma no ha influido en ninguno de estos dos aspectos entonces no deberá registrarlo, pero el matiz de tratamiento administrado puede ser bastante amplio. De alguna forma, aunque no se haya producido una complicación que haya precisado procedimientos quirúrgicos, sí que ha precisado nueva vía de abordaje, nuevo material fungible y seguro que una mayor observación por parte de enfermería para presionar y vigilar que el hematoma no aumenta de tamaño y no existe sangrado, también es posible que el paciente haya debido permanecer inmovilizado más tiempo.

Si se piensa que si hay que reseñar el hematoma entonces se deberá codificar como 998.12, es decir hematoma que complica procedimiento. Puesto que el vaso fue deliberadamente puncionado para llevar a cabo el procedimiento, es inapropiado asignar el código 998.2, Punción o laceración accidental durante un procedimiento. (Boletín número 29 Complicaciones de Cirugía y Cuidados Médicos).

No son aceptables las propuestas de buscar por traumatismo arterial puesto que en este caso no ha sido secundario a un traumatismo o



lesión, ha sido como resultado de un procedimiento, sin el procedimiento no se hubiese producido el hematoma.

El problema se ha originado por el GRD que le asigna el agrupador, que efectivamente le da un peso excesivo para el procedimiento realizado, no por una duda de codificación, probablemente un peso menor no hubiera dado lugar a esta cuestión.

## Procedimientos

### 1. **Me gustaría saber que código asignar a la ergometría (prueba de esfuerzo) y a la eco-broncoscopia.**

La codificación con CIE9MC de los procedimientos diagnósticos ergometría y broncoscopia se localizan en el Índice alfabético de procedimientos:

**Prueba, comprobación** (de) (para) - cardíaca (vascular)

- - de esfuerzo 89.44

- - - de Master, en dos etapas 89.42

- - - ergómetro de bicicleta 89.43

- - - cinta rodante (activada por el paciente) 89.41

- - función NCOC 89.59

Existen distintos tipos de ergometría por lo que deberán buscar mayor información en el informe clínico o bien preguntar en el servicio de cardiología donde realicen dicha técnica, para describir correctamente el procedimiento realizado.

Con respecto a la broncoscopia, el Índice Alfabético de procedimientos proporciona la siguiente entrada:

**Broncoscopia** NCOC 33.23

- con biopsia 33.24

Sin información más específica al respecto, se debe utilizar el código 33.23

**2. Si a un recién nacido lo ponen en incubadora, ¿se tiene que codificar la incubadora? ¿Y cómo se codificaría?**

En la codificación clínica de procedimientos con CIE9MC no está contemplada la codificación de la cama en la que un paciente se encuentra ingresado aunque esa cama tenga condiciones específicas. Este sería el mismo caso de las Unidades de Quemados o de algunas Unidades de Cuidados Intensivos que disponen de camas con características especiales.

Un recién nacido puede transitar por las distintas secciones de un Servicio de Neonatología dependiendo de la evolución de su patología y de sus necesidades de tratamiento. La dotación de estos servicios comprende tanto la presencia de incubadoras como de cunas abiertas, pero esta circunstancia no es codificada en ninguno de los casos.

**3. ¿Podrían decirnos cómo codificar la aplicación de factores de crecimiento?**

Los factores de crecimiento o GF (de *growth factor*) son un conjunto de sustancias, la mayoría de naturaleza proteica que junto con las hormonas y los neurotransmisores desempeñan una importante función en la comunicación intercelular. En las dos últimas décadas los usos terapéuticos de los factores de crecimiento se han ido incrementando y actualmente son usados en tratamiento de diferentes enfermedades.

Existen muchos tipos de factores de crecimiento:

Factor de Crecimiento Epidérmico	EGF
Factor de Crecimiento Derivado de Plaquetas	PDGF
Factores de Crecimiento de Fibroblastos	FGFs
Factores- $\beta$ de Transformación de Crecimiento	TGFs- $\beta$
Factor- $\alpha$ de Transformación de Crecimiento	TGF- $\alpha$
Eritropoyetina	Epo
Factor-1 de Crecimiento Similar a la Insulina	IGF-1
Factor-2 de Crecimiento Similar a la Insulina	IGF-2
Inter leucina-1	IL-1

Inter leucina-2	IL-2
Interleucina-6	IL-6
Interleucina-8	IL-8
Factor- $\alpha$ de Necrosis Tumoral	TNF- $\alpha$
Factor- $\beta$ de Necrosis Tumoral	TNF- $\beta$
Interferón- $\gamma$	INF- $\gamma$
Factores Estimuladores de Colonia	CSFs

No existe un único código para la administración de factores de crecimiento, existen códigos concretos para la administración de algunos de ellos, incluso en función del tipo de dosis utilizada (Ver inyección agente antineoplásico, interleucina-2). En otros casos deberemos utilizar códigos según la estructura en la que se realice la terapia (Inyección articulación, inyección ojo...etc.) y en otros casos cuando no tengamos la posibilidad de especificar más deberemos utilizar el código de Inyección de agente terapéutico NCOC 99.29.

Si lo que queremos codificar es la aplicación de estimulador de crecimiento óseo (superficial) (transcutáneo) el código es el 99.86.

La Inserción de estimulador de crecimiento óseo (invasivo) (percutáneo) (semi-invasivo)- véase categoría 78.9.

4. **Actualmente, la técnica de reparación de la válvula mitral mediante la aproximación y sutura de los velos de la válvula creando un doble orificio se realiza a través de abordaje abierto mediante una cirugía convencional.**
  - a. **¿En qué código(s) CIE9CM se registran este tipo de intervenciones?**
  - b. **Si esta intervención de reparación de válvula mitral se realiza a través de cateterismo mediante el sistema MitraClip, ¿cómo se codifica?**
  - c. **El Boletín nº 17 publicado en la web del Ministerio de Sanidad está fechado en el año 2000. ¿Existe alguna versión más actualizada? ¿Qué código se asigna? Cada cuánto tiempo se actualizan estos Boletines?**

- d. ¿Existe un CIE-10 al que se están adaptando algunos países como por ejemplo Irlanda. En España sigue vigente CIE9?**
- e. ¿Cómo se valoran económicamente estas intervenciones? ¿Dónde puedo encontrar esta información?**

a) La reparación de la válvula mitral sin sustitución y con cirugía abierta es clasificada en el volumen de procedimientos de la CIE9MC con el código 35.12.

b) La reparación valvular percutánea se clasifica en el código 35.96. Este código contempla las reparaciones valvulares percutáneas con independencia de la técnica utilizada (balón, MitraClip, etc.) y con independencia de la válvula cardiaca intervenida.

c) Efectivamente existe un boletín sobre patología cardiaca más actualizado, es el boletín nº 30 publicado en Octubre de 2008.

La actualización de los boletines obedece a varios criterios, entre ellos podemos destacar por una parte el que se hayan producido actualizaciones de la CIE9MC, con inclusión de nuevos códigos de diagnósticos y de procedimientos que hagan aconsejable la actualización del boletín anterior, en otras ocasiones el propósito puede ser aclarar las dudas de codificación que surgen con determinadas patologías o procedimientos, y en otras contemplar las revisiones y actualizaciones de normativa que realiza la AHA Central Office que es el organismo americano encargado de publicar la normativa de codificación para la ICD9MC.

d) En España se utiliza la CIE9MC para la elaboración del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de las altas hospitalarias del Sistema Nacional de Salud y del que se obtiene la información con la que se realizan las estadísticas e indicadores sanitarios. Dicha clasificación desaparecerá de E.E.U.U. en 2013 dando paso a la CIE10MC.

e) En la siguiente url se puede acceder a una aplicación del Ministerio de Sanidad en donde se acceden a datos de costes por GRD:

<http://pestadistico.mspsi.es/PEMSC25/>

**5. Extracción, de un cadáver, de diferentes órganos para trasplante o para guardar en banco, en el caso de las corneas. ¿Qué códigos de diagnóstico y de procedimientos se deben utilizar en estos casos?**

**El V59, según lo expresado en el boletín de códigos V, no puede ser utilizado en los casos de donaciones de cadáveres.**

Efectivamente a nivel de diagnóstico no hay forma de identificar la donación de cadáver en ICD9CM, además es un diagnóstico que no se ha planteado la intención de recoger pues en la ICD10CM tampoco está registrado, de hecho la instrucción que se da es omitir código.

Para el trasplante de órganos de un cadáver hay un código de procedimiento: 00.93. Pero este código sólo puede ser utilizado en la historia del receptor.

00.93 Trasplante procedente de cadáver

Codificar además el procedimiento de trasplante de órgano.

**6. ¿Cómo se codifica sección accidental de catéter de derivación ventrículo peritoneal mientras era operado de absceso de pared abdominal? Creemos que es una punción accidental, pero el código 998.2 se refiere a órgano, vaso sanguíneo... pero no a un dispositivo artificial.**

Efectivamente el código adecuado es el 998.2. Aunque en un principio este código hace referencia a una estructura anatómica, lo cierto es que la CIE9MC en muchas ocasiones, no lista la totalidad de los conceptos que están incluidos en un código.

**7. Tenemos una duda con un informe. Es un paciente con un carcinoma epidermoide al que le hacen una laringuectomía y traqueostomía. Unos días después se le produce una fistula faringo-cutanea que la tratan con un bypass salival de Montgomery.**

**a) ¿Nos pueden indicar cómo codificamos la fistula y el bypass?**

**b) ¿Nos pueden indicar como codificamos la extracción de la prótesis de Montgomery?**

Teniendo en cuenta las múltiples causas que pueden provocar la aparición de una fístula, lo que se tendría que determinar en primer lugar es cuál ha sido en este caso, la etiología causante de la fístula, y de ella

dependerá el código a asignar (complicación de sutura, de traqueostomía, etc).

Si no hay posibilidad de saber la causa concreta que produjo la fístula, entonces se asignará un código de Complicación de procedimiento y otro que especifique la patología:

998.6 Fístula postoperatoria persistente.

478.29. Otras enfermedades faríngeas (Índice Alfabético: Fístula faringe)

El bypass de Montgomery es una cánula que se queda alojada en la parte proximal de esófago, para cuya inserción no se emplea cirugía sino que se realiza con la ayuda de un laringoscopio o un endoscopio o incluso una sonda nasogástrica. Este procedimiento no tiene un código específico, por lo que deberemos asignar:

29.53 Cierre de otra fístula de faringe

La extracción de esta cánula es un procedimiento muy poco complejo. El código a utilizar será:

97.59 Extracción de otro dispositivo del aparato digestivo

## **8. Tenemos dudas de cuál es la codificación adecuada para “Drilling ovárico”.**

El código del drilling ovárico es el 65.99.

# Información y dudas sobre codificación

Para cualquier información, duda o consulta dirigirse a:

Servicio de Información de Actividad Sanitaria  
Instituto de Información Sanitaria.  
Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.  
Pº del Prado, 18-20.  
28014 MADRID.

Tel.: 91 596 15 65 - 91 596 40 89.  
E-Mail: [icmbd@mpsi.es](mailto:icmbd@mpsi.es)





