

Cuadernos de Codificación CIE-10-ES

Monográfico:
Procedimientos de
Reconstrucción Mamaria
Preguntas a la Unidad
Ejercicios Prácticos

NÚMERO 1. 1^{er} SEMESTRE 2016

UNIDAD TÉCNICA DE CODIFICACIÓN CIE-10-ES 2017

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

Cuadernos de Codificación CIE-10-ES

Monográfico:
Procedimientos de
Reconstrucción Mamaria
Preguntas a la Unidad
Ejercicios Prácticos

NÚMERO I. 1^{er} SEMESTRE 2016

UNIDAD TÉCNICA DE CODIFICACIÓN CIE-10-ES 2017

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

EQUIPO EDITORIAL

COORDINACIÓN EDITORIAL

Dolores PASTOR SANMILLÁN
Subdirección General de Información Sanitaria e
Innovación. MSSSI

Rafael NAVALÓN CEBRIÁN (*)
Subdirección General de Información Sanitaria e
Innovación. MSSSI

Susana PATO ALONSO (*)
Subdirección General de Información Sanitaria e
Innovación. MSSSI

(*) Experto colaborador externo. Encomienda de Gestión
Red.es

UNIDAD TÉCNICA DE CODIFICACIÓN CIE-10-ES

Jesús TRANCOSO ESTRADA
Representante de la Comunidad Autónoma de
Andalucía

M^º Dolores DEL PINO JIMÉNEZ
Representante de la Comunidad Autónoma de
Aragón

Aranzazu PISANO BLANCO
Representante de la Comunidad Autónoma de
Asturias

Fernando M^º VARELA NOREÑA
Representante de la Comunidad Autónoma de
Balears

Coromoto RODRÍGUEZ DEL ROSARIO
Representante de la Comunidad Autónoma de
Canarias

Ángel RÍO VARONA
Representante de la Comunidad Autónoma de
Cantabria

M^º Paz PARRAS PARTIDO
Representante de la Comunidad Autónoma de
Castilla La Mancha

Paula ASENSIO VILLAHOZ
Representante de la Comunidad Autónoma de
Castilla-León

Artur CONESA GONZÁLEZ
Representante de la Comunidad Autónoma de
Cataluña

Jordi SEMPERE SOLER
Representante de la Comunidad Valenciana

Belén BENÉITEZ MORALEJO
Representante de la Comunidad Autónoma de
Extremadura

Guillermo RODRÍGUEZ MARTÍNEZ
Representante de la Comunidad Autónoma de
Galicia

Sara HERNÁNDEZ GUTIÉRREZ
Representante de la Comunidad Autónoma de
Madrid

M^º Gala GUTIÉRREZ MIRAS
Representante de la Comunidad Autónoma de
Murcia

Ana GARIJO LARAÑA
Representante de la Comunidad Foral de Navarra

María Idoia ANSO BORDA
Representante de la Comunidad Autónoma de
País Vasco

Montserrat SÁNCHEZ FUENTES
Representante de la Comunidad Autónoma de
la Rioja

Alfonso MARTÍNEZ REINA
Representante de la SEDOM

M^º Carmen SALIDO CAMPOS
Colaborador MSSSI

Rafael NAVALÓN CEBRIÁN
Colaborador MSSSI

Susana PATO ALONSO
Colaborador MSSSI

Dolores PASTOR SANMILLÁN
Coordinadora Unidad Técnica CIE-10-ES. MSSSI

Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD
CENTRO DE PUBLICACIONES
Paseo del Prado, 18. 28014 Madrid

NIPO en línea: 680-17-082-8

Maquetación: Miján, Industrias Gráficas Abulenses, S.L.

El copyright y otros derechos de propiedad intelectual de este documento pertenecen al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Se autoriza a las organizaciones de atención sanitaria a reproducir total o parcialmente para uso no comercial, siempre que se cite el nombre completo del documento, año e institución.

<http://publicacionesoficiales.boe.es>

Cuadernos de Codificación CIE-10-ES

Monográfico:
Procedimientos de
Reconstrucción Mamaria
Preguntas a la Unidad
Ejercicios Prácticos



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

Índice

Presentación	9
Monográfico: Procedimientos de reconstrucción mamaria	11
Preguntas a la Unidad	25
Ejercicios Prácticos	79
Información y dudas sobre codificación	81

Presentación

Me complace presentar esta nueva publicación del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, la cual tiene como principal finalidad servir de guía para la codificación clínica en nuestro país proporcionando recomendaciones, criterios, directrices y en su caso normas oficiales para el uso de la CIE-10-ES en la codificación de diagnósticos y procedimientos.

Los cuadernos de codificación son fruto del trabajo de la Unidad Técnica de Codificación CIE-10-ES e incorporan los acuerdos y consensos adoptados por dicha unidad en sus reuniones de trabajo en relación con el uso de la clasificación y en la resolución de preguntas dirigidas a la Unidad.

La Unidad Técnica es el referente en España para la normalización y unificación de criterios en la codificación de diagnósticos y procedimientos para el CMBD estatal.

Deseo desde estas líneas reconocer y agradecer el trabajo de todos los miembros de la Unidad Técnica que, junto con los expertos que generosamente colaboran con este grupo de trabajo y con el equipo responsable de su coordinación, han hecho posible iniciar esta nueva línea editorial. Su implicación, esfuerzo y dedicación a la tarea de mejorar la calidad de la codificación ha de servir sin duda para dotarnos de un mejor registro del CMBD haciendo más útil la información que resulta del mismo.

Mercedes Alfaro
Subdirectora General de Información
Sanitaria e Innovación

Monográfico: Procedimientos de Reconstrucción Mamaria

Jesús Trancoso Estrada

La codificación con CIE-10-ES Procedimientos de las intervenciones de reconstrucción de la mama femenina, generalmente con el objetivo de paliar los efectos de la cirugía radical de mama o bien minimizar secuelas de traumatismos y lesiones, implica a diferentes tipos de procedimientos, y además, según el caso, puede requerir codificación múltiple.

Hay que tener en cuenta que los ejemplos y combinaciones que presentamos a efectos didácticos se refieren a procedimientos realizados con indicación médica (no con finalidad estética, que se codificarán todos ellos bajo el tipo de procedimiento “Alteración”) y unilaterales, que afectan solo a una de las mamas. Tampoco se tiene en cuenta en estos ejemplos la posibilidad de realización de otros procedimientos como extirpación de estructuras linfáticas, musculares, biopsias, etc., que precisarán de códigos adicionales. Para una más fácil explicación nos centraremos en una mastectomía simple y las posibilidades de su reconstrucción.

La elección del tipo de procedimiento correcto, así como el número de códigos necesarios depende de los siguientes factores:

- Objetivo que tenga la cirugía reconstructiva, y por tanto el procedimiento a codificar.
- Tipo de material o dispositivo utilizado en la reconstrucción, íntimamente relacionado con el objetivo de la misma.
- Tiempo quirúrgico de realización: si la reconstrucción se realiza en el mismo acto quirúrgico en el que se extirpa la mama, o bien se lleva a cabo de manera diferida en un acto quirúrgico posterior.

1. Objetivo del Procedimiento

La información quirúrgica de la que se disponga debe dejar muy claro el objetivo de la intervención para poder aplicar las definiciones de los diferentes tipos de procedimientos posibles.

Los principales objetivos pueden ser la sustitución de la mama, la creación del espacio o hueco necesario en la zona intervenida mediante la colocación de un expansor de tejido para posteriormente colocar un implante mamario de sustitución con la suficiente piel de calidad que lo recubra, o también la revisión, retirada o sustitución de cualquier implante o dispositivo mamario previamente colocado.

Desde el punto de vista de la clasificación no tienen mucho que ver estos objetivos entre sí, ni por supuesto los tipos de procedimientos a utilizar.

2. Tipo de material o Dispositivo

En la cirugía reconstructiva de mama los tipos de materiales o dispositivos utilizados son:

2.1. Dispositivos artificiales o sintéticos

- **Prótesis de mama:** material sintético que se utiliza con la finalidad de reemplazar o sustituir la mama extirpada.
- **Expansor de tejido mamario temporal:** implante artificial que se coloca subcutáneamente o bajo el músculo pectoral, y que va rellenándose de líquido, generalmente suero salino, en diferentes sesiones después de la cirugía, aumentando así de volumen. Su objetivo es crear espacio y expandir la piel para finalmente retirarlo y colocar en su lugar una prótesis de mama.
- **Expansor de tejido mamario definitivo:** es un implante similar al anterior pero una vez rellenado en diferentes sesiones y conseguido el volumen deseado no se retira para sustituirlo, permanece en su lugar como una prótesis definitiva. Su utilización es mucho menos frecuente que el anterior. Debe considerarse como una prótesis de mama.

2.2. Tejido autólogo

- **Colgajo libre:** la mama es sustituida por un colgajo separado de su pedículo vascular y obtenido de la propia paciente. Esto significa que hay que extraerlo, es decir cortarlo de su sitio y llevarlo a la zona receptora. Su objetivo es sustituir a la mama, en este caso con un tejido de sustitución autólogo. Pueden ser miocutáneos, en los que se obtiene piel, grasa y músculo, o solo de piel y grasa como los de arterias perforantes, que van ganando relevancia ya que al no cortarse ni extraerse el músculo de la zona donante éste permanece intacto y con toda su funcionalidad. Los más frecuentemente utilizados son:
 - Colgajo miocutáneo del dorsal ancho.
 - Colgajo miocutáneo transverso del recto abdominal (TRAM)
 - Colgajo de perforantes de la arteria epigástrica inferior profunda. Incluye piel y grasa.
 - Colgajo de la arteria epigástrica inferior superficial. Colgajo de piel y grasa.
 - Colgajo perforante de arteria glútea. Incluye piel y grasa.Los colgajos libres tienen la consideración de “Dispositivo” para CIE-10-ES Procedimientos.
- **Colgajo pediculado:** en este caso el colgajo miocutáneo obtenido de la propia paciente no es separado de su pedículo, lo que quiere decir que no se corta ni se extrae, sino que se prepara en la zona donante y se traslada a la zona receptora unido a su pedículo. Su objetivo también es sustituir la mama. El más frecuentemente utilizado en las reconstrucciones mamarias es el colgajo miocutáneo transverso del recto abdominal, en el que se transfiere piel, grasa y músculo. Los colgajos pediculados no tienen la consideración de “Dispositivo” para CIE-10-ES Procedimientos.

2.3. Tejido no autólogo

Menos frecuente que los anteriores, consiste en la colocación de un injerto o colgajo libre procedente de persona diferente de la paciente. En este caso hablamos de sustituto de tejido no autólogo.

3. Tiempo quirúrgico

Podemos diferenciar dos grupos según el tiempo quirúrgico de la reconstrucción, y un tercero para la revisión o control de los dispositivos o tejidos previamente implantados, en los que se pueden llevar a cabo intervenciones con diferentes objetivos.

A modo de esquema, se presentan las posibilidades o combinaciones más frecuentes junto al tipo o tipos de procedimientos que habría que elegir para su codificación:

3.1. Reconstrucción en un tiempo quirúrgico

En el mismo acto quirúrgico se realiza la resección de la mama y la cirugía reparadora, definitiva o no. Podemos diferenciar:

- **Resección de mama y reconstrucción con prótesis mamaria definitiva:** se quita y se sustituye. Solo es necesario un código, “SUSTITUCIÓN” DE MAMA CON “SUSTITUTO SINTÉTICO” en la sexta posición del código. El procedimiento Sustitución incluye la resección de la estructura sustituida.
- **Resección de mama y reconstrucción con expansor de tejido mamario definitivo:** se considera como el caso anterior. Solo un código, “SUSTITUCIÓN” DE MAMA CON “SUSTITUTO SINTÉTICO” en la sexta posición del código. Un expansor definitivo es como una prótesis de mama.
- **Resección de mama y reconstrucción con colgajo libre:** se quita la mama y se sustituye con tejido propio que hay que extraer para poder utilizarlo. Serán necesarios dos códigos, “SUSTITUCIÓN” DE MAMA CON “SUSTITUTO DE TEJIDO AUTÓLOGO” en la sexta posición del código, más “ESCISIÓN” DEL COLGAJO, que será de músculo o de tejido subcutáneo y fascia según sea o no miocutáneo. La obtención del colgajo libre se codifica por separado.
- **Resección de mama y reconstrucción con colgajo pediculado:** se quita la mama y se sustituye trasladando tejido muscular propio que se prepara pero no se extrae. Son necesarios dos códigos: “TRANSFERENCIA” DE MÚSCULO (al ser pediculado se traslada de sitio pero no se corta ni se extrae, permanece con su pedículo), más

la “RESECCIÓN” de la mama (mastectomía), pues al no ser una “Sustitución”, sino una “Transferencia”, hay que codificar aparte la resección del órgano.

- **Resección de mama y reconstrucción con expansor de tejido mamario temporal:** se quita la mama y se coloca un dispositivo temporal (para crear el espacio necesario para una prótesis definitiva) que no sustituye la mama. Son necesarios dos códigos, “RESECCIÓN” DE MAMA (mastectomía), más “INSERCIÓN” en mama del “EXPANSOR TISULAR” en la sexta posición del código.

Tabla 1. Mastectomía con reconstrucción en un solo tiempo quirúrgico

Tipo de Intervención	Número de Códigos	Tipo (s) procedimiento (s) y Localización Anatómica (Tercera y cuarta posición)	Dispositivo (Sexta posición)	Codificación
Prótesis Definitiva	1	R SUSTITUCIÓN (Mama)	J Sustituto Sintético	0HR(TU)*JZ
Expansor Definitivo	1	R SUSTITUCIÓN (Mama)	J Sustituto Sintético	0HR(TU)*JZ
Colgajo Libre	2	R SUSTITUCIÓN (Mama) + B ESCISIÓN (Músculo) o B ESCISIÓN (Tejido Sub-cutáneo)	7 Sustituto de Tejido Autólogo	0HR(TU)*7* + 0KB**ZZ o 0JB**ZZ
Colgajo Pediculado (TRAM)	2	T RESECCIÓN (Mama) + X TRANSFERENCIA (Músculo)	Z Sin Dispositivo	0HT(TU)0ZZ + 0KX(KL)*Z6
Colgajo Pediculado (Dorsal Ancho)	2	T RESECCIÓN (Mama) + X TRANSFERENCIA (Músculo)	Z Sin Dispositivo	0HT(TU)0ZZ + 0KX(FG)*Z*
Expansor Temporal	2	T RESECCIÓN (Mama) + H INSERCIÓN (Expansor)	N Expansor Tisular	0HT(TU)0ZZ + 0HH(TU)*NZ

3.2. Reconstrucción en un segundo tiempo quirúrgico

La mastectomía se ha realizado en una intervención previa, y en esta segunda intervención se inicia la reconstrucción o bien se continúa con ella si en el primer tiempo no fue definitiva (expansor temporal):

- **Reconstrucción con prótesis mamaria definitiva:** se coloca un sustituto. Solo es necesario un código: “SUTITUCIÓN” DE MAMA CON SUSTITUTO SINTÉTICO. El procedimiento, por su objetivo, sigue siendo Sustitución, aunque la mama se haya extirpado previamente.
- **Reconstrucción con expansor de tejido mamario definitivo:** igual consideración que la prótesis. Solo es necesario un código: SUTITUCIÓN DE MAMA CON SUSTITUTO SINTÉTICO.
- **Retirada de expansor temporal y reconstrucción con prótesis definitiva:** se quita un implante temporal y se coloca un sustituto. Se necesitan dos códigos: “RETIRADA” en MAMA de EXPANSOR TISULAR más “SUSTITUCIÓN” DE MAMA CON SUSTITUTO SINTÉTICO. El uso de un sustituto, sigue siendo sustitución, independientemente del momento de utilización.
- **Reconstrucción con colgajo libre:** se coloca un sustituto de tejido propio, que hay que obtenerlo previamente. Se necesitan dos códigos: “SUSTITUCIÓN” DE MAMA CON SUSTITUTO DE TEJIDO AUTÓLOGO más “ESCISIÓN” DEL COLGAJO O INJERTO, que será de músculo para el colgajo miocutáneo o de tejido subcutáneo y fascia para los de perforantes.
- **Reconstrucción con colgajo pediculado:** en este caso la reconstrucción se realiza con tejido propio que no se corta y extrae para su uso, sino que se prepara y se traslada de lugar, se transfiere manteniendo su aporte vascular. Solo se necesita un código: “TRANSFERENCIA” DE MÚSCULO.

Tabla 2. Reconstrucción mama 2º tiempo quirúrgico

Tipo de Intervención	Número de Códigos	Tipo (s) procedimiento (s) y Localización Anatómica (Tercera y cuarta posición)	Dispositivo (Sexta posición)	Codificación
Prótesis Definitiva	1	R SUSTITUCIÓN (Mama)	J Sustituto Sintético	0HR(TU)*JZ
Expansor Definitivo	1	R SUSTITUCIÓN (Mama)	J Sustituto Sintético	0HR(TU)*JZ
Colgajo Libre	2	R SUSTITUCIÓN (Mama) + B ESCISIÓN (Músculo) o B ESCISIÓN (Tejido Sub-cutáneo)	7 Sustituto De Tejido Autólogo	0HR(TU)*7* + 0KB**ZZ o 0JB**ZZ
Colgajo Pediculado (TRAM)	1	X TRANSFERENCIA (Músculo)	Z Sin Dispositivo	0KX(KL)*Z6
Colgajo Pediculado (Dorsal Ancho)	1	X TRANSFERENCIA (Músculo)	Z Sin Dispositivo	0KX(FG)*Z*
Expansor Temporal	1	H INSERCIÓN (Mama)	N Expansor Tisular	0HH(TU)*NZ
Sustitución de Expansor por Prótesis	2	P RETIRADA (Mama) + R SUSTITUCIÓN (Mama)	N Expansor Tisular J Sustituto Sintético	0HP(TU)*NZ + 0HR(TU)*JZ

3.3. Revisiones de dispositivos o tejidos implantados

Una vez realizada la reconstrucción de la mama con un dispositivo sintético o de tejido autólogo puede ser necesaria la reintervención para solucionar problemas ocasionados o relacionados con los mismos, como puede ser una recolocación por movilización, o una sustitución por rotura, o simplemente una retirada. Según sea el objetivo y el dispositivo implicado podemos encontrar las siguientes posibilidades:

- **Recambio de una prótesis o de un expansor definitivo (se considera prótesis):** se retira una prótesis implantada y se coloca otra nueva. Necesitamos dos códigos, “RETIRADA” EN MAMA DE SUSTITUTO

SINTÉTICO, más “SUSTITUCIÓN” DE MAMA CON SUSTITUTO SINTÉTICO. La colocación de una prótesis sigue considerándose una sustitución, pues el objetivo del procedimiento persiste. No debe confundirse con el tipo de procedimiento Cambio (quitar o retirar un dispositivo de una estructura anatómica y volver a colocar un dispositivo idéntico o similar en, o dentro de, la misma localización anatómica sin cortar ni perforar la piel ni las mucosas).

- **Extracción sin sustitución de una prótesis o expansor definitivo:** solo se extrae una prótesis, no se coloca nada nuevo. Solo se necesita un código: “RETIRADA” EN MAMA DE SUSTITUTO SINTÉTICO.
- **Recambio o sustitución de un expansor temporal:** se quita uno y se coloca otro en su lugar. Se necesitan dos códigos: “RETIRADA” EN MAMA DE EXPANSOR TISULAR, más “INSERCIÓN” EN MAMA DE EXPANSOR TISULAR. No confundir con el tipo de procedimiento Cambio.
- **Extracción sin sustitución de un expansor temporal:** solamente se extrae el expansor, no se coloca uno nuevo. Solo se necesita un código: “RETIRADA” EN MAMA DE EXPANSOR TISULAR.
- **Extracción de colgajo libre:** Se retira el sustituto de tejido propio. Solo se necesita un código, “RETIRADA” EN MAMA DE SUSTITUTO DE TEJIDO AUTÓLOGO, o bien en su caso RETIRADA DE SUSTITUTO DE TEJIDO NO AUTÓLOGO (si el colgajo libre no procediera del paciente). Otras combinaciones en relación con el tratamiento subsiguiente a la retirada de colgajos no las incluimos dada la variabilidad con muy diferentes posibilidades, y deben ser codificadas según la información quirúrgica disponible de cada caso concreto.
- **Actuación sobre cualquier implante sintético sin retirarlo ni reemplazarlo:** corregir su posición, retirar o colocar una parte del mismo para optimizar su función. En ningún caso se retira o recambia el dispositivo completo. Se utilizará el tipo de procedimiento “REVISIÓN”.

Tabla 3. Revisión de procedimientos de cirugía reconstructiva

Tipo de Intervención	Número de Códigos	Tipo(s) de procedimiento(s) y Localización Anatómica (Tercera y cuarta posición)	Dispositivo (Sexta posición)	Codificación
Recambio de Prótesis Definitiva	2	P RETIRADA (Mama) + R SUSTITUCIÓN (Mama)	J Sustituto Sintético	0HP(TU)*JZ + 0HR(TU)*JZ
Recambio de Expansor Definitivo	2	P RETIRADA (Mama) + R SUSTITUCIÓN (Mama)	J Sustituto Sintético	0HP(TU)*JZ + 0HR (TU)*JZ
Extracción Prótesis Definitiva	1	P RETIRADA (Mama)	J Sustituto Sintético	0HP(TU)*JZ
Extracción Expansor Definitivo	1	P RETIRADA (Mama)	J Sustituto Sintético	0HP(TU)*JZ
Recambio Expansor Temporal	2	P RETIRADA (Mama) + H INSERCIÓN (Mama)	N Expansor Tisular	0HP(TU)*NZ + 0HH(TU)*NZ
Extracción Expansor Temporal	1	P RETIRADA (Mama)	N Expansor Tisular	0HP(TU)*NZ
Extracción Colgajo Libre o Pediculado	1	P RETIRADA (Mama)	7 Sustituto De Tejido Autólogo	0HP(TU)*7Z
Revisión Prótesis Mama	1	W REVISIÓN (Mama)	J Sustituto Sintético	0HW(TU)*JZ
Revisión Expansor Definitivo	1	W REVISIÓN (Mama)	J Sustituto Sintético	0HW(TU)*JZ
Revisión Expansor Temporal	1	W REVISIÓN (Mama)	N Expansor Tisular	0HW(TU)*NZ
Revisión Colgajo Libre o Pediculado	1	W REVISIÓN (Mama)	7 Sustituto De Tejido Autólogo	0HW(TU)*7Z

3.4. Otras situaciones

Además de lo planteado en el esquema anterior, con cierta frecuencia se realizan otras intervenciones, generalmente más sencillas, que complementan o completan la reconstrucción mamaria realizada, denominada comúnmente como cirugía de retoque. Podemos diferenciar dos grandes objetivos:

- **Conseguir la simetría entre ambas mamas.** Puede afectar a cualquiera de las mamas, siendo más frecuente en la mama sana contralateral. Su objetivo es minimizar las diferencias entre ellas, bien sea modificando su volumen o tamaño (generalmente disminuyéndolo), o bien su forma o apariencia. El objetivo de este tipo de intervenciones, en este entorno concreto, no se considera estrictamente estético (en cuyo caso se codificarían como tipo de procedimiento Alteración), sino que tienen una indicación médica. Entre las posibilidades más frecuentes están:
 - Mamoplastia de reducción: se reseca tejido mamario para disminuir el tamaño de la mama. Se codifica como “ESCISIÓN” DE MAMA.
 - Implante para modificar o modelar su forma. Se codificará como “SUPLEMENTO” DE MAMA. Lo más común es que se realice con un dispositivo sintético o bien con grasa obtenida de la propia paciente generalmente del abdomen, cadera o muslo; es decir, utilizando un sustituto de tejido autólogo. En este caso hay que añadir el código apropiado de su obtención, que normalmente suele ser mediante aspirado percutáneo, y se codifica como “EXTRACCIÓN” DE TEJIDO SUBCUTÁNEO Y FASCIA.
 - Elevar una de las mamas que está descolgada (ptosis mamaria) y así igualarlas. Se codifica como “REPOSICIÓN” DE MAMA.
- **Cirugía para reconstruir o crear un nuevo conjunto pezón-areola de la mama reconstruida.** Suelen llevarse a cabo en un tercer tiempo quirúrgico. En este caso codificaremos según la intervención realizada, siendo lo más frecuente la sustitución del pezón con un injerto libre de piel obtenido de la propia paciente, de la zona del seno sano, la oreja, ingle o glúteo, aunque también puede utilizarse un sustituto artificial. Para simular la areola, además del uso de injerto de piel autólogo, es frecuente la realización de un tatuaje alrededor del

pezón reconstruido. Este tatuaje se codifica en la sección 3 de Administración, con el código **3E00XMZ Introducción de pigmento en piel y mucosas, abordaje externo.**

Tabla 4. Otras situaciones en la reconstrucción de mama

Tipo de Intervención	Número de Códigos	Tipo(s) de procedimiento(s) y Localización Anatómica (Tercera y cuarta posición)	Dispositivo (Sexta Posición)	Codificación
Mamoplastia de Reducción	1	B ESCISIÓN (Mama)	Z Sin Dispositivo	0HB(TU)*ZZ
Mamoplastia de Aumento con Implante	1	U SUPLEMENTO (Mama)	J Sustituto Sintético	0HU(TU)*JZ
Mamoplastia con Injerto Graso	2	U SUPLEMENTO (Mama) + D EXTRACCIÓN (Tejido Subcutáneo)	7 Sustituto De Tejido Autólogo	0HU(TU)*7Z + 0JD**ZZ
Mastopexia	1	S REPOSICIÓN (Mama)	Z Sin Dispositivo	0HS(TU)0ZZ
Construcción de Pezón con Sustituto Sintético	1	R SUSTITUCIÓN (Pezón)	J Sustituto Sintético	0HR(WX)*JZ
Construcción de Pezón con Tejido Autólogo	2	R SUSTITUCIÓN (Pezón) + B ESCISIÓN (Piel)	7 Sustituto De Tejido Autólogo	0HR(WX)*7Z + 0HB*XZZ

4. Ejercicios

Paciente que consulta para valorar reconstrucción mamaria de mastectomía bilateral. Se plantea tratamiento quirúrgico en ambas mamas y se realiza bajo anestesia general reconstrucción de mama derecha con colgajo pediculado abdominocutáneo transverso (TRAM) derecho y de mama izquierda con colgajo libre miocutáneo de dorsal ancho izquierdo.

- 0KXK0Z6** **Transferencia** de músculo de abdomen, lado derecho, colgajo miocutáneo transverso del recto abdominal, abordaje abierto (-a)
- 0HRU075** **Sustitución** de mama, izquierda, con sustituto de tejido autólogo de colgajo miocutáneo de dorsal ancho, abordaje abierto (-a)
- 0KBG0ZZ** **Escisión** de músculo de tronco, lado izquierdo, abordaje abierto (-a)

Reconstrucción diferida de mama derecha con colgajo libre de perforantes de la arteria epigástrica inferior profunda (DIEP) obtenido por técnica abierta.

- 0HRT077** **Sustitución** de mama, derecha, con sustituto de tejido autólogo de colgajo de perforantes de la arteria epigástrica inferior profunda, abordaje abierto (-a)
- 0JB80ZZ** **Escisión** de tejido subcutáneo y fascia abdomen, abordaje abierto (-a)

Paciente diagnosticada de carcinoma de mama izquierda. Se realiza incisión periareolar izquierda con mastectomía subcutánea para conservar pezón y areola, y reconstrucción inmediata con expansor temporal.

- 0HTU0ZZ** **Resección** de mama, izquierda, abordaje abierto (-a)
- 0HHU0NZ** **Inserción** en mama izquierda de expansor tisular, abordaje abierto (-a)

Paciente diagnosticada de carcinoma de mama izquierda. Se realiza incisión de Stewart, mastectomía izquierda, y reconstrucción inmediata con expansor temporal.

- 0HTU0ZZ** **Resección** de mama, izquierda, abordaje abierto (-a)
- 0HHU0NZ** **Inserción** en mama izquierda de expansor tisular, abordaje abierto (-a)

Paciente que ingresa desde consulta por presentar posible rotura de prótesis en mama derecha. Es intervenida quirúrgicamente bajo anestesia general, realizándose la extracción de la prótesis rota, lavado y nueva colocación de prótesis de 345cc CPG 323.

0HPT0JZ Retirada en mama derecha de sustituto sintético, abordaje abierto (-a)

0HRT0JZ Sustitución de mama derecha, con sustituto sintético, abordaje abierto (-a)

Mujer intervenida de mastectomía radical y reconstruida con colgajo muscular libre en mama derecha, que a los seis meses acude para la reconstrucción del pezón. Se realiza reconstrucción abierta del pezón con piel obtenida del glúteo izquierdo de la paciente.

0HRW07Z Sustitución de pezón derecho, con sustituto de tejido autólogo, abordaje **abierto (-a)**

0HB8XZZ Escisión de piel nalga, abordaje externo

Mastectomía total de mama izquierda y reconstrucción inmediata con colgajo pedicular-
do abdominocutáneo transverso izquierdo (TRAM).

0HTU0ZZ Resección de mama izquierda, abordaje abierto (-a)

0KXL0Z6 Transferencia de músculo abdomen, lado izquierdo, de colgajo miocutáneo transverso del recto abdominal, abordaje abierto (-a)

Paciente mastectomizada izquierda y reconstruida con colgajo libre de perforante de
arteria glútea, que acude para simulación de areola mediante tatuaje.

3E00XMZ Introducción en piel y mucosas de pigmento, abordaje externo

Paciente que se interviene quirúrgicamente de mama derecha, realizándose mastecto-
mía total abierta y reconstrucción con implante de prótesis definitiva.

0HRT0JZ Sustitución de mama derecha, con sustituto sintético, abordaje
abierto (-a)

Mujer mastectomizada y portadora de expansor en mama izquierda. Se interviene rea-
lizándose incisión y sustitución por una prótesis definitiva.

0HPU0NZ Retirada en mama izquierda de expansor tisular, abordaje abierto
(-a)

0HRU0JZ Sustitución de mama izquierda, con sustituto sintético, abordaje
abierto (-a)

Preguntas a la Unidad

1. Adenoidectomía

¿Cómo se codifica la adenoidectomía con CIE-10-ES, como Resección o como Escisión? El código 28.6 de CIE-9-MC al mapear a CIE-10-ES Procedimientos lleva a 0CTQXZZ Resección. Consultados los clínicos nos dijeron que era Escisión 0CBQXZZ.

RESPUESTA

Una de las cosas que tenemos que tener presentes cuando codificamos procedimientos y que así refleja la normativa, es que no es esperable que el médico utilice los términos definidos en CIE-10-ES Procedimientos. Es el codificador quien debe, si la documentación así lo permite, decidir el procedimiento que realmente se ajusta a las definiciones de la clasificación. Es frecuente que ellos hablen de escisión, pero en función del tipo de procedimiento que realmente hayan realizado será escisión o resección. Si con la adenoidectomía le han quitado completamente toda la estructura se trata de una Resección de adenoides, si por el contrario la adenoidectomía ha sido parcial se trata de un procedimiento de Escisión.

Lo habitual es que sean adenoidectomías totales por lo que más bien serán Resecciones aunque los cirujanos suelen mencionar casi siempre escisiones. También hay que tener en cuenta que es frecuente que estas estructuras puedan ser “eliminadas” con una energía física destructiva: láser, electrocoagulación etc. y que en estos casos hablaremos de procedimientos de Destrucción. Cuando se utilice una fuente de energía en estos procedimientos hay que establecer si se ha utilizado para destruir tejido (en cuyo caso, como hemos mencionado, estaríamos ante una “Destrucción”) o si solo se ha utilizado para separar y cortar, en cuyo caso estaríamos ante una “Resección” o “Escisión”.

El índice alfabético, nos ofrece estas dos posibilidades:

Adenoidectomía

- véase Escisión, Adenoides 0CBQ
- véase Resección, Adenoides 0CTQ

En cualquier caso hay que tener presente que el índice proporciona una ayuda para dirigirse a las tablas, pero que hay que saber bien lo que buscamos para dirigirnos a la entrada correcta.

2. Abortos terapéuticos

La ley contempla que si hay patología fetal grave o riesgo para la madre y un comité así lo considera se podría proceder a una ILE después de las 20 semanas de gestación (en realidad es un feticidio). ¿Cómo se codifica en CIE-10-ES, el procedimiento?

RESPUESTA

Los códigos de diagnóstico para la situación que se describe serían:

Z33.2 Contacto para interrupción voluntaria del embarazo

O35.- Atención materna por otros problemas fetales u O36.- Atención materna por anomalía y daño fetal conocida o sospechada

Z3A.- Gestación de X semanas

En cuanto al procedimiento dependerá de la técnica que se especifique en la historia clínica, pero en cualquier caso será un código de la tabla **10A:**

Aborto

- Abortivo 10A07ZX
- Laminaria 10A07ZW
- Productos de la Concepción 10A0
- Vacío/Aspiración 10A07Z6
- Ventosa 10A07Z6

3. Aborto

¿Cómo codificar un aborto legal? Es el caso de un feto vivo al que por necesidades terapéuticas es preciso realizar un aborto mediante feticidio por cardiocentesis (CLK) y posterior extracción del feto a las 24h mediante cesárea por riesgo de sangrado al existir placenta previa. Ya que el calificador de aborto abierto (cesárea) no incluye el abortivo, lo hemos codificado por un lado el feticidio por cardiocentesis como 3E0E3TZ y se ha codificado aparte el aborto con abordaje abierto y por último la cesárea con el calificador de 1.

RESPUESTA

En el caso que plantean, el aborto se produce en dos tiempos. En un primer tiempo se realiza la cardiocentesis (feticidio) y la codificación que plantean es correcta: **3E0E3TZ Introducción en productos de la con-**

cepción de agente destructivo, abordaje percutáneo (-a). El segundo tiempo del aborto, se realiza mediante cirugía abierta y es para finalizar la gestación. Debe codificarse como **10A00ZZ Aborto en productos de la concepción, abordaje abierto (-a).**

Aunque en el protocolo se describa igual que una cesárea, la cirugía tiene como objeto finalizar la gestación, por tanto solo se codificará la cirugía del aborto con abordaje abierto.

4. Ecografía en embarazo tubárico

¿Debe codificarse como ecografía de Sistema Reproductor Femenino o como una ecografía de sistema orgánico Feto y Obstetricia?

RESPUESTA

En el embarazo ectópico tubárico hay un óvulo fertilizado que se desarrolla en la trompa de Falopio y suele acabar con muerte fetal en el primer trimestre. Por tanto, al tratarse de un producto de la concepción debe codificarse como tal en la Sección de Obstetricia o en aquellas secciones que disponen de Sistemas Orgánicos para los Productos de la Concepción. En este caso debe utilizarse la Sección B Imagen con el Sistema Orgánico Y Feto y Obstetricia.

Por lo tanto el código será:

BY49ZZZ Ecografía de primer trimestre, feto único

5. Sigmoidectomía asistida por laparoscopia

Técnica utilizada: Instauración de neumoperitoneo mediante aguja de Veress. Cuatro trócares (1 x12 mm; 3 x 5 mm). Identificación de tatuaje y tumoración a nivel de colon sigmoide. Disección de mesosigma con sellado y sección de a. y v. mesentérica inferior. Disección de tercio superior de recto y colon descendente. Incisión de asistencia Pfannens-tiel. Sección de colon sigmoide proximal y recto superior. Extracción de colon sigmoide. Anastomosis colorrectal mecánica con técnica de doble grapado Contour y EEA 31. Rodetes íntegros. Comprobación de estanqueidad anastomótica con técnica de doble burbuja: normal. Lavados, drenaje en ambiente anastomótico. Recuento correcto. Cierre monopiano. Piel con grapas.

¿Debemos considerar el abordaje abierto (0DTN0ZZ) o endoscópico percutáneo (0DTN4ZZ)?

En el caso de considerarlo como abordaje abierto ¿tendríamos que codificar la laparoscopia asociada (0WJP4ZZ)?

RESPUESTA

Si revisa la normativa de procedimientos, en el apartado de abordajes dice:

Abordaje abierto con asistencia endoscópica percutánea

B5.2

Los procedimientos realizados utilizando técnica abierta con asistencia endoscópica percutánea se codifican con el abordaje Abierto.

Ejemplo: Sigmoidectomía abierta asistida por laparoscopia se codifica con el abordaje Abierto.

Por lo tanto solo se codifica el procedimiento con abordaje abierto.

6. Admisión para Rehabilitación

Cuál sería el código en CIE-10-ES para:

- **Admisión para rehabilitación tras cirugía de epicondilitis.**
- **Admisión para rehabilitación en antebrazo tras fractura de cúbito.**
¿La rehabilitación se considera como cuidados posteriores de fractura S52.201D?

RESPUESTA

En primer lugar tenemos que revisar lo que indica la normativa con respecto a los ingresos para rehabilitación y para cuidados posteriores de lesiones (Diagnósticos Normativa Americana 2016, Sección II.K y Manual Diagnósticos Unidad Técnica 19.1.1.b):

“Admisiones/contactos para rehabilitación

Cuando el propósito de un ingreso o contacto sanitario es la rehabilitación, debe secuenciarse primero el código que identifica la causa por la que se está prestando el servicio. Por ejemplo, en un ingreso para rehabilitación de una hemiplejía dominante de lado derecho después de un infarto cerebrovascular, el código apropiado como diagnóstico principal es el I69.351 Hemiplejía y hemiparesia tras infarto cerebral con afectación de lado derecho dominante.

Si la afección inicial por la que un paciente recibió tratamiento ya no está presente, utilice el código adecuado de cuidados posteriores. Por ejemplo, si un paciente con artrosis grave de cadera, se sometió a una sustitución de cadera y el ingreso es para la rehabilitación, deberá secuenciarse en primer lugar el código **Z47.1 Cuidados posteriores después de cirugía de sustitución articular.**”

“19.1.1.b Séptimo carácter “D”; contacto sucesivo

El séptimo carácter “D”, contacto sucesivo, se utiliza en los episodios que se producen después de que el paciente ha recibido el tratamiento activo de su afección y ahora precise los cuidados habituales para su dolencia, en las fases de curación o recuperación. Son ejemplos de estos cuidados: cambio o retirada de escayola, radiografías para evaluar la consolidación de una fractura, retirada de dispositivos de fijación externo o interno, ajuste de la medicación, otros cuidados posteriores y visitas de seguimiento después del tratamiento de la lesión o afección. No deben utilizarse códigos Z de cuidados posteriores, para codificar cuidados posteriores de lesiones o envenenamientos, en estos casos debe asignarse el código que identifica la lesión aguda pero con el séptimo carácter “D” (contactos sucesivos).”

- En el caso que plantea de la **epicondilitis**, la patología ya está resuelta con la cirugía ortopédica, por tanto, ya no está presente y tendríamos que buscar un código de cuidados posteriores a cirugía ortopédica:

Z47.89 Contacto para otros cuidados ortopédicos posteriores

Cuidados posteriores (véase además Cuidado) Z51.89

- después de cirugía (para) (sobre)
- - ortopédico NCOC Z47.89

- En el ejemplo que plantea de **rehabilitación tras fractura de diáfisis de cúbito derecho**, el código adecuado es efectivamente **S52.201D Fractura no especificada de diáfisis de cúbito derecho, contacto sucesivo**, ya que según la normativa no deben utilizarse códigos Z de cuidados posteriores en el caso de lesiones o envenenamientos, por tanto si ingresa para rehabilitación después de una fractura traumática deberá utilizarse el código de la fractura con el 7º carácter D, de contacto sucesivo.

7. Admisión para tratamiento con Yodo 131

Admisión para tratamiento con Yodo 131 por cáncer folicular y papilar de tiroides para terapia de medicina nuclear. ¿Es correcto poner el código Z51.0 o no debería ponerse?

Z51.0 Contacto para radioterapia antineoplásica

C73 Neoplasia maligna de glándula tiroides

CW7GGZZ Terapia de medicina nuclear sistémica de tiroides con yodo 131 (i-131)

RESPUESTA

En este caso la neoplasia debe ser el diagnóstico principal (con su correspondiente código de morfología) y el código **Z51.0 Contacto para radioterapia antineoplásica** no debe utilizarse.

El código Z51.0 está pensado para los tratamientos oncológicos de radioterapia externa, en los que se usa un aparato (acelerador lineal) que dirige la radiación desde fuera del cuerpo hacia el tumor. La dosis total de radiación se administra a lo largo de varias semanas en sesiones que se realizan de manera ambulatoria.

No debe emplearse el código Z51.0 en las admisiones para tratamientos oncológicos de braquiritradioterapia (o braquiterapia o radioterapia interna) en los que la fuente de radiación se coloca dentro del tumor o muy próxima a él, ni en los tratamientos con radiofármacos que se diseminan por el torrente sanguíneo y se acumulan en el tejido tumoral por mecanismos químicos (como es el caso del yodo radioactivo).

8. Braquiterapia de baja tasa con semillas de Iodo 125 e inyección de ácido hialurónico

¿Se codifica: DV10B9Z Braquiterapia de baja tasa de dosis (BTD) en próstata + 0VH031Z Inserción en próstata de elemento radiactivo, abordaje percutáneo (-a)?

Después se inyecta el ácido hialurónico como protección: Inyección transperineal de 6-8 cc de ácido hialurónico en la grasa de la cara anterior del recto, para aumentar la distancia entre la próstata y la pared rectal. Esta parte, en CIE-9-MC, la codificábamos como 99.29 Inyección

o Infusión de Otra Sustancia Terapéutica o Profiláctica. Ahora ¿qué código deberíamos poner?

RESPUESTA

La braquiterapia es un tipo de radioterapia interna en la que la radiación se libera desde materiales radiactivos colocados en el interior del cuerpo mediante agujas, catéteres u otros dispositivos. Estos materiales se pueden dejar de modo temporal o permanente. Algunas técnicas de braquiterapia son:

- Intersticial: la fuente de radiación se inserta en el tejido donde está el tumor o cerca del mismo. Se usa para tratar tumores de cabeza y cuello, próstata, cérvix, ovarios, mamas y regiones perianal y pélvica.
- Intracavitaria o intraluminal: la fuente de radiación se inserta en una cavidad del cuerpo como la vagina o el útero. Se usa sobre todo en el tratamiento de tumores de útero.

La codificación de la braquiterapia de próstata mediante la inserción de semillas radiactivas requiere dos códigos: uno para la inserción de semillas radiactivas con abordaje percutáneo, **0VH031Z Inserción de elemento radiactivo en próstata abordaje percutáneo**; y otro para especificar el isótopo utilizado, que en este caso es el Yodo 125, y la tasa de dosis. Para ello utilizaremos el código **DV10B9Z Braquiterapia próstata Baja Tasa de Dosis (BTD) Yodo 125**.

La inyección transperineal de ácido hialurónico en grasa de la cara anterior del recto se codificaría en la Sección Administración, con el tipo de procedimiento “Introducción” y los valores de cuarto carácter H Gastrointestinal Inferior (Localización Anatómica), quinto carácter 3 Percutáneo y sexto carácter G Otra Sustancia Terapéutica: **3E0H3GC Introducción gastrointestinal inferior percutánea de otra sustancia terapéutica**.

9. Inyecciones en vítreo de Avastín o Lucentis

Estas sustancias son anticuerpos monoclonales y se utilizan también en el tratamiento de neoplasias. En la CIE-10-ES la opción que te da es: Administración, Sistema Fisiológicos, en Ojo, Antineoplásico (donde incluye Anticuerpo Monoclonal). Si realizamos el Mapeo a CIE-9-MC nos lleva al código 99.28. La otra opción es Sustancia terapéutica que

realizando el mapeo a CIE-9-MC no corresponde con la inyección en vítreo (inyección subconjuntival, inyección en cámara anterior, inyección de sustituto vítreo, inyección retrobulbar de agente terapéutico).

RESPUESTA

El AVASTIN® o Bevacizumab es un medicamento que se clasifica como fármaco “anticuerpo monoclonal” y “antiangiogénico.” Se usa como tratamiento en diversos tipos de cánceres, pero su uso en este caso es como antiangiogénico, es decir, que reduce la propensión de los vasos a crecer y dejar escapar líquido. Esto ha hecho que sea útil en el tratamiento de múltiples enfermedades de la retina que antes no se podían tratar, o cuyo tratamiento requería de drogas sistémicas con muchos efectos colaterales. El efecto del fármaco dura entre 2 y 3 meses. En algunos casos esto es suficiente para mejorar el problema que se está tratando. En otros puede ser necesario repetir la inyección para continuar obteniendo el beneficio.

El procedimiento de inyección de AVASTIN® (Becvacizumab) en el interior del ojo o intravítrea, se hace en la propia consulta, es corto y produce muy poco dolor. Previamente se instilan unas gotas de anestésico y antiséptico y se usa un pequeño instrumento para mantener los párpados abiertos.

En este caso el uso del anticuerpo monoclonal no se hace para tratar un cáncer, por lo que el uso de antineoplásicos en la posición 6 (Sustancia) de la sección 3 Administración no es correcto. Solamente cuando el uso de un fármaco es para tratar una neoplasia (cualquier patología del Capítulo 2 de la CIE-10-ES Diagnósticos) se debe usar el valor 0 Antineoplásico (-a) en la sexta posición (Sustancia) de la sección 3 Administración.

Se codificará como **3E0C3GC Introducción en ojo de otra sustancia terapéutica de otra sustancia, abordaje percutáneo (-a).**

10. Dedos supernumerarios

Referente a la codificación de los dedos supernumerarios nos surge una duda. Los dedos supernumerarios ¿qué tipo de estructura anatómica son? ¿Cuál sería el código de procedimiento para la cirugía de dedos supernumerarios en niños? ¿En qué grupo de procedimientos de la Sección Médico-Quirúrgica se encajaría?

RESPUESTA

En este caso es necesario consultar el informe quirúrgico del paciente, pues dependiendo del tipo de polidactilia y de la técnica empleada para eliminar el dedo supernumerario se asignará un código u otro.

Lo más frecuente es que el dedo extra sea un pequeño pedazo de tejido fino y suave. A veces contiene hueso sin articulaciones y solo ocasionalmente el dedo es completo y funcional.

Si el dedo extra no está completamente desarrollado y se trata de tejido blando desprovisto de hueso unido por un pequeño pedículo al dedo normal la técnica suele consistir en atar una ligadura alrededor del pedículo que lo haga desprenderse. En este caso el tipo de procedimiento sería **Destrucción** (ya que el objetivo es eliminar una estructura anatómica haciéndola desaparecer) piel mano: **0H5FXZZ / 0H5GXZZ** o pie: **0H5MXZZ / 0H5NXZZ** o Destrucción tejido subcutáneo y fascia mano: **0J5J-ZZ / 0J5K-ZZ** o pie: **0J5Q-ZZ / 0J5R-ZZ**. Si en lugar de la ligadura se utilizase un instrumento cortante el tipo de procedimiento sería Escisión piel mano: **0HBFXZZ / 0HBGXZZ** o pie: **0HBMXZZ / 0HBNXZZ** (este tipo de procedimiento contiene un valor de localización anatómica para mama supernumeraria 0HBY pero no existe valor para dedos supernumerarios). O bien Escisión tejido subcutáneo mano: **0JBJ-ZZ / 0JBK-ZZ** o pie: **0JBQ-ZZ / 0JBR-ZZ**.

Si el dedo supernumerario es similar a un dedo normal y contiene hueso el tipo de procedimiento sería **Amputación 0X6** o **0Y6** Para asignar el valor de localización anatómica necesitamos identificar en la documentación clínica a qué dedo está asociado el dedo supernumerario y asignar el valor correspondiente.

Otra opción es el tipo de procedimiento **Reparación** (restablecer en lo posible una estructura anatómica a su estado o función anatómica normal): **0XQ** o **0YQ**. Este procedimiento proporciona especificidad de dígito afectado (necesitamos identificar en la documentación clínica a qué dedo está asociado el dedo supernumerario y asignar así el valor de localización anatómica). Este tipo de procedimiento se asignará solo en aquellos casos en que la documentación no proporciona información sobre la técnica empleada y no es posible obtener más información.

11. Esfinterotomía biliar en coledocolitiasis

La esfinterotomía biliar en las coledocolitiasis por obstrucción, ¿se codifica como división? En este caso solo da valor de estructura al páncreas.

RESPUESTA

La papilotomía o esfinterotomía es un procedimiento que se suele realizar durante una Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE o ERCP según sus siglas en inglés, Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography).

La esfinterotomía se realiza con una cánula que tiene un hilo cortante en su punta llamado papilotomo, y consiste en cortar las fibras del esfínter ubicado en la ampolla de Vater, llamado esfínter de Oddi.

Es de utilidad en casos de obstrucción de la vía biliar por patologías como tumores, cálculos, compresiones externas, etc. Además se usa para la introducción de otros instrumentos terapéuticos y facilita la extracción de cálculos biliares.

Se debe codificar cuando su realización es en sí misma el procedimiento buscado o final. Cuando se realiza como ayuda para otro procedimiento (por ejemplo, extracción de cálculos), no debe codificarse, ya que se considera parte inherente o necesaria para la realización del mismo. En el ejemplo de la extracción de cálculo, el código adecuado sería el **0FC98ZZ Extirpación en colédoco, abordaje por orificio natural o artificial endoscópica.**

Si el objetivo de la esfinterotomía es ampliar o hacer más grande la luz de una estructura anatómica tubular (la vía biliar), estaremos hablando de un procedimiento de dilatación. El código adecuado será:

0F7C8ZZ Dilatación, Sistema Hepatobiliar y Páncreas, Ampolla de Vater, orificio natural o artificial endoscópico.

12. Esfinterotomía mediante CPRE

A la hora de seleccionar el procedimiento es muy importante, tal como dice el Manual el “objetivo” de dicho procedimiento. La Papilotomía o Esfinterotomía realizada mediante CPRE se ha mapeado a Drenaje. Es verdad que tiene el sufijo -tomía (corte o incisión) y que según a qué estructura anatómica haga referencia puede significar solo Drenaje, o

bien presentar dos posibles tipos de procedimientos: Drenaje y División. En nuestro caso sería División pero no transversal sino longitudinal y mediante corriente diatérmica de la papila de Vater y cuyo objetivo es agrandar o dilatar dicha papila para su posterior anulación. La pregunta es si no sería más apropiado la codificación de este procedimiento como dilatación 0F7C4ZZ Dilatación de ampolla de Vater, abordaje endoscópico (-a) percutáneo (-a), y no como el mapeo nos muestra (drenaje) 0F9C80Z Drenaje en ampolla de Vater con dispositivo de drenaje, abordaje orificio natural o artificial endoscópica o 0F9C8ZZ Drenaje en ampolla de Vater, abordaje orificio natural o artificial endoscópica. Por otro lado si lo que se realiza es un corte en la ampolla de Vater ¿cómo es que no se ha recogido dicho procedimiento como percutáneo endoscópico?

RESPUESTA

En primer lugar recordar una norma básica a la hora de codificar con la nueva Clasificación: no es adecuado utilizar los mapeos para codificar. Los mapeos son solamente una herramienta de **aproximación** para interrelacionar los códigos de CIE-9-MC con CIE-10-ES.

En este sentido, cuando se realiza una Esfinterotomía mediante CPRE, lo que hay que tener en cuenta es el objetivo terapéutico que se ha perseguido para poder codificar correctamente el procedimiento. Este objetivo habitualmente es para una dilatación o en ocasiones para facilitar la extirpación de un cálculo y los procedimientos que deberían codificarse serían respectivamente una Dilatación o una Extirpación. La colangiografía endoscópica en este caso es el abordaje y por tanto el valor adecuado es el de orificio natural o artificial endoscópico.

13. Fractura patológica o traumática

Mujer con osteoporosis conocida, con aplastamientos vertebrales (agudos y crónicos), que se cae y se hace una fractura basicervical izquierda. ¿Esta fractura la consideramos traumática u osteoporótica?

RESPUESTA

La normativa indica que las fracturas osteoporóticas (patológicas) son aquellas que se producen en un paciente con osteoporosis conocida cuando sufre una pequeña caída o un traumatismo menor, que no jus-

tificaría una fractura en un hueso sano. No obstante es el facultativo quien debe determinar la relevancia del traumatismo y si la fractura es traumática o patológica.

14. Introducción de anticoagulante

¿Cómo sería la codificación de inyección de heparina en reservorio? Hemos visto que la CIE-10 contempla la introducción de inhibidor plaquetario en vena central percutáneo (3E043PZ) y la introducción de trombolítico en vena central percutáneo (3E04317). Entonces, ¿cuál sería el código para la inyección de anticoagulante?

RESPUESTA

Codificación de inyección de heparina en reservorio

El reservorio, único o doble, es un dispositivo subcutáneo implantable por técnica quirúrgica para acceso venoso central. Está conectado a un catéter flexible, de una o dos vías, quedando el extremo distal alojado a nivel de la unión de la vena cava superior y la aurícula derecha. La heparina es un anticoagulante que actúa inhibiendo indirectamente la trombina (formación de coágulos) uniéndose a la antitrombina acelerando su mecanismo de acción. Las heparinas no fraccionadas (HNF) son de administración intravenosa y requieren un control estricto para evitar la sobre e infradosificación.

La heparinización se hace para el mantenimiento del catéter después de cada uso, o cada dos meses, si no se está utilizando. Forma parte integral del manejo de este sistema y por lo tanto no sería necesario asignarle un código.

15. Sepsis con bacteriemia

¿Cómo codificaríamos un diagnóstico de sepsis con bacteriemia con hemocultivos positivos para Enterococcus y E. Coli?

Opción 1:

A41.81 Sepsis por Enterococcus

A41.51 Sepsis por Escherichia coli [E. coli]

Opción 2:

A41.9 Sepsis, no especificada

B95.2 Enterococos como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto

B96.20 Escherichia coli [E. coli] no especificado como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto

RESPUESTA

Partiendo de la base de que la sepsis está producida por los dos microorganismos hallados en los hemocultivos la opción 1 sería la correcta. Debe estar documentada la implicación de ambos microorganismos en la sepsis.

A41.81 Sepsis por Enterococcus

A41.51 Sepsis por Escherichia coli [E. coli]

El Índice Alfabético asocia bacteriemia con sepsis y nos indica que se codifique como sepsis

Bacteriemia R78.81

- con sepsis - véase Sepsis

Como conocemos el microorganismo, lo buscamos bajo el término Sepsis

Sepsis (infección generalizada) A41.9

- Enterococcus A41.81

- Escherichia coli [E. coli] A41.5

Puede consultar el Manual de Diagnósticos 2016 de la Unidad Técnica (Capítulo 1, punto 1.2) para la codificación de la sepsis.

16. Códigos M

**Estamos algo confusos con los códigos M en relación a la CIE-10-ES.
¿A qué equivalen estos códigos?**

RESPUESTA

CIE-10-ES no facilita códigos de morfología en el índice alfabético de enfermedades ni dispone de un apéndice de morfologías por lo que, para la adecuada codificación de la morfología de los tumores, se deberá acudir a la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIE-O). En la actualidad existe una 3ª edición en castellano (CIE-O-3.1, año 2011) que se corresponde con la actualización WHO-IARC realizada sobre la “International Classification of Diseases for Oncology 3rd Edition” (ICD-O-3, año 2000) de la Organización Mun-

dial de la Salud (OMS) (Manual de Diagnósticos 2016 de la Unidad Técnica págs. 55-58).

Esta Clasificación está disponible en la herramienta electrónica eCIE-maps en el siguiente enlace: https://eciemaps.mspsi.es/ecieMaps/browser/index_o_3.html.

17. Anestesia epidural

En el manual de procedimientos, a la anestesia epidural que se pone en el parto, le ponen el código 3E0R3CZ y la pregunta es por qué no puede ser 3E0S3CZ que es más específico de espacio epidural. El mapeo da varias opciones y una de ellas es en espacio epidural.

RESPUESTA

En el **Anexo C: Términos Clave de Localizaciones Anatómicas** figura la Localización Anatómica que debemos utilizar en los siguientes supuestos:

Localización Anatómica	Buscar
Espacio epidural, intracraneal	Espacio Epidural
Espacio epidural, espinal	Canal Espinal
Espacio extradural, intracraneal	Espacio Epidural
Espacio extradural, espinal	Canal Espinal
Espacio subaracnoideo, intracraneal	Espacio Subaracnoideo
Espacio subaracnoideo, espinal	Canal espinal
Espacio subdural, intracraneal	Espacio subdural
Espacio subdural, espinal	Canal espinal

Por tanto el valor adecuado de Localización Anatómica para la anestesia epidural que se realiza durante el parto (anestesia en el espacio epidural espinal) es **R Canal Espinal**.

18. Código M de Trombocitemia esencial

La clasificación de diagnósticos CIE-10-ES nos remite al código D47.3 para clasificar la Trombocitemia esencial, es decir Otras neoplasias de comportamiento incierto de tejido linfático, hemopoyético y relacionados. Sin embargo la CIE-O-3.1 solo nos proporciona el código 9962/3 es decir, maligno. ¿Es correcto?

RESPUESTA

En el Manual de Diagnósticos 2016 de la Unidad Técnica, en el Capítulo 2 que hace referencia a la codificación de las Neoplasias, en el apartado 2.2.3 Dígitos de comportamiento, dice:

“El comportamiento de la morfología clasificada según CIE-O-3.1, debería corresponderse con la clasificación topográfica de localización anatómica de CIE-10-ES. Los códigos de morfología extraídos de la CIE-O-3.1 son códigos adicionales al del capítulo 2 de la CIE-10-ES.

En algunas ocasiones puede haber discordancia en el comportamiento que asignan a un mismo tumor CIE-10-ES y CIE-O-3.1, por tratarse de clasificaciones de enfermedades diferentes. En estos casos excepcionales se mantendrán los comportamientos que establezcan ambas clasificaciones, aunque haya discrepancia entre los mismos”.

Por tanto es correcto asignar el código de CIE-10-ES Diagnósticos **D47.3 Trombocitemia esencial (hemorrágica)**, junto con el código de CIE-O-3.1 **9962/3 Trombocitemia esencial**.

19. Cierre foramen oval con dispositivo Amplatzer

¿Se codificarían como Reparación y Suplemento o únicamente como Suplemento? Y en recién nacidos que no ponen prótesis, ¿solo se codificaría como Reparación?

RESPUESTA

El tipo de procedimiento REPARACIÓN se define como restablecer en lo posible una estructura anatómica a su estado o función anatómica normal. REPARACIÓN no incluye en sus tablas valores específicos de dispositivo, por lo que todos los procedimientos de REPARACIÓN en la Sección Médico Quirúrgica tendrán en la sexta posición el valor Z Sin Dispositivo.

El tipo de procedimiento SUPLEMENTO se define como colocar un dispositivo biológico o sintético que refuerza y/o mejora la función de una estructura anatómica.

Un dispositivo de Amplatzer o Amplatzer está formado por 2 discos unidos por un cuello, compuestos por una fina malla de Nitinol (aleación de níquel y titanio con propiedades de elasticidad y memoria), y contiene poliéster en su interior para facilitar la trombosis y oclusión total

del defecto. El tamaño del dispositivo viene dado por el diámetro del cuello, que es el que se debe adaptar estrechamente a los bordes del defecto interauricular.

En este caso, el cierre de foramen oval con dispositivo Amplatzer requiere únicamente de un código, siendo el tipo de procedimiento adecuado SUPLEMENTO. Si el cierre del foramen oval se ha realizado por vía percutánea el código sería el siguiente:

02U53JZ Suplemento en tabique auricular de sustituto sintético, abordaje percutáneo (-a)

En el caso de que el cierre del foramen oval se realice sin la utilización de dispositivo, el tipo de procedimiento a aplicar sería REPARACIÓN del tabique auricular.

20. Cateterismo sin dilatación

En un cateterismo de arterias coronarias que es normal y no precisa de dilatación ni de dispositivo ¿Cuál sería la entrada? ¿Inspección?

RESPUESTA

Un cateterismo cardiaco en sí no debe ser codificado en CIE-10-ES Procedimientos. Lo que se debe codificar es el procedimiento que se realiza a través del catéter. Realmente el cateterismo cardiaco indica un abordaje percutáneo en la realización de otros tipos de procedimientos sobre el corazón y grandes vasos.

En el caso de la pregunta planteada entendemos que lo que realizan al paciente es una coronariografía de todo el árbol coronario, que es normal, por lo que no requiere la realización de ningún tipo de procedimiento adicional como podría ser una angioplastia.

En este caso la coronariografía se codifica en la Sección **B Imagen**, en el Sistema Orgánico **2 Corazón y Grandes Vasos**, con el Tipo de Técnica **1 Radioscopia**. En la Localización Anatómica elegiremos el valor **1 Arterias Coronarias Múltiples** si se ha realizado la exploración sobre todo el árbol coronario y en la posición quinta tendremos que elegir un valor de Contraste en función de la información que nos faciliten. En la sexta y séptima posición el valor será **Z Ninguno**.

En el Índice Alfabético:

Arteriografía Coronaria

- véase Radiografía Simple, Corazón B20

- véase Radioscopia, Corazón B21

21. Duodenopancreatectomía cefálica

En el tratamiento del adenocarcinoma de páncreas, ¿cuál sería la codificación de la técnica duodenopancreatectomía cefálica? ¿Existe código único o hay que codificar cada una de las técnicas que engloba la cirugía?

RESPUESTA

La duodenopancreatectomía cefálica (DPC) es la resección pancreática que se realiza con más frecuencia. Sus indicaciones, que antes eran sobre todo el adenocarcinoma y la pancreatitis crónica, se han diversificado debido a la aparición de tumores benignos o malignos de otros tipos, pero a menudo de mejor pronóstico que el adenocarcinoma. En los últimos años, se han introducido diversas variantes respecto a la extensión de la exéresis y las modalidades de reconstrucción, con el fin de mejorar la radicalidad de la resección en los casos de cáncer, de limitar el riesgo de complicaciones inmediatas y/o de mejorar el resultado funcional a largo plazo. Por ello es necesario comprobar en el protocolo quirúrgico los diferentes actos quirúrgicos que se han realizado durante la intervención (escisión o resección de páncreas y duodeno, colecistectomía, derivaciones, etc.) y codificar separadamente cada uno de ellos.

Para la duodenopancreatectomía cefálica es necesario utilizar un código para cada localización anatómica diferente sobre la que se actúa.

En el Sistema Orgánico **D Sistema Gastrointestinal** encontraremos los valores de localización anatómica referentes a duodeno.

En el Sistema Orgánico **F Sistema Hepatobiliar y Páncreas** encontraremos los valores de localización anatómica referentes a Páncreas.

El tipo de procedimiento será **ESCISIÓN** o **RESECCIÓN** en función de lo que describan en la hoja operatoria.

Con la información que aporta en la pregunta sería necesario un código para la escisión de páncreas y un código para la Escisión/Resección de duodeno. Si además se realizara algún tipo de linfadenectomía también debe ser recogida con el correspondiente código de Escisión/Resección

en función de la amplitud de la misma. Y si se actuara sobre alguna otra estructura anatómica también debería ser clasificado con su código correspondiente.

22. Localización anatómica de AXILA

Nos surge la duda de cómo codificar una escisión de, por ejemplo, una verruga o un quiste epidérmico en AXILA. Si la codificamos en el Sistema Orgánico X Regiones Anatómicas, Extremidades Superiores solo nos permite el abordaje abierto, percutáneo o endoscópico. Si consideramos que una verruga o un quiste epidérmico es una lesión de piel e intentamos codificar el procedimiento con abordaje externo en el sistema orgánico H Piel y Mama ¿en qué localización anatómica se incluiría?

– En Piel, Tórax

– En Piel, Brazo

RESPUESTA

La axila, como región anatómica se engloba en el Sistema Orgánico **X Regiones Anatómicas, Extremidades Superiores**. Además en CIE-10-ES Procedimientos, en el **Anexo C: Términos Clave de Localizaciones Anatómicas** aparece donde debe buscarse cuando se realiza un procedimiento sobre fascia de axila:

Localización Anatómica	Buscar
Fascia axilar	Tejido Subcutáneo y Fascia, Brazo Derecho Tejido Subcutáneo y Fascia, Brazo Izquierdo

De lo anterior entendemos que la axila se considera parte del brazo, por lo que un procedimiento sobre piel axilar debe codificarse en la Localización Anatómica “Brazo”.

23. Localización anatómica de RODILLA en procedimientos

Enlazando con la consulta de lesión en AXILA tenemos el mismo problema con la rodilla y el codo para realizar una escisión de una lesión en piel de dichas localizaciones.

RESPUESTA

Respecto a la piel de rodilla y codo la respuesta está en la normativa **punto B4.6 Piel, tejido subcutáneo y fascia que cubren una articulación: B4.6**

Si se realiza un procedimiento sobre la piel, el tejido subcutáneo o la fascia que cubren una articulación, el procedimiento se codifica bajo la siguiente estructura anatómica:

- Hombro se codifica como Brazo
- Codo se codifica como Antebrazo
- Muñeca se codifica como Antebrazo
- Cadera se codifica como Muslo
- Rodilla se codifica como Pierna
- Tobillo se codifica bajo Pie

24. Aspirado de médula ósea

Tenemos una duda respecto al aspirado de médula ósea y la punción lumbar, si debemos codificarlo como Drenaje de canal espinal.

RESPUESTA

El aspirado de médula ósea se codifica en CIE-10-ES Procedimientos bajo el tipo de procedimiento EXTRACCIÓN. Extracción se define como extraer, extirpar o arrancar total o parcialmente una estructura anatómica aplicando una fuerza. En el Manual de Procedimientos 2016 de la Unidad Técnica (pág. 59) viene un ejemplo de cómo debe codificarse la biopsia por punción aspirado de médula ósea (PAMO) esternal con trocar.

07DQ3ZX Extracción en médula ósea, esternón, abordaje percutáneo (-a) diagnóstico (-a)

La punción lumbar debe codificarse en la Sección **0 Médico Quirúrgica**, en el Sistema Orgánico **0 Sistema Nervioso Central**, bajo el Tipo de Procedimiento **9 Drenaje**. El valor de Localización Anatómica es **U Canal Espinal**. Se llega a este código siguiendo el índice alfabético bajo las entradas:

Punción, lumbar – véase Drenaje, Canal Espinal
Drenaje
- Canal Espinal 009U

25. EPOC con bronquitis aguda

¿Por qué se tiene que añadir el código de la bronquitis aguda en el EPOC, si sangrando por índice te manda al J44.0?

**Bronquitis (difusa) (fibrinosa) (hipostática) (infecciosa) (membranosa)
J40 [+]**

- aguda o subaguda (con broncoespasmo u obstrucción) J20.9 [+]

-- con [+]

--- bronquiectasias J47.0

--- enfermedad pulmonar obstructiva crónica J44.0

¿No estaría ya incluida la bronquitis igual que con las bronquiectasias?

El excluye 2 del EPOC descompensado tiene un literal que dice:

J44.1 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación (aguda)

EPOC descompensada

EPOC descompensada con exacerbación (aguda)

Excluye 2:

- enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC] con bronquitis aguda (J44.0)

RESPUESTA

En el Manual de Diagnósticos 2016 de la Unidad Técnica (pág. 155) aparece: “Si la EPOC coexiste con infección aguda de vías respiratorias inferiores, se asigna el código **J44.0**, con un código adicional para identificarla: **J22 Infección aguda del tracto respiratorio inferior, no especificada** o **J20.- Bronquitis aguda** o el código de neumonía o bronconeumonía que proceda. Los códigos **J44.1** y **J44.0** deben utilizarse juntos en caso de EPOC descompensada por infección aguda de vías respiratorias inferiores y cualquiera de los dos puede cumplir la condición de diagnóstico principal. En caso de presencia de infección respiratoria, y en la medida de lo posible, deberá buscarse información para determinar si se trata de una infección aguda de vías respiratorias bajas ya que, si no se especifica, se debe asignar el código **J98.8 Otros trastornos respiratorios especificados.**”

En la Lista Tabular el código **J44.0 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección aguda de las vías respiratorias inferiores**, lleva una nota de instrucción que dice: “Utilice código adicional para identificar infección” por lo que es apropiado añadir, en el caso de que se trate de una bronquitis aguda, un código para reflejar la misma.

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

Utilice código adicional para identificar infección

26. Misoprostol vaginal

Cuál es la codificación de una colocación de misoprostol en vagina para aborto o para inducción del parto.

RESPUESTA

El misoprostol es un análogo de la prostaglandina E1. Las prostaglandinas se unen a receptores específicos y realizan su acción tanto en el miometrio (produciendo contracciones) como a nivel del cérvix (produciendo cambios en la matriz celular del colágeno). Las prostaglandinas estimulan y coordinan la actividad miometrial a través de la liberación de calcio del retículo endoplásmico, la apertura de los canales del calcio dependientes del receptor y estimulando o inhibiendo el sistema adenil-ciclasa (produciendo tanto relajación como contracción miometrial). Cuando se administra por vía vaginal, la biodisponibilidad es tres veces mayor que por la vía oral.

En el caso de que el misoprostol se administre por vía vaginal con la finalidad de interrumpir un embarazo deberemos codificarlo en la Sección **1 Obstetricia**, con el Tipo de Procedimiento **A Aborto**. El valor de Abordaje será **7 Orificio Natural o Artificial** y en la posición de Calificador utilizaremos el valor **X Abortivo (-a)**.

10A07ZX Aborto productos de la concepción, abordaje orificio natural o artificial, abortivo (-a)

En el caso de que el misoprostol se administre para la inducción del parto, por vía vaginal el código a utilizar sería:

3E0P7GC Introducción en Sistema Reprodutor Femenino de Otra Sustancia Terapéutica, otra sustancia, abordaje por Orificio Natural o Artificial

Le remitimos al Manual de Codificación CIE-10-ES Procedimientos de la Unidad Técnica 2016, págs. 172-173:

“Inducción del parto mediante administración de medicación

El fármaco más utilizado para la inducción farmacológica es la oxitocina administrada por vía intravenosa. Solo debe codificarse cuando se ad-

ministra con el propósito de inducir el parto; si solo se administra, para aumentar el trabajo de un parto ya activo, no se codifica por separado. La administración intravenosa por vía periférica de oxitocina se codifica **3E033VJ, Introducción en Vena Periférica de Hormona Otra Hormona, abordaje Percutáneo (-a)** y la entrada en el índice alfabético es:

Inducción del parto

- Oxitocina - véase Introducción, Hormona

Introducción de sustancia en o sobre

Vena

-- Periférica 3E03

--- Hormona 3E03

Además de la administración de oxitocina, también es frecuente la utilización de óvulos de prostaglandina por vía vaginal para favorecer la maduración del cuello uterino. La codificación correcta es **3E0P7GC Introducción en Sistema Reproductor Femenino de Otra Sustancia Terapéutica, otra sustancia, abordaje por Orificio Natural o Artificial** (en este caso no existe la posibilidad de especificar que la sustancia administrada es una hormona).”

27. Ecografía Guiada

En la página 227 del Manual de Procedimientos, cuando pone lo del calificador “Guiada” en una radioscopia o ecografía ¿en qué casos se debería de codificar? Por ejemplo, en una reparación de una cirugía arteriovenosa en la que hacen un ecodoppler para valorar el flujo venoso, en este caso, ¿se codificaría como “Guiada”?

Otro caso, en una embolización de venas gonadales, en la que hacen una flebografía de control después del procedimiento, ¿se codificaría como guiada o no se codifica?

RESPUESTA

El valor **A Guiada**, aparece como Calificador (séptima posición) en las siguientes tablas de la CIE-10-ES Procedimientos:

Sección **4 Medición y Monitorización**

Sistema Orgánico **A Sistemas Fisiológicos**

Tipo de procedimiento **0 Medición**

Sección **B Imagen**

Sistema Orgánico **5 Venas**

Tipo de Técnica **1 Radioscopia**

Sección **B Imagen**

Sistema Orgánico **5 Venas**

Tipo de Técnica **4 Ecografía**

La aparición del calificador “Guiada” en un código hace referencia a que la técnica o prueba clasificada en ese código se utiliza como **guía** para la realización de otro procedimiento.

Respecto a cuándo codificar las técnicas de imagen que se pueden utilizar como guía para realizar un procedimiento nos debemos remitir a la Nota de codificación de la Unidad Técnica de octubre de 2015, que dice:

“Procedimientos combinados con radioscopia.

En la realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos en los que es frecuente la utilización de técnicas de radioscopia para la visualización de los mismos, no es preciso codificar el procedimiento que especifica la radioscopia”.

Como queda reflejado en la nota de codificación la utilización de técnicas de radioscopia como ayuda para la visualización en la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos no es necesario codificarla. Otras técnicas de la Sección B Imagen, que se utilicen como guía para la realización de un procedimiento podrán codificarse si se desea.

En los dos supuestos que se plantean en la pregunta ninguna de las pruebas realizadas son “guía” para el procedimiento realizado (ni el ecodoppler para valorar el flujo venoso en el caso de la cirugía de reparación arteriovenosa, ni la flebografía de control después de la embolización de venas gonadales) Son dos procedimientos que se pueden considerar complementarios al procedimiento principal y que si son realizados en el momento de la cirugía de reparación arteriovenosa o de la embolización de venas gonadales no es necesario codificarlos.

28. Broncoaspiración

¿Qué código es correcto para especificar broncoaspiración, R09.01 o T17.508-?

RESPUESTA

La **broncoaspiración** se define como la entrada de material extraño a la vía respiratoria.

Según el **Manual de Codificación 2016, de la Unidad Técnica (pág. 153):**

“Cuando el diagnóstico clínico no especifique la presencia de neumonía, bronquitis aguda o infección respiratoria aguda, sino solo “broncoaspiración”, deberán seguirse las instrucciones del Índice Alfabético bajo los términos “Aspiración” y “Asfixia”.

La CIE-10-ES ofrece distintos códigos dentro del tracto respiratorio según donde sea la broncoaspiración.

Por lo tanto, en función de la información disponible es indispensable seguir cuidadosamente el índice alfabético bajo estas dos entradas, para llegar al código correcto.

Aspiración

- alimento o cuerpo extraño (con asfixia) - véase Asfixia, alimento
- vómito - véase además Cuerpo extraño, vías respiratorias

Alimento

- asfixia (por aspiración o inhalación) - véase Cuerpo extraño, por sitio

Cuerpo extraño

- tracto
- - respiratorio T17.908

29. Códigos POA

¿Hay que elegirlos tanto para el Diagnóstico Principal (DP) como para los Diagnósticos Secundarios (DS)? Quisiéramos saber cómo debemos completar la codificación con los códigos POA. ¿Hay que elegirlos tanto para el DP como para los DS?

RESPUESTA

En el Manual de Diagnósticos 2016 de la Unidad Técnica puede encontrar información acerca de la asignación del marcador POA (Present On Admission), en el Capítulo A. GENERALIDADES DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES 10ª REVISIÓN, DIAGNÓSTICOS (CIE-10-ES Diagnósticos). En el punto A.8 dice: “El Marcador “POA” se asigna al diagnóstico principal (D.P.) y diagnósticos secundarios (D.S.) y también a los códigos de causas externas de lesiones y envenenamientos”.

Puede consultar todos los documentos normativos relacionados con CIE-10-ES, en la siguiente dirección electrónica:

<https://eciemaps.mspsi.es/ecieMaps/documentation/documentation.html>

30. Quimioembolización

¿Cuál es la codificación correcta de la quimioembolización de un hepatocarcinoma?

RESPUESTA

La quimioembolización o quimioembolización transarterial (TACE) es un procedimiento de embolización terapéutico paliativo para el carcinoma hepatocelular (CHC) no resecable y no candidato a otros procedimientos, mediante el cual, y por vía transarterial, se cateteriza selectivamente la rama derecha o izquierda de la arteria hepática para bloquear la vascularización tumoral. A este procedimiento se añade la administración de un agente quimioterápico para así producir necrosis y reducción del tamaño tumoral. La técnica se realiza en dos fases. En la primera de ellas, se introduce un catéter, generalmente a través de la arteria femoral común, se guía hasta el hígado y se inyecta el agente quimioterápico más adecuado mezclado con Lipiodol dentro de la arteria hepática que nutre al tumor. Seguidamente se inyecta un agente embolizante como pueden ser las partículas de gelfoam, partículas de plásticos no reabsorbibles (PVA (polivinil alcohol), microesferas) o la colocación de espirales metálicos (coils).

La quimioterapia puede administrarse incorporada ya a las partículas de embolización. Son las llamadas partículas DC Bead, que son microesferas de hidrogel biocompatibles, hidrófilas y no reabsorbibles, calibradas con precisión, y capaces de cargar doxorubicina y otros agentes citostáticos para liberarlos después, lentamente, una vez depositadas en el lecho capilar tumoral. Con esta nueva técnica se persigue minimizar la cantidad de fármaco libre y los posibles efectos sistémicos. Esta quimioembolización se denomina DEB-TACE o TACE de PRECISION.

Para codificar la quimioembolización tal como ha sido descrita, hacen falta dos códigos:

Uno para la “Oclusión” de la arteria hepática con dispositivo intraluminal (código que localizaremos en la Sección 0 Médico Quirúrgica):

04L33DZ Oclusión de la arteria hepática con dispositivo intraluminal, abordaje percutáneo

Y otro para la “Introducción” de quimioterápico en la arteria hepática (código que localizaremos en la Sección 3 Administración):

3E0530* Introducción de antineoplásico en arteria periférica, abordaje percutáneo

(Lo habitual es que se administre adriamicina o doxorubicina con lo que el valor del calificador en séptima posición sería 5 Otro Antineoplásico).

Respecto a la codificación de Diagnósticos en el caso del ingreso para quimioembolización de un hepatocarcinoma debe utilizarse como diagnóstico principal **Z51.11 Contacto para quimioterapia antineoplásica**, seguido del código correspondiente del hepatocarcinoma.

31. Dolor agudo en una hernia discal

¿Cómo codificamos el dolor agudo en una hernia discal, si el paciente ingresa para el tratamiento del dolor exclusivamente? CIE-9 tenía el 338.19 y CIE-10-ES lleva a dolor sin especificar R52.

RESPUESTA

En este caso debemos seguir cuidadosamente la normativa recogida en el Manual de Diagnósticos 2016 de la Unidad Técnica, donde encontramos información aplicable a este caso en el **Capítulo A de Generalidades** en el punto A.4.1 y en el punto A.5, así como en el **Capítulo 6**, en concreto en el punto 6.9.1. También es de utilidad lo recogido en el **Capítulo 18** en el punto 18.2.2 y en el punto 18.3.4.

En el caso que plantea la pregunta “¿cómo codificamos el dolor agudo en una hernia discal, si el paciente ingresa para el tratamiento del dolor exclusivamente?” se dan dos circunstancias que nos podrían hacer pensar en utilizar un código de la categoría **G89 Dolor no clasificado bajo otro concepto**:

- El dolor está especificado como agudo
- El ingreso es exclusivamente para el tratamiento del dolor

Sin embargo CIE-10-ES Diagnósticos no dispone de código en la categoría G89 adecuado para el dolor agudo que no sea debido a traumatismo, o postoracotomía o posprocedimiento.

Si seguimos la norma en cuanto a la codificación de signos y síntomas y el IAE vemos:

Dolor (-es) (véase además Doloroso) R52

-agudo R52

--debido a un traumatismo G89.11

--**especificado por localización – codificar como Dolor, por localización**

--procedimiento NCOC G89.18

--postoracotomía G89.12

--relacionado con neoplasia G89.3

El dolor agudo por una hernia discal sería un dolor agudo especificado por localización (en función de si es cervical, dorsal o lumbar). Los códigos de localización: cervicalgia, dorsalgia, lumbalgia, tienen un Excluye 1 para el caso que sea debida a desplazamiento o trastorno del disco intervertebral. Por lo que debe codificarse la hernia discal por localización como diagnóstico principal y no es necesario añadir ningún código de la **categoría G89** ni el **R52 Dolor, no especificado**. Además el dolor debe considerarse una manifestación propia de la hernia (implícita a la hernia). Al conocer la causa y tener un diagnóstico que justifique el dolor debemos codificar únicamente la hernia sin añadir el R52. Deben codificarse adicionalmente los procedimientos realizados para el tratamiento del dolor.

32. Biopsia por cepillado de conducto biliar

Para codificar una biopsia por cepillado de conducto biliar el procedimiento es Extracción. En el sistema orgánico F Sistema hepatobiliar y páncreas, no aparece este tipo de procedimiento. ¿Sería correcto codificarlo como Escisión?

RESPUESTA

Efectivamente no existe, en el Sistema Orgánico F Sistema Hepatobiliar y Páncreas, tabla para el tipo de procedimiento C Extracción. Por ello, de momento, será necesario codificar este tipo de biopsias con el tipo de procedimiento Escisión (con el calificador X Diagnóstico).

33. Extracción de raíz residual de diente

Cuando a un paciente le extraen en quirófano un resto radicular de un diente, ¿sería Escisión porque le quitan una parte del diente (que es lo que le queda) o sería Resección porque le quitan la totalidad del diente que le queda?

RESPUESTA

Para codificar correctamente la extracción de una raíz residual de diente, lo primero que es necesario determinar es cómo ha sido realizada dicha técnica. Muchos procedimientos dentales frecuentemente se realizan arrancando total o parcialmente la estructura anatómica aplicando una fuerza, es decir, utilizando un procedimiento de **Extracción**. En este caso la propia definición de procedimiento indica que puede utilizarse tanto para eliminar toda la estructura como solo para una parte de ella.

Si en lugar de arrancar la estructura mediante una fuerza se practica un corte o incisión, utilizando instrumentos cortantes (tijeras, bisturí, etc.) para realizar el procedimiento (no utilizados únicamente para acceder a la estructura), hablaríamos de una **Resección**. El motivo por el que debe codificarse una Resección y no una Escisión es que con este acto quirúrgico ya no queda nada de dicha estructura (se elimina por completo).

D EXTRACCIÓN

Definición: Extraer, extirpar o arrancar total o parcialmente una estructura anatómica aplicando una fuerza.

T RESECCIÓN

Definición: Eliminar o cortar sin sustituir una estructura anatómica completa.

34. Morfología de neoplasias secundarias

En el caso de un carcinoma ductal metastásico, la CIE-O no me permite codificarlo. ¿A qué se debe?

RESPUESTA

Ya están disponibles en la herramienta electrónica eCIEmaps, en la pestaña CIE-O-3 las entradas correspondientes para poder acceder a los códigos de neoplasias malignas secundarias. En el caso del carcinoma ductal metastásico:

- Carcinoma** (véase también adenocarcinoma) [+]
- Ductal [+]
- - SAI 8500/3 [+]
- - - metastásico 8500/6

35. Afección nosocomial

El código de afección nosocomial ya incluye el lugar de ocurrencia, (hospital). ¿Es así o es necesario poner ambos?

RESPUESTA

Nosocomial se define como: “Que se contrae durante la estancia en un medio hospitalario”. Generalmente hace referencia a procesos infecciosos contraídos en un hospital.

En relación a los códigos de causas externas el Manual de Diagnósticos 2016 de la Unidad Técnica, en su página 281 dice: “Aunque la mayor parte se usan con lesiones (Capítulo 19), también son válidos para utilizar con otro tipo de enfermedades relacionadas con causas externas como infecciones, enfermedades acaecidas durante una actividad física o accidentes relacionados con la atención médica o quirúrgica y sus complicaciones”.

Las afecciones nosocomiales por tanto deben registrarse con los códigos específicos que las identifiquen y con el código de causa externa **Y95 Afección nosocomial**. La información proporcionada por esos códigos sería suficiente para describir cómo se ha producido la afección. No consideramos preciso añadir ningún otro código de causa externa, salvo que en alguna circunstancia específica añadan al registro una información más detallada.

36. Extracción en bolsa íntegra

¿Cómo se codifica la extracción en bolsa íntegra (cesáreas)? El salvar intacto el saco amniótico en cesáreas de partos gemelares tiene ventajas que va a hacer que se extienda su uso.

RESPUESTA

La actual clasificación codifica la cesárea como un procedimiento de Extracción que incluye la retirada de todos los productos de la concepción (feto, membranas, placenta) y no es posible diferenciar si la extracción fetal se ha realizado con las membranas íntegras o rotas.

37. Angio TAC de tórax

¿Cómo se codifica correctamente el Angio TAC de Tórax? Esta prueba está en relación con el diagnóstico del tromboembolismo pulmonar. ¿Habría que seleccionar arteria, árbol bronquial o aorta?

RESPUESTA

La angiografía por tomografía computarizada (Angio TAC) utiliza una inyección de material de contraste (normalmente en una vena periférica) junto con la tomografía computarizada para ayudar a diagnosticar y evaluar enfermedades de los vasos sanguíneos. En el caso de su utilización como prueba diagnóstica en los casos de embolismo pulmonar lo que se pretende visualizar son las arterias pulmonares, sus ramas principales y las ramas lobulares y segmentarias. También se logran visualizar las ramas subsegmentarias y distales aunque con menor resolución.

Esta prueba debe codificarse en la Sección B Imagen, en el Sistema Orgánico 3 Arterias Superiores, con el Tipo de Procedimiento 2 Tomografía Computarizada (Scanner TC), eligiendo como valores de Localización Anatómica aquellas arterias que se visualicen en la prueba:

S Arteria Pulmonar Derecha

T Arteria Pulmonar Izquierda

Si el Angio-TAC de Tórax se realiza para visualizar otros vasos deben elegirse los valores correspondientes tanto de Sistema Orgánico como de Localización Anatómica en función de la prueba realizada.

38. Anemia posoperatoria

¿Cómo se codifica la anemia postoperatoria en un paciente que requiere concentrados de hematíes?

RESPUESTA

Le remitimos al Manual de Diagnósticos 2016 de la Unidad Técnica. En su página 76, en el punto **3.1.2 Anemia debida a pérdida de sangre** dice lo siguiente:

“Cuando una anemia posoperatoria no está documentada como debida a pérdida de sangre, se usará el código **D64.9 Anemia, no especificada**. Si la anemia posoperatoria está especificada como debida a pérdida de sangre aguda, el código apropiado será el **D62 Anemia poshemorrágica**

aguda. Si se especifica que la anemia se debe a una pérdida de sangre crónica, el código será el **D50.0 Anemia ferropénica secundaria a pérdida de sangre (crónica)**”.

39. Corrección del ectropión

¿Cómo se codifica la corrección del ectropión con tira tarsal? La técnica consiste en escindir una tira del párpado que incluye piel y músculo, para posteriormente realizar el tensado del párpado. Además del código de suplemento en párpado con injerto autólogo, ¿habría que incluir un código de escisión en párpado para esa tira tarsal? o ¿ya va incluido en el suplemento?

RESPUESTA

La laxitud palpebral horizontal por debilitamiento cantal es una de las causas fundamentales del Ectropión.

Un párpado estable con una buena fijación de ambos cantos por los tendones palpebrales externo e interno es muy difícil que se desestabilice y que rote su borde libre. La inestabilidad que produce el fracaso de fijación de ambos tendones hace que el tarso se destense ya que su longitud no varía. En el tarso destensado es donde actuarán las demás fuerzas desestabilizantes que harán rotar el borde libre tanto hacia afuera como hacia dentro.

La corrección de la laxitud horizontal se hace mediante **una tira tarsal**. El **objetivo** de la tira tarsal consiste en provocar un estiramiento horizontal del párpado hacia el canto externo al fijar al periostio del reborde orbitario el extremo externo del tarso que se ha aislado previamente.

No consideramos que el tipo de procedimiento a utilizar sea SUPLEMENTO porque en este caso no se coloca un dispositivo biológico o sintético que refuerce y/o mejore la función de una estructura anatómica; para considerarlo injerto autólogo (y por tanto dispositivo) tendría que ser un injerto libre y en el procedimiento de la tira tarsal no se desinserta de su origen.

Por tanto no es aplicable la **norma B3.9** que dice que si para completar el objetivo terapéutico de un procedimiento es preciso realizar un autoinjerto de una **localización anatómica diferente**, debe asignarse otro código de procedimiento diferenciado.

Consideramos que este procedimiento, más que un Suplemento es una **REPOSICIÓN** (colocar en su localización habitual o en otra localización compatible, toda o parte de una estructura anatómica) y en este caso hay una reposición del párpado a su posición habitual mediante un retensado del mismo a través de la creación de la tira tarsal.

La tabla a utilizar sería:

08S (Sección 0 Médico Quirúrgica, Sistema Orgánico 8 Ojo, Tipo de Procedimiento S Reposición)

Localización Anatómica: **N, P, Q, R** según la localización anatómica

Abordaje: **0, 3, X** según el abordaje (abierto en el caso de la tira tarsal)

Dispositivo: **Z** Sin Dispositivo

Calificador: **Z** Sin Calificador

40. Lesión crónica del tendón cubital

Paciente que hace seis meses presenta corte en muñeca izquierda con un azulejo roto. Herida incisa de 4 cm de longitud en región cúbito carpiana que afecta a piel y tejido subcutáneo. Se visualizan tendones extensores del carpo aparentemente íntegros. Flexo-extensión de dedos y muñeca conservados, así como desviación radial y cubital. Tras seguir con molestias se solicita, dos meses después de la lesión, una RMN que confirma sección del extensor cubital del carpo cuyo cabo proximal se sitúa a 4 cm de estiloides cubital. Presenta una lesión a nivel de su inserción el cubital posterior. Ingresó programado para IQ. En el informe de alta se describe:

“Lesión crónica del tendón cubital posterior muñeca izquierda (el tendón se encuentra retraído a nivel proximal). Revisión + injerto tendinoso tomado de la mitad radial del FCR”.

¿Se debería codificar con el código S66.922A?

RESPUESTA

El código a asignar es el **S66.822A Desgarro de otros músculos, fascias y tendones especificados a nivel de muñeca y mano izquierdas, contacto inicial**, porque aunque no se encontró la lesión/rotura en un primer momento, el 7º carácter “A” de contacto inicial se asigna para el tratamiento ya que el paciente está recibiendo tratamiento activo para la rotura del extensor cubital.

La Normativa Oficial para Codificación e Información indica que “el 7º carácter “A”, contacto inicial, se usa mientras el paciente está recibiendo tratamiento activo para la afección. Son ejemplos de tratamiento activo: tratamiento quirúrgico, contacto con servicio de urgencias y evaluación tratamiento continuado por igual o diferente médico”.

41. Cateterismos cardiacos

La norma de codificación ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO para la CIE-9-MC es que para la coronariografía no se use el acceso mediante catéter salvo que el clínico especifique claramente que se ha realizado cateterismo cardiaco, y para la ventriculografía sí utilizar el código de cateterismo cardiaco puesto que el catéter entra en cavidades. ¿Para codificar con la CIE-10 estos procedimientos se sigue la misma norma? Y otra pregunta es ¿cómo diferenciar una coronariografía mediante procedimiento invasivo (cateterismo) de una no invasiva (mediante inyección contraste en vena)?

RESPUESTA

Cateterismo se define como el acto quirúrgico o exploratorio que consiste en introducir un catéter en un conducto o cavidad.

Cateterismo, por tanto, significa cateterizar, introducir un catéter. En el caso de los cateterismos cardiacos ese catéter se introduce a través de una arteria o una vena con la finalidad de alcanzar el corazón (sus cavidades, los grandes vasos o las arterias coronarias). Cuando a un paciente le hacen un cateterismo cardiaco siempre se hace con un objetivo diferente a la cateterización arterial o venosa en sí. Podríamos decir que el procedimiento se hace “a través” del catéter, bien sea una medición de presiones, una ablación de un foco arritmogénico, una toma de muestras, una biopsia endomiocárdica, una coronariografía, una ventriculografía, etc. El catéter, una vez realizado el procedimiento, es retirado.

El cateterismo cardiaco en sí no es necesario codificarlo (no es necesario codificar la inserción del catéter en la arteria o en la vena que se haya utilizado para acceder al corazón). Lo que se codifica es el procedimiento que se haya realizado a su través.

Los procedimientos habituales realizados en hemodinámica cardiaca a través de cateterismo podemos codificarlos en CIE-10-ES Procedimien-

tos en diferentes secciones: **0 Médico Quirúrgica, 4 Medición y Monitorización, B Imagen**. En la Sección 0 Médico Quirúrgica y en la Sección 4 Medición y Monitorización, el hecho de que el procedimiento se haga “a través” del catéter, quedará reflejado en la quinta posición del código “Abordaje” con el valor 3 Percutáneo. En la Sección B Imagen esta información no se recogerá, puesto que no hay opción para identificar el abordaje (solo el IVUS (ecografía intravascular) y la tomografía de coherencia óptica intravascular ya especifican en su definición que son intravasculares).

Las angioplastias, ablaciones y mapeos las codificaremos en la Sección 0 Médico Quirúrgica. En la Sección 4 Medición y Monitorización codificaremos la toma de presiones y muestras y los estudios electrofisiológicos. Las coronariografías y ventriculografías se codificarán en la sección B Imagen con el tipo de procedimiento 1 Radioscopia y la localización anatómica que corresponda (arteria coronaria única o múltiple, injertos de derivación, ventrículo izquierdo, derecho o ambos).

En cuanto a la segunda parte de la pregunta, la coronariografía que se realiza mediante cateterismo con inyección de contraste y visualización por radioscopia se codifica, como ya hemos visto, en la Sección B Imagen, en el Sistema Orgánico 2 Corazón, con el tipo de Procedimiento 1 Radioscopia. El valor de Localización Anatómica dependerá de lo que se esté visualizando (arterias coronarias nativas o injertos de derivación, únicos o múltiples).

Por otro lado, el estudio de arterias coronarias que se realiza mediante la inyección de contraste en una vena periférica y que se ayuda de otras técnicas de imagen (TAC o RNM) lo codificaremos según la técnica empleada:

- En el caso del **Angio TAC de arterias coronarias** (angiografía coronaria por tomografía computarizada), utilizaremos (en la Sección B Imagen, en el Sistema Orgánico 2 Corazón), el tipo de procedimiento 2 Tomografía Computarizada (Scanner TC). Elegiremos en Localización Anatómica el valor que represente lo que se está estudiando (arterias coronarias nativas o injertos de derivación).
- En el caso de la **Angio RNM de arterias coronarias** procederemos de igual forma pero eligiendo como tipo de procedimiento 3 Imagen por Resonancia Magnética (RM).

42. Coronariografía empleando dos catéteres

¿Cómo debe codificarse con CIE-10-ES Procedimientos la coronariografía que se hace empleando dos catéteres?

RESPUESTA

En la clasificación CIE-10-ES Procedimientos el número de catéteres empleados en la realización de la coronariografía no afecta a la asignación del código. La coronariografía se codifica en la Sección B Imagen, en el Sistema Orgánico 2 Corazón, bajo el Tipo de Procedimiento 1 Radioscopia.

A continuación debe elegirse el valor apropiado de Localización Anatómica, Contraste y Calificadores en función de la descripción de la prueba. En el Índice Alfabético vemos:

Arteriografía Coronaria

- véase Radiografía Simple, Corazón B20

- véase Radioscopia, Corazón B21

43. Anastomosis gastroyeyunales

¿Cómo hay que codificar las dilataciones de las anastomosis gastroyeyunales? No existe esa localización anatómica. Entonces, ¿habría que poner dilatación de estómago y dilatación de yeyuno?

RESPUESTA

En la tabla 0D7 la única localización anatómica que hace referencia a una zona de unión de dos órganos está recogida en el valor **4 Unión esofagástrica**. No existe valor para “unión gastroyeyunal”, entendemos que por ser una localización anatómica que no es normal. Es una localización anatómica que aparece tras la realización de un procedimiento quirúrgico.

Dado que no existe valor para la anastomosis gastroyeyunal y el procedimiento de dilatación implica ambos lados de la anastomosis asignaremos dos códigos de dilatación, uno para cada una de las localizaciones anatómicas en la tabla 0D7.

44. Neumonía aspirativa con EPOC

Tenemos un paciente que tiene diagnosticado un EPOC e ingresa por una hemorragia cerebral y durante el ingreso tiene una neumonía por aspiración. ¿Por qué no se puede poner un código de EPOC con una neumonía aspirativa? En el Excluye 1 del código J44 pone: enfermedades pulmonares por agentes externos (J60-J70). Está como Excluye 1. ¿Un paciente con EPOC no puede tener una neumonía por aspiración? Si solo ponemos la Neumonía por aspiración, ¿cómo queda reflejado que tiene EPOC? ¿No debería ser un Excluye 2 y no un Excluye 1?

RESPUESTA

Efectivamente algunas de las notas Excluye 1 que aparecen en la Clasificación no son realmente un Excluye 1. En EEUU los organismos American Health Information Management Association (AHIMA), the American Hospital Association (AHA), the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), and the National Center for Health Statistics (NCHS) están revisando este tema. Mientras, consideramos que en determinadas situaciones como la de la pregunta que se plantea podrían utilizarse ambos códigos (ya que sería más lógico la utilización de un Excluye 2).

45. Plastia de ligamento cruzado anterior

Por favor ¿podrían aclararnos como codificar los siguientes casos?

“Plastia del LCA con Injerto autólogo de semitendinoso y recto interno. Anclaje Cross-pin con arnés de 8 mm y tornillo distal Matrix de 9 x 25 mm”

Por descarte creemos que es suplemento 0MUN47Z aunque con muchas dudas, ya que por sustitución no se puede codificar porque el sistema orgánico Bursas y Ligamentos no existe.

Respecto a la vía de abordaje ¿sería correcto vía percutánea endoscópica? en este caso también hacían meniscectomía artroscópica, y han aprovechado la incisión del portal ampliándola un poco para reparar por ahí.

“Artroscopia de rodilla, se confirma la rotura de ligamento cruzado anterior de rodilla derecha. Se extrae plastia de isquiotibiales, se preparan los canales óseos en tibia y fémur y se implanta la ligamentoplastia de isquiotibiales y fijación próxima rigigix cross-pin. Fijación distal con tornillo absorbible de 9/30 mm.”

RESPUESTA

Las técnicas de reconstrucción del ligamento cruzado anterior (LCA) de la rodilla precisan de injertos que la mayoría de las veces se obtienen del propio paciente y de la propia rodilla lesionada. Se utilizan con frecuencia para la reparación del LCA el tendón cuadricipital, tendón rotuliano o los tendones de inserción de los músculos isquiotibiales, especialmente el semitendinoso.

Los músculos del muslo se disponen en tres compartimentos:

- El compartimento anterior contiene los músculos sartorio y los cuatro grandes músculos del cuádriceps femoral (recto femoral, vasto lateral, vasto medial y vasto intermedio). El ligamento o tendón rotuliano es la continuación funcional del tendón cuadricipital distal (que se inserta en la rótula) y va desde la rótula a la tuberosidad tibial.
- El compartimento medio contiene cinco músculos: recto interno o *gracilis*, pectíneo, aductor largo, aductor corto, aductor mayor y obturador externo.
- El compartimento posterior contiene tres grandes músculos llamados también isquiotibiales o isquiosurales. Reciben este nombre porque se originan en la tuberosidad isquiática de la pelvis y se insertan en la pierna (tibia y peroné). Son el bíceps femoral, semitendinoso y semimembranoso.

Los músculos sartorio, *gracilis* o recto interno y semitendinoso se insertan en la tibia en un patrón de tres puntas, de forma que a sus tendones combinados de inserción se les denomina anatómicamente pata de ganso.

El tipo de procedimiento a utilizar para la reconstrucción del LCA mediante injerto tomado del propio paciente sería **Sustitución** (se extrae la estructura nativa, en este caso el LCA, y se sustituye por un dispositivo biológico o sintético, en este caso tendón del propio paciente). Sin embargo en el sistema orgánico M Bursas y Ligamentos no existe tabla para este tipo de procedimiento.

Utilizaremos de momento, para este tipo de técnica, el tipo de procedimiento **Suplemento**, siendo el código a utilizar en este caso (suponiendo la lateralidad “derecha”, y el abordaje por artroscopia):

0MUN47Z Suplemento en bursa y ligamento rodilla derecha, con sustituto de tejido autólogo, abordaje endoscópico (-a) percutáneo (-a)

Además habría que codificar la escisión de los tendones que se han utilizado para su reparación, códigos que construiremos en la tabla OLB utilizando los valores de localización anatómica y abordaje que corresponda.

46. Neumonía necrotizante grave neumocócica

Un paciente al alta es diagnosticado de Neumonía necrotizante grave neumocócica. En la neumonía necrotizante hay una instrucción de codificar el agente infeccioso. ¿Debemos codificar únicamente el J85.0 + B95.3 o debemos añadir el J13 de la neumonía neumocócica? En el informe de UCI es diagnosticado de neumonía neumocócica.

RESPUESTA

La neumonía necrotizante es una forma de infección del parénquima pulmonar que se caracteriza, desde el punto de vista radiológico, por la existencia de una condensación con múltiples cavitaciones menores de 1cm. La distinción entre neumonía necrotizante y absceso pulmonar no tiene excesivo interés clínico, ya que a menudo representan distintos estadios evolutivos de un mismo proceso.

El índice alfabético de CIE-10-ES Diagnósticos nos proporciona las siguientes entradas:

Neumonía (abrumadora) (aguda) (Alpenstich) (atípica) (benigna) (bilateral) (cerebral) (cerebro) (circunscrita) (congestiva) (doble) (epidémica) (fiebre) (fulminante) (fúngica) (granulomatosa) (hemorrágica) (incipiente) (infantil) (infecciosa) (infiltración) (insular) (intermitente) (latente) (migratoria) (organizada) (primaria) (progresiva) (purulenta) (rápida) (reptil) (resolución retardada) (resuelta) (secundaria) (senil) (séptica) (seudolobar) (sin resolver) (supurativa) (terminal) (verdadera) (vesicular) J18.9
- gangrenosa J85.0
- necrótica J85.0

Neumonía (abrumadora) (aguda) (Alpenstich) (atípica) (benigna) (bilateral) (cerebral) (cerebro) (circunscrita) (congestiva) (doble) (epidémica) (fiebre) (fulminante) (fúngica) (granulomatosa) (hemorrágica) (incipiente) (infantil) (infecciosa) (infiltración) (insular) (intermitente) (latente) (migratoria) (organizada) (primaria) (progresiva) (purulenta) (rápida) (reptil) (resolución retardada) (resuelta) (secundaria) (senil) (séptica) (seudolobar) (sin resolver) (supurativa) (terminal) (verdadera) (vesicular) J18.9
- con
-- absceso pulmonar J85.1

La categoría **J85 Absceso pulmonar y del mediastino** es la adecuada para la codificación de la neumonía necrotizante y el absceso de pulmón.

En este caso es importante aclarar con el clínico si se trata de una neumonía necrotizante por neumococo o si es un absceso pulmonar debido a una neumonía por neumococo.

– En el primer caso la codificación correcta, siguiendo las instrucciones de la categoría J85 sería:

- **J85.0 Gangrena y necrosis pulmonar**
- **B95.3 Streptococcus pneumoniae como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto**

– En el caso de que se tratase de un absceso pulmonar, el Manual de Diagnósticos 2016 de la Unidad Técnica, en la página 154, dice lo siguiente: “Se trata de una infección microbiana del pulmón que desencadena necrosis del parénquima pulmonar.

Para codificar los abscesos pulmonares se **necesita codificación múltiple**:

- Código principal: Categoría **J85 Absceso pulmonar y de mediastino**.
- Código asociado: El del germen o el de la neumonía, si procede”.

En este caso, se trataría de un absceso pulmonar debido a una neumonía por neumococo, por lo que la codificación correcta sería:

J85.1 Absceso pulmonar con neumonía

J13 Neumonía por Streptococcus pneumoniae

Ambos códigos llevan una nota de instrucción de “Codifique además” por lo que el orden de ambos códigos será el que determinen las circunstancias del ingreso.

- Absceso** (embólico) (fistuloso) (infeccioso) (metastásico) (múltiple) (perniciosa) (piogénico) (séptico) (tejido conectivo) L02.91
- pulmón, pulmonar (miliar) (pútrido) J85.2
- con neumonía J85.1
- debido a organismo específico - véase Neumonía, en (debida a)

47. Administración de toxina botulínica en glándula parótida

¿Cómo se codificaría la administración de toxina botulínica en la glándula parótida en paciente con sialorrea?

RESPUESTA

La sialorrea o ptialismo, definida como la involuntaria y excesiva secreción de saliva por la boca debido a la incapacidad para procesar las secreciones orales, se presenta comúnmente en pacientes con afecciones neurológicas incluyendo pacientes con parálisis cerebral, esclerosis lateral amiotrófica y enfermedad de Parkinson. En la mayor parte de los casos está condicionada por el exceso de salivación combinado con disfunción en el mecanismo de la deglución. En este contexto la administración de toxina botulínica (TB), fundamentalmente TB-tipo A, infiltrada de forma percutánea en las glándulas parótidas y submandibulares, es una técnica eficaz en el tratamiento de la sialorrea. Su mecanismo de acción parece ser debido a la inhibición de la SNAP-25, una proteína citoplasmática comprometida en la fusión y liberación de acetilcolina (ACh) de las vesículas sinápticas con la membrana presináptica. Al romper el estímulo de la ACh, causa quimiodenervación, bloqueando la vía secretora y, por tanto, el estímulo para la producción de saliva.

La inyección de toxina botulínica en glándula parótida debe codificarse en la **Sección 3 Administración**, en el **Sistema Orgánico E Sistemas Fisiológicos y Regiones Anatómicas**, con el **Tipo de Procedimiento 0 Introducción**. La **Localización Anatómica** es **D Boca y Faringe**, con **Abordaje 3 Percutáneo**. La **Sustancia** a elegir es **G Otra Sustancia Terapéutica** y el valor de **Calificador** es **C Otra Sustancia**.

En CIE-10-ES Procedimientos las localizaciones anatómicas que hacen referencia a las glándulas salivales se encuentran situadas en el Sistema Orgánico C Boca y Garganta en la Sección Médico Quirúrgica. Aunque estamos en una Sección diferente entendemos que debemos mantener a las glándulas salivales en esa localización. En el anexo C de Términos Clave de Localizaciones Anatómicas el término “Glándula bucal” nos remite a “Mucosa bucal” pero dicha localización en la Sección 3 solo admite el abordaje Externo. En este caso el valor correcto de Localización Anatómica es **D Boca y Faringe**.

48. Visita para quimioterapia

Si una visita a quimioterapia programada se suspende por neutropenia del paciente, además de la neutropenia y la suspensión del procedimiento, ¿se codifica la visita para quimioterapia Z51.11?

RESPUESTA

En la pregunta que nos realiza hay que hacer una primera matización. Si como usted dice, la visita programada se suspende, entendemos que el contacto no se ha producido y por tanto no se codifica. Si el contacto se produce y la quimioterapia no puede ser administrada por una contraindicación (neutropenia), la secuencia de códigos debe ser:

Z51.11 Contacto para quimioterapia e inmunoterapia antineoplásica

Z53.09 Procedimiento y tratamiento no realizado debido a otra contraindicación

A continuación deberá secuenciar el código o códigos adecuados para codificar la neutropenia (si es debida a un efecto adverso de la quimioterapia o a otra causa) y después los códigos de localización y morfología de la neoplasia.

49. Afección asociada a coma

El código R40.2 Coma, en CIE-10-ES Diagnósticos indica:

Codifique primero cualquier afección asociada:

- fractura de cráneo (S02.-)

- lesión intracraneal (S06.-)

La duda que se nos plantea es: ¿especificamos previamente cualquier afección asociada (ej. paciente en coma por accidente de tráfico con TCE además de fracturas múltiples de clavícula, fémur, etc.) o bien cualquier afección asociada pero especificando únicamente la craneal?

RESPUESTA

La instrucción de la lista tabular bajo el código **R40.2 Coma**, Codifique primero cualquier afección asociada, hace referencia a una afección que esté asociada al coma. Si además presentase otras afecciones no relacionadas con dicho coma, estas se secuenciarán siguiendo los criterios generales de asignación de diagnóstico principal y diagnósticos secundarios.

50. Historia personal de bajo peso al nacimiento

Paciente que nació prematuro y en episodios posteriores se podían utilizar en CIE-9 los códigos V21.30 a V21.35. Al realizar un mapeo, nos indica el uso de P07.10 a P07.18, lo que consideramos un error ya que es un código de afección actual, no a posteriori.

RESPUESTA

Si revisa la normativa americana, en la página 63 puede observar el siguiente epígrafe:

e. Estados de bajo peso al nacer e inmadurez

Los códigos de la categoría **P07 Trastornos del recién nacido en relación con baja edad gestacional y bajo peso al nacimiento, no clasificados bajo otro concepto**, se utilizan como códigos de estado personal en niños o adultos que fueron prematuros o que tuvieron bajo peso cuando fueron recién nacidos, y ello afecta al estado de salud actual del paciente.

Es decir, estos códigos se utilizan además de en neonatos, en episodios posteriores para identificar pacientes en los que su antecedente personal de bajo peso tiene significación clínica. Por eso mapean con los V21.3- Si no tuvieran relevancia clínica, los códigos de antecedentes no deberían utilizarse.

51. Radioembolización hepática

Siguiendo el razonamiento del boletín N° 39 para CIE-9 de Radiología vascular e intervencionista, se realiza: Oclusión arteria hepática 04L33DZ, y además, inserción de elemento radiactivo que entendemos braquiterapia DF1DBYZ. ¿Es correcto?

RESPUESTA

La Radioembolización o Radioembolización Transarterial (TARE) es un procedimiento que se utiliza como tratamiento paliativo del carcinoma hepatocelular. El objetivo es bloquear o reducir el flujo de sangre a las células cancerosas en el hígado.

El procedimiento se realiza cateterizando selectivamente la rama derecha o izquierda de la arteria hepática en la que se realizará la embolización e inyectando unas pequeñas esferas radiactivas (microesferas) que

tienen un isótopo radiactivo (habitualmente itrio-90) adherido. Una vez inyectadas, las esferas se alojan en los vasos sanguíneos cercanos al tumor donde emiten pequeñas cantidades de radiación hacia el lugar donde está el tumor durante varios días. La radiación se desplaza a una distancia muy corta de modo que sus efectos son limitados principalmente al tumor.

Para codificar la Radioembolización son necesarios dos códigos:

Uno para identificar la embolización y que se corresponde con el tipo de procedimiento “Oclusión” de la arteria hepática con dispositivo intraluminal (código que localizaremos en la Sección 0 Médico Quirúrgica):

04L33DZ Oclusión de la arteria hepática con dispositivo intraluminal, abordaje percutáneo

Y otro para la “Introducción” de la sustancia radiactiva en la arteria hepática (código que localizaremos en la Sección 3 Administración):

3E053HZ Introducción en arteria periférica de sustancia radiactiva, abordaje percutáneo (-a)

52. Biopsias PAAF

¿Cómo sería la codificación de una biopsia mediante PAAF, de cualquier órgano sólido? ¿Sería un drenaje? Sin embargo, en la página 30 del Manual de Procedimientos, dice:

“Como norma general toda punción con fines diagnósticos en la que se extrae tejido es una biopsia escisional, independientemente del instrumental utilizado para su obtención. Entre estas están las obtenidas por aspiración con aguja fina (PAAF), siempre que se extraiga tejido, y las obtenidas por punción con aguja gruesa (PAG). Las que se realizan aspirando líquidos, independientemente del grosor de la aguja utilizada, se consideran como tipo de procedimiento “Drenaje” con su calificativo Diagnóstico (-a), y las obtenidas por otro mecanismo, como raspado, legrado o succión, como es el caso de la biopsia de médula ósea y la de endometrio, así como la obtenida por raspado de córnea o pleura, se codifican como “Extracción” con su calificativo Diagnóstico (-a).”

RESPUESTA

La punción aspiración con aguja fina (PAAF) se realiza con agujas del calibre 22 y permite la obtención de pequeñas muestras tisulares procedentes de masas o nódulos, por tanto no son exclusivas para la

aspiración de líquido. Las biopsias deberán pues ser codificadas como indica el manual, es decir teniendo en cuenta la muestra obtenida con independencia del material que se haya utilizado para su realización.

53. Codificación reinfarto

La normativa especifica claramente la codificación de reinfarto comprendido dentro de las 4 semanas respecto del primero. En el caso de ocurrir posteriormente a las 4 semanas ¿se volvería a utilizar la categoría I21? Si miramos la categoría I25 incluye también infarto recurrente, lo cual me induce a la duda. ¿Me lo podían aclarar, por favor?

RESPUESTA

En el Manual de Diagnósticos de 2016 de la Unidad Técnica en el punto 9.4.1 viene recogida la normativa que hace referencia a la codificación del infarto agudo de miocardio. También se explica en que situaciones se deben utilizar las categorías **I21 Infarto agudo de miocardio con elevación de ST (IAMCEST) y sin elevación de ST (IAMSEST), I22 Infarto agudo de miocardio subsiguiente con elevación de ST (IAMCEST) (IMEST) (STEMI) y sin elevación de ST (IAMSEST) (IMNEST) (NSTEMI)** y el código **I25.2 Infarto de miocardio antiguo**.

En relación a su pregunta supongamos un paciente que ingresa por un infarto agudo de miocardio y en sus antecedentes figura un infarto de miocardio previo dos meses antes del actual ingreso. La codificación correcta sería un código de la categoría I21 como diagnóstico principal para identificar el infarto que es motivo del ingreso actual junto con el código I25.2 para reflejar la existencia del infarto de miocardio que ocurrió dos meses antes.

54. Biopsias transrectales de próstata

Nos surge duda con la codificación del procedimiento de las biopsias transrectales de próstata y es, si son percutáneas o a través de orificio natural. Según el Manual de Procedimientos, en las páginas 19 y 20 donde se define cada valor, no estoy de acuerdo con que coloquen como ejemplo ahí dicha prueba. Efectivamente se atraviesa con la aguja la mucosa rectal para acceder a la próstata, pero el valor 8 dice claramente que se asignará cuando la instrumentación para llegar a la localización

donde queremos hacer la prueba se introduzca por un orificio natural, en este caso el ano. ¿Podrían aclararlo más por favor?

RESPUESTA

La selección del abordaje correcto es, en ocasiones, algo compleja en la nueva clasificación de procedimientos. Es preciso hacer una lectura muy detallada de las definiciones de cada uno de los abordajes para poder asignar el valor correcto.

ORIFICIO NATURAL O ARTIFICIAL, Valor 7

Definición: introducir un instrumento **a través de un orificio externo natural o artificial para alcanzar el lugar del procedimiento.**

El acceso a la estructura se realiza a través de un orificio o un conducto por el que se introduce la instrumentación necesaria para realizar el procedimiento. El procedimiento no se realiza en sí en el orificio, sino que **a través del mismo se accede a la estructura** adecuada.

ORIFICIO NATURAL O ARTIFICIAL ENDOSCÓPICO, Valor 8

Definición: introducir un instrumento a través de un orificio externo natural o artificial, para alcanzar y visualizar el lugar del procedimiento.

En el caso del abordaje por orificio natural, ya sea con o sin instrumentación endoscópica, es importante tener en cuenta que el orificio es la forma de acceder a la estructura en la que se realizará el procedimiento (la biopsia, el drenaje, etc.). Es decir, la estructura objeto del procedimiento debe ser accesible directamente a través del orificio, sin tener que cortar o perforar ninguna estructura para que el endoscopio e instrumental lleguen al sitio indicado. Por ejemplo, a través de un orificio se puede llegar a la vejiga para realizar un drenaje vesical. Otros ejemplos son las endoscopias digestivas en las que el endoscopio llega hasta el lugar de la inspección y se pueden tomar muestras para biopsias.

En la biopsia transrectal, no se accede hasta la próstata a través de un orificio, sino que es necesario perforar una estructura (mucosa rectal) para llegar a la próstata.

PERCUTÁNEO, Valor 3

Definición: introducción de un instrumento **a través de una perforación o incisión menor en la piel, mucosas u otras capas corporales necesarias, para alcanzar el lugar del procedimiento.** La punción o la incisión son

muy pequeñas (lo suficiente para introducir el instrumental). No solo se realiza sobre piel o mucosas.

Es habitual no visualizar directamente el lugar en el que se está realizando el procedimiento.

En cuanto al abordaje percutáneo, la clave está en que la perforación se puede hacer para atravesar piel y mucosas, pero también para atravesar otras capas corporales (hueso, músculo, etc.) para llegar a la estructura en la que realizamos el procedimiento. En el caso de la biopsia transrectal estamos atravesando la mucosa rectal para llegar a la próstata y por tanto el abordaje correcto para ese procedimiento es **3 Percutáneo**.

55. Reducción de mamas por cuestión estética

¿Debemos considerar la reducción de mamas realizada por cuestión estética (gigantomastia) alteración sin dispositivo o por el contrario se debe codificar como una escisión?

RESPUESTA

En el Manual de Procedimientos 2016 de la Unidad Técnica en las páginas 164-166 se define y explica el tipo de procedimiento ALTERACIÓN. ALTERACIÓN es modificar una estructura anatómica sin afectar a su función. Se codifican como ALTERACIÓN un rango amplio de procedimientos realizados con el único fin de mejorar el aspecto externo. Solamente comparten el hecho de que se realizan con la finalidad de mejorar la apariencia. Debido a que algunos procedimientos quirúrgicos pueden realizarse tanto con fines médicos como cosméticos, la asignación del tipo de procedimiento ALTERACIÓN requiere la confirmación diagnóstica de que la cirugía se realiza para mejorar el aspecto externo.

Por tanto, lo importante a la hora de utilizar el tipo de procedimiento ALTERACIÓN es **confirmar que se hace por razones exclusivamente estéticas** y no con una finalidad médica.

Si la reducción de mamas, tal como se indica en la pregunta, es realizada por una cuestión estética debe codificarse con el tipo de procedimiento ALTERACIÓN.

56. Reducción de mamas y mastopexia estética

¿La reducción de mamas y la mastopexia aunque sean por cuestión estética no sería una alteración, no? ¿Es correcta la siguiente codificación: para una reducción de mamas por estética es 0HBV0ZZ y para la mastopexia 0HSV0ZZ?

Otra duda relacionada con la cirugía plástica, ¿un recambio de prótesis por encapsulamiento de estas sería un procedimiento de revisión, 0HWU0JZ + 0HWT3JZ? o ¿habría que codificar la extracción y la alteración de nuevo?

RESPUESTA

Tal como se ha explicado en la pregunta anterior si la reducción de mamas y la mastopexia son realizadas por una cuestión estética deben codificarse con el tipo de procedimiento ALTERACIÓN.

En la segunda parte de la pregunta pueden plantearse dos escenarios:

- Si la cirugía de implante de la prótesis mamaria es por cuestiones exclusivamente estéticas y hay que sustituir dicha prótesis, deben utilizarse dos códigos: la retirada de la prótesis se realizará con el tipo de procedimiento RETIRADA, y a continuación se utilizará el tipo de procedimiento ALTERACIÓN para la nueva colocación de la prótesis.
- Si la cirugía de implante de la prótesis mamaria es por una indicación médica, tal como una reconstrucción postmastectomía, y hay que sustituir dicha prótesis, deben utilizarse dos códigos: la retirada de la prótesis se realizará con el tipo de procedimiento RETIRADA, y a continuación se utilizará el tipo de procedimiento SUSTITUCIÓN para la nueva inserción de la prótesis.

57. Sensibilidad química múltiple

¿En qué apartado en concreto se incluye la SENSIBILIDAD QUÍMICA MÚLTIPLE (SQM)? Sabemos que se ha incluido SQM en CIE-10-ES pero no hemos encontrado la referencia concreta a ella, por lo que agradeceríamos nos dijese dónde se encuentra.

RESPUESTA

El índice alfabético de diagnósticos proporciona la entrada para buscar el código en el que se clasifica la Sensibilidad Química Múltiple

Sensible, sensibilidad - véase además Alergia

- dentina K03.89
- frío, autoinmune D59.1
- látex Z91.040
- metahemoglobina D74.8
- niño (excesivo) F93.8
- **química múltiple T78.40**
- seno carotideo G90.01

T78.40 Alergia no especificada

Hipersensibilidad NEOM

Reacción alérgica NEOM

T78.40X Alergia no especificada

T78.40XA Alergia no especificada, contacto inicial

T78.40XD Alergia no especificada, contacto sucesivo

T78.40XS Alergia no especificada, secuela

58. Legrados

Según la norma sobre codificación de los legrados, se considera Extracción endometrio. Ahora bien, si una paciente viene a realizarse un legrado por un HSIL y en la anatomía vemos que pone legrado endocervical, ¿no se tendría que considerar como extracción cuello útero, o se seguiría aplicando la norma?

RESPUESTA

Conceptualmente el tipo de procedimiento adecuado para codificar un legrado es **Extracción**: Retirar, extirpar o arrancar total o parcialmente una estructura anatómica.

A la hora de codificar este tipo de procedimiento en algunos sistemas orgánicos, vemos que las tablas de **Extracción** no aparecen o no incluyen muchas localizaciones anatómicas habituales. El cérvix es una de ellas. En estos casos, tenemos que buscar el tipo de procedimiento que más se ajuste al procedimiento realizado. Un legrado o curetaje consiste en el uso de una legra o cureta para **eliminar tejido del útero** o de otra estructura ya sea con fines diagnósticos o terapéuticos. El procedimien-

to que resulta más adecuado para estas situaciones es **Escisión**: Eliminar o cortar sin sustituir, una parte de una estructura anatómica.

59. Ganglión mano

El ganglión en una mano, ¿es considerado como producto de desecho? Es decir, ¿se codifica como extirpación o como escisión?

RESPUESTA

Los gangliones son tumefacciones quísticas que surgen asociados a expensas de una articulación o una vaina tendinosa, en el dorso de la muñeca, y principalmente en la articulación escafolunar. Son por tanto considerados como tumefacciones “estructurales” y no como productos de desecho y la eliminación de los mismos debe realizarse con el tipo de procedimiento **Escisión**: Eliminar o cortar sin sustituir parte de una estructura anatómica.

60. Semanas de gestación

La normativa dice que se tiene que añadir el código Z3A- para las semanas de gestación, excepto en las categorías O00, O01 y O02, mi pregunta es ¿se tiene que añadir en las categorías O03, O04 y O07? En la O08 entiendo que no ha de añadirse puesto que tiene que ver con las complicaciones de la O00 y O01.

RESPUESTA

Tal y como indica el manual, se debe usar un código adicional de la categoría Z3A para indicar las semanas de gestación en la codificación del episodio de la madre. Esta categoría es de aplicación a todas las etapas del embarazo y parto, excepto cuando se asignen códigos de las categorías O00-O02.

Con la categoría O08, tampoco deben registrarse las semanas de gestación. Esta categoría hace referencia a **Complicaciones después de un embarazo ectópico y molar**, puesto que la paciente ya no es gestante, no tiene sentido añadir las semanas de gestación.

En las categorías O03, O04 y O07, se identificarán las semanas de gestación cuando esté indicado. En el caso de la categoría, **O04 Complicaciones después de interrupción (inducida) del embarazo**, aunque el literal

incluye también el término **después** de un embarazo, está indicado registrar las semanas de gestación cuando dicha complicación se produce en el mismo episodio en el que se ingresa para la interrupción del mismo.

61. Ingreso para rehabilitación

Paciente que ingresa para rehabilitación de fractura de parte no especificada de cuello de fémur derecho, ¿se codificaría como diagnóstico principal: S72.001D?

RESPUESTA

En el Manual de la Unidad Técnica de 2016 en el Capítulo 19 puede encontrar la información relativa a la asignación del 7º carácter en el caso de las fracturas traumáticas.

Los servicios de rehabilitación no se consideran tratamiento activo y el contacto debe codificarse con el 7º carácter adecuado para “contacto sucesivo” en función del tipo de fractura que el paciente haya tenido.

62. Colgajo de avance endorrectal para fistulectomía anal

¿Qué código ponemos? Por la técnica de transferencia no podemos hacerlo pues no hay opciones para esta región, de recto a ano. ¿Cuál es el objetivo de este procedimiento? ¿Podría ser suplemento?

RESPUESTA

El colgajo de avance se realiza una vez que se reseca el tejido que rodea al trayecto fistuloso. Se cubre con pared rectal, mediante una incisión en “U”, deslizándolo hasta tapan la lesión. Puede tratarse de un colgajo mucoso, submucoso y parcialmente muscular.

La tabla 0DX de la CIE-10 ES no tiene la opción de la localización anatómica Ano.

En estos casos se puede utilizar el tipo de procedimiento “**Suplemento**” considerando la pared del recto como un dispositivo de tejido autólogo. El código adecuado es **0DUQ*7Z Suplemento en ano de sustituto de tejido autólogo** (abordaje por determinar).

63. Descompresión subacromial

Codificación de la descompresión subacromial y resección de calcificación supraespinoso artroscópica. Descripción quirúrgica: HALLAZGOS: Compresión subacromial y tendinopatía calcificante con prácticamente todo el grosor del tendón ocupado por la calcificación. Técnica: Desbridamiento bursa con diatermia, descompresión subacromial con fresa, resección de la calcificación dejando tendón de muy mala calidad. Lavado articular generoso.

Hemos utilizado la siguiente codificación, ¿es correcta?

0LB24ZZ

0MT24ZZ

0PB64ZZ

3E1U38Z

RESPUESTA

El síndrome subacromial es un trastorno heterogéneo que resulta de la compresión de los tendones del manguito de los rotadores y la bolsa sinovial subacromiodeltoidea en el espacio subacromial. El espacio subacromial (a veces también llamado articulación subacromial porque se comporta biomecánicamente como tal) es un espacio de deslizamiento entre dos superficies: una inferior, convexa, constituida por la cabeza del húmero y el manguito de los rotadores, y una superior, cóncava, formada por el deltoides y las estructuras del arco coracoacromial (acromion, ligamento coracoacromial y apófisis coracoides). La bolsa subacromiodeltoidea facilita el deslizamiento entre ambas superficies, cuyo movimiento es mecánicamente indisociable del de la articulación del hombro.

El sustrato anatómico del síndrome subacromial es la bursitis subacromial y la tendinitis del manguito de los rotadores (fundamentalmente del supraespinoso) y con menor frecuencia del bíceps braquial. Clínicamente se caracteriza por dolor intenso y limitación de la movilidad activa de la articulación del hombro en flexión y en abducción (hombro doloroso).

A la hora de codificar el caso que se plantea debemos recordar como norma general que el tipo de procedimiento a elegir es el que se corresponde con el objetivo de la intervención realizada, pero siempre que esta intervención, es decir la técnica utilizada, se ajuste a la propia definición del tipo de procedimiento. Tampoco debemos descomponer

cada intervención en cada una de sus partes si el objetivo final de todas ellas es el mismo. El objetivo último de las técnicas que se practican en este caso es la descompresión o liberación del espacio subacromial y por ende de la articulación del hombro: esto correspondería al tipo de procedimiento **Liberación** de articulación de hombro, suponemos que izquierdo, con abordaje endoscópico percutáneo (**0RNK4ZZ**).

Pero de acuerdo con la normativa española actual (pág. 80 del Manual de Codificación CIE-10-ES Procedimientos) la definición del tipo de procedimiento **Liberación** no incluye la eliminación parcial o total de cualquier estructura anatómica. Por tanto, al código de Liberación de articulación de hombro (izquierdo), añadiremos los siguientes códigos:

Descompresión subacromial con fresa: 0PB64ZZ (se realiza una escisión de la parte inferior del acromion).

Resección de la calcificación del tendón del supraespinoso: 0LC24ZZ (resecan la calcificación del tendón. Si resecaran estructura anatómica deberíamos utilizar el tipo de procedimiento “Escisión”).

Desbridamiento de bursa con diatermia: el empleo de un asa de diatermia orienta al tipo de procedimiento **Destrucción (0M524ZZ)**. No obstante falta información respecto a si hay lesiones en la bolsa subacromial que deban eliminarse (probablemente sí) o simplemente se elimina parte de la misma para facilitar el acceso al resto de lesiones, en cuyo caso no debería codificarse.

Lavado articular: es parte del procedimiento general y no debería codificarse.

64. Epifisiodesis

¿Cómo debe codificarse la epifisiodesis realizada en la edad pediátrica para detener el crecimiento por diferencia de longitud entre las extremidades? El tratamiento consiste en unir con unas grapas la epífisis y la diáfisis de huesos largos para detener el crecimiento del hueso. El Índice Alfabético de Procedimientos lleva directamente a “Fusión de articulación” que evidentemente no es, ya que no se actúa en la articulación sino en el hueso. En CIE-9-MC disponíamos de la categoría 78.2X Procedimientos de acortamiento de extremidades. En el mapeo a CIE-10-ES Procedimientos dirige a “Escisión” de hueso, que tampoco se corresponde con el procedimiento.

En “Inserción” de dispositivo en hueso tampoco existe en la posición 6 un valor de dispositivo que se adecúe a este tipo de procedimiento. ¿Con qué tipo de procedimiento se debería codificar la Epifisiodesis?

RESPUESTA

Existen diferentes técnicas para llevar a cabo la epifisiodesis y la codificación de la misma va a depender de la técnica empleada. Una de las más frecuentes es la técnica de Blount que consiste en un bloqueo del cartílago de crecimiento mediante grapas colocadas sobre la fisis extraperiostícticamente. Técnicamente, requiere una pequeña incisión sobre la vertiente fisaria que deseamos bloquear y, sin incidir en el periostio, colocar dos o tres grapas (las hay especialmente diseñadas para esto) abrazando la fisis, finalizando con el cierre de la herida quirúrgica. La técnica no es muy invasiva ya que se puede hacer con una incisión de 2-3 cm, pero tampoco se puede considerar mínimamente invasiva.

Esta técnica, tal como ha sido descrita, la codificaremos en la **Sección 0 Médico Quirúrgica**, en el **Sistema Orgánico** de Huesos que corresponda (normalmente huesos largos de la extremidad inferior), con el tipo de procedimiento **“Inserción”** utilizando como valor de Dispositivo **“Dispositivo de Fijación Interna”**.

Si la epifisiodesis se realiza utilizando otra técnica diferente a la descrita deberemos utilizar el tipo de procedimiento que mejor se ajuste a la descripción de la misma.

65. Código 89.39

¿A qué código de procedimiento en CIE-10-ES correspondería el código 89.39 Otras mediciones y exámenes no quirúrgicos de CIE-9? Es el código que utilizábamos para el procedimiento de pruebas alérgicas.

RESPUESTA

No existe un único código en CIE-10-ES que equivalga al código de CIE-9-MC **89.39 Otras mediciones y exámenes no quirúrgicos**. La codificación de las pruebas alérgicas, estará en función de la enfermedad alérgica que se trate, del tipo de reacción alérgica que se sospeche y del modo en que se realice la prueba (en piel o pruebas de provocación). Por ejemplo las pruebas cutáneas (prick test o pruebas intradérmicas)

pueden codificarse en la Sección 3 Administración, en la Localización Anatómica 0 Piel y mucosas, con el valor K Otra Sustancia de Diagnóstico en sexta posición.

Ejercicios Prácticos

1. Paciente mujer de 57 años a la que hace siete años se le intervino de mastectomía oncológica derecha con implante simultáneo de prótesis de silicona mamaria. Estuvo 1 año con radioterapia complementaria. En la actualidad sigue tratamiento preventivo con tamoxifeno sin criterios de enfermedad oncológica. Es vista en consulta por contractura capsular del Implante, ingresando para cirugía abierta de recambio de prótesis mamaria derecha.
2. Paciente mujer de 57 años diagnosticada de carcinoma ductal infiltrante de CSI en mama derecha, a la que hace 1 año se le intervino de mastectomía tipo Madden derecha con implante de expansor temporal. Ha estado en tratamiento radioterápico y actualmente mantiene tamoxifeno como tratamiento oncológico de su enfermedad. Ingresa para cambio de expansor temporal por prótesis de silicona.
3. Paciente mujer de 37 años a la que hace cinco años se le intervino de implante bilateral mamario con prótesis de silicona con fines estéticos. Es vista en consulta por desplazamiento del Implante mamario derecho, ingresando para recambio de prótesis con cirugía abierta.

RESPUESTAS

1. **T85.44XA Contractura capsular de implante mamario, contacto inicial**
Z85.3 Historia personal de neoplasia maligna de mama
Z92.3 Historia personal de irradiación
Z79.810 Uso (actual) prolongado de moduladores selectivos de receptores de estrógenos (SERMs)
Z90.11 Ausencia adquirida de mama y pezón derechos
0HPT0JZ Retirada de sustituto sintético de mama derecha, abordaje abierto
0HRT0JZ Sustitución de mama derecha con sustituto sintético, abordaje abierto

2. **Z42.1 Contacto para reconstrucción mamaria después de mastectomía**
 - C50.211 Neoplasia maligna de cuadrante superior interno de mama femenina derecha**
 - 8500/3 Carcinoma ductal infiltrante**
 - Z92.3 Historia personal de irradiación**
 - Z79.810 Uso (actual) prolongado de moduladores selectivos de receptores de estrógenos (SERMs)**
 - Z90.11 Ausencia adquirida de mama y pezón derechos**
 - 0HPT0NZ Retirada en mama, derecha de expansor tisular, abordaje abierto (-a)**
 - 0HRT0JZ Sustitución de mama derecha con sustituto sintético, abordaje abierto**

3. **T85.42XA Desplazamiento de prótesis e implante de la mama, contacto inicial**
 - 0HPT0JZ Retirada de sustituto sintético de mama derecha, abordaje abierto**
 - 0H0T0JZ Alteración en mama, derecha de sustituto sintético, abordaje abierto (-a)**

Información y dudas sobre codificación

Se autoriza la reproducción total o parcial de los Cuadernos de Codificación CIE10ES siempre que sea para uso no comercial y haciendo referencia al documento: «Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Cuadernos de Codificación CIE10ES. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad».

Para la notificación de erratas de la CIE10ES de la edición vigente, solicitamos la cumplimentación del formulario disponible a tal efecto, en la siguiente página electrónica:

<http://eciemaps.msssi.gob.es/ecieMaps/errata/errata.html>

Para la consulta de dudas relacionadas con la asignación de códigos o aplicación de la normativa en codificación clínica, solicitamos la cumplimentación del formulario disponible a tal efecto, en la siguiente página electrónica:

<http://eciemaps.msssi.gob.es/ecieMaps/question/question.html>

Para otras informaciones, puede dirigirse al Servicio de Información de Actividad Sanitaria Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Pº del Prado, 18-20. 28014 MADRID. E-Mail: icmbd@msssi.es



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

www.msssi.gob.es