

Cuadernos de Codificación CIE-10-ES

Nuevos códigos CIE-10-ES 2018.
Diagnósticos y Procedimientos

NÚMERO 4. 2º SEMESTRE 2017

UNIDAD TÉCNICA DE CODIFICACIÓN CIE-10-ES

MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL

Cuadernos de Codificación CIE-10-ES

CIE-10-ES 2018.

Nuevos códigos diagnósticos
CIE-10-ES 2018.

Nuevos códigos
de procedimientos

NÚMERO 4. 2º SEMESTRE 2017

UNIDAD TÉCNICA DE CODIFICACIÓN CIE-10-ES

MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL

EQUIPO EDITORIAL

COORDINACIÓN EDITORIAL

Dolores PASTOR SANMILLÁN
Subdirección General de Información Sanitaria y
Evaluación. MSCBS

Susana PATO ALONSO
Colaborador ISDEFE. Subdirección General de
Información Sanitaria y Evaluación. MSCBS

Antonio RUIZ POLONIO
Colaborador ISDEFE. Subdirección General de
Información Sanitaria y Evaluación. MSCBS

AUTORES:

NUEVOS CÓDIGOS DIAGNÓSTICOS:
Juan José PIRLA CARVAJAL. Colaborador MSSSI

NUEVOS CÓDIGOS DE PROCEDIMIENTOS:
Susana PATO ALONSO
Dolores PASTOR SANMILLÁN

UNIDAD TÉCNICA DE CODIFICACIÓN CIE-10-ES

Jesús TRANCOSO ESTRADA
Representante de la Comunidad Autónoma de
Andalucía

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

Dolores SILVA MANZANO
Representante del Principado de Asturias

Fernando M^a VARELA NOREÑA
Representante de la Comunidad Autónoma de
Baleares

Coromoto RODRÍGUEZ DEL ROSARIO
Representante de la Comunidad Autónoma de
Canarias

Ángel RÍO VARONA
Representante de la Comunidad Autónoma de
Cantabria

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

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

Susanna GELABERT BADELL
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 de Madrid

M^a Gala GUTIÉRREZ MIRAS
Representante de la Región de Murcia

Ana GARIJO LARAÑA
Representante de la Comunidad Foral de Navarra

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

Montserrat SÁNCHEZ FUENTES
Representante de la Comunidad Autónoma de
La Rioja

Alfonso MARTÍNEZ REINA Representante de la
SEDOM

M^a Carmen SALIDO CAMPOS Colaborador
MSSSI

Antonio RUIZ POLONIO Colaborador MSCBS

Susana PATO ALONSO Colaborador MSCBS

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

Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL
CENTRO DE PUBLICACIONES
PASEO DEL PRADO, 18-20. 28014 Madrid

NIPO PDF: 680-17-082-8

Imprime: ESTILO ESTUGRAF IMPRESORES, S.L.
Pol. Ind. Los Huertecillos, Calle Pino, 5 - 28350 CIEMPOZUELOS (Madrid)

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

Cuadernos de Codificación CIE-10-ES

CIE-10-ES 2018.

Nuevos códigos diagnósticos

CIE-10-ES 2018.

Nuevos códigos
de procedimientos



GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL

Índice

Presentación	7
CIE-10-ES 2018 nuevos códigos	9
Capítulo 1. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	11
Capítulo 2. Neoplasias (C00-D49)	15
Capítulo 3. Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan al mecanismo inmunológico (D50-D89)	19
Capítulo 4. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E89)	23
Capítulo 5. Trastornos mentales y de comportamiento (F01-F99)	31
Capítulo 6. Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)	35
Capítulo 7. Enfermedades del ojo y sus anexos (H00-H59)	39
Capítulo 8. Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides (H60-H95)	47
Capítulo 9. Enfermedades del aparato circulatorio (I00-I99)	51
Capítulo 10. Enfermedades del aparato respiratorio (J00-J99)	57
Capítulo 11. Enfermedades del aparato digestivo (K00-K95)	59
Capítulo 12. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)	73
Capítulo 13. Enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo (M00-M99)	77
Capítulo 14. Enfermedades del aparato genitourinario (N00-N99)	89
Capítulo 15. Embarazo, parto y puerperio (O00-O9A)	99
Capítulo 16. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00-P96)	107
Capítulo 17. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	109

Capítulo 18. Síntomas, signos y resultados anormales de pruebas complementarias, no clasificados bajo otro concepto (R00-R99)	113
Capítulo 19. Lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas (S00-T88)	121
Capítulo 20. Causas externas de morbilidad (V00-Y99)	135
Capítulo 21. Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios (Z00-Z99)	137
Nuevos Códigos de procedimientos CIE-10-ES edición 2018	141
Sección 0 Médico-Quirúrgica	143
Sistema orgánico 2 Corazón y grandes vasos	144
Sistema orgánico 3 Arterias superiores y 4 Arterias inferiores	159
Sistema orgánico 5 Venas superiores	161
Sistema orgánico S Articulaciones inferiores	163
Sistema orgánico W Regiones anatómicas generales y sistema orgánico X regiones anatómicas, extremidades superiores	165
Sección 3 Administración	167
Sección 4 Medición y monitorización	171
Sección 6 Terapias extracorpóreas	173
Sección X Nueva tecnología	175

Presentación

Me complace presentar esta nueva publicación del Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social, 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, hacen posible continuar con esta 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 y Evaluación

CIE-10-ES 2018

Nuevos Códigos

Diagnósticos

Juan José Pirla Carvajal

Colaborador MSSSI

La edición 2018 de la CIE-10-ES Diagnósticos, que corresponde a la traducción de la edición ICD-10-CM FY 2017 americana, incluye cambios significativos con respecto a la edición previa, incorporando 1.975 nuevos códigos, 305 eliminaciones y la revisión de 612 literales de códigos.

El propósito de todas estas incorporaciones y revisiones es dotar a la clasificación de una mayor especificidad que permita una mejor codificación de las enfermedades y problemas de salud.

La revisión que en este documento se ha realizado, sigue el orden natural de los capítulos de la clasificación.

Capítulo 1. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)

El capítulo 1 incluye pocas novedades, solo incorpora un nuevo código y no se han realizado cambios significativos en los literales del resto de los códigos del capítulo.

Virus del Zika

A92.5 Enfermedad por virus del Zika

La enfermedad por virus del Zika se propaga generalmente debido a la picadura de un mosquito infectado del género *Aedes*, sobre todo el *Aedes aegypti*, en las regiones tropicales. Los mosquitos *Aedes* suelen picar durante el día, generalmente al amanecer y al anochecer, y son los mismos que transmiten el dengue, la fiebre chikungunya y la fiebre amarilla. Asimismo, es posible la transmisión sexual, y se están investigando otros modos de transmisión, como las transfusiones de sangre. La denominación Zika procede de un pequeño bosque cercano a la capital ugandesa Kampala, donde fue descubierto en 1947 en monos Rhesus al realizar un estudio sobre fiebre amarilla, siete años antes de que se detectara la primera infección en humanos a 4.000 kilómetros de distancia, en Nigeria.

Se trata de un virus de la familia *Flaviviridae* y género *Flavivirus* al que también pertenecen los virus del dengue, encefalitis japonesa, enfermedad de Kysanur, encefalitis del Valle de Murray, Encefalitis de San Luis, meningoencefalitis por garrapata, encefalitis del Nilo o la fiebre amarilla.

Según indica la Organización Mundial de la Salud (OMS), la infección por el virus del Zika puede sospecharse a partir de los síntomas y los antecedentes recientes (por ejemplo, residencia o viaje a una zona donde haya transmisión activa del virus). Sin embargo,

su confirmación requiere pruebas de laboratorio en muestras de sangre o de otros líquidos corporales, como la orina, la saliva o el semen.

El periodo de incubación de la enfermedad por el virus del Zika no está claro, pero probablemente sea de pocos días. Los síntomas son similares a los de otras infecciones por arbovirus (entre ellas el dengue), y consisten en fiebre, erupciones cutáneas, conjuntivitis, dolores musculares y articulares, malestar y cefaleas; suelen ser leves y durar entre 2 y 7 días.

La enfermedad por el virus del Zika suele ser relativamente leve y no necesita tratamiento específico. Los pacientes deben estar en reposo, beber líquidos suficientes y tomar medicamentos comunes para el dolor y la fiebre. En la actualidad no hay vacunas.

Hay un consenso científico sobre la relación causal entre el virus del Zika y la microcefalia en neonatos de madres infectadas. También se están investigando las relaciones con otras afecciones neurológicas tales como el síndrome de Guillain-Barré, calcificaciones intracraneales, ventriculomegalia y/o atrofia cerebral.

El 1 de febrero de 2016, la OMS declaró el virus del Zika una emergencia de Salud Pública de Interés Internacional (PHEIC).

Codificación:

La normativa de codificación indica que solo se codifiquen los casos confirmados de enfermedad por virus del Zika, lo que resulta una excepción a la norma general. Como confirmación, es suficiente que el facultativo lo exprese como tal en el juicio clínico, aunque no haya pruebas que lo demuestren. Por tanto:

- Se asigna el código **A92.5 Enfermedad por virus del Zika**, solo cuando el diagnóstico está confirmado.
- Si el médico documenta “sospecha” o “posible” o “probable” Zika, no se asigna el código **A92.5 Enfermedad por virus del Zika**, sino un código que explique el motivo del contacto tal como fiebre, erupción o dolor articular.
- En caso de contacto con el virus asigne el **Z20.828 Contacto y (sospecha de) exposición a otras enfermedades víricas transmisibles**.

- La historia personal de infección por Zika se codifica con el **Z86.19 Historia personal de otras enfermedades infecciosas y parasitarias.**

Ejemplo: Gestante de 22 semanas que ingresa por enfermedad de virus Zika y someterse a pruebas para descartar anomalías fetales.

O98.512 Otras enfermedades virales que complican el embarazo, segundo trimestre
A92.5 Enfermedad por virus del Zika
Z3A.22 22 semanas de gestación

Ejemplo: Niño nacido en el hospital al que se informa de microcefalia y calificaciones por infección por virus del Zika.

P35.8 Otras enfermedades víricas congénitas
A92.5 Enfermedad por virus del Zika
Q02 Microcefalia
G93.89 Otros trastornos especificados del cerebro

Capítulo 2.

Neoplasias (C00-D49)

El capítulo 2 incluye un total de 12 códigos nuevos para identificar los tumores estromales gastrointestinales, la enfermedad de Castleman y las neoplasias de comportamiento no especificado de otros órganos genitourinarios. También se ha realizado la revisión de algunos literales. Fundamentalmente el cambio en los literales tiene que ver con la desaparición del término “clásico” en los linfomas de Hodgkin.

Ejemplo

Edición 2016	C81.10 Linfoma de Hodgkin clásico tipo esclerosis nodular, localización no especificada
Edición 2018	C81.10 Linfoma de Hodgkin tipo esclerosis nodular, localización no especificada

Tumor Estromal Gastrointestinal

C49.A Tumor estromal gastrointestinal

La subcategoría **C49.A Tumor estromal gastrointestinal**, se ha creado para captar uno de los tumores de tejidos blandos de origen mesenquimal más frecuentes del tracto gastrointestinal (1-3% de todos los cánceres malignos gastrointestinales).

Son tumores del tejido conectivo tipo sarcoma, a diferencia de la mayoría de los cánceres intestinales, que son de tipo epitelial. El 70% ocurre en el estómago, 20% en el intestino delgado y menos del 10% en el esófago. Los tumores pequeños son en general, benignos, especialmente cuando la tasa de mitosis es baja, pero los tumores grandes se diseminan al hígado, epiplon y cavidad peritoneal. Raramente invaden otros órganos abdominales.

Los pacientes presentan disfagia, hemorragia gastrointestinal o metástasis (principalmente en el hígado). La obstrucción intestinal es rara, debido a su patrón extraluminal de crecimiento.

Generalmente el diagnóstico definitivo se hace mediante una biopsia, la cual puede ser obtenida por vía endoscópica, por vía percutánea dirigida por TAC o ultrasonido, o en el momento del procedimiento quirúrgico. La subcategoría **C49.A** se subdivide para identificar el lugar anatómico:

- C49.A0 Tumor estromal gastrointestinal, localización no especificada**
- C49.A1 Tumor estromal gastrointestinal de esófago**
- C49.A2 Tumor estromal gastrointestinal de estómago**
- C49.A3 Tumor estromal gastrointestinal de intestino delgado**
- C49.A4 Tumor estromal gastrointestinal de intestino grueso**
- C49.A5 Tumor estromal gastrointestinal de recto**
- C49.A9 Tumor estromal gastrointestinal de otras localizaciones**

Enfermedad de Castleman

D47.Z2 Enfermedad de Castleman

En la subcategoría **D47.Z Otros tumores especificados de comportamiento incierto de tejido linfático, hematopoyético y relacionados**, se ha añadido un código nuevo para capturar específicamente la **Enfermedad de Castleman (D47.Z2)**.

La enfermedad de Castleman (EC) se define por la hipertrofia de los ganglios linfáticos con hiperplasia linfoide angiofolicular. En la forma localizada solo un ganglio linfático está afectado, mientras que en la forma multicéntrica los ganglios afectados son varios. La prevalencia de la enfermedad es desconocida, pero se ha estimado en menos de 1/100.000. La forma localizada es la más frecuente. La forma multicéntrica también puede presentarse en asociación con la infección por VIH.

La EC puede manifestarse a cualquier edad. Cuando la lesión es de gran tamaño puede provocar dolor torácico o abdominal (diámetro medio de 6 cm con extremos que oscilan entre 1 y 12 cm). Los sitios

afectados, por orden de frecuencia, son: abdomen, ganglios linfáticos superficiales y mediastino. Los signos inespecíficos que aparecen incluyen: astenia, fiebre y pérdida de peso.

Las formas multicéntricas son siempre sintomáticas. Los síntomas más frecuentes son la pérdida de peso, la fiebre y la presencia de linfadenopatía periférica junto con hepatomegalia y/o esplenomegalia.

La etiología de la EC no está clara, pero varios informes confirman la implicación del virus 8 del herpes humano (VHH-8) (el agente causal del sarcoma de Kaposi).

El diagnóstico de EC requiere un análisis histológico de los ganglios linfáticos con tinción inmunohistoquímica, en el que se muestre hiperplasia linfoide angiofolicular policlonal. Si se localiza la EC, debe realizarse la extirpación quirúrgica completa. En las formas localizadas de EC, la recuperación sin secuelas tras la extirpación quirúrgica completa se alcanza en el 90% de los casos. En las formas multicéntricas se puede conseguir la remisión, pero en el 25% de los casos se produce recaída, y el pronóstico es mucho menos favorable.

Codificación

El código **D47.Z2**, tiene una instrucción de “codifique además si procede”, para identificar la presencia de una posible infección por el virus 8 del herpes humano (VHH-8).

Paciente VIH-negativo, que ingresa por síndrome constitucional para biopsia ganglionar. La anatomía patológica diagnosticó una enfermedad de Castleman multicéntrica. Se realiza estudio para detección de anticuerpos específicos de HHV-8 que ha sido positiva en todas las muestras. Diagnóstico: Enfermedad de Castleman. Infección HHV-8

D47.Z2 Enfermedad de Castleman
B10.89 Otras infecciones por herpesvirus humano

Neoplasia de Comportamiento no especificado de Otros Órganos Genitourinarios

D49.5 Neoplasia de comportamiento no especificado de otros órganos genitourinarios

Esta subcategoría se ha subdividido para diferenciar las neoplasias renales de las de otros órganos genitourinarios:

- D49.511 Neoplasia de comportamiento no especificado de riñón derecho**
- D49.512 Neoplasia de comportamiento no especificado de riñón izquierdo**
- D49.519 Neoplasia de comportamiento no especificado de riñón no especificado**
- D49.59 Neoplasia de comportamiento no especificado de otros órganos genitourinarios**

Capítulo 3. Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan al mecanismo inmunológico (D50-D89)

La revisión realizada en el capítulo 3 incluye la incorporación de 9 códigos nuevos que tienen que ver con la asignación de códigos específicos para el hematoma y seroma en procedimientos del bazo que antes estaban incluidos con los códigos de hemorragia posprocedimiento. Esta diferenciación específica del hematoma y seroma, también se ha realizado en otros capítulos de la clasificación. La otra novedad del capítulo 3 es la creación de la subcategoría D89.4, con códigos que permiten identificar los síndromes de activación mastocitaria.

Con respecto a la revisión de los literales, hay pocos cambios. Se ha añadido el acrónimo AREB al código **D46.2 Anemia refractaria con exceso de blastos [AREB]**, y el resto de cambios tiene que ver con la supresión del término hematoma en las complicaciones posprocedimiento, al haberse creado códigos específicos.

Hematoma, hemorragia y seroma tras procedimiento sobre el bazo

D78.3 Hematoma y seroma del bazo tras un procedimiento

A fin de diferenciar la hemorragia, el hematoma y el seroma después de un procedimiento, se han revisado los literales de los códigos de hemorragia y se han creado códigos nuevos para el hematoma y seroma.

Desde el punto de vista clínico se diferencian claramente:

- Hemorragia posoperatoria: presencia de un sangrado actual lo que da lugar generalmente a reintervenciones urgentes.
- Hematoma: colección de sangre sin un sangrado actual que puede llevar o no a una reintervención.
- Seroma: Acúmulo de líquido en la zona de la intervención que puede o no, precisar un drenaje.

Nuevos códigos:

- D78.31 Hematoma posprocedimiento del bazo tras un procedimiento sobre el bazo**
- D78.32 Hematoma posprocedimiento del bazo como consecuencia de otro tipo de procedimiento**
- D78.33 Seroma posprocedimiento del bazo tras un procedimiento sobre el bazo**
- D78.34 Seroma posprocedimiento del bazo como consecuencia de otro tipo de procedimiento**

Síndromes de Activación Mastocitaria

D89.4 Síndrome de activación de los mastocitos y trastornos relacionados

La subcategoría **D89.4** se ha creado para definir los síndromes de activación mastocitaria y sus tipos.

En el síndrome de activación mastocitaria existe una respuesta aumentada de los mastocitos que reaccionan de manera anormal sin aumentar su número, diferenciándose así de la mastocitosis donde sí existe un aumento del número de mastocitos.

Los desencadenantes de la activación mastocitaria son diferentes para cada persona. Los síntomas que produce pueden confundirse con otras enfermedades. Incluyen dolor abdominal, urticaria y otras erupciones, anafilaxia, inflamación del esófago, cambios de la presión arterial, cólicos intestinales y distensión abdominal, dolores óseos, dolor torácico, dificultades cognitivas, malabsorción, migrañas y diarrea, entre otros.

Los tipos de activación mastocitaria que se diferencian en la clasificación son:

- **D89.41 Síndrome de activación mastocitaria monoclonal:** se caracteriza por la presencia de mastocitos clonales anormales. Este síndrome es un tipo primario de síndrome de activación mastocitaria.
- **D89.42 Síndrome de activación mastocitaria idiopático:** en esta afección existe una activación de los mastocitos, y queda excluida la posibilidad de otra causa subyacente. Este síndrome es no clonal.
- **D89.43 Activación mastocitaria secundaria:** se produce como resultado indirecto de otra enfermedad o afección (por ejemplo una reacción alérgica o atopia).
- Se completa la subcategoría con dos códigos adicionales para identificar la **D89.40 Activación de los mastocitos, no especificada** y **D89.49 Otro tipo de trastorno de activación de los mastocitos.**

Capítulo 4. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E89)

Diabetes con Complicaciones Oftálmicas

La mayoría de los códigos de complicaciones oftálmicas debidas a diabetes de las subcategorías E08.3, E09.3, E10.3, E11.3 y E13.3, se han visto ampliados para poder indicar la lateralidad. Es necesario por tanto, revisar la nota de instrucción de séptimo carácter que se encuentra bajo dichas subcategorías. Además también se han incorporado algunos códigos nuevos que dan detalle sobre el tipo de retinopatía, el estadio clínico de la misma y el edema macular que ha sido resuelto tras realizar tratamiento.

La retinopatía diabética es la enfermedad ocular diabética más común. Ocurre cuando hay cambios en los vasos sanguíneos en la retina. A veces, estos vasos pueden aumentar de tamaño y dejar escapar fluidos, o inclusive obstruirse completamente. En otros casos, crecen nuevos vasos sanguíneos anormales en la superficie de la retina.

Generalmente, la retinopatía diabética afecta a ambos ojos. Las personas con retinopatía diabética a menudo no se dan cuenta de los cambios en su visión durante las primeras etapas de la enfermedad. Pero a medida que avanza, la retinopatía diabética causa una pérdida de visión que en muchos casos no puede ser revertida.

Existen dos tipos de retinopatía diabética:

De fondo o retinopatía diabética no proliferativa (RDNP)

La retinopatía diabética no proliferativa (RDNP) es la etapa más temprana de la retinopatía diabética. Cuando existe esta afección, los vasos

sanguíneos deteriorados permiten un escape de fluidos de sangre dentro del ojo. Ocasionalmente depósitos de colesterol u otras grasas de la sangre pueden entrar en la retina.

La RDNP puede causar cambios en los ojos, incluyendo:

- Microaneurismas: unas pequeñas protuberancias en los vasos sanguíneos de la retina que con frecuencia dejan escapar líquidos.
- Hemorragias de la retina: aparecen como pequeñas manchas de sangre que entran a la retina.
- Exudado macular: es la inflamación o engrosamiento de la mácula a causa de escapes de líquido de los vasos sanguíneos de la retina. La mácula no funciona correctamente cuando está inflamada. el edema macular es la causa más común de pérdida de visión durante la diabetes.
- Isquemia macular: Los pequeños vasos sanguíneos (capilares) se ocluyen y la visión se torna borrosa ya que la mácula no recibe suficiente aporte sanguíneo.

Muchas personas con diabetes tienen RDNP ligera, lo que por lo general no afecta la visión. Sin embargo, si su visión se ve afectada, es como resultado de un edema macular y una isquemia macular.

Retinopatía diabética proliferativa (RDP)

La retinopatía diabética proliferativa (RDP) sucede principalmente cuando muchos de los vasos sanguíneos de la retina se obstruyen, impidiendo un flujo suficiente de la sangre. En un intento de suministrar sangre a la zona donde los vasos originales se han ocluido, la retina responde creando nuevos vasos sanguíneos. Este proceso se llama neovascularización. Sin embargo, los nuevos vasos sanguíneos también son anormales y no proporcionan a la retina el flujo sanguíneo adecuado. A menudo, los nuevos vasos van acompañados por tejidos cicatrizados que pueden hacer que la retina se arrugue o se desprenda.

La RDP puede causar una pérdida de la visión más severa que la RDNP, ya que puede afectar tanto la visión central como la periférica. La RDP afecta la visión de las siguientes maneras:

- Hemorragia vítrea: los nuevos vasos sanguíneos sangran dentro del vítreo, impidiendo que los rayos de luz lleguen a la retina. Una hemorragia vítrea por sí sola no causa una pérdida de visión permanente. Cuando la sangre desaparece, la visión puede volver a su estado anterior, a menos que la mácula se haya dañado.
- Desprendimiento de la retina por tracción: cuando el tejido de una cicatriz producida por una neovascularización se encoge, la retina se arruga y puede desprenderse de su posición normal.
- Glaucoma neovascular: si una serie de vasos de la retina se obstruyen, se puede producir una neovascularización en el iris. Los nuevos vasos sanguíneos pueden bloquear el flujo normal de líquido en el ojo y la presión en el ojo aumenta, lo que presenta una afección particularmente grave que causa daños al nervio óptico.

Nuevas subcategorías que identifican algunas formas de desprendimientos de retina y el edema macular resuelto tras realizar tratamiento son:

Categoría E08

- E08.352 Diabetes mellitus debida a afección subyacente con retinopatía diabética proliferativa con desprendimiento de retina por tracción que afecta a la mácula**
- E08.353 Diabetes mellitus debida a afección subyacente con retinopatía diabética proliferativa con desprendimiento de retina por tracción que no afecta a la mácula**
- E08.354 Diabetes mellitus debida a afección subyacente con retinopatía diabética proliferativa con desprendimiento de retina por tracción asociado a desprendimiento de retina regmatógeno**
- E08.355 Diabetes mellitus debida a afección subyacente con retinopatía diabética proliferativa estable**

E08.37 **Diabetes mellitus debida a afección subyacente con edema macular diabético, resuelto después de tratamiento**

Categoría E09

E09.352 **Diabetes mellitus inducida por fármaco o sustancia química con retinopatía diabética proliferativa con desprendimiento de retina por tracción que afecta a la mácula**

E09.353 **Diabetes mellitus inducida por fármaco o sustancia química con retinopatía diabética proliferativa con desprendimiento de retina por tracción que no afecta a la mácula**

E09.354 **Diabetes mellitus inducida por fármaco o sustancia química con retinopatía diabética proliferativa con desprendimiento de retina por tracción asociado a desprendimiento de retina regmatógeno**

E09.355 **Diabetes mellitus inducida por fármaco o sustancia química con retinopatía diabética proliferativa estable**

E09.37 **Diabetes mellitus inducida por fármaco o sustancia química con edema macular diabético resuelto después de tratamiento**

Categoría E10

E10.352 **Diabetes mellitus tipo 1 con retinopatía diabética proliferativa con desprendimiento de retina por tracción que afecta a la mácula**

E10.353 **Diabetes mellitus tipo 1 con retinopatía diabética proliferativa con desprendimiento de retina por tracción que no afecta a la mácula**

E10.354 **Diabetes mellitus tipo 1 con retinopatía diabética con desprendimiento de retina por tracción asociado a desprendimiento de retina regmatógeno**

- E10.355** Diabetes mellitus tipo 1 con retinopatía diabética proliferativa estable
- E10.37** Diabetes mellitus tipo 1 con edema macular diabético resuelto después de tratamiento

Categoría E11

- E11.352** Diabetes mellitus tipo 2 con retinopatía diabética proliferativa con desprendimiento de retina por tracción que afecta a la mácula
- E11.353** Diabetes mellitus tipo 2 con retinopatía diabética proliferativa con desprendimiento de retina por tracción que no afecta a la mácula
- E11.354** Diabetes mellitus tipo 2 con retinopatía diabética con desprendimiento de retina por tracción asociado a desprendimiento de retina regmatógeno
- E11.355** Diabetes mellitus tipo 2 con retinopatía diabética proliferativa estable
- E11.37** Diabetes mellitus tipo 2 con edema macular diabético resuelto después de tratamiento

Categoría E13

- E13.352** Otros tipos especificados de diabetes mellitus con retinopatía diabética proliferativa con desprendimiento de retina por tracción que afecta a la mácula
- E13.353** Otros tipos especificados de diabetes mellitus con retinopatía diabética proliferativa con desprendimiento de retina por tracción que no afecta a la mácula
- E13.354** Otros tipos especificados de diabetes mellitus con retinopatía diabética con desprendimiento de retina por tracción asociado a desprendimiento de retina regmatógeno
- E13.355** Otros tipos especificados de diabetes mellitus con retinopatía diabética proliferativa estable

E13.37 Otros tipos especificados de diabetes mellitus con edema macular diabético resuelto después de tratamiento

Paciente diabético tipo 2 en tratamiento con troglitazona bien controlado, que acude a revisión tras tratamiento exitoso con láser en ojo izquierdo por edema macular diabético. No evidencia de edema macular en el momento actual.

E11.37X2 Diabetes mellitus tipo 2 con edema macular diabético resuelto después de tratamiento

Hipercolesterolemia

E78.0 Hipercolesterolemia pura

Se han ampliado los códigos de la hipercolesterolemia pura para diferenciar la **E78.00 Hipercolesterolemia pura, no especificada** de la **E78.01 Hipercolesterolemia familiar**.

La Hipercolesterolemia Familiar (HF) es una enfermedad genética caracterizada por niveles altos de colesterol en la sangre, específicamente altos niveles de lipoproteína de baja densidad LDL, la cual casi siempre está presente en grandes cantidades en el diagnóstico de enfermedades cardiovasculares tempranas.

Muchas de las personas que se ven afectadas por esta enfermedad poseen mutaciones en el gen LDLR que codifica para el receptor de la lipoproteína de baja densidad, encargado de reconocer al colesterol de baja densidad y extraerlo del flujo sanguíneo, o bien, en el gen que codifica para la apolipoproteína B (ApoB), causando el mal funcionamiento de esta proteína encargada también de movilizar al colesterol cuando éste se une al receptor de la lipoproteína de baja densidad. Estas dos mutaciones son las más frecuentes ya que mutaciones en otros genes no son muy usuales. Las personas que poseen una copia anormal del gen LDLR (conocida también como condición heterocigota) pueden presentar enfermedades cardiovasculares prematuras entre los 30 y 40

años. Las personas que tienen dos copias anormales (conocida también como condición homocigota) pueden presentar daño cardiovascular severo desde la infancia.

Normalmente, los niveles altos de colesterol no causan ningún síntoma. No obstante, podrían llegar a apreciarse depósitos amarillos ricos en colesterol y otras grasas en varias partes del cuerpo, como por ejemplo, en los párpados de los ojos (xantelasma), alrededor del iris de los ojos (arco senil) así como también en los tendones de las manos, codos, rodillas y pies, particularmente en el tendón de Aquiles (xantoma de tendón).

El depósito acelerado de colesterol en las paredes de las arterias conlleva a una arteriosclerosis, que es el detonador de las enfermedades cardiovasculares. El problema más común en la HF es el desarrollo de enfermedades coronarias a una edad mucho más temprana de la que normalmente se esperaría en una persona sana.

Hematoma y Seroma del Sistema Endocrino tras Procedimiento

E89.82 Hematoma y seroma del aparato o estructura endocrina tras procedimiento

A fin de diferenciar las hemorragias de los hematomas y seromas en el sistema endocrino tras un procedimiento se han revisado algunos códigos en la subcategoría **E89.8 Otras complicaciones y trastornos endocrinos y metabólicos posprocedimiento**, y se han creado los siguientes:

- E89.820 Hematoma posprocedimiento de órgano o estructura del sistema endocrino, después de un procedimiento en el sistema endocrino**
- E89.821 Hematoma posprocedimiento de órgano o estructura del sistema endocrino, después de otro tipo de procedimiento**
- E89.822 Seroma posprocedimiento de órgano o estructura del sistema endocrino, después de un procedimiento en el sistema endocrino**

E89.823 Seroma posprocedimiento de órgano o estructura del sistema endocrino, después de otro tipo de procedimiento

Capítulo 5.

Trastornos mentales y de comportamiento (F01-F99)

Trastornos del Comportamiento y del Neurodesarrollo

En este capítulo se han añadido un total de trece códigos nuevos para hacerlos coincidir con el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5®).

F32.81 Trastorno disfórico premenstrual

La subcategoría **F32.8 Otros episodios depresivos**, se ha ampliado con dos códigos para diferenciar el **F32.81 Trastorno disfórico premenstrual** de **F32.89 Otros episodios depresivos especificados**. El trastorno disfórico premenstrual es una afección en la cual la mujer tiene síntomas de depresión graves, irritabilidad y tensión antes de la menstruación. Estos síntomas son más intensos y debilitantes que los que se observan con el síndrome premenstrual (SPM) e incluyen al menos un síntoma relacionado con el estado de ánimo. Los síntomas se presentan durante la semana justo antes del sangrado menstrual y generalmente mejoran al cabo de unos cuantos días después de que comienza el período. El código F32.81 tiene una nota Excluye 1 para el “síndrome de tensión premenstrual” (N94.3).

F34.81 Trastorno de desregulación del estado de ánimo disruptivo

La subcategoría **F34.8 Otros trastornos persistentes del estado de ánimo [afectivos]**, se ha ampliado con dos códigos para diferenciar el **F34.81 Trastorno de desregulación del estado de ánimo disruptivo** de **F34.89 Otros trastornos persistentes especificados del estado de ánimo**. El trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (DMDD, por sus siglas en inglés) es una afección en la que un niño es crónicamente irritable y experimenta accesos de cólera graves y recurrentes que pueden manifestarse de forma verbal o comportamental y que se consideran desproporcionados respecto a la causa que los provoca. Son comunes las rabietas y/o la agresión, ya sea a las personas o a la propiedad. Los accesos de cólera no se corresponden con la edad de desarrollo, lo cual significa que en su base existe una incapacidad para poner en práctica los mecanismos de control del comportamiento que se espera que el niño haya desarrollado al alcanzar determinado nivel de madurez. De hecho, este diagnóstico es improcedente en niños menores de 6 años.

F42 Trastorno obsesivo-compulsivo

La categoría F42 se ha ampliado y se han creado cinco códigos:

- F42.2 Mezcla de pensamientos y actos obsesivos**
- F42.3 Trastorno de acaparamiento compulsivo**
- F42.4 Trastorno de excoriación (rascado)**
- F42.8 Otro trastorno obsesivo-compulsivo**
- F42.9 Trastorno obsesivo-compulsivo, no especificado**

F42.3 Trastorno de acaparamiento compulsivo

Es un trastorno psicológico que se caracteriza por la tendencia que tiene el individuo a acumular artículos u objetos en forma excesiva y la

incapacidad para deshacerse de ellos, aunque sean objetos sin valor, peligrosos o insalubres. Este trastorno puede dificultar las tareas de la vida diaria y afectar la movilidad en la vivienda.

No se sabe con seguridad si este síndrome aparece aislado o se combina con otros trastornos como el trastorno obsesivo-compulsivo o el síndrome de Diógenes.

F42.4 Trastorno de excoiación (rascado)

El Trastorno de excoiación (rascado) o dermatilomanía es una alteración psicológica caracterizada por un impulso intenso y frecuente de pellizcar, rascar o arrancar partes de la propia piel. Se define como el hábito de rascarse la piel de forma compulsiva y repetitiva hasta provocar lesiones. Estas pueden llegar a ser considerables y existe un riesgo significativo de que se produzcan infecciones en las regiones dañadas.

El código **F42.4 Trastorno de excoiación (rascado)**, contiene un excluye para la dermatitis facticia (L98.1). La dermatitis facticia o artefacta consiste en un cuadro de lesiones cutáneas autoprovocadas por el paciente, que niega su responsabilidad en la elaboración de las mismas.

F50.81 Trastorno de ingestión compulsiva

La subcategoría **F50.8 Otros trastornos de la conducta alimentaria**, se ha ampliado con dos códigos nuevos para diferenciar el **F50.81 Trastorno de ingestión compulsiva** de **F50.89 Otros trastornos especificados de la conducta alimentaria**. El trastorno de ingestión compulsiva, también denominado trastorno por “atración” tiene en común con la bulimia nerviosa el hecho de que en ambos casos **hay una ingesta descontrolada y voraz**. La diferencia está en que mientras en la bulimia nerviosa tras el atración hay conductas purgativas para compensar la ingesta, en la ingestión compulsiva no.

F64.0 Transexualismo

Se ha ampliado la categoría **F64 Trastornos de identidad sexual**, con un código nuevo para el **F64.0 Transexualismo**. El trastorno de identidad sexual en la adolescencia y la edad adulta y la disforia de identidad sexual en adolescentes y adultos se incluyen ahora en el código **F64.0**. También, se ha revisado el literal del código F64.1 que de “Trastorno de identidad de género en adolescencia y edad adulta” ha pasado a denominarse “Travestismo de doble rol”.

F80.82 Trastorno de comunicación social pragmática

La subcategoría **F80.8 Otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje** se ha ampliado con un nuevo código para identificar el **F80.82 Trastorno de comunicación social pragmática**. Este trastorno consiste en la presencia de dificultades persistentes en el uso social de la comunicación, tanto verbal, como no verbal. Esas dificultades se pueden manifestar de diferentes formas: deficiencias en el uso de la comunicación para propósitos sociales (como saludar o compartir información), dificultad para cambiar la comunicación en función del contexto y que se adapte a las necesidades del que escucha (por ejemplo, hablar de manera diferente cuando se dirige a un niño, a un familiar o a un adulto), dificultad para seguir las normas de conversación y narración (respetar los turnos), para expresarse de otro modo si se percibe que no es comprendido, o utilizar señales no verbales para regular la interacción (como asentir o expresiones similares que ayudan al interlocutor) o dificultades para comprender lo que no se dice explícitamente (hacer inferencias).

Capítulo 6. Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)

Mononeuropatías de Extremidades Superiores e Inferiores

Las mononeuropatías son neuropatías periféricas que comprenden enfermedades que afectan a los nervios fuera del sistema nervioso central, esto es, a cualquier nervio, que lleva las señales del sistema nervioso central hacia el resto del organismo (ciático, crural, sural, trigémino, facial, cubital, mediano, etc.).

Normalmente puede afectar nervios sensitivos y/o motores. De forma aguda (ej. diversos tipos de intoxicaciones) o de forma crónica (ej. vasculitis, diabetes).

La sintomatología depende del nervio o función afectada. Si compromete la función motora se manifiesta como debilidad y atrofia progresiva del área afectada. Si predomina la afectación sensitiva, puede manifestarse por disestesias (trastornos en la sensibilidad, ardor, quemazón, hormigueo, pesadez), hasta dolor de tipo neuropático de leve a máxima intensidad.

Se han creado 17 códigos para las mononeuropatías de las extremidades superiores e inferiores:

- G56.03** **Síndrome del túnel carpiano, ambas extremidades superiores**
- G56.13** **Otras lesiones del nervio mediano, ambas extremidades superiores**
- G56.23** **Lesión del nervio cubital, ambas extremidades superiores**
- G56.33** **Lesión del nervio radial, ambas extremidades superiores**
- G56.43** **Causalgia de ambas extremidades superiores**

- G56.83** **Otras mononeuropatías especificadas de ambas extremidades superiores**
- G56.93** **Mononeuropatía no especificada de ambas extremidades superiores**
- G57.03** **Lesión de nervio ciático, ambas extremidades inferiores**
- G57.13** **Meralgia parestésica, ambas extremidades inferiores**
- G57.23** **Lesión de nervio femoral, ambas extremidades inferiores**
- G57.33** **Lesión de nervio poplíteo externo, ambas extremidades inferiores**
- G57.43** **Lesión de nervio poplíteo interno, ambas extremidades inferiores**
- G57.53** **Síndrome del túnel tarsiano, ambas extremidades inferiores**
- G57.63** **Lesión de nervio plantar, ambas extremidades inferiores**
- G57.73** **Causalgia de ambas extremidades inferiores**
- G57.83** **Otras mononeuropatías especificadas de ambas extremidades inferiores**
- G57.93** **Mononeuropatía no especificada de ambas extremidades inferiores**

Neuropatía Motora Multifocal

G61.82 Neuropatía motora multifocal

Dentro de la subcategoría **G61.8 Otras polineuropatías inflamatorias** se ha incluido un código nuevo para describir específicamente la **Neuropatía motora multifocal (G61.82)**.

La neuropatía motora multifocal (NMM) es una neuropatía motora pura. En ocasiones puede confundirse con la esclerosis lateral amiotrófica (ELA), debido a la similitud de los síntomas, especialmente si hay fasciculaciones musculares presentes (las fasciculaciones son pequeñas contracciones musculares involuntarias, visibles bajo la piel y que no producen movimiento de miembros, debidas a descargas nerviosas espontáneas en grupos de fibras musculares esqueléticas). La NMM es una enfermedad autoinmune. A diferencia de la ELA, que afecta a las motoneuronas inferiores y superiores, la NMM sólo afecta a los nervios

periféricos motores. Sin embargo, el diagnóstico definitivo es a menudo difícil, y muchos pacientes reciben un diagnóstico erróneo de ELA durante meses e incluso años antes de que se rectifique el diagnóstico inicial.

Por lo general, la NMM cursa con poco dolor, aunque los calambres musculares, espasmos y contracciones nerviosas puedan causar dolor en algunos pacientes. Muchos pacientes, una vez bajo tratamiento, sólo experimentan leves síntomas durante períodos prolongados, aunque la afección es lentamente progresiva. La NMM puede producir una discapacidad significativa, con pérdida de función en las manos que afectan a la capacidad para trabajar y realizar las tareas cotidianas, o el “pie caído”, que conlleva incapacidad para ponerse de pie y caminar.

Normalmente los nervios sensoriales no se ven afectados. Las temperaturas extremas (tanto frío como calor) exacerban los síntomas de la NMM.

Hematoma y Seroma del sistema nervioso tras procedimiento

G97.6 Hematoma y seroma posprocedimiento de órgano o estructura del sistema nervioso después de un procedimiento

A fin de diferenciar las hemorragias de los hematomas y seromas tras procedimiento en el sistema nervioso se han creado los siguientes códigos:

- G97.61 Hematoma posprocedimiento de órgano o estructura del sistema nervioso después de un procedimiento de sistema nervioso**
- G97.62 Hematoma posprocedimiento de órgano o estructura del sistema nervioso después de un procedimiento de otro tipo**
- G97.63 Seroma posprocedimiento de órgano o estructura del sistema nervioso después de un procedimiento de sistema nervioso**

G97.64 Seroma posprocedimiento de órgano o estructura del sistema nervioso después de un procedimiento de otro tipo

Capítulo 7. Enfermedades del ojo y sus anexos (H00-H59)

Oclusión de la Vena Retiniana

H34.8 Otras oclusiones vasculares de retina

Dentro de la subcategoría **H34.8 Otras oclusiones vasculares de retina** se han ampliado los códigos **H34.81 Oclusión de vena central de la retina** y **H34.83 Oclusión de (rama) tributaria de vena retiniana** con un 7º dígito, para incluir la gravedad de estas patologías.

Los posibles valores son:

- 0 con edema macular**
- 1 con neovascularización retiniana**
- 2 estable**

La oclusión de la vena central de la retina (OVCR) es la obstrucción de la vena principal en la retina. La obstrucción de las venas pequeñas de la retina se llama oclusión de rama venosa de la retina (ORVR). El bloqueo hace que las paredes de la vena dejen escapar sangre y fluidos dentro de la retina. Cuando éste líquido se acumula en la mácula (el área de la retina responsable por la visión central), la visión se torna borrosa.

Hay dos tipos de OVCR:

- OVCR no isquémica: es la forma menos grave de OVCR, que se presenta en la mayoría de los casos.
- OVCR isquémica: es la forma más grave de OVCR que puede llevar al desarrollo de complicaciones significativas, pérdida de la visión y posiblemente una pérdida del ojo.

El síntoma más común de la OVCR es la pérdida de visión o visión borrosa, parcial o total en un ojo. Es indolora y puede ocurrir repentina-

mente o agravarse en varias horas o días. En ocasiones se produce una pérdida repentina y completa de la visión. Otro síntoma de la OVCR son las “manchas flotantes”. Cuando los vasos sanguíneos de la retina no están funcionando correctamente, la retina promueve el crecimiento de nuevos vasos sanguíneos frágiles que pueden sangrar dentro del vítreo. La sangre dentro del vítreo se coagula y es vista como manchas pequeñas y oscuras que “flotan” dentro del campo de visión.

En casos graves de OVCR, la vena bloqueada puede causar una presión dolorosa en el ojo. Una OVCR isquémica puede también causar un glaucoma neovascular. Este tipo de glaucoma se produce cuando los vasos sanguíneos anormales comienzan a crecer dentro del ojo, haciendo subir la presión del mismo.

La OVCR se asocia con el envejecimiento y generalmente se diagnostica en personas mayores de 50 años de edad. La hipertensión arterial comúnmente se asocia con la OVCR. Las personas con diabetes tienen un riesgo mayor de desarrollar OVCR. Las personas con glaucoma y presión ocular alta también son más propensas a desarrollar OVCR.

Los objetivos del tratamiento son actuar sobre las complicaciones oftalmológicas que son causa de disminución visual y amenazan con la pérdida parcial o total de la visión y la identificación y actuación sobre factores sistémicos que pueden ser modificables.

Degeneración Macular asociada a la edad (DMAE)

H35.3 Degeneración de mácula y polo posterior

Los códigos **H35.31 Degeneración macular no exudativa relacionada con la edad** y **H35.32 Degeneración macular exudativa relacionada con la edad** se han ampliado para incluir la lateralidad de los ojos afectados, así como para diferenciar los estadios de esta afección.

Los nuevos códigos para la degeneración macular **no exudativa** relacionada con la edad son:

H35.311 Degeneración macular no exudativa relacionada con la edad, ojo derecho

- H35.312 Degeneración macular no exudativa relacionada con la edad, ojo izquierdo**
- H35.313 Degeneración macular no exudativa relacionada con la edad, bilateral**
- H35.319 Degeneración macular no exudativa relacionada con la edad, ojo no especificado**

A cada código de la subcategoría H35.31 se debe asignar el correspondiente 7º carácter:

- 0 estadio no especificado**
- 1 estadio seco inicial**
- 2 estadio seco intermedio**
- 3 atrofia avanzada sin afectación subfoveal-estadio seco avanzado**
- 4 atrofia avanzada con afectación subfoveal**

Los nuevos códigos para la degeneración macular **exudativa** relacionada con la edad son:

- H35.321 Degeneración macular exudativa relacionada con la edad, ojo derecho**
- H35.322 Degeneración macular exudativa relacionada con la edad, ojo izquierdo**
- H35.323 Degeneración macular exudativa relacionada con la edad, bilateral,**
- H35.329 Degeneración macular exudativa relacionada con la edad, ojo no especificado**

A cada código de la subcategoría H35.32 se debe asignar el correspondiente 7º carácter:

- 0 estadio no especificado**
- 1 con neovascularización coroidea activa**
- 2 con neovascularización coroidea inactiva con neovascularización coroidea en involución o regresión**
- 3 con cicatriz inactiva**

La degeneración macular asociada con la edad (DMAE) es una enfermedad ocular degenerativa que afecta a la zona de la retina especializada en la visión fina de los detalles (la mácula). La presencia de la misma puede manifestarse con síntomas tales como visión borrosa, zonas oscuras o distorsión en la visión central, y quizás una pérdida permanente de la misma. Por lo general, no afecta a la visión lateral o periférica.

Las causas de la degeneración macular incluyen la acumulación de depósitos o drusas por debajo de la retina, y en algunos casos, el crecimiento de vasos sanguíneos anormales. Con o sin tratamiento, la degeneración macular por sí sola casi nunca causa ceguera total. Las personas con estados más avanzados de degeneración macular relacionada con la edad pueden seguir teniendo una visión periférica útil. En muchos casos, el impacto de la degeneración macular en su visión puede ser mínimo.

Los tipos de degeneración macular son: la degeneración macular seca o no exudativa y la degeneración macular húmeda o exudativa.

Degeneración macular seca, atrófica o no exudativa (llamada también no neovascular)

La mayoría de las personas que tienen degeneración macular desarrollan la forma seca. Esta condición es causada por el envejecimiento y adelgazamiento de los tejidos de la mácula. Por lo general, la degeneración macular comienza cuando unas partículas pequeñas de proteínas grasosas (drusas), que pueden ser amarillas o blancas, se forman por debajo de la retina. Eventualmente, la mácula puede hacerse más delgada y dejar de funcionar correctamente.

Estos pacientes presentan una pérdida de visión gradual que requiere controles y seguimiento regular.

Degeneración macular húmeda o exudativa (también llamada neovascular)

Alrededor de un 10 por ciento de las personas que padecen una degeneración macular tienen la forma húmeda. La degeneración macular húmeda ocurre cuando hay un crecimiento de vasos sanguíneos anor-

males por debajo de la retina. Este crecimiento de vasos sanguíneos se llama neovascularización coroidea (NVC, ya que los vasos crecen en la coroides). Estos nuevos vasos sanguíneos pueden tener fugas de líquido o sangre, causando visión borrosa o una visión central distorsionada. La pérdida de la visión con este tipo de degeneración macular puede ser más rápida y más evidente que la de una degeneración macular seca. En estos pacientes es importante un diagnóstico temprano.

Glaucoma

H40.11 Glaucoma primario de ángulo abierto

A fin de recoger la lateralidad se han creado los siguientes códigos nuevos:

- H40.111 Glaucoma primario de ángulo abierto, ojo derecho**
- H40.112 Glaucoma primario de ángulo abierto, ojo izquierdo**
- H40.113 Glaucoma primario de ángulo abierto, bilateral**
- H40.119 Glaucoma primario de ángulo abierto, ojo no especificado**

Se completa con el 7º carácter existente de estadio del glaucoma.

El glaucoma engloba un grupo de enfermedades que provocan un daño progresivo del nervio óptico. El glaucoma primario de ángulo abierto hace referencia a un glaucoma asociado con un ángulo de la cámara anterior abierto y una presión intraocular elevada o a veces normal. Los síntomas aparecen tardíamente y se deben a pérdida del campo visual. El diagnóstico se basa en la oftalmoscopia, la gonioscopia, el examen del campo visual y la medición de la presión intraocular.

Aunque el glaucoma de ángulo abierto tiene numerosas causas, en el 60 a 70% de los casos no se identifica ninguna y se denomina glaucoma primario de ángulo abierto. Suelen afectarse ambos ojos, aunque normalmente de forma asimétrica. La presión intraocular puede estar elevada o dentro de los valores normales.

Los síntomas precoces son inusuales. Normalmente, el paciente se da cuenta de la pérdida del campo visual cuando la atrofia del nervio óptico es muy pronunciada.

Ambliopía

H53.04 Sospecha de ambliopía

El código H53.04 se ha creado para recoger la sospecha de ambliopía. Al igual que en el resto de la subcategoría H53.0, se amplía para indicar la lateralidad:

- H53.041 Sospecha de ambliopía, ojo derecho**
- H53.042 Sospecha de ambliopía, ojo izquierdo**
- H53.043 Sospecha de ambliopía, bilateral**
- H53.049 Sospecha de ambliopía, ojo no especificado**

La ambliopía es una disminución de la agudeza visual sin que exista ninguna lesión orgánica que la justifique. Puede existir algún defecto en el ojo (por ejemplo, una miopía), pero éste no justifica la pérdida de visión. Generalmente la afectación es unilateral y se produce como consecuencia de falta de estimulación visual adecuada durante el período crítico de desarrollo visual, lo que afecta a los mecanismos neuronales encargados de la visión. Está presente en un 4 por ciento de la población.

Es posible que la ambliopía afecte a ambos ojos, si ambos han sufrido un periodo largo de privación visual. Esta situación puede darse, por ejemplo, en casos de catarata congénita que afecte a ambos ojos (si se realiza una intervención quirúrgica temprana para eliminar la catarata, el niño podrá alcanzar una buena visión, pero si la intervención es tardía, después de que transcurra el periodo madurativo de desarrollo visual, la cirugía de la catarata no servirá para mejorar la capacidad visual, pues el cerebro no es capaz de procesar los estímulos visuales, por lo que el déficit de visión sería en este último ejemplo imposible de corregir).

En la mayoría de los casos existe un defecto de refracción (miopía, astigmatismo o hipermetropía) asimétrico que no ha sido detectado o corregido en la niñez. Cuando la diferencia de capacidad visual entre ambos ojos es importante, el niño utiliza únicamente el ojo de mayor capacidad, mientras que el contrario acaba por quedar anulado funcionalmente, aunque su estructura física permanezca intacta.

Hematoma y Seroma del Ojo y Anejos posprocedimiento

H59.3 Hemorragia, hematoma y seroma
posprocedimiento de ojo y sus anexos después
de un procedimiento

A fin de diferenciar las hemorragias de los hematomas y seromas tras
procedimiento en el ojo y anexos se han creado los siguientes códigos:

- H59.331 Hematoma posprocedimiento de ojo derecho y sus anexos después de un procedimiento oftalmológico**
- H59.332 Hematoma posprocedimiento de ojo izquierdo y sus anexos después de un procedimiento oftalmológico**
- H59.333 Hematoma posprocedimiento de ojo y sus anexos después de un procedimiento oftalmológico, bilateral**
- H59.339 Hematoma posprocedimiento de ojo no especificado y sus anexos después de un procedimiento oftalmológico**
- H59.341 Hematoma posprocedimiento de ojo derecho y sus anexos después de otro tipo de procedimiento**
- H59.342 Hematoma posprocedimiento de ojo izquierdo y sus anexos después de otro tipo de procedimiento**
- H59.343 Hematoma posprocedimiento de ojo y sus anexos después de otro tipo de procedimiento, bilateral**
- H59.349 Hematoma posprocedimiento de ojo no especificado y sus anexos después de otro tipo de procedimiento**
- H59.351 Seroma posprocedimiento de ojo derecho y sus anexos después de un procedimiento oftalmológico**
- H59.352 Seroma posprocedimiento de ojo izquierdo y sus anexos después de un procedimiento oftalmológico**
- H59.353 Seroma posprocedimiento de ojo y sus anexos después de un procedimiento oftalmológico, bilateral**
- H59.359 Seroma posprocedimiento de ojo no especificado y sus anexos después de un procedimiento oftalmológico**

- H59.361 Seroma posprocedimiento de ojo derecho y sus anexos después de otro tipo de procedimiento**
- H59.362 Seroma posprocedimiento de ojo izquierdo y sus anexos después de otro tipo de procedimiento**
- H59.363 Seroma posprocedimiento de ojo y sus anexos después de otro tipo de procedimiento, bilateral**
- H59.369 Seroma posprocedimiento de ojo no especificado y sus anexos después de otro tipo de procedimiento**

Capítulo 8. Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides (H60-H95)

Pérdida de audición

H90.A Hipoacusia conductiva y neurosensorial con audición contralateral limitada

Se ha creado la subcategoría H90.A que contiene una serie de códigos a fin de detallar diferentes tipos de pérdidas de audición combinadas de ambos lados.

Existen tres tipos distintos de pérdida de audición que se definen según el área afectada del oído. Todo problema en el oído externo o medio que impida que el sonido se transmita adecuadamente se conoce como pérdida auditiva conductiva o de transmisión. Las pérdidas auditivas conductivas son generalmente de grado leve o moderado. Como posibles causas están las infecciones del oído, alergias, perforación del tímpano, cerumen impactado, tumores benignos y líquido en el oído.

La pérdida auditiva neurosensorial es el resultado del deterioro o ausencia de células sensoriales (células ciliadas) en la cóclea y suele ser permanente. Puede ser leve, moderada, severa o profunda y sus causas son la pérdida de audición relacionada con la edad, traumas acústico, infecciones víricas del oído interno, lesiones en el nacimiento, medicamentos tóxicos para el sistema auditivo, enfermedad de Menière, neuroma del acústico o tumores cerebrales.

Finalmente la pérdida de audición mixta consiste en la combinación de pérdida de audición neurosensorial y conductiva.

Los nuevos códigos finales incluidos en esta edición son:

H90.A11 Hipoacusia conductiva, unilateral, de oído derecho con audición contralateral limitada

- H90.A12 Hipoacusia conductiva, unilateral, de oído izquierdo con audición contralateral limitada**
- H90.A21 Hipoacusia neurosensorial, unilateral, de oído derecho con audición contralateral limitada**
- H90.A22 Hipoacusia neurosensorial, unilateral, de oído izquierdo con audición contralateral limitada**
- H90.A31 Hipoacusia mixta conductiva y neurosensorial, unilateral, de oído derecho con audición contralateral limitada**
- H90.A32 Hipoacusia mixta conductiva y neurosensorial, unilateral, de oído izquierdo con audición contralateral limitada**

Acúfeno pulsátil

H93.A Acúfenos [tinnitus] pulsátiles

El acúfeno pulsátil (también denominado tinnitus) es aquel que se presenta en forma de pulsaciones, golpes rítmicos de acuerdo al corazón o, en casos más extremos, en silbidos. También es llamado acúfeno vascular, ya que su origen está en el aparato cardiovascular.

Las causas principales del acúfeno pulsátil son: hipertensión, aterosclerosis, malformaciones arteriovenosas, hipertensión intracraneal benigna, embarazo o enfermedad tiroidea, fístula de la arteria carótida-cavernosa, inflamaciones o infecciones del oído medio, tumor del glomus carotídeo o lesiones vasculares intracraneales.

Los nuevos códigos para el acúfeno pulsátil son:

- H93.A1 Acúfenos [tinnitus] pulsátiles, oído derecho**
- H93.A2 Acúfenos [tinnitus] pulsátiles, oído izquierdo**
- H93.A3 Acúfenos [tinnitus] pulsátiles, bilaterales**
- H93.A9 Acúfenos [tinnitus] pulsátiles, oído no especificado**

Hematoma y Seroma de Oído y Mastoides tras Procedimiento

H95.5 Hematoma y seroma posprocedimiento del oído y apófisis mastoides después de un procedimiento

A fin de diferenciar las hemorragias de los hematomas y seromas tras procedimiento en el oído y mastoides se han creado los siguientes códigos:

- H95.51 Hematoma posprocedimiento del oído y apófisis mastoides después de un procedimiento sobre oído y apófisis mastoides**
- H95.52 Hematoma posprocedimiento del oído y apófisis mastoides después de otro procedimiento**
- H95.53 Seroma posprocedimiento del oído y apófisis mastoides después de un procedimiento sobre oído y apófisis mastoides**
- H95.54 Seroma posprocedimiento del oído y apófisis mastoides después de otro procedimiento**

Capítulo 9. Enfermedades del aparato circulatorio (I00-I99)

Crisis, Urgencia y Emergencia Hipertensivas

I16 Crisis hipertensiva

La categoría I16 se ha creado para incluir las crisis hipertensivas. Incluye la **Urgencia hipertensiva (I16.0)**, la **Emergencia hipertensiva (I16.1)** y la **Crisis hipertensiva, no especificada (I16.9)**.

Las crisis hipertensivas se definen como elevaciones agudas de la presión arterial capaces de producir alteraciones funcionales o estructurales en los órganos diana de la hipertensión. Históricamente se han dividido en dos tipos, urgencias y emergencias hipertensivas, con diferente clínica, tratamiento y pronóstico. En esta revisión se sigue dicha clasificación pero considerando un tercer tipo, las llamadas pseudocrisis o falsas crisis hipertensivas.

Las urgencias hipertensivas no provocan afectación de los órganos diana o si esta se produce es leve-moderada, permitiendo un descenso tensional lento y progresivo (horas-días) con fármacos por vía oral, habitualmente en el ámbito extrahospitalario.

Las emergencias hipertensivas provocan lesiones agudas y graves de los órganos diana, con riesgo de compromiso vital, precisando un descenso tensional rápido (minutos-horas) pero muy controlado con fármacos por vía intravenosa en el ámbito hospitalario.

Las elevaciones tensionales agudas que no pueden llegar a clasificarse ni como urgencias ni como emergencias se consideran pseudocrisis hipertensivas.

Ejemplo: paciente ingresado en el hospital con debilidad súbita en el lado derecho, balbuceo con caída facial y aumento de la presión sanguínea. Se acompañaba de hipertensión crónica. El resultado del TAC evidenció una hemorragia intracerebral superficial izquierda. El informe al alta indicó "Hemorragia intracerebral superficial izquierda y emergencia hipertensiva".

I61.1 Hemorragia intracerebral no traumática en hemisferio, cortical
I16.1 Emergencia hipertensiva
I10 Hipertensión esencial (primaria)

Infarto Cerebral - Bilateral

I63.XX3 Infarto cerebral bilateral

Se ha revisado la categoría I63 Infarto cerebral, para incluir la opción de bilateralidad en muchas de las subcategorías, debido a que ocasionalmente los infartos cerebrales pueden deberse a lesiones arteriales bilaterales.

Esta opción se aplica a las subcategorías I63.0 a I63.5 como sigue:

- I63.013 Infarto cerebral debido a trombosis de ambas arterias vertebrales**
- I63.033 Infarto cerebral debido a trombosis de ambas arterias carótidas**
- I63.113 Infarto cerebral debido a embolia de ambas arterias vertebrales**
- I63.133 Infarto cerebral debido a embolia de ambas arterias carótidas**
- I63.213 Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificada de ambas arterias vertebrales**
- I63.233 Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificada de ambas arterias carótidas**
- I63.313 Infarto cerebral debido a trombosis de ambas arterias cerebrales medias**

- I63.323** **Infarto cerebral debido a trombosis de ambas arterias cerebrales anteriores**
- I63.333** **Infarto cerebral debido a trombosis de ambas arterias cerebrales posteriores**
- I63.343** **Infarto cerebral debido a trombosis de ambas arterias cerebelosas**
- I63.413** **Infarto cerebral debido a embolia de ambas arterias cerebrales medias**
- I63.423** **Infarto cerebral debido a embolia de ambas arterias cerebrales anteriores**
- I63.433** **Infarto cerebral debido a embolia de ambas arterias cerebrales posteriores**
- I63.443** **Infarto cerebral debido a embolia de ambas arterias cerebelosas**
- I63.513** **Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificada de ambas arterias cerebrales medias**
- I63.523** **Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificada de ambas arterias cerebrales anteriores**
- I63.533** **Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificada de ambas arterias cerebrales posteriores**
- I63.543** **Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificada de ambas arterias cerebelosas**

Secuelas cognitivas de Enfermedades Cerebrovasculares

I69 Secuelas de enfermedad cerebrovascular

Se han creado un total de 48 códigos nuevos que afectan a las subcategorías:

- I69.01** **Deterioro cognitivo tras hemorragia subaracnoidea no traumática**
- I69.11** **Deterioro cognitivo tras hemorragia intracerebral no traumática**
- I69.21** **Deterioro cognitivo tras otro tipo de hemorragia intracranial no traumática**

- I69.31 Deterioro cognitivo tras infarto cerebral**
- I69.81 Deterioro cognitivo tras otra enfermedad cerebrovascular**
- I69.91 Deterioro cognitivo tras enfermedad cerebrovascular no especificada**

El sexto carácter añadido describe específicamente el tipo de déficit cognitivo tras enfermedad cerebrovascular tales como:

- **Déficit de atención y concentración (0)**
- **Déficit de memoria (1)**
- **Déficit visuoespacial y agnosia (2)**
- **Déficit psicomotor (3)**
- **Déficit del lóbulo frontal y de la función ejecutiva (4)**
- **Déficit cognitivo social o emocional (5)**
- **Otros síntomas y signos que afectan a las funciones cognitivas (6)**
- **Síntomas y signos no especificados que afectan a las funciones cognitivas (7)**

Paciente que acude para valoración y tratamiento rehabilitador de hemianopsia derecha y agnosia visual asociativa, debida a un ACV (hemorragia intracerebral del lóbulo occipital izquierdo hace dos meses).

I69.112 Déficit visuoespacial y agnosia tras hemorragia intracerebral no traumática

Aneurisma y Disección de Arterias Precerebrales y Vertebrales

Se han creado una serie de códigos para incluir el **Aneurisma de otras arterias precerebrales (I72.5)**, **Aneurisma de arteria vertebral (I72.6)**, **Disección de arteria no especificada (I77.70)**, **Disección de otras arte-**

rias precerebrales (I77.75), Disección de arteria de extremidad superior (I77.76) y Disección de arteria de extremidad inferior (I77.77). Por su parte, el título del código I77.79 Disección de otra arteria, se ha revisado a “**Disección de otra arteria especificada**”.

Un aneurisma es un ensanchamiento o abombamiento anormal de una parte de una arteria debido a debilidad en la pared del vaso sanguíneo, traumatismos o alteraciones genéticas.

Los aneurismas pueden evolucionar amentando de tamaño, romperse o disecarse. La disección arterial consiste en la formación de un desgarró a lo largo de la pared interna de una arteria que acaba creando una falsa luz. La sangre que se acumula dentro de la misma puede causar coágulos o incluso bloqueo del flujo sanguíneo, dando lugar a un ictus. La ruptura y la disección tienen frecuentemente un mal pronóstico a corto plazo.

Hemorragia, Hematoma y Seroma del Sistema Circulatorio tras Procedimiento

197.6 Hemorragia, hematoma y seroma
posprocedimiento de un órgano o estructura
del aparato circulatorio después de un procedimiento

A fin de diferenciar las hemorragias, hematomas y seromas posprocedimiento en el aparato circulatorio, se han creado los siguientes códigos:

- 197.620 Hemorragia posprocedimiento de un órgano o estructura del aparato circulatorio después de otro tipo de procedimiento**
- 197.621 Hematoma posprocedimiento de un órgano o estructura del aparato circulatorio después de otro tipo de procedimiento**
- 197.622 Seroma posprocedimiento de un órgano o estructura del aparato circulatorio después de otro tipo de procedimiento**

- I97.630 Hematoma posprocedimiento de un órgano o estructura del aparato circulatorio después de cateterismo cardíaco**
- I97.631 Hematoma posprocedimiento de un órgano o estructura del aparato circulatorio después de derivación cardíaca**
- I97.638 Hematoma posprocedimiento de un órgano o estructura del aparato circulatorio después de otro tipo de procedimiento del aparato circulatorio**
- I97.640 Seroma posprocedimiento de un órgano o estructura del aparato circulatorio después de cateterismo cardíaco**
- I97.641 Seroma posprocedimiento de un órgano o estructura del aparato circulatorio después de derivación cardíaca**
- I97.648 Seroma posprocedimiento de un órgano o estructura del aparato circulatorio después de otro tipo de procedimiento del aparato circulatorio**

Capítulo 10. Enfermedades del aparato respiratorio (J00-J99)

Mediastinitis

J98.5 Enfermedades del mediastino, no clasificables bajo otro concepto

La mediastinitis se define como la inflamación aguda o crónica de las estructuras mediastínicas. Dentro de las mediastinitis agudas la causa más frecuente es la cirugía cardíaca con esternotomía (siendo en estos casos el vector más frecuente el *Staphylococcus aureus*). La perforación esofágica normalmente iatrogénica es la segunda causa de mediastinitis aguda, vehiculizada por flora orofaríngea común. La mediastinitis necrotizante descendente es la tercera causa, siendo el foco odontógeno el más frecuente y el *Streptococcus* -hemolítico el microorganismo causante.

Todos los tipos de mediastinitis estaban indexados en el código J98.5 Enfermedades del mediastino, no clasificables bajo otro concepto. Ahora se ha ampliado el J98.5 con dos códigos nuevos: **J98.51** y **J98.59**.

El código **J98.51 Mediastinitis**, identifica exclusivamente esta enfermedad. Proporciona una mayor especificidad para captar la gravedad de la afección, separando afecciones menos graves del mediastino. Si hay una afección subyacente, secuencie esta afección primero, tal como la mediastinitis posoperatoria (T81.-). El código **J98.59 Otras enfermedades del mediastino, no clasificables bajo otro concepto**, se destina a otras afecciones como fibrosis, hernia y retracción del mediastino.

Hematoma y Seroma del Aparato Respiratorio tras Procedimiento

J95.86 Hematoma y seroma posprocedimiento de un órgano o estructura del aparato respiratorio después de un procedimiento

A fin de diferenciar las hemorragias, hematomas y seromas posprocedimiento en el aparato respiratorio se han creado los siguientes códigos:

- J95.860 Hematoma posprocedimiento de un órgano o estructura del aparato respiratorio después de un procedimiento del aparato respiratorio**
- J95.861 Hematoma posprocedimiento de un órgano o estructura del aparato respiratorio después de otro tipo de procedimiento**
- J95.862 Seroma posprocedimiento de un órgano o estructura del aparato respiratorio después de un procedimiento del aparato respiratorio**
- J95.863 Seroma posprocedimiento de un órgano o estructura del aparato respiratorio después de otro tipo de procedimiento**

Capítulo 11. Enfermedades del aparato digestivo (K00-K95)

Expansión de Códigos Dentales

En las categorías K04 a K08 se han introducido un total de 22 códigos nuevos. Los nuevos códigos de la categoría K04 permiten diferenciar entre **K04.01 Pulpitis reversible**, que es una leve inflamación de la pulpa dental, causada por un agente irritante y que desaparece al retirar el estímulo de la **K04.02 Pulpitis irreversible** que es una inflamación severa de la pulpa dental que se produce generalmente cuando la causa de una pulpitis reversible no se ha eliminado. El tratamiento de la pulpitis irreversible consiste siempre en realizar la pulpectomía total del nervio, es decir eliminar el nervio del diente y realizar una endodoncia.

La categoría K05 incluye nuevos códigos que permiten identificar además de si la periodontitis es agresiva o crónica; y localizada o generalizada, así como el grado de severidad de cada una de estas afecciones.

- K05.211** Periodontitis agresiva, localizada, leve
- K05.212** Periodontitis agresiva, localizada, moderada
- K05.213** Periodontitis agresiva, localizada, grave
- K05.219** Periodontitis agresiva, localizada, gravedad no especificada

- K05.221** Periodontitis agresiva, generalizada, leve
- K05.222** Periodontitis agresiva, generalizada, moderada
- K05.223** Periodontitis agresiva, generalizada, grave
- K05.229** Periodontitis agresiva, generalizada, gravedad no especificada

- K05.311** Periodontitis crónica, localizada, leve
- K05.312** Periodontitis crónica, localizada, moderada
- K05.313** Periodontitis crónica, localizada, grave
- K05.319** Periodontitis crónica, localizada, gravedad no especificada

- K05.321** Periodontitis crónica, generalizada, leve
- K05.322** Periodontitis crónica, generalizada, moderada
- K05.323** Periodontitis crónica, generalizada, grave
- K05.329** Periodontitis crónica, generalizada, gravedad no especificada

También se han creado nuevos códigos para identificar la pérdida ósea alveolar, que se produce cuando se reduce la altura del hueso alveolar, pero no se modifica su morfología (**K06.3 Pérdida ósea alveolar horizontal**) y códigos que hacen referencia a los traumas oclusales y otros trastornos especificados de dientes y estructuras de soporte:

- K08.81** Trauma oclusal primario
- K08.82** Trauma oclusal secundario
- K08.89** Otro trastornos especificado de dientes y estructuras de soporte

Gastroenteritis y Colitis no Infecciosa

K52 Otras gastroenteritis y colitis no infecciosas y las no especificadas

La categoría K52, incluye un conjunto de nuevos códigos que tipifican mejor las gastroenteritis y colitis alérgicas y dietéticas así como otros tipos especificados de colitis.

Los nuevos códigos son:

- K52.21** Síndrome de enterocolitis inducida por proteínas de alimentos
- K52.22** Enteropatía inducida por proteínas de alimentos
- K52.29** Otras gastroenteritis y colitis alérgica y dietética

- K52.3** **Colitis indeterminada**
- K52.831** **Colitis colagenosa**
- K52.832** **Colitis linfocítica**
- K52.833** **Otra colitis microscópica**
- K58.839** **Colitis microscópica, no especificada**

El **Síndrome de enterocolitis inducido por proteínas alimentarias (K52.21)** es una entidad caracterizada por una respuesta de hipersensibilidad no mediada por inmunoglobulina E, y una respuesta inflamatoria sistémica.

Generalmente se presenta en lactantes menores de 9 meses. Cursa con síntomas gastrointestinales como vómitos repetidos, diarrea o ambos, en las primeras 24 horas posteriores a la ingesta de proteína, en ausencia de síntomas mediados por IgE, como rash, urticaria o síntomas respiratorios. La **Enteropatía inducida por proteína alimentaria (K52.22)** es parecida al síndrome de enterocolitis inducida por proteína alimentaria pero los síntomas son menos graves. Hay menos vómitos y no hay diarrea sanguinolenta. También se desarrolla en niños pequeños y normalmente desaparece a partir de los 3 años de edad.

K52.3 Colitis indeterminada. En un gran número de casos, la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa presentan rasgos clínicos y patológicos claramente diferenciados. Sin embargo, en aproximadamente un 10% de los casos, al inicio de la enfermedad, los signos o síntomas se presentan superpuestos, no siendo posible identificar cuál de las dos entidades padece el paciente, para lo cual surge la denominación de Colitis Indeterminada (K52.3). La evolución de la enfermedad será la que dará paso al diagnóstico definitivo.

La Colitis Indeterminada es parte del conjunto de enfermedades crónicas, inflamatorias del aparato digestivo, denominadas Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

La **colitis microscópica (K52.83)** se caracteriza por diarrea acuosa crónica acompañada o no de dolor abdominal. Se presenta en pacientes de mediana edad y el diagnóstico se realiza mediante los hallazgos microscópicos de una mucosa de colon con un aspecto macroscópico normal. Existen 2 tipos microscópicamente distintos, la colitis colágena y la colitis linfocítica.

La **colitis colagenosa (K52.831)** muestra unas características histológicas específicas que incluyen la presencia de una banda colágena debajo del

epitelio (subepitelial) y la existencia de un infiltrado inflamatorio crónico en la lámina propia constituido por células plasmáticas y linfocitos.

En la **colitis linfocítica (K52.832)** se observa como hallazgo microscópico más destacado la existencia de numerosos linfocitos intraepiteliales.

Trastornos Vasculares del Intestino

Los nuevos códigos de la categoría **K55 Trastornos vasculares del intestino**, permiten tipificar mejor los trastornos vasculares agudos del intestino delgado y grueso. Por una parte se diferencia entre isquemia aguda o infarto y además se especifica si la afectación es focal o difusa.

K55.011 Isquemia aguda (reversible) focal (segmentaria) de intestino delgado

K55.012 Isquemia aguda (reversible) difusa de intestino delgado

K55.019 Isquemia aguda (reversible) de intestino delgado, extensión no especificada

K55.021 Infarto agudo focal (segmentario) de intestino delgado

K55.022 Infarto agudo difuso de intestino delgado

K55.029 Infarto agudo de intestino delgado, extensión no especificada

K55.031 Isquemia aguda (reversible) focal (segmentaria) de intestino

K55.032 Isquemia aguda (reversible) difusa de intestino grueso

K55.039 Isquemia aguda (reversible) de intestino grueso, extensión no especificada

K55.041 Infarto agudo focal (segmentario) de intestino grueso

K55.042 Infarto agudo difuso de intestino grueso

K55.049 Infarto agudo de intestino grueso, extensión no especificada

- K55.051** Isquemia aguda (reversible) focal (segmentaria) de intestino, parte no especificada
- K55.052** Isquemia aguda (reversible) difusa de intestino, parte no especificada
- K55.059** Isquemia aguda (reversible) de intestino, parte y extensión no especificadas
- K55.061** Infarto agudo focal (segmentario) de intestino, parte no especificada
- K55.062** Infarto agudo difuso de intestino, parte no especificada
- K55.069** Infarto agudo de intestino, parte y extensión no especificadas

Así mismo se ha creado la subcategoría **K55.3 Enterocolitis necrotizante**. Esta afección solo contaba con código específico cuando se producía en el periodo perinatal pero no para su aparición en la edad adulta. Ahora es posible especificar en adultos el estadio de la enfermedad con códigos independientes:

- K55.30** Enterocolitis necrotizante, no especificada
- K55.31** Enterocolitis necrotizante, estadio 1
- K55.32** Enterocolitis necrotizante, estadio 2
- K55.33** Enterocolitis necrotizante, estadio 3

La enterocolitis necrotizante es una afección grave que ocurre cuando el daño tal como inflamación, infección o isquemia lleva a necrosis intestinal. La necrosis puede afectar el revestimiento intestinal o el grosor completo del intestino. Aunque la enterocolitis necrotizante es vista más frecuentemente en niños prematuros de bajo peso al nacer, la afección puede producirse en recién nacidos niños a término y niños fuera del período neonatal, así como en adultos.

En adultos la etiología de la enterocolitis necrotizante no está clara. Como causas sospechadas están la infección, inflamación e isquemia. Hay tres estadios. En el año de 1978, Bell y colaboradores clasificaron la ECN en tres estadios basados en la severidad de la presentación clínica

y estrategias de tratamiento. Posteriormente, Walsh y Kliegman realizaron la modificación de estos criterios y subdividieron cada estadio en A o B de acuerdo con los signos clínicos, radiológicos y las estrategias terapéuticas.

En el estadio 1 no hay signos clínicos o radiológicos específicos. El paciente puede tener distensión abdominal leve con vómitos y sangre oculta en heces. En el estadio 2 hay sangre abundante en heces, íleo y acidosis metabólica. El estadio 3 presenta peritonitis generalizada, abdomen muy doloroso y distendido, ascitis, hipotensión, bradicardia y acidosis mixta.

Síndrome de Intestino Irritable

K58 Síndrome de intestino irritable

Dentro de la categoría K58 se han añadido tres códigos nuevos a los existentes para diferenciar distintos tipos de síndrome de intestino irritable. Estos códigos son:

- K58.1 Síndrome de intestino irritable con estreñimiento**
- K58.2 Síndrome de intestino irritable mixto**
- K58.8 Otro tipo de síndrome de intestino irritable**

El síndrome del intestino irritable es un problema crónico del intestino grueso. Describe un grupo de síntomas que por lo general ocurren al mismo tiempo. Los síntomas comunes del síndrome del intestino irritable incluyen: dolor abdominal, distensión abdominal, diarrea o estreñimiento (o una combinación entre diarrea y estreñimiento), necesidad imperiosa de evacuación intestinal y mucosidad en las heces. Puede provocar incomodidad física y estrés emocional, pero no se acompaña de un daño orgánico del intestino grueso.

Es un síndrome muy común y ocurre con más frecuencia en las mujeres. También se conoce como síndrome del intestino funcional, colon irritable, intestino espástico y colon espástico.

El diagnóstico debe fundamentarse en los síntomas característicos que se han sistematizado en los criterios de Roma, aunque ello no exime de realizar las exploraciones pertinentes para establecer el diagnóstico diferencial con algunas patologías orgánicas que pueden manifestarse de forma similar.

Los síntomas del síndrome del intestino irritable son diferentes para cada persona. Si cumple con los criterios de Roma, el médico puede clasificar aún más el síndrome del intestino irritable como uno de los 4 subtipos siguientes:

- Síndrome del intestino irritable con estreñimiento
- Síndrome del intestino irritable con diarrea
- Síndrome del intestino irritable combinado
- Síndrome del intestino irritable sin subtipo

Estreñimiento

K59.0 Estreñimiento

En la subcategoría K59.0 se han añadido dos códigos nuevos:

K59.03 Estreñimiento inducido por fármacos

K59.04 Estreñimiento idiopático crónico

El estreñimiento es una afección consistente en la falta de movimiento regular de los intestinos, lo que produce una defecación infrecuente o con esfuerzo, generalmente de heces escasas y duras. La frecuencia defecatoria normal varía entre personas, desde un par de veces al día hasta tres veces a la semana. Puede considerarse un trastorno según altere o no la calidad de vida.

El estreñimiento no es una enfermedad, sino un síntoma con muchas causas. A menudo se produce por ingerir alimentos con poca cantidad de fibra, falta de ejercicio físico, ingesta de poco líquido sobre todo agua, demorar la defecación, viajes o estrés. También es frecuente durante el embarazo y durante la adolescencia debido al crecimiento.

Otras causas de estreñimiento, relacionadas con enfermedades son:

- Cáncer de colon
- Efecto secundario de algunos medicamentos, como la codeína
- Enfermedades intestinales, como el síndrome del intestino irritable
- Hipotiroidismo
- Problemas neurológicos
- Trastornos de salud mental

Megacolon

K59.3 Megacolon, no clasificado bajo otro concepto

El código K59.3 se ha subdivido con dos nuevos códigos:

K59.31 Megacolon tóxico

K59.39 Otro tipo de megacolon.

Se conoce como megacolon al aumento de diámetro del colon superior a 6 cm. Se clasifica en megacolon congénito o enfermedad de Hirschsprung y megacolon adquirido que se presenta de forma crónica o aguda (esta última se conoce como megacolon tóxico).

Entre las principales causas del megacolon tóxico, están las de origen inflamatorio, (colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, colitis pseudomembranosa, colitis radiactiva, colitis isquémica) y las de origen infeccioso (*Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, *Yersinia*). Su incidencia es baja y afecta por igual a ambos sexos, principalmente adultos jóvenes.

El cuadro clínico se caracteriza por la presencia de distensión abdominal, dolor a la palpación, disminución de ruidos intestinales, fiebre, hipotensión arterial y taquicardia. La mortalidad es alta y se relaciona con la edad de presentación, el retraso en el inicio del tratamiento y la presencia o no de perforación.

Pancreatitis Aguda

K85 Pancreatitis aguda

Se han introducido criterios de gravedad dentro de las distintas subcategorías de la pancreatitis aguda añadiendo un quinto dígito que especifica si existe o no necrosis o infección.

0 sin necrosis ni infección

1 con necrosis no infectada

2 con necrosis infectada

La pancreatitis aguda es una inflamación brusca del páncreas provocada por la activación de las enzimas que produce para la digestión. En casos graves, parte del páncreas se destruye en un proceso de necrosis, que produce una reacción inflamatoria generalizada que puede afectar a otros órganos vitales.

Las dos causas más frecuentes (80%) son los cálculos en la vesícula biliar (colecistitis) y el consumo excesivo de alcohol. Los cálculos de la vesícula producen pancreatitis al moverse hacia el conducto biliar y obstruir la salida del páncreas hacia el intestino. El alcohol tiene un efecto tóxico directo y también puede producir pancreatitis crónica. Otras causas más raras son ciertos medicamentos, aumento importante de los niveles de grasa en sangre (hipertrigliceridemia), aumento mantenido de calcio en sangre (hipercalcemia), obstrucciones de la salida del conducto del páncreas, traumatismos en el abdomen, algunas intervenciones quirúrgicas y la realización de una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). En aproximadamente un 20% de los pacientes no se descubre la causa (pancreatitis aguda idiopática), de los cuales solo sufren nuevos episodios de pancreatitis un pequeño porcentaje (5%).

Clínicamente cursa con dolor abdominal continuo e intenso, irradiado con frecuencia a la espalda “en cinturón” y acompañado en la mayor parte de los casos de náuseas y vómitos.

El diagnóstico se realiza principalmente mediante el análisis de las enzimas pancreáticas en sangre (amilasa o lipasa), que casi siempre están elevadas en la pancreatitis aguda. Otros procesos pueden producir dolor abdominal y aumento de enzimas pancreáticas, y hay pancreatitis

agudas que cursan con niveles normales de enzimas pancreáticas, por lo que en algunos casos puede ser necesario realizar una tomografía axial computarizada (TAC) del abdomen, si existe duda. Esta prueba es además la más adecuada para valorar posteriormente el grado de necrosis del páncreas y otras complicaciones a nivel del abdomen. La ecografía del abdomen permite ver si hay cálculos en la vesícula, pero puede no verse bien el páncreas. La resonancia magnética puede ser útil si existe alergia al contraste intravenoso, si hay insuficiencia renal o si se quiere descartar la presencia de un cálculo en el colédoco. La ecografía endoscópica es muy útil para valorar mejor el páncreas y detectar cálculos biliares no vistos con otras pruebas de imagen.

Los códigos nuevos son los siguientes:

- K85.00 Pancreatitis aguda idiopática sin necrosis ni infección**
- K85.01 Pancreatitis aguda idiopática con necrosis no infectada**
- K85.02 Pancreatitis aguda idiopática con necrosis infectada**

- K85.10 Pancreatitis aguda biliar sin necrosis ni infección**
- K85.11 Pancreatitis aguda biliar con necrosis no infectada**
- K85.12 Pancreatitis aguda biliar con necrosis infectada**

- K85.20 Pancreatitis aguda inducida por alcohol sin necrosis ni infección**
- K85.21 Pancreatitis aguda inducida por alcohol con necrosis no infectada**
- K85.22 Pancreatitis aguda inducida por alcohol con necrosis infectada**

- K85.30 Pancreatitis aguda inducida por fármacos sin necrosis ni infección**
- K85.31 Pancreatitis aguda inducida por fármacos con necrosis no infectada**
- K85.32 Pancreatitis aguda inducida por fármacos con necrosis infectada**

- K85.80 Otros tipos de pancreatitis aguda sin necrosis ni infección**

- K85.81** **Otros tipos de pancreatitis aguda con necrosis no infectada**
- K85.82** **Otros tipos de pancreatitis aguda con necrosis infectada**
- K85.90** **Pancreatitis aguda sin necrosis ni infección, no especificada**
- K85.91** **Pancreatitis aguda con necrosis no infectada, no especificada**
- K85.92** **Pancreatitis aguda con necrosis infectada, no especificada**

Insuficiencia Pancreática Exocrina

K86.81 Insuficiencia pancreática exocrina

La subcategoría **K86.8 Otras enfermedades especificadas del páncreas**, se ha subdividido para especificar otras enfermedades especificadas del páncreas, no relacionadas con la pancreatitis aguda. Pare ello se han creado dos códigos nuevos:

- K86.81** **Insuficiencia pancreática exocrina**
- K86.89** **Otras enfermedades especificadas de páncreas**

La insuficiencia pancreática exocrina (IPE) se define como la incapacidad del páncreas exocrino para realizar una función digestiva normal. Habitualmente, la IPE es consecuencia de una reducción grave de la secreción pancreática, que llega a ser inferior al 10% de la considerada como normal. Por definición, la IPE siempre se asocia a mala digestión, con la consiguiente malabsorción de los alimentos no digeridos que desencadena un estado de malnutrición.

Las causas principales de IPE son:

- La pancreatitis crónica: es la causa más frecuente de aparición de la insuficiencia pancreática exocrina y dentro de ellas están las causadas por el alcoholismo crónico.

- La fibrosis quística del páncreas: enfermedad de base genética, que causa la producción de secreciones espesas que obstruyen los conductos pancreáticos, evitando que los enzimas pancreáticos alcancen el intestino. En ocasiones, aparece una autodigestión del páncreas que conduce a pancreatitis. Se asocia generalmente con infecciones bronquiales y neumonías de repetición.
- Las obstrucciones del conducto pancreático (por neoplasias de páncreas o tumores ampulares).
- La pancreatitis autoinmune: causada a menudo por enfermedades relacionadas con la secreción aumentada de inmunoglobulina G4 (IgG4) y que puede progresar al desarrollo de una insuficiencia pancreática exocrina. También puede afectar a las vías biliares y producir episodios de ictericia.
- El síndrome de Shwachman-Diamond: rara enfermedad genética y hereditaria con carácter autosómico recesivo, caracterizada por la presencia de insuficiencia pancreática exocrina, junto con disfunción de la médula ósea, predisposición a la leucemia y anomalías esqueléticas.

El cuadro clínico incluye: esteatorrea clínicamente evidente, mala digestión de grasas, pérdida de peso y flatulencia, que se manifiesta en forma de distensión abdominal y calambres abdominales que se origina por la fermentación bacteriana de las sustancias alimenticias no absorbidas, que liberan abundantes gases tales como hidrógeno y metano.

La malabsorción crónica, que aparece con frecuencia en la IPE, puede causar edemas maleolares en extremidades, por malabsorción importante de proteínas, anemia que puede ser microcítica (relacionado con la deficiencia de hierro) o macrocítica (relacionada con la deficiencia de ácido fólico y/o vitamina B12), trastornos hemorrágicos por malabsorción de la vitamina K y posterior deficiencia de la tasa de protrombina, enfermedad ósea metabólica, causada por la deficiencia de vitamina D, que puede resultar en osteopenia u osteomalacia y manifestaciones neurológicas, como resultado de trastornos electrolíticos (hipocalcemia e hipomagnesemia) y que pueden provocar tetania.

El diagnóstico de la insuficiencia pancreática exocrina (IPE) es en gran parte clínico. Una adecuada valoración del estado nutricional, a través de indicadores antropométricos (peso, talla, índice de masa corporal o IMC, composición corporal, etc.) y una analítica sanguínea amplia, permite detectar la presencia de un estado nutricional deficiente, que es un indicio de la posible existencia de insuficiencia pancreática exocrina.

Sensibilidad al Gluten no Celíaca y Trastornos de Malabsorción

K90.4 Otro tipo de malabsorción debida a intolerancia

La subcategoría K90.4 se ha expandido con dos códigos nuevos:

- K90.41 Sensibilidad al gluten no celíaca**
- K90.49 Malabsorción debida a intolerancia, no clasificada bajo otro concepto**

La sensibilidad al gluten no celiaca es una patología que sufren personas a las que se les ha descartado padecer la enfermedad celiaca y/o alergia al trigo, y que puede afectar a entre un 5 y un 10 por ciento de la población. Pese a incluir el término gluten en el nombre de la nueva enfermedad, se desconoce si este componente del trigo, otras proteínas o los hidratos de carbono son los que desencadenan la sintomatología.

Desde el punto de vista clínico, los afectados por esta nueva patología experimentan síntomas gastrointestinales como diarrea, dolor o hinchazón abdominal, aunque también predominan las manifestaciones extradigestivas como cansancio, dificultad para concentrarse y dolores musculares o articulares.

Los anticuerpos antitransglutaminasa tisular son negativos y la mucosa intestinal muestra, en algunos casos, lesiones del tipo Marsh 1 (estructura vellositaria conservada con aumento de linfocitos intraepiteliales), aunque pueden no presentar ningún tipo de lesión.

El diagnóstico, a día de hoy, se confirma, si una vez descartada la enfermedad celiaca y la alergia al trigo, se observa una mejoría al hacer dieta sin gluten y sucede una recaída del paciente cuando el gluten es reintroducido en su alimentación.

Hemorragia, Hematoma y Seroma del Aparato Digestivo tras Procedimiento

K91.87 Hematoma y seroma posprocedimiento de un órgano o estructura del aparato digestivo después de un procedimiento

A fin de diferenciar las hemorragias de los hematomas y seromas tras procedimientos en el aparato digestivo se han creado los siguientes códigos:

- K91.870 Hematoma posprocedimiento de un órgano o estructura del aparato digestivo después de un procedimiento del aparato digestivo**
- K91.871 Hematoma posprocedimiento de un órgano o estructura del aparato digestivo después de otro tipo de procedimiento**
- K91.872 Seroma posprocedimiento de un órgano o estructura del aparato digestivo después de un procedimiento del aparato digestivo**
- K91.873 Seroma posprocedimiento de un órgano o estructura del aparato digestivo después de otro tipo de procedimiento**

Capítulo 12. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)

Celulitis Periorbitaria (Preseptal)

L03.213 Celulitis periorbitaria

La subcategoría **L03.21 Celulitis y linfangitis aguda de cara**, ha incorporado un nuevo código para identificar específicamente la celulitis periorbitaria. La celulitis periorbitaria es una inflamación secundaria a infección que ocurre en la dermis circundante al globo ocular, anterior al septum orbitario.

Los agentes más frecuentemente relacionados con este cuadro son el *Staphylococcus aureus* y el *Streptococcus pneumoniae*. En los casos secundarios a sinusitis, puede existir presencia de *Haemophilus influenzae* u otros agentes. Puede ser causada secundariamente a alguna puerta de entrada local, como por ejemplo la picadura de un insecto o secundario a algún traumatismo en la región, además, también puede ocurrir debido a diseminación desde un foco contiguo, tal como se observa en las sinusitis o en las dacriocistitis.

La celulitis periorbitaria debe diferenciarse principalmente de la celulitis orbitaria, debido a que la segunda requiere un manejo hospitalizado con tratamiento antibiótico endovenoso y, en algunos casos, drenaje quirúrgico. En general, los pacientes con celulitis periorbitaria presentan una lesión eritematosa con bordes difusos, con aumento de la temperatura local, fiebre, dolor e inyección conjuntival con epífora. En contraste con una celulitis orbitaria, no tiene compromiso ocular (indemnidad de los movimientos oculares, ausencia de dolor y sin compromiso de la agudeza visual). En caso de presentarse alguno de estos síntomas, es necesario realizar una tomografía computarizada para descartar compromiso postseptal.

Piel y Tejido Subcutáneo Excesivos y Redundantes

L98.7 Piel y tejido subcutáneo excesivos y superfluos

Este nuevo código permite identificar la piel laxa y flácida, independientemente de cual haya sido su origen.

La piel excesiva y superflua o piel flácida aparece cuando se pierde una determinada cantidad de peso a una velocidad mayor de la que necesita el cuerpo para regenerarse y adaptarse otra vez al nuevo peso.

El fenómeno de la piel sobrante aparece porque con anterioridad al proceso de adelgazamiento, la piel se ha estirado y expandido en paralelo al aumento de peso, perdiendo con ello elasticidad. Esto ocurre por ejemplo en pacientes que han sido sometidos a cirugía bariátrica. El exceso de piel y tejido subcutáneo puede producir inflamación entre los pliegues que se forman y dar lugar a infecciones y erupciones.

Hematoma y Seroma de Piel y Tejido Subcutáneo tras Procedimiento

L76.3 Hematoma y seroma posprocedimiento de la piel y del tejido subcutáneo después de un procedimiento

Los nuevos códigos que permiten diferenciar las complicaciones por hematoma y seroma posprocedimiento en piel y tejido subcutáneo son:

- L76.31 Hematoma posprocedimiento de la piel y del tejido subcutáneo después de un procedimiento dermatológico**
- L76.32 Hematoma posprocedimiento de la piel y del tejido subcutáneo después de otro tipo de procedimiento**
- L76.33 Seroma posprocedimiento de la piel y del tejido subcutáneo después de un procedimiento dermatológico**

L76.34 Seroma posprocedimiento de la piel y del tejido subcutáneo después de otro tipo de procedimiento

Capítulo 13.

Enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo (M00-M99)

Síndromes Autoinflamatorios

M04 Síndromes autoinflamatorios

Se ha creado una nueva categoría M04 para registrar los síndromes autoinflamatorios, que incluye los siguientes códigos:

- M04.1** **Síndromes de fiebre periódica**
- M04.2** **Síndromes periódicos asociados a criopirina**
- M04.8** **Otros síndromes autoinflamatorios**
- M04.9** **Síndrome autoinflamatorio, no especificado**

Síndromes de fiebre periódica

Dentro de los síndromes autoinflamatorios, el grupo de los síndromes hereditarios de fiebre periódica es el más característico. Este grupo presenta como rasgo común la aparición de episodios febriles agudos, autolimitados, con una duración y periodicidad variables y que evolucionan con determinadas manifestaciones clínicas y un aumento de los reactantes de fase aguda.

- **Fiebre mediterránea familiar**

La FMF es la enfermedad más frecuente del grupo de los síndromes hereditarios de fiebre periódica a nivel mundial y presenta una incidencia muy elevada en algunas poblaciones del este del Mediterráneo.

neo. Los pacientes presentan episodios inflamatorios de instauración brusca, habitualmente breves (de 6 a 72 h), que recurren cada 4-5 semanas, y que pueden desencadenarse por estrés (físico o psicológico), menstruación o infecciones, entre otros. Entre los episodios, los pacientes se encuentran asintomáticos. Están afectados por igual hombres y mujeres y suele iniciarse en los primeros años de vida. La fiebre es normalmente elevada y se acompaña de artritis (habitualmente oligoarticular de grandes articulaciones en extremidades inferiores), peritonitis y pleuritis, y en menor frecuencia pericarditis. En algunas ocasiones puede aparecer un exantema similar a una eripipela, y mialgias.

Anteriormente se codificaba bajo el E85.0 Amiloidosis hereditaria familiar no neuropática, cuyo incluye ha sido borrado para esta edición

- **Síndrome periódico asociado al receptor del TNF**

El TRAPS es el segundo síndrome hereditario de fiebre periódica más frecuente. Se ha descrito en diferentes grupos étnicos, y afecta por igual a hombres y mujeres. De herencia autosómica dominante, se produce por una mutación en el gen *TNFRSF1A*, localizado en el brazo corto del cromosoma 12.

La enfermedad se caracteriza por fiebre recurrente de duración prolongada (entre 1 y 4 semanas) a intervalos irregulares de semanas o meses. De inicio habitualmente antes de los 10 años de edad, y que puede ser desencadenada por infecciones, traumatismos, estrés, etc. Característicamente presentan mialgias intensas localizadas en ciertos grupos musculares y que van migrando. Las artralgiás se observan en dos tercios de los pacientes, afectando a articulaciones periféricas en forma mono u oligoarticular.

- **Síndrome de hiper-IgD (HIDS)**

El HIDS se presenta por igual en hombres y mujeres, y usualmente comienza en el primer año de vida, y casi siempre antes de los 5 años. Clínicamente, se caracteriza por episodios recurrentes de fiebre alta cada 4-6 semanas y de 3-7 días de duración. La fiebre se acompaña con mucha frecuencia de adenopatías, dolor abdomi-

nal, vómitos y diarrea. Los episodios pueden desencadenarse por procesos infecciosos, vacunas, traumatismos, etc. A nivel cutáneo, pueden observarse máculas, pápulas y lesiones urticariales. Dos tercios de los pacientes presentan artritis o artralgias, usualmente simétricas, de predominio en grandes articulaciones, pero sin destrucción articular. Con el paso de los años, los episodios tienden a espaciarse. Las pruebas complementarias muestran leucocitosis y aumento de los reactantes de fase aguda. Característicamente, los niveles de IgD están aumentados, así como los de IgA, aunque ninguno de los dos es específico. Típicamente, los pacientes con HIDS presentan un aumento de la excreción urinaria de ácido mevalónico durante los episodios febriles, hecho que ayuda en el diagnóstico diferencial.

• **Síndromes periódicos asociados a la criopirina**

La criopirina es un mediador de la inflamación mediante la activación de la interleukina 1 (IL-1). La activación excesiva de la IL-1 puede llevar a una respuesta inflamatoria anormal. Los síndromes periódicos asociados a la criopirina o CAPS pueden producir un daño en el órgano final debido a inflamación crónica.

Bajo la denominación CAPS se engloban en la actualidad tres enfermedades que fueron descritas como entidades clínicas independientes y aparentemente no relacionadas unas con otras, que recibieron los nombres de síndrome autoinflamatorio familiar inducido por el frío (FCAS), síndrome de Muckle-Wells y síndrome CINCA-NOMID1-6. En el caso de los síndromes FCAS y Muckle-Wells, desde las primeras descripciones clínicas quedó patente la presencia de un componente hereditario, ya que en el seno de una misma familia existían numerosos casos. Por el contrario, el síndrome CINCA-NOMID se caracterizaba por una ausencia habitual de antecedentes familiares de la enfermedad, y, en consecuencia, se sospechaban para esta entidad clínica mecanismos patogénicos muy diferentes a los mecanismos genéticos (infecciosos, teratogénicos, tóxicos, entre otros).

Juanete y juanete de sastre

M21.61 Juanete y M21.62 Juanete de sastre

La edición de 2018, incluye dos nuevas subcategorías (M21.61 y M21.62) que permiten codificar de forma específica el juanete y el juanete de sastre. Estas subcategorías incluyen códigos que tipifican la lateralidad de los mismos.

M21.611 Juanete de pie derecho

M21.612 Juanete de pie izquierdo

M21.619 Juanete de pie no especificado

M21.621 Juanete de sastre de pie derecho

M21.622 Juanete de sastre de pie izquierdo

M21.629 Juanete de sastre de pie no especificado

El juanete era un término de inclusión en el código M20.1 Hallux valgus (adquirido). Se ha borrado en esta edición y cambiado por un Excluye 2. El juanete de sastre por su parte es un concepto que anteriormente no se recogía en la CIE-10-ES.

Un juanete es una exostosis o abultamiento óseo no natural que se forma en la base del dedo gordo del pie. Una deformidad de juanete no implica ningún cambio de posición del primer metatarsiano o del dedo gordo. Caso de producirse, con hipertrofia asociada del cóndilo de la cabeza del primer metatarsiano junto con edema y bursitis, la deformidad sería una deformidad de hallux valgus (M20.1-).

Es importante diferenciar el juanete del hallux valgus que a menudo aparecen asociados. Son dos conceptos diferentes de deformidad. Cuando ya existe hallux valgus no sería necesario codificar el juanete (que ya está incluido).

El nombre particular de “juanete o juanetillo de sastre” se debe a la posición que tomaban los sastres en la antigüedad. Se sentaban en el suelo duro con las piernas cruzadas para coser. Esta posición genera una presión continua del cóndilo externo del quinto metatarsiano, produciendo inflamación y posterior deformidad.

Dolor en Articulaciones de la Mano

M25.54 Dolor en articulaciones de la mano

La subcategoría **M25.5 Dolor en articulación**, incluye una nueva subcategoría (M25.54) que permite codificar el dolor de las articulaciones de la mano. Los códigos nuevos que se han creado para especificar la lateralidad son:

- M25.541 Dolor en articulaciones de la mano derecha**
- M25.542 Dolor en articulaciones de la mano izquierda**
- M25.549 Dolor en articulaciones de mano no especificada**

Trastornos de la Articulación

Temporomandibular

M26.6 Trastornos de articulación temporomandibular

La revisión que se ha realizado en la subcategoría M26.6 ha sido para dotar de códigos de lateralidad a cada una de sus subcategorías.

Los trastornos de la articulación temporomandibular (ATM) se refieren a un conjunto de afecciones caracterizadas por dolor en la misma o en los tejidos circundantes, limitaciones funcionales de la mandíbula o ruidos en la ATM durante el movimiento. Los trastornos de la ATM incluyen adherencias, anquilosis, artralgia y trastornos del disco articular.

La anquilosis es la rigidez (inmovilidad) o fijación (fusión) de la articulación. La anquilosis de la ATM es a menudo debida a traumatismo o infección pero puede ser congénita o debida a artritis reumatoide. Produce limitación del movimiento crónica y dolorosa. La artralgia de la articulación temporomandibular se caracteriza por molestias y dolor de la articulación. El disco articular es la lámina fibrocartilaginosa que separa la articulación temporomandibular en cavidades superior e inferior. Los trastornos del disco articular son correctamente recogidos en la subcategoría M26.63.

Trastornos del Disco Cervical

M50 Trastornos de disco cervical

En la categoría M50 se han añadido códigos nuevos que identifican niveles específicos de la columna cervical media en los trastornos de los discos cervicales (nivel C4-C5, nivel C5-C6, nivel C6-C7 y nivel no especificado). Los códigos se han incluido respetando la estructura anterior de la clasificación y se han añadido los códigos en las siguientes subcategorías:

- M50.02** Trastorno de disco cervical con mielopatía, región mediocervical
- M50.12** Trastorno de disco cervical con radiculopatía, región mediocervical
- M50.22** Otro desplazamiento de disco cervical, región mediocervical
- M50.32** Otra degeneración de disco cervical, región mediocervical
- M50.82** Otros trastornos de disco cervical, región mediocervical
- M50.92** Trastorno no especificado de disco cervical, región mediocervical

Ingreso para tratamiento de hernia discal C5-C6 con radiculopatía

M50.222 Otro desplazamiento de disco cervical a nivel de C5-C6

Sarcopenia

M62.84 Sarcopenia

Inicialmente la sarcopenia fue definida como la pérdida de masa muscular, normal e involuntaria asociada al envejecimiento. La definición actual de sarcopenia no incluye solamente la pérdida de masa

muscular sino que considera también la pérdida de fuerza muscular y los cambios cualitativos del tejido muscular. Recientemente se ha consensuado una definición de sarcopenia según la cual ésta es “un síndrome caracterizado por una progresiva y generalizada pérdida de masa y fuerza muscular esquelética con riesgo de resultados negativos como discapacidad física, peor calidad de vida y muerte”. Puede clasificarse en primaria si no se encuentran otras causas que el propio proceso de envejecimiento o secundaria cuando se encuentran una o más causas. Puede aparecer o agravarse coincidiendo con una desnutrición proteico calórica, y por lo tanto asociada a pérdida de peso. Sin embargo también puede encontrarse sarcopenia con un peso corporal normal o incluso alto. La obesidad con sarcopenia acumula los problemas asociados de ambos y se ve favorecida por dietas inadecuadas y sedentarismo acusado. Este código incluye una instrucción de codifique primero la enfermedad subyacente, si procede.

Paciente que ingresa para estudio por sarcopenia progresiva. Se realiza biopsia muscular, siendo finalmente diagnosticado de una miopatía mitocondrial.

G71.3 **Miopatía mitocondrial, no clasificada bajo otro concepto**
M62.84 **Sarcopenia**

Fracturas Femorales Atípicas

M84.75 Fractura femoral atípica

Se ha creado la nueva subcategoría **M84.7 Fractura no traumática, no clasificada bajo otro concepto**, para identificar las fracturas femorales atípicas. Estas fracturas atípicas, se subdividen en completas e incompletas. La fractura completa a su vez, se subdivide en transversa o en oblicua. Además de identificar la lateralidad, el séptimo carácter identifica el tipo de contacto correspondiente, debiendo añadirse a los siguientes códigos:

- M84.750 Fractura femoral atípica, no especificada**
- M84.751 Fractura femoral atípica incompleta, pierna derecha**
- M84.752 Fractura femoral atípica incompleta, pierna izquierda**
- M84.753 Fractura femoral atípica incompleta, pierna no especificada**
- M84.754 Fractura femoral atípica transversal completa, pierna derecha**
- M84.755 Fractura femoral atípica transversal completa, pierna izquierda**
- M84.756 Fractura femoral atípica transversal completa, pierna no especificada**
- M84.757 Fractura femoral atípica oblicua completa, pierna derecha**
- M84.758 Fractura femoral atípica oblicua completa, pierna izquierda**
- M84.759 Fractura femoral atípica oblicua completa, pierna no especificada**

Las fracturas femorales atípicas se asocian a la toma de bifosfonatos y en menor medida a glucocorticoides. Son fracturas la mayor parte de las veces localizadas en el tercio proximal de la diáfisis femoral, aunque pueden aparecer en cualquier otra localización de esta diáfisis, desde la porción distal del trocánter menor hasta la porción proximal de la prominencia supracondílea de la metáfisis femoral distal. Desde el punto de vista del mecanismo causal, aparecen normalmente después de un traumatismo de baja energía, equivalente a una caída desde la propia altura o menor, aunque pueden aparecer de manera espontánea. Anatomopatológicamente pueden ser fracturas completas o incompletas, pudiendo en ambos casos ser bilaterales. Las completas afectan a la totalidad de la diáfisis, tienen normalmente un trazo transversal o ligeramente oblicuo con formación de una característica espícula medial y son no conminutas. Las incompletas, en cambio, afectan exclusivamente a una de las corticales diafisarias, normalmente la lateral, comportándose en su apariencia anatomopatológica como una fractura de estrés y radiológicamente como una línea transversa radioluciente localizada en dicha cortical

Si la fractura es debida al uso de bifosfonatos durante largo tiempo, deben asignarse también los códigos T45.8X5A Efecto adverso de otros agentes principalmente sistémicos y hematológicos, contacto inicial, y Z79.83 Uso prolongado (actual) de bifosfonatos.

Hematoma y Seroma de Aparato Musculoesquelético tras Procedimiento

M96.84 Hematoma y seroma posprocedimiento de una estructura musculoesquelética después de un procedimiento

A fin de diferenciar las hemorragias de los hematomas y seromas tras procedimiento en el aparato musculoesquelético se han creado los siguientes códigos:

- M96.840 Hematoma posprocedimiento de una estructura musculoesquelética después de un procedimiento del aparato musculoesquelético**
- M96.841 Hematoma posprocedimiento de una estructura musculoesquelética después de otro tipo de procedimiento**
- M96.842 Seroma posprocedimiento de una estructura musculoesquelética después de un procedimiento del aparato musculoesquelético**
- M96.843 Seroma posprocedimiento de una estructura musculoesquelética después de otro tipo de procedimiento**

Fracturas Periprotésicas

M97 Fractura periprotésica en torno a prótesis articular interna

Se ha creado la categoría M97 para codificar las fracturas periprotésicas, en el Capítulo 13 de Enfermedades del aparato musculoesquelético

y del tejido conectivo. Anteriormente se codificaban en la categoría T84 Complicaciones de prótesis, implantes e injertos ortopédicos internos del capítulo 19, en la subcategoría **T84.04 Fractura periprotésica sobre prótesis interna de articulación**. Sin embargo al no ser complicaciones de las prótesis (las prótesis en sí no se fracturan, sino el área que rodea la prótesis) se decidió sacarlas de este lugar de la clasificación.

Las fracturas periprotésicas se producen por traumatismo o afecciones patológicas. Debe asignarse un código de la afección subyacente así como un código del tipo específico de fractura (traumática o patológica). Si el motivo del ingreso o contacto es la fractura, se secuenciará primero el tipo específico de fractura (traumática o patológica) y la fractura periprotésica irá como código diagnóstico secundario.

Estas fracturas se pueden producir alrededor de cualquier prótesis y se clasifican en: cadera (**M97.0**), rodilla (**M97.1**), tobillo (**M97.2**), hombro (**M97.3**), y codo (**M97.4**). La subcategoría M97.8 identifica “otras” localizaciones de fracturas periprotésicas. Estos códigos requieren un quinto carácter para especificar la lateralidad de cada articulación y también un 7º carácter que indica: contacto inicial (A), contacto sucesivo (D), o secuela (S).

- M97.0 Fractura periprotésica en torno a prótesis articular interna de la cadera**
- M97.1 Fractura periprotésica en torno a prótesis articular interna de la rodilla**
- M97.2 Fractura periprotésica en torno a prótesis articular interna del tobillo**
- M97.3 Fractura periprotésica en torno a prótesis articular interna del hombro**
- M97.4 Fractura periprotésica en torno a prótesis articular interna del codo**
- M97.8 Fractura periprotésica en torno a otra prótesis articular interna**
- M97.9 Fractura periprotésica en torno a prótesis articular interna no °especificada**

Ingreso para tratamiento inicial de fractura periprotésica de hombro izquierdo

M97.32XA Fractura periprotésica en torno a prótesis articular interna del codo izquierdo. Contacto inicial

Capítulo 14. Enfermedades del aparato genitourinario (N00-N99)

Obstrucción Adquirida de la Unión

Ureteropélvica

N13.0 Hidronefrosis con obstrucción de unión pieloureteral

Se ha creado un nuevo código **N13.0 Hidronefrosis con obstrucción de unión pieloureteral**, en la categoría N13 Uropatía obstructiva y por reflujo, para identificar por separado la obstrucción adquirida de la unión ureteropélvica cuando está presente la hidronefrosis.

La estenosis de la unión pieloureteral (EPU) es la alteración congénita más frecuente del tracto urinario superior. Se suele diagnosticar en la adolescencia o en la edad adulta, por ser en estas edades cuando comienza a manifestarse clínicamente. Aunque la etiología más frecuente es una alteración congénita de la unión pieloureteral, se han descrito otras causas tanto de origen ureteral (válvulas ureterales, anomalías en la inserción del uréter) como extraureteral (adherencias, fibrosis, vasos anómalos). También puede asociarse a otras anomalías renales. Cuando debuta con clínica lo más frecuente es la aparición de dolor lumbar, pudiendo ser dolor sordo o cólico. En muchas ocasiones la EPU se acompaña de litiasis secundaria al estasis urinario. Otras formas de presentación pueden ser la aparición de hematuria o las infecciones urinarias de repetición.

Incontinencia urinaria

N39.49 Otros tipos especificados de incontinencia urinaria

Se han creado dos códigos nuevos para identificar tipos de incontinencia urinaria que no están actualmente clasificados en la CIE-10-ES. Estos códigos se añaden a la categoría N39.49 Otros tipos especificados de incontinencia urinaria, y son:

N39.491 Incontinencia coital

N39.492 Incontinencia (urinaria) postural

La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina y es un problema frecuente en hombres y mujeres de más de 65 años, pero también ocurre en pacientes jóvenes. Los embarazos múltiples, el sobrepeso y la debilidad genética pueden incrementar el riesgo de padecerla.

El código **N39.491 Incontinencia coital**, hace referencia a la pérdida involuntaria de orina por disfunción del suelo pélvico subyacente.

El código **N39.492 Incontinencia (urinaria) postural** recoge la pérdida involuntaria de orina asociada con el cambio de la posición corporal, como es levantarse de una posición sentada o acostada.

En el código N39.42 Incontinencia sin percepción sensorial, se ha añadido un término de inclusión para indicar que la incontinencia (urinaria) insensible es resultado de fuga por estrés de pequeñas cantidades de orina y es un tipo muy común de incontinencia urinaria.

Proliferación Acinar Pequeña Atípica

N42.3 Displasia de Próstata

Se ha ampliado el código N42.3 para identificar independientemente la **Displasia de próstata no especificada (N42.30)**, **Neoplasia intraepitelial prostática (N42.31)**, **Proliferación acinar atípica pequeña de próstata (N42.32)** y **Otra displasia de próstata (N42.39)**.

Antes de esta ampliación solo existía el código N42.3, Displasia de próstata, que no incluía la proliferación acinar pequeña atípica de próstata. Aunque es la nomenclatura más encontrada en la literatura, la proliferación acinar atípica pequeña de próstata (ASAP) es en sí misma controvertida. Se engloban aquí aquellas lesiones demasiado pequeñas o en las que faltan suficientes criterios para poder hacer un diagnóstico definitivo de adenocarcinoma. La mitad de los casos de ASAP son realmente carcinomas biopsiados en su margen, y la otra mitad representan cambios reactivos benignos, acinos prostáticos atróficos con atipias, o bien hallazgos indeterminados que no pueden descartar por completo el diagnóstico de carcinoma. El diagnóstico de ASAP, por tanto, indica al urólogo que la biopsia muestra características histológicas ni claramente benignas ni malignas y que requiere o bien un estrecho seguimiento clínico o bien una repetición de la biopsia, habitualmente ampliando la estrategia de la misma (habitualmente con la toma de cilindros adicionales).

Dolor Testicular/Dolor Escrotal

N50.8 Otros trastornos especificados de los órganos genitales masculinos

Se han creado códigos nuevos para el **Dolor testicular derecho (N50.811)**, **Dolor testicular izquierdo (N50.812)**, **Dolor testicular, no especificado (N50.819)**, **Dolor escrotal (N50.82)** y **Otros trastornos especificados de los órganos genitales masculinos (N50.89)**. Antes de este cambio, solo se proporcionaba el código N50.8 Otros trastornos especificados de los órganos genitales masculinos, que recogía un amplio espectro de síntomas dolorosos de testículo y escroto.

El dolor testicular o escrotal puede deberse a procesos inflamatorios, tales como epididimitis, torsión o tumor, debiéndose asignar el código del diagnóstico definitivo. Por ejemplo, si la epididimitis es el diagnóstico definitivo, el dolor testicular/escrotal no debería codificarse.

Disfunción Eréctil tras Procedimiento

N52.3 Disfunción eréctil posprocedimiento

Los códigos bajo la subcategoría **N52.3 Disfunción eréctil posprocedimiento**, se han ampliado para identificar otras disfunciones como la **Disfunción eréctil tras radioterapia (N52.35)**, **Disfunción eréctil tras tratamiento con semillas intersticiales (N52.36)** y **Disfunción eréctil tras tratamiento por ablación de próstata (N52.37)**. Anteriormente, estas afecciones no estaban representadas en códigos de la subcategoría N52.3, por lo que no se podían tener datos acerca de los casos de disfunción eréctil causadas por otros procedimientos menos invasivos, tales como la radioterapia de haz externo, braquiterapia y tratamientos ablativos de la próstata.

La disfunción eréctil puede comenzar inmediatamente tras la extirpación de la próstata completa y los tejidos circundantes. Sin embargo, el comienzo de la disfunción eréctil tras radioterapia es gradual y normalmente comienza a los 2 o 3 años tras el tratamiento. Cuando se usa hormonoterapia, la disfunción eréctil ocurre aproximadamente a las 2 a 4 semanas tras el inicio del tratamiento y normalmente se acompaña de una disminución del deseo sexual. En cualquier caso, sin tratamiento, la disfunción eréctil es normalmente permanente.

Trastornos Inflamatorios de la Mama

N61 Trastornos inflamatorios de mama

La categoría N61 Trastornos inflamatorios de la mama, se ha ampliado para reflejar la **Mastitis sin absceso (N61.0)** y el **Absceso de mama y pezón (N61.1)**, diferenciando de esta manera las inflamaciones mamarias con o sin absceso que antes de este cambio no podían registrarse por separado.

Trastornos no Inflamatorios de Ovario, Trompa de Falopio y Ligamento Ancho

N83 Trastornos no inflamatorios del ovario, trompa de Falopio y ligamento ancho

La categoría N83 se ha ampliado para recoger la lateralidad, creándose códigos nuevos para identificar el lado derecho, lado izquierdo y lado no especificado en las siguientes subcategorías:

N83.0	Quiste folicular de ovario
N83.1	Quiste de cuerpo lúteo
N83.20	Quistes ováricos no especificados
N83.29	Otros quistes ováricos
N83.31	Atrofia adquirida de ovario
N83.32	Atrofia adquirida de trompa de Falopio
N83.33	Atrofia adquirida de ovario y de trompa de Falopio
N83.40	Prolapso y hernia de ovario y de trompa de Falopio lado no especificado
N83.51	Torsión de ovario y pedículo ovárico
N83.52	Torsión de trompa de Falopio

Hipertrofia de Vulva

N90.6 Hipertrofia de vulva

Se ha ampliado el código N90.6 para identificar: **Hipertrofia asimétrica de labio mayor en la infancia (N90.61)**, **Hipertrofia no especificada de vulva (N90.60)** y **Otra hipertrofia especificada de vulva (N90.69)**.

El agrandamiento asimétrico de labio mayor en la infancia es una afección en la que cada lado de los labios externos se agranda por crecimiento excesivo de tejido. El tejido de más lleva a una apariencia asimétrica por lo que un lado de los labios es mayor que el otro. La afección parece coincidir con el estadio hormonal que surge en la prepubertad y pubertad temprana.

Sangrado vaginal prepuberal

N93.1 Sangrado vaginal prepuberal

A fin de codificar de forma independiente el sangrado vaginal prepuberal de otros tipos de sangrado vaginal anormal se ha creado el código N93.1. El sangrado vaginal prepuberal se divide en sangrado de origen vulvo-vaginal y sangrado de origen endometrial. En el primer grupo las causas son:

- **Prolapso de la mucosa uretral:** común en niñas de cuatro a cinco años de edad. Se caracteriza fundamentalmente por una eversión circunferencial parcial o total de la mucosa uretral a través del orificio uretral externo, con la formación de una masa vulvar hemorrágica o edematosa, que sangra fácilmente a la palpación y que es particularmente dolorosa.
- **Sarcoma botrioides:** es una lesión tumoral maligna también denominada tumor mesonefrico mixto o carcinoma embrionario de la vagina. Es un tumor maligno que con gran frecuencia puede ser congénito. En más del 80% de los casos se presenta en menores de cuatro años de edad. El tumor se origina en los tejidos submucosos, de forma multicéntrica y se disemina rápidamente por debajo del epitelio vaginal intacto. A medida que la lesión crece, el epitelio se erosiona y necrosa y se produce el sangrado.
- **Vulvovaginitis:** es el problema ginecológico más frecuente en la infancia, siendo motivo de consulta en el 85% de los casos de Ginecología. Es una inflamación aguda de los labios, del introito vulvar y de los tejidos vaginales, con presencia de sangrado o secreción que no es atribuible a un traumatismo previo o a privación estrogénica.
- **Cuerpo extraño intravaginal:** los más comunes son fragmentos de papel higiénico, ganchos para el pelo, pedazos de lápiz o partes pequeñas de juguetes. Los cuerpos extraños pueden lesionar la mucosa vaginal y llegar a producir sangrado genital.

- **Traumatismos:** en la infancia son bastante frecuentes los traumatismos no penetrantes de la vulva, los cuales casi siempre se suceden por caídas a horcajadas, con la formación de hematomas vulvares o paravaginales, ya que la zona perineal es rica en vascularización, y pueden producir sangrado profuso.

En el sangrado de origen endometrial las causas son:

- **Menarquia prematura:** es el establecimiento del sangrado cíclico menstrual de características normales, antes de los 10 años de edad, sin la aparición de los otros caracteres sexuales secundarios. Se desconoce la causa por la cual se establece el inicio de los despegos menstruales, pero se cree que es debida a una mayor y progresiva sensibilidad del tejido endometrial a bajos estímulos estrogénicos.
- **Exposición a estrógenos exógenos:** la administración o ingesta deliberada o accidental de estrógenos exógenos, puede conllevar a un desarrollo sexual temprano completo, y a episodios de sangrado genital asociado al establecimiento de los caracteres sexuales.
- **Producción endógena de estrógenos:** también produce desarrollo sexual completo. Los quistes ováricos funcionales que no regresan espontáneamente pueden llegar a ser productores de estrógenos, llevando a la presencia de cuadros de feminización y al desencadenamiento de sangrado genital.
- **Pubertad precoz:** el desarrollo normal de los caracteres sexuales secundarios se presenta habitualmente entre los once y los catorce años de edad. La pubertad precoz es la aparición en orden de todos los caracteres sexuales secundarios, incluyendo la menarquia, antes de los ocho años de edad, debida a la maduración del eje Hipotálamo - Hipófisis - Ovario, dándose un desarrollo sexual completo y normal. La niña presenta sangrado genital irregular, continuo o cíclico. Hay desarrollo mamario, vello púbico, frotis vaginal estrogénico y se ha llegado a demostrar la existencia de ovulación.

Dispareunia

N94.1 Dispareunia

El código N94.1 se ha ampliado con cuatro códigos nuevos para identificar el lugar de la dispareunia ya sea superficial (introital) o profunda. Se proporcionan los códigos:

N94.10	Dispareunia, no especificada
N94.11	Dispareunia superficial (introital)
N94.12	Dispareunia profunda
N94.19	Otro tipo de dispareunia

La dispareunia se define como dolor genital persistente o recurrente que se produce justo antes, durante o después del coito. Las causas físicas de relaciones sexuales dolorosas tienden a ser diferentes, dependiendo de si el dolor se produce a la entrada o durante la penetración profunda. Los factores emocionales pueden estar asociados con muchos tipos de relaciones sexuales dolorosas.

El dolor durante la penetración (dispareunia superficial) puede estar asociado con una serie de factores: lubricación insuficiente, inflamación, irritación o enfermedad de la piel del área genital, o vaginismo.

El dolor profundo (dispareunia profunda) puede ser debido a endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica, prolapso uterino, presencia de cicatrices en el área pélvica, o consecuencia de radioterapia pélvica previa.

Estenosis de la Fossa Navicularis Uretral tras Procedimiento

N99.115 Estenosis de fosa navicular de la uretra posprocedimiento

Se ha creado el código **N99.115 Estenosis de fosa navicular de la uretra posprocedimiento**. Los códigos existentes de la subcategoría **N99.11 Estenosis de uretra masculina posprocedimiento**, representan otros luga-

res específicos de la uretra masculina, tales como meato, uretra bulbar, uretra membranosa y uretra anterior.

Además de este código nuevo, se ha revisado el **N99.113 Estenosis de la uretra anterior tras procedimiento**, a **Estenosis de uretra anterior bulbar posprocedimiento** (o esponjosa proximal, ya que la distal es el resto de la uretra esponjosa o uretra peneana).

Complicaciones de Estoma del Tracto Urinario

N99.5 Complicaciones de estoma del tracto urinario

Se ha revisado la subcategoría N99.5 para diferenciar entre complicaciones asociadas con estoma incontinente (que drena continuamente a un dispositivo externo que es vaciado periódicamente) y asociadas con estoma continente (que acumula la orina en un reservorio interno que es periódicamente vaciado insertando un catéter).

Además de las revisiones que se han realizado en los códigos existentes en estas subcategorías, se han creado dos códigos nuevos en cada subcategoría para identificar por una parte la hernia (**N99.523 Herniación de estoma incontinente del tracto urinario** y **N99.533 Herniación de estoma continente del tracto urinario**) y la estenosis (**N99.524 Estenosis de estoma incontinente del tracto urinario** y **N99.534 Estenosis de estoma continente del tracto urinario**).

Hemorragia, Hematoma y Seroma del Aparato Genitourinario

N99.84 Hematoma y seroma posprocedimiento de un órgano o estructura del aparato genitourinario después de un procedimiento

A fin de diferenciar las hemorragias de los hematomas y seromas tras procedimiento en el aparato genitourinario se han creado los siguientes códigos:

- N99.840 Hematoma posprocedimiento de un órgano o estructura del aparato genitourinario tras procedimiento de aparato genitourinario**
- N99.841 Hematoma posprocedimiento de un órgano o estructura del aparato genitourinario tras otro tipo de procedimiento**
- N99.842 Seroma posprocedimiento de un órgano o estructura del aparato genitourinario tras procedimiento de aparato genitourinario**
- N99.843 Seroma posprocedimiento de un órgano o estructura del aparato genitourinario tras otro tipo de procedimiento**

Capítulo 15. Embarazo, parto y puerperio (O00-O9A)

Embarazo Ectópico

O00 Embarazo ectópico

La categoría O00 se ha ampliado con diez nuevos códigos para incluir la existencia o no de embarazo intrauterino coexistente con el ectópico.

Un embarazo ectópico es una complicación que se produce cuando un óvulo fertilizado se implanta y se desarrolla en cualquier lugar que no sea el útero. El cuarto carácter indica la localización extrauterina del embarazo ectópico (abdominal, tubárico, ovárico, otro, etc.) y el quinto carácter indica con o sin embarazo intrauterino.

Los nuevos códigos que describen el embarazo ectópico son:

O00.00	Embarazo abdominal sin embarazo intrauterino
O00.01	Embarazo abdominal con embarazo intrauterino
O00.10	Embarazo tubárico sin embarazo intrauterino
O00.11	Embarazo tubárico con embarazo intrauterino
O00.20	Embarazo ovárico sin embarazo intrauterino
O00.21	Embarazo ovárico con embarazo intrauterino
O00.80	Otro embarazo ectópico sin embarazo intrauterino
O00.81	Otro embarazo ectópico con embarazo intrauterino
O00.90	Embarazo ectópico no especificado, sin embarazo intrauterino
O00.91	Embarazo ectópico no especificado, con embarazo intrauterino

Supervisión de Embarazo de Alto Riesgo

O09.A Supervisión de embarazo con historia de embarazo molar

Los códigos de la subcategoría **O09.1 Supervisión de embarazo con historia de embarazo ectópico**, se han modificado para referirse exclusivamente al embarazo ectópico. Anteriormente incluían también el embarazo molar. Para reflejar estos últimos casos se ha creado la subcategoría **O09.A Supervisión de embarazo con historia de embarazo molar**. Es frecuente que las pacientes que han tenido un embarazo ectópico o molar vuelvan a tener otra complicación semejante. Los códigos revisados son los siguientes:

- O09.10 Supervisión de embarazo con historia de embarazo ectópico, trimestre no especificado**
- O09.11 Supervisión de embarazo con historia de embarazo ectópico, primer trimestre**
- O09.12 Supervisión de embarazo con historia de embarazo ectópico, segundo trimestre**
- O09.13 Supervisión de embarazo con historia de embarazo ectópico, tercer trimestre**

Los códigos nuevos son:

- O09.A0 Supervisión de embarazo con historia de embarazo molar, trimestre no especificado**
- O09.A1 Supervisión de embarazo con historia de embarazo molar, primer trimestre**
- O09.A2 Supervisión de embarazo con historia de embarazo molar, segundo trimestre**
- O09.A3 Supervisión de embarazo con historia de embarazo molar, tercer trimestre**

Hipertensión en el Embarazo

Se han creado códigos nuevos para las categorías O11 Preeclampsia superpuesta a hipertensión preexistente, O12 Edema y proteinuria gestacional [inducidos por el embarazo] sin hipertensión, O13 Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] sin proteinuria significativa, O14 Preeclampsia, y O16 Hipertensión materna no especificada. En la edición previa, estas afecciones solo podían codificarse por trimestre. Estos códigos nuevos estandarizan la información incorporando la posibilidad de codificar dichas afecciones cuando complican el parto o cuando complican el puerperio. Además se han revisado los literales de los códigos de la categoría O15 Eclampsia, sustituyendo la expresión “en” por “que complica el”.

O11.4 Hipertensión preexistente con preeclampsia, que complica el parto

O11.5 Hipertensión preexistente con preeclampsia, que complica el puerperio

O12.04 Edema gestacional, que complica el parto

O12.05 Edema gestacional, que complica el puerperio

O12.14 Proteinuria gestacional, que complica el parto

O12.15 Proteinuria gestacional, que complica el puerperio

O12.24 Edema gestacional con proteinuria, que complica el parto

O12.25 Edema gestacional con proteinuria, que complica el puerperio

O13.4 Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] sin proteinuria significativa, que complica el parto

O13.5 Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] sin proteinuria significativa, que complica el puerperio

O14.04 Preeclampsia leve a moderada, que complica el parto

O14.05 Preeclampsia leve a moderada, que complica el puerperio

- O14.14** **Preeclampsia grave, que complica el parto**
- O14.15** **Preeclampsia grave, que complica el puerperio**

- O14.24** **Síndrome de HELLP, que complica el parto**
- O14.25** **Síndrome de HELLP, que complica el puerperio**
- O14.94** **Preeclampsia no especificada, que complica el parto**
- O14.95** **Preeclampsia no especificada, que complica el puerperio**

- O16.4** **Hipertensión materna no especificada, que complica el parto**
- O16.5** **Hipertensión materna no especificada, que complica el puerperio**

Diabetes Mellitus Gestacional

La subcategoría **O24.4 Diabetes mellitus gestacional**, se ha ampliado para identificar aquellas pacientes controladas con hipoglucémicos orales. Antes de la creación de estos códigos, solo se existían códigos para la diabetes gestacional controlada por dieta y controlada por insulina.

- O24.415** **Diabetes mellitus gestacional en el embarazo, controlada con hipoglucémicos orales**
- O24.425** **Diabetes mellitus gestacional en el parto, controlada por hipoglucémicos orales**
- O24.435** **Diabetes mellitus gestacional en el puerperio, controlada por hipoglucémicos orales**

Codificación

La normativa de codificación, tiene una prioridad establecida a la hora de codificar como es controlada la diabetes. De esta manera, si una paciente con diabetes gestacional es tratada a la vez con dieta e insulina solo se codifica el control con insulina. Si una paciente con diabetes gestacional es tratada con dieta e hipoglucemiantes orales, solo se usaría el código de “controlado con hipoglucemiantes orales”.

Embarazada de 18 semanas que acude para control de su diabetes gestacional. La paciente está en control dietético y precisa además metformina 850 c/24

O24.415 Diabetes mellitus gestacional en el embarazo, controlada con hipoglucémicos orales

Cuidados Maternos por Desproporción debida a otras Deformidades Fetales

Se ha añadido una nota de instrucción bajo la subcategoría **O33.7 Cuidado materno por desproporción debida a otras deformidades fetales**. La nota indica que debe asignarse un 7º carácter para la identificación del feto afectado:

- 0** no aplicable o no especificado
- 1** feto 1
- 2** feto 2
- 3** feto 3
- 4** feto 4
- 5** feto 5
- 9** otro feto

El séptimo carácter “0” se aplica en gestaciones únicas y en embarazos múltiples donde la documentación en la historia clínica no es suficiente para determinar el feto afectado.

Cuando se asigne un código O33.7, en gestaciones múltiples, donde sí es posible determinar el feto afectado (7º carácter 1-9), debe registrarse además el código apropiado de la categoría **O30 Embarazo múltiple**.

Cicatriz Uterina por Cirugía previa

O34.21 Atención materna por cicatriz de cesárea anterior

El código **O34.21 Atención materna por cicatriz de cesárea anterior**, se ha ampliado para especificar el tipo de incisión usada en un parto previo por cesárea. El cuidado del embarazo y parto siguiente puede estar determinado por el tipo previo de incisión de la cesárea. Los pacientes con cicatriz de cesárea previa tienen un mayor riesgo de dehiscencia y rotura uterina dependiendo de la localización de la cicatriz. Por ejemplo, las cicatrices horizontales presentan menos riesgo que las verticales. Los códigos nuevos son los siguientes:

- O34.211 Atención materna por cicatriz transversal baja de cesárea anterior**
- O34.212 Atención materna por cicatriz vertical de cesárea anterior**
- O34.219 Atención materna por cicatriz de tipo no especificado de cesárea anterior**

También se ha creado un nuevo código de historia **Z98.891 Historia de cicatriz uterina por cirugía previa** para informar una historia anterior de incisión uterina transmural en pacientes que no están actualmente embarazadas.

Placenta Previa

O44 Placenta previa

La categoría O44 Placenta previa, se ha ampliado para diferenciar entre placenta previa baja, parcial y completa, y si está presente hemorragia o no. Por defecto, la “placenta previa NEOM” y la “placenta baja NEOM” son sin hemorragia.

Las subcategorías O44.0 y O44.1 han sufrido revisión de sus literales, en los que se ha añadido el término “completa”:

- O44.0 Placenta previa completa NEOM o sin hemorragia**
- O44.1 Placenta previa completa con hemorragia**

Las subcategorías nuevas son:

- O44.2 Placenta previa parcial sin hemorragia**
- O44.3 Placenta previa parcial con hemorragia**
- O44.4 Implantación baja de placenta NEOM o sin hemorragia**
- O44.5 Implantación baja de placenta con hemorragia**

La placenta previa ocurre cuando ésta se sitúa muy próxima al cuello uterino, obstruyendo total o parcialmente su abertura. Puede ser completa, cuando el orificio cervical interno está completamente cubierto por la placenta, o parcial cuando está cubierto parcialmente. Ambas afecciones puede producir hemorragia y requieren un seguimiento estrecho. En muchos casos, es necesario el parto por cesárea. Clínicamente la placenta previa puede complicar el embarazo, causar parto prematuro y resultar en morbilidad.

La placenta baja es una afección en la que la placenta se implanta baja en el útero pero no cubre el cérvix. Aunque una placenta baja puede también producir hemorragia, la afección puede manejarse con tratamiento conservador, y es menos probable que resulte en parto prematuro.

Laceración Perineal de Tercer Grado durante el Parto

070.2 Desgarro perineal de tercer grado en el parto

Los códigos de la categoría **070.2 Desgarro perineal de tercer grado en el parto**, se han ampliado para subclasificar las laceraciones de tercer grado como grados IIIa, IIIb o IIIc dependiendo de la gravedad de la lesión.

Las definiciones de los desgarros perineales son:

- **Primer grado:** Laceración superficial que incluye la mucosa vaginal, la piel del perineo o ambas.

- **Segundo grado:** Afectación de músculos perineales pero no del esfínter anal.
- **Tercer grado:** Afectación de músculos del esfínter anal pero la mucosa rectal esta íntegra
 - **3a:** Rotura de menos del 50% del espesor del esfínter anal externo
 - **3b:** Rotura de más del 50% del espesor del esfínter anal externo
 - **3c:** Rotura del esfínter anal externo e interno
- **Cuarto grado:** Afectación del esfínter y de la mucosa rectal.

Los códigos nuevos para los desgarros de tercer grado son:

- O70.20 Desgarro perineal de tercer grado en el parto, no especificado**
- O70.21 Desgarro perineal de tercer grado en el parto, IIIa**
- O70.22 Desgarro perineal de tercer grado en el parto, IIIb**
- O70.23 Desgarro perineal de tercer grado en el parto, IIIc**

Capítulo 16. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00-P96)

Recién Nacidos afectados por Factores Maternos y por Complicaciones del Embarazo, Trabajo de Parto y Parto

Se ha revisado la nota que aparece al inicio de la sección P00-P04 Recién nacido afectado por factores maternos y por complicaciones del embarazo, trabajo de parto y parto.

La frase “sospechoso de ser” ha sido borrada de todos los títulos de códigos en las categorías P00, P01, P02, P03 y P04. Para estos casos se crean un total de 14 códigos en la categoría **Z05 Contacto para observación y evaluación del recién nacido por enfermedades y afecciones sospechadas que se descartan.**

Niño de Peso Bajo al Nacer y Pequeño para la Edad Gestacional de 2.500 gramos y más

Se han creado dos códigos nuevos para describir por una parte el **Recién nacido de bajo peso para la edad gestacional, 2500 gramos o más (P05.09)** y el **Recién nacido pequeño para la edad gestacional, otro peso (P05.19)** que incluye recién nacidos pequeños para la edad gestacional de 2500 gramos o más.

El peso bajo al nacer es aquel con un peso de menos de 2500 gramos, independientemente de la edad gestacional. Recién nacidos pequeños para la edad gestacional o de peso bajo para la fecha son aquellos que

son más pequeños en tamaño de lo normal para la edad gestacional. A pesar de que la gran mayoría de los nacimientos pretérmino (niños nacidos vivos de menos de 37 semanas de gestación) están asociados con peso bajo al nacer, al menos el 10% de los recién nacidos en su 37 semana de gestación el peso excede de 2500 gramos.

Las afecciones incluidas en la categoría P05 Trastornos del recién nacido en relación con el crecimiento intraútero retardado y la malnutrición fetal, pueden asociarse con el peso al nacer de 2500 gramos o más.

Capítulo 17. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)

Atresia y Coartación de Aorta

Q25.2 Atresia de la aorta

El código **Q25.2 Atresia de aorta**, se ha ampliado para crear nuevos códigos y describir independientemente la **Interrupción del arco aórtico (Q25.21)** de **Otra atresia de la aorta (Q25.29)**. Igualmente se ha añadido “estenosis de aorta” como término de inclusión bajo el código Q25.1 Coartación de aorta. La interrupción del arco aórtico es una malformación congénita rara, caracterizada por la discontinuidad anatómica entre los segmentos del arco aórtico. La aorta ascendente y algunas ramas de la aorta transversa quedan conectadas al ventrículo izquierdo, mientras que las ramas restantes de la aorta transversa y la aorta descendente quedan unidas al ductus arterioso y por lo tanto a la arteria pulmonar y el ventrículo derecho. En la gran mayoría de los casos, existe otro defecto anatómico asociado a esta interrupción de la aorta, que es la presencia de una comunicación interventricular (CIV).

Malformaciones Congénitas de la Aorta

Q25.4 Otras malformaciones congénitas de la aorta

El código **Q25.4, Otras malformaciones congénitas de la aorta**, se ha ampliado para describir independientemente trastornos aórticos específicos, tales como:

- Q25.40 Malformación congénita de la aorta no especificada**
- Q25.41 Ausencia y aplasia de la aorta**
- Q25.42 Hipoplasia de la aorta**
- Q25.43 Aneurisma congénito de la aorta**
- Q25.44 Dilatación congénita de la aorta**
- Q25.45 Doble arco aórtico**
- Q25.46 Arco aórtico tortuoso**
- Q25.47 Arco aórtico derecho**
- Q25.48 Origen anómalo de la arteria subclavia**
- Q25.49 Otras malformaciones congénitas de la aorta**

Las malformaciones congénitas de la aorta son muy frecuentes. La hipoplasia aórtica congénita está normalmente asociada con corazón izquierdo hipoplásico e implica al orificio valvular aórtico y la aorta ascendente. Otras malformaciones aórticas incluyen el aneurisma congénito, dilatación, persistencia del arco aórtico derecho, persistencia del arco doble fetal y anomalías del origen de la arteria subclavia izquierda o derecha.

Anteriormente estas patologías se clasificaban en el código Q25.4 Otras malformaciones congénitas de la aorta, sin mayor especificación. Además, se ha revisado la terminología anticuada, tal como “seno aórtico” por el de “raíz aórtica” y “convoluciones” de la aorta por el de “tortuosidad” (o tortuoso) que es más consecuente con la terminología actual.

Septo Vaginal Longitudinal

Q52.12 Tabique vaginal longitudinal

El código **Q52.12 Tabique vaginal longitudinal**, se ha ampliado para diferenciar el septo vaginal no obstructivo del obstructivo, y también incluir la lateralidad y la microperforación como sigue:

- Q52.120 Tabique vaginal longitudinal, no obstructivo**
- Q52.121 Tabique vaginal longitudinal, obstructivo, lado derecho**
- Q52.122 Tabique vaginal longitudinal, obstructivo, lado izquierdo**
- Q52.123 Tabique vaginal longitudinal, microperforado, lado derecho**

Q52.124 Tabique vaginal longitudinal, microperforado, lado izquierdo

Q52.129 Otro tipo de tabique vaginal longitudinal y no especificado

El septo vaginal es un defecto del desarrollo del aparato reproductivo por el que se crea una pared divisoria de tejido dentro de la vagina. Este defecto del desarrollo puede llegar hasta una duplicación completa del mismo con un útero didelfo (malformación uterina donde el útero se presenta como un órgano doble) y un septo vaginal longitudinal que crea dos vaginas. El septo vaginal longitudinal obstructivo puede ser de lado derecho (lo más frecuente) o izquierdo. Es importante diferenciar en las anomalías del septo vaginal longitudinal si son obstructivas o no.

Metatarsus Primus Varus y Metatarsus Adductus Congénito

Q66.2 Metatarso (primo) varo congénito

El código **Q66.2, Metatarso (primo) varo congénito** se ha ampliado creándose códigos nuevos para identificar por separado el **Metatarso primo varo congénito (Q66.21)** y el **Metatarso aducto congénito (Q66.22)**

El metatarso primo varo congénito es una deformidad en aducción de solo el primer metatarsiano del pie.

Por el contrario el metatarso en aducción implica la aducción de todos los metatarsianos, no solo el primer metatarsiano (primus varus). Es una deformidad común del pie que se nota al nacimiento y que hace que la mitad delantera del pie o antepié gire hacia dentro.

Hoyuelo sacro congénito

Q82.6 Hoyuelo sacro congénito

El **Hoyuelo sacro congénito (Q82.6)** es una hendidura en la piel de la parte baja de la espalda. Es una afección relativamente frecuente en neonatos que es benigna por naturaleza. Sin embargo, los hoyuelos sa-

ros con mechones de pelo acompañante o ciertos tipos de decoloración puede indicar una anomalía grave subyacente de la columna o de la médula espinal tales como espina bífida o síndrome de la médula anclada.

Síndrome de Tortuosidad Arterial

Q87.82 Síndrome de tortuosidad arterial

Este código se ha creado nuevo. El síndrome de tortuosidad arterial es una enfermedad que afecta el tejido conectivo. Se caracteriza por anomalías en los vasos sanguíneos, especialmente tortuosidades anormales de las arterias. Otras anomalías de los vasos sanguíneos que pueden ocurrir incluyen estenosis, aneurismas y telangiectasias. Otras características incluyen: articulaciones muy flexibles o que tienen deformidades que limitan el movimiento, aracnodactilia, escoliosis, pectus excavatum o carinatum, hernia o divertículos abdominales.

Las personas con síndrome de tortuosidad arterial muchas veces parecen ser más viejas que la edad que tienen y tienen características faciales distintivas. La córnea puede tener forma cónica y es demasiado delgada (queratocono). El síndrome de tortuosidad arterial es causado por mutaciones genéticas y se hereda de manera autosómica recesiva.

Capítulo 18. Síntomas, signos y resultados anormales de pruebas complementarias, no clasificados bajo otro concepto (R00-R99)

Escala de puntuación de Ictus del National Institute of Health (NIHSS)

Se ha creado una nueva subcategoría (R29.7-) para incluir la escala de puntuación de ictus del National Institute of Health norteamericano (NIHSS). La NIHSS es la escala más empleada para la valoración de funciones neurológicas básicas en la fase aguda del ictus isquémico, tanto al inicio como durante su evolución. Está constituida por 11 ítems que permiten explorar de forma rápida: funciones corticales, pares craneales superiores, función motora, sensibilidad, coordinación y lenguaje. Nos permite detectar fácilmente mejoría o empeoramiento neurológico (aumento de al menos 4 puntos respecto al estado basal).

Según la puntuación obtenida podemos clasificar la gravedad neurológica en varios grupos: 0: sin déficit; 1: déficit mínimo; 2-5: leve; 6-15: moderado; 15-20: déficit importante; > 20: grave.

La puntuación global inicial tiene buen valor pronóstico considerando que un NIHSS < 7 se corresponde con una excelente recuperación neurológica y cada incremento en un punto empeoraría la evolución. Pacientes con fibrilación auricular y un NIHSS >17 ya se consideran de muy mal pronóstico.

Otra de las ventajas de esta escala es que predice la respuesta al tratamiento trombolítico, y según la puntuación (que estima la gravedad del

ictus), se recomienda o no la administración del tratamiento (recomendado en rango NIHSS 4-25). Algunas limitaciones que presenta esta escala son que los infartos en el territorio de la ACM izquierda puntúan más alto que los del lado derecho, ya que hay mayor afectación de funciones corticales; además no permite buena valoración en los ictus vertebrobasilares.

Se han creado un total de 43 códigos agrupados en las siguientes subcategorías.

R29.70	Puntuación NIHSS 0-9
R29.71	Puntuación NIHSS 10-19
R29.72	Puntuación NIHSS 20-29
R29.73	Puntuación NIHSS 30-39
R29.74	Puntuación NIHSS 40-42

Codificación

Los códigos de la subcategoría R29.7- se usan como códigos secundarios por lo que el infarto cerebral agudo (I63-) debe codificarse primero. Los códigos identifican las distintas puntuaciones de la escala NIHSS del 0 al 42. Como mínimo, hay que informar la puntuación inicial documentada. Si se quiere se puede escoger recoger múltiples puntuaciones de la escala de ictus.

Paciente que ingresa por Infarto cerebral debido a oclusión de arteria cerebral anterior derecha. A su llegada a urgencias presenta una NIHSS de 18.

I63.521 Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificada de arteria cerebral anterior derecha

R29.718 Puntuación NIHSS 18

Hematuria Microscópica

R31.2 Otros tipos de hematuria microscópica

El código R31.2 se ha ampliado para diferenciar la **Hematuria microscópica asintomática (R31.21)** y **Otra hematuria microscópica (R31.29)**.

La hematuria microscópica asintomática, definida como la presencia de 3 o más glóbulos rojos por campo de alta resolución en el estudio microscópico del sedimento urinario, en ausencia de infección constituye un signo de alarma de enfermedad renal o de todo el tracto urinario. Dentro de las causas más comunes se encuentran la infección del tracto urinario, la hiperplasia prostática y la urolitiasis; en este escenario siempre existe la probabilidad de que un paciente con hematuria microscópica albergue una enfermedad neoplásica. El riesgo de malignidad de carácter urológico se incrementa en hombres mayores de 35 años, personas con antecedentes de tabaquismo y exposición medioambiental u ocupacional a tinturas, pegamentos y bencenos, entre otros. Se diferencia de la hematuria franca que se usa para describir sangre en la orina que puede verse a simple vista.

Dificultades de la Micción

R39.12 Otras dificultades para la micción

El código R39.19 Otras dificultades para la micción, se ha ampliado para identificar por separado la **Necesidad de revaciado inmediato (R39.191)**, **Micción dependiente de la posición (R39.192)** y **Otras dificultades para la micción (R39.198)**. Anteriormente, los trastornos de la micción estaban clasificados en el código R39.19.

En las dificultades para la micción la vejiga no es capaz de vaciarse correctamente y puede caracterizarse por la necesidad de revaciado inmediato tras orinar o de adoptar posiciones específicas a fin de orinar espontáneamente o de mejorar el vaciado de la vejiga.

Dolor de vejiga crónico

R39.82 Dolor crónico de vejiga

El código R39.8 se ha ampliado para identificar por separado el **Dolor crónico de vejiga**. Antes de este cambio, el dolor de vejiga estaba indexado en el código **R39.89 Otros síntomas y signos que afectan al aparato genitourinario**.

Las tres causas más frecuentes de dolor de vejiga crónico son la cistitis intersticial, la infección del tracto urinario y el cáncer de vejiga. El dolor de vejiga crónico se define por dolor pélvico crónico y molestias o presión relacionada con la vejiga urinaria junto con otros síntomas urinarios tales como urgencia o frecuencia cuando no hay etiología identificada.

Escala de Coma de Glasgow

R40.24 Escala de coma de Glasgow, puntuación total

Cuando solo se documenta la puntuación total de coma, se debe asignar un código de la subcategoría R40.24. Esta subcategoría, al igual que el resto de las que comprenden la escala de coma de Glasgow necesita un 7º carácter para indicar cuando se ha registrado la escala.

Estos 7º caracteres son parecidos a aquellos ya existentes para las puntuaciones individuales de la escala de coma de Glasgow (R40.21 a R40.23):

- 0 - momento no especificado**
- 1 - en lugar de recogida [servicio de emergencias o ambulancia]**
- 2 - al llegar a urgencias**
- 3 - al ingreso hospitalario**
- 4 - 24 horas o más después del ingreso hospitalario**

Los códigos de la escala de coma pueden usarse también para evaluar el estado del sistema nervioso central en otras afecciones no traumáticas, por ejemplo monitorización de pacientes en unidades

de cuidados intensivos independientemente de la afección médica. Antes de este cambio, los códigos de la escala de coma (R40.2-) solo podían usarse en unión a códigos de lesiones cerebrales traumáticas, enfermedad cerebrovascular aguda o secuelas de enfermedad cerebrovascular.

Prediabetes

R73.03 Prediabetes

Se ha creado un código único para describir la **Prediabetes (R73.03)**. Anteriormente, la prediabetes no tenía un código propio, pero era un término de inclusión en el código R73.09 Otros tipos de glucemia anormal.

La prediabetes significa que el nivel de azúcar en sangre es más alto de lo normal, pero no lo suficiente para ser clasificado como diabetes tipo 2. De acuerdo con la Asociación Americana de la Diabetes (ADA), la prediabetes se define como tener: glucosa alterada en ayunas, tolerancia anormal a la glucosa o valor de hemoglobina A1c de 5.7-6.4%.

Bacteriuria

R82.71 Bacteriuria

El código R82.7 Hallazgos anormales en el examen microbiológico de orina, se ha ampliado para identificar por separado la **Bacteriuria (R82.71)**. Además de ha creado un nuevo código para **Otros hallazgos anormales en el examen microbiológico de orina (R82.79)**.

Bacteriuria significa etimológicamente bacterias en la orina. Puede hablarse de bacteriuria significativa cuando el número de bacterias es superior a 100.000 por ml. de orina, carga bacteriana superior a la justificable por mera contaminación de la uretra anterior, por lo que debe sospecharse infección. La bacteriuria asintomática hace referencia a la bacteriuria significativa en dos urocultivos consecutivos en un paciente sin síntomas.

En general, la bacteriuria asintomática no necesita ser tratada, ya que no causa daño. Sin embargo, hay grupos que tienen riesgo de desarrollar infección renal si no reciben tratamiento, entre ellos los diabéticos, personas mayores, embarazadas, trasplantados de riñón, etc.

Hallazgos anormales en Diagnóstico por Imagen

El código R93.4 Resultados anormales en diagnóstico por imagen de los órganos urinarios, se ha ampliado para diferenciar los hallazgos radiológicos anormales en diagnóstico por imagen de pelvis renal, uréter o vejiga (**R93.41**), riñón derecho (**R93.421**), riñón izquierdo (**R93.422**), riñón no especificado (**R93.429**) y otros órganos urinarios (**R93.49**).

- R93.41** **Resultados radiológicos anormales en diagnóstico por imagen de pelvis renal, uréter o vejiga**
- R93.421** **Resultados radiológicos anormales en diagnóstico por imagen de riñón derecho**
- R93.422** **Resultados radiológicos anormales en diagnóstico por imagen de riñón izquierdo**
- R93.429** **Resultados radiológicos anormales en diagnóstico por imagen de riñón no especificado**
- R93.49** **Resultados radiológicos anormales en diagnóstico por imagen de otros órganos urinarios**

Niveles anormales de Antígeno Prostático Específico (PSA)

El código **R97.2 Antígeno prostático específico [PSA] elevado**, se ha ampliado para crear códigos que diferencien el PSA elevado sin especificar, de una elevación del PSA tras tratamiento de una neoplasia maligna de próstata. Los códigos **R97.20 Antígeno prostático específico [PSA] elevado** y **R97.21, Elevación de PSA después de tratamiento de**

neoplasia maligna de próstata, se incluyen en la categoría R97 Marcadores tumorales anómalos.

Los niveles normales en sangre de PSA en los varones sanos son muy bajos, del orden de millones de veces menos que en el semen, y se elevan en la enfermedad prostática. La concentración sérica de PSA es la prueba más sensible para detectar precozmente el cáncer de próstata, ya que se eleva aproximadamente en el 65% de los casos.

El nivel de PSA que se considera normal en el hombre promedio va de 0 a 4 nanogramos por mililitro (ng/ml). Un nivel de PSA de 4 a 10 ng/ml es considerado ligeramente elevado; los niveles entre 10 y 20 ng/ml se consideran moderadamente elevados; y cualquier nivel por encima de 20 ng/ml se considera altamente elevado. Sin embargo, también se debe considerar la edad ya que esta concentración puede variar.

Capítulo 19. Lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas (S00-T88)

Fractura de Cráneo y de los Huesos Faciales

Las siguientes subcategorías se han ampliado para permitir la informar la lateralidad en estos tipos de fractura de cráneo y huesos faciales:

- S02.1 Fractura de base de cráneo**
- S02.3 Fractura de suelo de la órbita**
- S02.4 Fractura de huesos malar, maxilar y cigomático**
- S02.6 Fractura de mandíbula**
- S02.8 Fracturas de otros huesos de cráneo y huesos faciales especificados**

Luxación y Esguince de Mandíbula

Las subcategorías **S03.0 Luxación de mandíbula** y **S03.4 Esguince de mandíbula**, se han ampliado para permitir informar la lateralidad de las luxaciones y/o esguinces de la mandíbula. Los códigos de la subcategoría **S03.0** incluyen las luxaciones de la mandíbula o articulación temporomandibular.

- S03.00 Luxación de mandíbula, lado no especificado**
- S03.01 Luxación de mandíbula, lado derecho**
- S03.02 Luxación de mandíbula, lado izquierdo**
- S03.03 Luxación de mandíbula, bilateral**

- S03.4** **Esguince de mandíbula**
- S03.40** **Esguince de mandíbula, lado no especificado**
- S03.41** **Esguince de mandíbula, lado derecho**
- S03.42** **Esguince de mandíbula, lado izquierdo**
- S03.43** **Esguince de mandíbula, bilateral**

Conmoción

Los códigos de la subcategoría **S06.0 Conmoción**, que identificaban una pérdida de conciencia mayor de 30 minutos (6° carácter 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8) han sido borrados, quedando únicamente las siguientes subcategorías:

- S06.0X0** **Conmoción sin pérdida de conciencia**
- S06.0X1** **Conmoción, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos**
- S06.0X9** **Conmoción, con pérdida de conciencia de duración no especificada**

Codificación

Cuando haya una conmoción con pérdida de conciencia superior a los 30 minutos, debe codificarse como **S06.0X9 Conmoción, con pérdida de conciencia de duración no especificada**. Es muy importante revisar la historia clínica para verificar que no exista otra lesión cerebral traumática que justifique una pérdida de conciencia superior a los 30 minutos. Por eso se ha revisado la nota *Excluye 1* que afecta a la subcategoría **S06.0 Conmoción**, que indica que cuando junto a una conmoción, estén documentadas otras lesiones intracraneales clasificadas en la categoría S06, se asignen los códigos de dichas lesiones intracraneales en vez de la conmoción.

Excluye 1:

conmoción con otros traumatismos intracraneales clasificados en las subcategorías S06.1- a S06.6-, S06.81- y S06.82- codifique en el traumatismo intracraneal especificado.

Paciente que ingresa con pérdida de conciencia tras sufrir una caída mientras esquiaba. El TAC no evidencia ninguna lesión intracraneal. El paciente recupera la consciencia a las dos horas y cuarto del ingreso quedando en observación 48 horas. Es dado de alta con el juicio diagnóstico de **Comoción cerebral con pérdida de conciencia (dos horas)**

S06.0X9A Comoción, con pérdida de conciencia de duración no especificada, contacto inicial

V00.321A Caída de esquí, contacto inicial

Paciente que ingresa con pérdida de conciencia tras sufrir una caída mientras esquiaba. El TAC evidencia edema cerebral traumático. El paciente recupera la consciencia a las dos horas y cuarto del ingreso, quedando ingresado en neurología. Es dado de alta con el juicio diagnóstico de **Edema cerebral secundario a TCE con pérdida de conciencia (dos horas)**

S06.1X3 Edema cerebral traumático, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, contacto inicial

V00.321A Caída de esquí, contacto inicial

Otra Fractura de Pie

S92.81. Otra fractura del pie

Se han creado 21 códigos en la nueva subcategoría **S92.81 Otra fractura del pie**, para identificar otras fracturas de pie derecho, (**S92.811 Otra fractura del pie derecho**) izquierdo (**S92.812 Otra fractura del pie izquierdo**) y no especificado (**S92.819 Fractura de pie no especificado**). Esta nueva subcategoría incluye la fractura de huesos sesamoides del pie. Estos códigos necesitan un 7º carácter para identificar contacto inicial (“A” o “B”), contactos sucesivos (“D”, “G”, “K”, o “P”) y secuela (“S”).

Los 7º caracteres que hay que añadir a los códigos de la subcategoría S92.81 son:

A contacto inicial por fractura cerrada

B contacto inicial por fractura abierta

- D** contacto sucesivo por fractura con curas rutinarias
- G** contacto sucesivo por fractura con retardo de consolidación
- K** contacto sucesivo por fractura con fracaso de consolidación
- P** contacto sucesivo por fractura con unión defectuosa
- S** secuela

Fracturas de Salter-Harris y Otras Fracturas Fisarias de Pie y Tobillo

Se han creado códigos nuevos para identificar las fracturas fisarias de Salter-Harris y otras fracturas fisarias de tobillo y pie. Estos códigos se clasifican en la categoría **S99 Otros traumatismos y los no especificadas de tobillo y pie**. Las fracturas fisarias son fracturas que van a través del cartílago de crecimiento en personas jóvenes. Se clasifican entre los tipos de fractura de Salter-Harris (son denominadas por el autor que primero describió estas fracturas). Las facturas fisarias de Salter-Harris se clasifican como tipo I, tipo II, tipo III, tipo IV y tipo V.

- Tipo I: epifisiolisis pura, es decir, ocurre solo en la zona de crecimiento cartilaginosa de tal manera que la separación entre la metáfisis y la epífisis es completa, por lo general sin desplazamiento de los fragmentos.
- Tipo II: epifisiolisis con un fragmento de la metáfisis unido a la fisis, imagen que es conocido como Signo de Thurstand Holland.
- Tipo III: es una fractura fundamentalmente articular pero que incluye una porción de la fisis, es decir, atraviesa toda la epífisis y parte del cartílago de crecimiento.
- Tipo IV: es la fractura que atraviesa toda la epífisis y atraviesa igualmente toda la fisis.
- Tipo V: se produce una compresión de la fisis por acercamiento violento de la epífisis y la metáfisis.

La CIE-10-ES ya incluía códigos para algunos tipos de fracturas fisarias que afectan a huesos largos. Sin embargo, dado que estas fracturas

pueden también afectar al cartílago de crecimiento de distintos huesos del pie, incluyendo calcáneo, metatarsianos y falanges, se han creado códigos adicionales para representar específicamente estos tipos de fracturas.

Las fracturas fisarias de Salter-Harris de pie y tobillo se clasifican como sigue:

- Tipo I: subcategorías S99.01, S99.11 y S99.21
- Tipo II: subcategorías S99.02, S99.12 y S99.22
- Tipo III: subcategorías S99.03, S99.13 y S99.23
- Tipo IV: subcategorías S99.04, S99.14 y S99.24

El tipo V y otras fracturas fisarias de pie y tobillo se clasifican en la subcategorías S99.09, S99.19 y S99.29.

S99.0	Fractura fisaria de calcáneo
S99.00	Fractura fisaria no especificada de calcáneo
S99.01	Fractura fisaria tipo I de Salter-Harris de calcáneo
S99.02	Fractura fisaria tipo II de Salter-Harris de calcáneo
S99.03	Fractura fisaria tipo III de Salter-Harris de calcáneo
S99.04	Fractura fisaria tipo IV de Salter-Harris de calcáneo
S99.09	Otra fractura fisaria de calcáneo
S99.1	Fractura fisaria de metatarso
S99.10	Fractura fisaria no especificada de metatarso
S99.11	Fractura fisaria tipo I de Salter-Harris de metatarso
S99.12	Fractura fisaria tipo II de Salter-Harris de metatarso
S99.13	Fractura fisaria tipo III de Salter-Harris de metatarso
S99.14	Fractura fisaria tipo IV de Salter-Harris de metatarso
S99.19	Otra fractura fisaria de metatarso
S99.2	Fractura fisaria de falange de dedo del pie
S99.20	Fractura fisaria no especificada de falange de dedo del pie
S99.21	Fractura fisaria tipo I de Salter-Harris de falange de dedo del pie
S99.22	Fractura fisaria tipo II de Salter-Harris de falange de dedo del pie

- S99.23 Fractura fisaria tipo III de Salter-Harris de falange de dedo del pie**
- S99.24 Fractura fisaria tipo IV de Salter-Harris de falange de dedo del pie**
- S99.29 Otra fractura fisaria de falange de dedo del pie**

Complicaciones de Dispositivos, Implantes e Injertos Protésicos Cardiacos y Vasculares

T82.85 Estenosis debida a prótesis, implantes e injertos cardiacos y vasculares

Se han creado dos códigos nuevos para diferenciar la **Estenosis debida a stent de arteria coronaria (T82.855)** de la **Estenosis debida a stent vascular periférico (T82.856)**. Estos códigos incluyen las estenosis del stent y las reestenosis. Los códigos T82.857 y T82.858 se han revisado por consiguiente para identificar las estenosis de “otro tipo de prótesis, implantes e injertos cardiacos” (T82.857) y “otro tipo de prótesis, implantes e injertos vasculares” (T82.858).

Además se han modificado los literales de las subcategorías T82.81, T82.82, T82.83, T82.4 y T82.86 sustituyendo la palabra “de” por “debido a” *Ejemplo* T82.817 Embolia de debida a prótesis, implantes e injertos cardiacos.

Complicaciones de Prótesis, Implantes e Injertos Genitourinarios

Se ha revisado la categoría **T83 Complicaciones de prótesis, implantes e injertos genitourinarios** para identificar mejor las complicaciones de ciertos catéteres urinarios y otros dispositivos que no están actualmente recogidos en la CIE-10-ES.

En la subcategoría **T83.0 Complicación mecánica de catéter urinario**, se han revisado los literales existentes y se han incorporado códigos nue-

vos que permiten tipificar los distintos catéteres urinarios susceptibles de complicaciones, en cuatro grupos:

- Catéter de cistostomía (.0)
- Sonda uretral permanente (.1)
- Catéter de nefrostomía (.2)
- Otro catéter urinario (.8)

- T83.011 Fallo (mecánico) de sonda uretral permanente**
- T83.012 Fallo (mecánico) de catéter de nefrostomía**
- T83.021 Desplazamiento de sonda uretral permanente**
- T83.022 Desplazamiento de catéter de nefrostomía**
- T83.031 Fuga de sonda uretral permanente**
- T83.032 Fuga de catéter de nefrostomía**
- T83.091 Otra complicación mecánica de sonda uretral permanente**
- T83.092 Otra complicación mecánica de catéter de nefrostomía**

La subcategoría **T83.1 Complicación mecánica de otros dispositivos e implantes urinarios**, también se ha revisado, modificando algunos de los literales existentes e incorporando códigos nuevos que se adaptan mejor a la terminología y práctica clínica. En esta ocasión los grupos de dispositivos son:

- Dispositivo estimulador electrónico urinario (.0)
- Esfínter urinario implantado (.1)
- Endoprótesis ureteral permanente (.2)
- Otro tipo de endoprótesis urinarias (.8)

- T83.113 Fallo (mecánico) de otro tipo de endoprótesis urinarias**
- T83.123 Desplazamiento de otras endoprótesis urinarias**
- T83.193 Otra complicación mecánica de otra endoprótesis urinarias**

Se han creado dos códigos nuevos en la subcategoría **T83.2 Complicación mecánica de injerto de órgano urinario**: **T83.24 Erosión de injerto de órgano urinario** y **T83.25 Exposición de injerto de órgano urinario**. Los injertos urinarios, tales como el cabestrillo pubovaginal usando

fascia de recto o fascia lata, pueden erosionar el tejido circundante o exponerse dentro de un órgano. Esto puede producir dolor, inflamación e infección.

En la subcategoría **T83.4 Complicación mecánica de otras prótesis, implantes e injertos de tracto genital**, se han creado códigos nuevos para permitir codificar complicaciones de los implantes de prótesis testicular.

- T83.411 Fallo (mecánico) de prótesis testicular implantada**
- T83.421 Desplazamiento de prótesis testicular implantada**
- T83.491 Otra complicación mecánica de prótesis testicular implantada**

En las subcategorías **T83.5 Infección y reacción inflamatoria debidas a prótesis, implantes e injertos en aparato urinario**, y **T83.6 Infección y reacción inflamatoria debidas a prótesis, implantes e injertos en tracto genital**, se han creado códigos nuevos para recoger mejor la infección e inflamación debida a prótesis, implantes e injertos, tanto en el sistema urinario como en el tracto genital.

- T83.510 Infección y reacción inflamatoria debidas a catéter de cistostomía**
- T83.511 Infección y reacción inflamatoria debidas a catéter uretral permanente**
- T83.512 Infección y reacción inflamatoria debidas a catéter de nefrostomía**
- T83.518 Infección y reacción inflamatoria debidas a otro catéter urinario**
- T83.590 Infección y reacción inflamatoria debidas a dispositivo de neuroestimulación urinario implantado**
- T83.591 Infección y reacción inflamatoria debidas a esfínter urinario implantado**
- T83.592 Infección y reacción inflamatoria debidas a endoprótesis uretral permanente**
- T83.593 Infección y reacción inflamatoria debidas a otras endoprótesis urinarias**
- T83.598 Infección y reacción inflamatoria debidas a otras prótesis, implantes e injertos en aparato urinario**

- T83.61 Infección y reacción inflamatoria debidas a prótesis peneana implantada**
- T83.62 Infección y reacción inflamatoria debidas a prótesis testicular implantada**
- T83.69 Infección y reacción inflamatoria debidas a otro tipo de prótesis, implante e injerto en tracto genital**

Igualmente se han creado códigos nuevos y se ha revisado la subcategoría **T83.7 Complicaciones debidas a malla implantada y a otros materiales protésicos**, para recoger la **Erosión de malla implantada y de otros materiales protésicos en órgano o tejido circundante (T83.71)** y **Exposición de malla implantada y de otros materiales protésicos en órgano o tejido circundante (T83.72)**, específicas en el uso de malla uretral y agentes aumentadores de espacio uretral/ureteral. Además, el código T83.711 se ha revisado y ahora es específico para malla vaginal. Todos los demás tipos de malla y materiales protésicos se han reclasificado en los códigos T83.718/T83.728 y T83.719/T83.729 respectivamente.

- T83.712 Erosión de malla uretral implantada en órgano o tejido circundante**
- T83.713 Erosión de material de relleno uretral implantado en órgano o tejido circundante**
- T83.714 Erosión de material de relleno ureteral implantado en órgano o tejido circundante**
- T83.719 Erosión de otros materiales protésicos en órgano o tejido circundante**
- T83.722 Exposición de malla uretral implantada dentro de la uretra**
- T83.723 Exposición de material de relleno uretral implantado dentro de la uretra**
- T83.724 Exposición de material de relleno ureteral implantado dentro del uréter**
- T83.729 Exposición de otros materiales protésicos en órgano o tejido circundante**
- T83.79 Otras complicaciones especificadas debidas a otro tipo de materiales protésicos genitourinarios**

Complicaciones de Otros Dispositivos, Implantes e Injertos Protésicos

La categoría **T85 Complicaciones de otras prótesis, implantes e injertos internos**, tiene numerosos cambios frente a la edición anterior.

En la subcategoría **T85.1 Complicación mecánica de estimulador electrónico implantado de sistema nervioso**, se han añadido códigos para el fallo, desplazamiento y otras complicaciones del mismo.

- T85.113 Fallo (mecánico) de neuroestimulador electrónico implantado, Generador**
- T85.123 Desplazamiento de neuroestimulador electrónico implantado, Generador**
- T85.193 Otra complicación mecánica de neuroestimulador electrónico implantado, generador**

Se han revisado los códigos de la subcategoría **T85.6 Complicación mecánica de otras prótesis, implantes e injertos internos y externos especificados** creándose códigos nuevos para identificar específicamente las complicaciones mecánicas de otros dispositivos del sistema nervioso aparte de las derivaciones ventriculares y los neuroestimuladores.

- T85.615 Fallo (mecánico) de otro tipo de dispositivo, implante o injerto del sistema nervioso**
- T85.625 Desplazamiento de otro tipo de dispositivo, implante o injerto del sistema nervioso**
- T85.635 Fuga de otro tipo de dispositivo, implante o injerto del sistema nervioso**
- T85.695 Otra complicación mecánica de otro tipo de dispositivo, implante o injerto del sistema nervioso**

Además se han revisado algunos literales de esta subcategoría para aclarar que pueden ser aplicados tanto en catéteres craneales como espinales y en los espacios epidural, subdural y subaracnoideo.

La subcategoría **T85.7** identifica infecciones y reacciones inflamatorias debidas a otros dispositivos protésicos, implantes e injertos in-

ternos. Se han creado códigos nuevos para proporcionar más detalle del tipo de dispositivo implantado y de su localización en el sistema nervioso.

- T85.730 Infección y reacción inflamatoria debidas a derivación ventricular intracraneal (comunicante)**
- T85.731 Infección y reacción inflamatoria debidas a neuroestimulador electrónico implantado de cerebro, electrodo (cable)**
- T85.732 Infección y reacción inflamatoria debidas a neuroestimulador electrónico implantado de nervio periférico, electrodo (cable)**
- T85.733 Infección y reacción inflamatoria debida a neuroestimulador electrónico implantado de médula espinal, electrodo (cable)**
- T85.734 Infección y reacción inflamatoria debidas a neuroestimulador electrónico implantado, generador**
- T85.735 Infección y reacción inflamatoria debidas a catéter de infusión craneal o espinal**
- T85.738 Infección y reacción inflamatoria debidas a otro dispositivo, implante e injerto del sistema nervioso**

También se han creado códigos nuevos en la subcategoría **T85.8 Otras complicaciones especificadas de prótesis, implantes e injertos internos, no clasificadas bajo otro concepto**. Además, se ha añadido específicamente como término de inclusión la erosión y rotura de bolsillo subcutáneo para dispositivo en la subcategoría **T85.89 Otra complicación especificada de prótesis, implantes e injertos internos, no clasificados bajo otro concepto**. Esta es una complicación conocida de neuroestimuladores y bombas intratecales.

- T85.810 Embolia debida a prótesis, implantes e injertos del sistema nervioso**
- T85.818 Embolia debida a otras prótesis, implantes e injertos Internos**
- T85.820 Fibrosis debida a prótesis, implantes e injertos del sistema nervioso**

- T85.828 Fibrosis debida a otras prótesis, implantes e injertos internos
- T85.830 Hemorragia debida a prótesis, implantes e injertos del sistema nervioso
- T85.838 Hemorragia debida a otras prótesis, implantes e injertos Internos
- T85.840 Dolor debido a prótesis, implantes e injertos del sistema nervioso
- T85.848 Dolor debido a otras prótesis, implantes e injertos Internos
- T85.850 Estenosis debida a prótesis, implantes e injertos del sistema nervioso
- T85.858 Estenosis debida a otras prótesis, implantes e injertos Internos
- T85.860 Trombosis debida a prótesis, implantes e injertos del sistema nervioso
- T85.868 Trombosis debida a otras prótesis, implantes e injertos internos
- T85.890 Otra complicación especificada de prótesis, implantes e injertos del sistema nervioso
- T85.898 Otra complicación especificada de otras prótesis, implantes e injertos internos

Consciencia no Intencionada bajo Anestesia General

T88.53 Despertar bajo anestesia general durante un procedimiento

Se ha creado un nuevo código para indicar específicamente el **Despertar bajo anestesia general durante un procedimiento (T88.53)**, y también el código de **Historia personal de despertar bajo anestesia general (Z92.84)**.

Se trata de una complicación excepcionalmente rara de la anestesia, donde los pacientes tienen algún sentido de lo que está ocurriendo

mientras están anestesiados. Algunos tipos de anestesia, como la sedación consciente, siempre tienen un cierto grado de consciencia, que puede ser necesario para que los pacientes puedan seguir órdenes. En otros casos, esta consciencia es no intencional, el paciente debería estar totalmente inconsciente, pero no lo está, y puede oír, oler, sentir o ver. Esto ocurre más si el paciente se inmoviliza al mismo tiempo con uso de drogas paralizantes, lo que significa que no tiene manera de comunicar su estado de consciencia.

Se estima que aproximadamente una de cada mil personas experimentan al menos la conciencia transitoria durante la cirugía, pero muchos de ellos no puede recordarlo al despertar, ya que algunos de los medicamentos que reciben causan amnesia.

Capítulo 20. Causas externas de morbilidad (V00-Y99)

Ocupante de coche lesionado en Colisión con Objeto Fijo o Estacionario

En la categoría V47 Ocupante de coche lesionado en colisión con objeto fijo o estacionario, se han borrado los códigos específicos (V47.01 y V47.11) que hacían referencia al tipo de vehículo (deportivo utilitario y a otro vehículo), ya que no se considera necesario hacer esta diferenciación.

Contacto con Otros Objetos Afilados

El título de la categoría W26 se ha revisado a “Contacto con otros objetos afilados”. El título anterior era “Contacto con cuchillo, espada o daga”. Se han creado códigos nuevos para diferenciar **Contacto con cuchillo (W26.0)** y **Contacto con espada o daga (W26.1)** así como **Contacto con borde de papel rígido (W26.2)**, que incluye corte con papel, **Contacto con otros objetos afilados no clasificados bajo otro concepto (W26.8)**, y **Contacto con objeto(s) afilado(s) no especificado(s) (W26.9)**.

Sobreesfuerzo

A fin de identificar el tipo de movimiento (mecanismo) asociado a una lesión se ha creado una nueva categoría de códigos de causa externa, **X50 Sobreesfuerzo y movimientos agotadores o repetitivos**. Se han creado códigos separados para identificar el **Sobreesfuerzo por movimientos o carga agotadores (X50.0)**, **Sobreesfuerzo por posturas estáti-**

cas prolongadas o incómodas (X50.1), Sobreesfuerzo por movimientos repetitivos (X50.3), y Otro sobreesfuerzo o movimientos o posturas agotadores y los no especificados (X50.9)

Juego de la asfixia

La subcategoría Y93.8 se ha ampliado con un nuevo código para identificar independientemente el **Juego de la asfixia (Y93.85)**. Antes de este cambio, se utilizaba el código Y93.89 Otra actividad especificada.

El **juego de la asfixia** es una práctica de alta peligrosidad y de riesgo mortal que consiste en el acto de inducirse una persona al desmayo, por medio de la asfixia intencional con el fin de sentir una sensación de desvanecimiento. Este acto es erróneamente visto como “*juego*” por parte de diversos jóvenes, y debido a que consiste en sofocarse o estrangularse intencionalmente hasta perder el conocimiento, a menudo puede resultar en muertes accidentales que son confundidas con suicidios.

Las estimaciones demuestran que la práctica del también llamado **juego de la muerte** ha aumentado en las últimas décadas y ha sido responsable de numerosas muertes y daños neurológicos graves en jóvenes en todo el mundo.

Capítulo 21. Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios (Z00-Z99)

Actualización de Códigos Z

Estado

Dentro de los códigos que la clasificación considera como “estado”, se han creado cinco nuevos códigos, estos son: **Z19.1 Estado de neoplasia hormonosensible**, y **Z19.2 Estado de neoplasia hormonorresistente**, para identificar los estados de sensibilidad y la resistencia hormonal de las neoplasias. El código de la neoplasia maligna debe ser codificado primero y el de estado se asigna como secundario.

El código **Z79.84 Uso prolongado (actual) de medicamentos hipoglucemiantes orales**, da información del uso de medicamentos hipoglucemiantes o antidiabéticos orales.

La subcategoría **Z98.8** también ha sido ampliada con dos códigos nuevos: el código **Z98.890 Otros estados posprocedimiento especificados** y el código **Z98.891 Historia de cicatriz uterina por cirugía previa** que se usa para recoger otras incisiones uterinas transmurales en una paciente que no está actualmente embarazada.

Se ha eliminado la subcategoría **Z22.5 Portador de hepatitis viral**, que identificaba a los portadores de hepatitis vírica no especificada, hepatitis B, hepatitis C y otras hepatitis víricas. Desde la edición de 2018 los portadores de hepatitis vírica se clasifican en la categoría **B18 Hepatitis vírica crónica**. El concepto de “portador sano” de hepatitis vírica no se considera clínicamente seguro. En su lugar esta afección se considera una forma de hepatitis viral crónica.

Historia (de)

Se han creado dos códigos de historia familiar y uno de historia personal. Son los códigos **Z83.42 Historia familiar de hipercolesterolemia familiar**, el código **Z84.82 Historia familiar de síndrome de muerte súbita del lactante** y el código **Z92.84 Historia personal de despertar bajo anestesia general**.

Observación:

Se han creado 14 códigos nuevos en la categoría **Z05 Contacto para observación y evaluación del recién nacido por enfermedades y afecciones sospechadas que se descartan**. Esta categoría se usa en recién nacidos dentro del período perinatal (los primeros 28 días de vida), que son sospechosos de tener una afección no relacionada con la exposición materna o con el proceso de nacimiento, que no tiene signos o síntomas, y que tras el examen y observación se descarta.

Estos códigos son:

- Z05.0 Observación y evaluación del recién nacido por sospecha de patología cardíaca que se descarta**
- Z05.1 Observación y evaluación del recién nacido por sospecha de patología infecciosa que se descarta**
- Z05.2 Observación y evaluación del recién nacido por sospecha de patología neurológica que se descarta**
- Z05.3 Observación y evaluación del recién nacido por sospecha de patología respiratoria que se descarta**
- Z05.41 Observación y evaluación del recién nacido por sospecha de patología genética que se descarta**
- Z05.42 Observación y evaluación del recién nacido por sospecha de patología metabólica que se descarta**
- Z05.43 Observación y evaluación del recién nacido por sospecha de patología inmunológica que se descarta**
- Z05.5 Observación y evaluación del recién nacido por sospecha de patología gastrointestinal que se descarta**
- Z05.6 Observación y evaluación del recién nacido por sospecha de patología genitourinaria que se descarta**

- Z05.71** Observación y evaluación del recién nacido por sospecha de patología cutánea y subcutánea que se descarta
- Z05.72** Observación y evaluación del recién nacido por sospecha de patología musculoesquelética que se descarta
- Z05.73** Observación y evaluación del recién nacido por sospecha de patología del tejido conjuntivo que se descarta
- Z05.8** Observación y evaluación del recién nacido por sospecha de otra patología especificada que se descarta
- Z05.9** Observación y evaluación del recién nacido por sospecha de patología no especificada que se descarta

Cuidados posteriores

El código **Z51.6 Contacto para desensibilización a alérgenos**, se crea para capturar los episodios de desensibilización a alérgenos o tratamiento de hiposensibilización.

Contactos para servicios obstétricos y reproductivos

La categoría **Z30 Contacto para atención anticonceptiva**, se ha ampliado con 6 códigos nuevos como sigue:

- Z30.015** Contacto para la prescripción inicial de anticonceptivo hormonal de anillo vaginal
- Z30.016** Contacto para la prescripción inicial de anticonceptivo hormonal con parche transdérmico
- Z30.017** Contacto para la prescripción inicial de anticonceptivo subdérmico implantable
- Z30.44** Contacto para supervisión de dispositivo anticonceptivo hormonal de anillo vaginal
- Z30.45** Contacto para supervisión de dispositivo anticonceptivo hormonal con parche transdérmico
- Z30.46** Contacto para supervisión de dispositivo anticonceptivo subdérmico implantable

La categoría **Z33 Estado de embarazo**, se ha ampliado con el siguiente código: **Z33.3 Estado de embarazo, portadora gestacional**. Además se

ha creado el código **Z31.7 Contacto para atención y consejos procreativos de portadora gestacional**. Una portadora gestacional es una mujer que está embarazada de un niño genéticamente no relacionado, con un embrión implantado que ha sido creado por fertilización in Vitro y que tras el parto es entregado a los padres genéticos.

Miscelánea

Se han creado siete códigos nuevos en la nueva categoría Z29 Contacto para otras medidas profilácticas. Estos códigos son:

- Z29.11 Contacto para inmunoterapia profiláctica para el virus sincitial respiratorio (VSR),**
- Z29.12 Contacto para administración profiláctica de antídoto**
- Z29.13 Contacto para administración profiláctica de inmunoglobulinas Rho (D)**
- Z29.14 Contacto para administración profiláctica de inmunoglobulinas antirrábicas**

Los restantes códigos nuevos son **Z29.3 Contacto para administración profiláctica de flúor**, **Z29.8 Contacto para otras medidas profilácticas especificadas** y **Z29.9 Contacto para medidas profilácticas no especificadas**.

Así mismo se han creado cuatro códigos nuevos para identificar procedimientos cuyo abordaje se ha reconvertido a un abordaje abierto. Anteriormente no existían códigos para identificar procedimientos usando un endoscopio que se convertían en un procedimiento abierto. Estos códigos solo se usan como diagnósticos secundarios.

- Z53.31 Procedimiento quirúrgico laparoscópico convertido en procedimiento abierto**
- Z35.32 Procedimiento quirúrgico toracoscópico convertido en procedimiento abierto**
- Z35.33 Procedimiento quirúrgico artroscópico convertido en procedimiento abierto**
- Z35.39 Otro procedimiento especificado convertido en procedimiento abierto**

Nuevos códigos de procedimientos CIE-10-ES Edición 2018

La edición 2018 de la CIE-10-ES Procedimientos corresponde a la traducción de la edición ICD-10-CM FY 2017 americana, e incluye cambios significativos con respecto a la edición previa. Incorpora 3.827 nuevos códigos, 12 eliminaciones, y la revisión de 491 literales de códigos. El número total de códigos que incluye esta nueva edición es de 75.789. Para facilitar la identificación de dichos cambios, las tablas contienen marcas tipográficas. Los valores que mantienen el mismo carácter pero cuyo literal ha sido revisado y modificado están marcados con el símbolo ☞. Los valores nuevos en una tabla están identificados en rojo. Cuando en una tabla todos los valores de localización anatómica, de una misma fila, son nuevos, se ha considerado nueva a toda la fila.

Las filas nuevas se han sombreado en gris claro. No todas las filas nuevas incluyen valores nuevos; en determinados casos la fila nueva ha surgido porque se han reagrupado determinadas localizaciones anatómicas de forma diferente a la edición anterior.

La estructura de este cuaderno sigue la secuencia de las secciones que han sufrido cambios en la clasificación de procedimientos.

Sección 0 Médico-quirúrgica

Gran parte de los cambios que se han producido en esta edición de CIE-10-ES Procedimientos afectan a la sección Médico-Quirúrgica.

Una de las modificaciones más importantes hace referencia a la revisión de las definiciones de los tipos de procedimiento **CREACIÓN Y CONTROL** que pasan a quedar de la siguiente manera:

CREACIÓN: Colocar material biológico o sintético para formar una nueva parte del cuerpo que en lo posible replique la estructura anatómica o la función de una parte ausente del cuerpo.

CONTROL: Detener, o intentar detener, una hemorragia posprocedimiento u otra hemorragia aguda.

Estas revisiones pretenden ampliar el espectro de procedimientos donde se pueden aplicar e iremos viendo las tablas afectadas por esta modificación a lo largo de este boletín.

Aparte de estas modificaciones en las definiciones de Creación y Control, el resto de cambios, en la Sección Médico-Quirúrgica, afectan en su mayoría a los sistemas orgánicos que constituyen el aparato cardiovascular, en concreto a las tablas de los sistemas orgánicos **2** Corazón y Grandes Vasos, **3** Arterias Superiores, **4** Arterias Inferiores y **5** Venas Superiores. En estas tablas se han modificado los literales de algunos valores de localización anatómica y se han creado nuevos valores para las posiciones cuatro (Localización Anatómica), seis (Dispositivo) y siete (Calificador) con la finalidad de poder codificar con más precisión determinadas técnicas.

También valores ya existentes se han introducido en tablas donde antes no existían para dotar a la clasificación de mayor especificidad. Es el caso, por ejemplo, del calificador **6** Bifurcación, que se incorpora como nuevo valor a las tablas **02C, 037, 03C, 047, 04C, 04V** (previamente solo se encontraba en la tabla 027).

Sistema orgánico 2 Corazón y grandes vasos

Este sistema orgánico es el que ha incorporado un mayor número de cambios, bien modificando la descripción de valores existentes o bien, incorporado nuevos valores.

La modificación de valores ya existentes en Corazón y Grandes Vasos se ha realizado en aquellos valores de localización anatómica que hacen referencia a Arterias Coronarias y Aorta Torácica.

Arterias coronarias

Las arterias coronarias se identifican ahora por el número de arterias coronarias tratadas, en vez de por el número de localizaciones tratadas. Este cambio también ha quedado reflejado en la normativa de codificación (ver **norma B4.4**) donde, entre otras cosas, aparece: “Las arterias coronarias se consideran como una estructura anatómica, siendo posible especificar el número de arterias tratadas”

2016	2018
0 Arteria Coronaria, Una Localización	0 Arteria Coronaria, Una Arteria ➕
1 Arteria Coronaria, Dos Localizaciones	1 Arteria Coronaria, Dos Arterias ➕
2 Arteria Coronaria, Tres Localizaciones	2 Arteria Coronaria, Tres Arterias ➕
3 Arteria Coronaria, Cuatro o Más Localizaciones	3 Arteria Coronaria, Cuatro o Más Arterias ➕

Este cambio afecta a las siguientes tablas de CIE-10-ES Procedimientos:

- **021 Derivación**
- **027 Dilatación**
- **02C Extirpación**
- **02Q Reparación**
- **02S Reposición**
- **X2C Extirpación en Sistema Cardiovascular (Sección X Nueva Tecnología)**

Aorta Torácica

En el caso de la Aorta Torácica el valor existente **W** Aorta Torácica, ha sido modificado para identificar el segmento descendente de la aorta torácica y se ha creado un nuevo valor de localización anatómica “**X**” que identifica específicamente la aorta torácica ascendente y el arco aórtico:

- **W** Aorta Torácica, Descendente,
- **X** Aorta Torácica, Ascendente/Arco

2016	2018
W Aorta Torácica	W Aorta Torácica, Descendente ↻
	X Aorta Torácica, Ascendente/Arco

Este cambio afecta a las siguientes tablas de CIE-10-ES Procedimientos:

- **021 Derivación**
- **025 Destrucción**
- **027 Dilatación**
- **02B Escisión**
- **02C Extirpación**
- **02H Inserción**
- **02N Liberación**
- **02Q Reparación**
- **02R Sustitución**
- **02S Reposición**
- **02U Suplemento**
- **02V Restricción**

En algunas de las tablas del sistema orgánico 2 Corazón y Grandes Vasos solo se ha realizado la modificación que afecta a estos valores de Localización anatómica. En otras tablas las modificaciones afectan también a otras posiciones del código. Vamos a ir las viendo a lo largo de este Boletín.

Tabla 021 Derivación

Sección	0 Médico-Quirúrgica		
Sistema orgánico	2 Corazón y Grandes Vasos		
Tipo de procedimiento	1 Derivación: Alterar la vía de paso de los contenidos de una estructura anatómica tubular		
Localización anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
P Tronco Pulmonar Q Arteria Pulmonar, Derecha R Arteria Pulmonar, Izquierda	0 Abierto 4 Endoscópico Percutáneo	8 Tejido Zooplástico 9 Tejido Venoso Autólogo A Tejido Arterial Autólogo J Sustituto Sintético K Sustituto de Tejido No Autólogo Z Ninguno	A Arteria Innominada B Subclavia D Carótida

Además de los cambios anteriormente mencionados, la tabla 021 incorpora nuevos valores de Localización Anatómica, de Dispositivo y de Calificador.

A. Derivación sistémico-pulmonar. Derivación Blalock -Taussig

Se han creado tres nuevos valores de Localización Anatómica: **P** Tronco Pulmonar, **Q** Arteria Pulmonar, Derecha y **R** Arteria Pulmonar, Izquierda. También se han creado tres nuevos valores de Calificador: **A** Arteria Innominada, **B** Subclavia y **D** Carótida. Todos estos valores configuran una nueva fila que facilita la codificación específica de los procedimientos de derivación sistémico-pulmonar.

Estas cirugías de derivación se utilizan frecuentemente como procedimientos quirúrgicos paliativos en los primeros meses de vida, en lactantes con cardiopatías congénitas cianóticas tales como la Tetralogía de Fallot, la atresia pulmonar o la hipoplasia del ventrículo izquierdo, entre otras. Dentro de estas técnicas destaca la descrita por los doctores Alfred Blalock y Helen Taussig, que se ha convertido en una técnica quirúrgica paliativa muy utilizada. Se realiza para incrementar el aporte sanguíneo pulmonar dirigiendo, mediante un injerto, el flujo sanguíneo desde la arteria innominada, subclavia o carótida al tronco pulmonar, arteria pulmonar derecha o arteria pulmonar izquierda.

B. Reparación del Drenaje venoso pulmonar anómalo:

Esta tabla **021**, en una fila diferente a la vista, incorpora nuevos valores de calificador: **S** Vena Pulmonar Derecha, **T** Vena Pulmonar Izquierda y **U** Vena Pulmonar, Común. Estos nuevos valores asociados a las localizaciones anatómicas **7** Aurícula, Izquierda y **V** Vena Cava Superior, permiten codificar la reparación del drenaje venoso pulmonar anómalo.

Las anomalías de drenaje de las venas pulmonares se deben a una alteración precoz en el desarrollo embrionario de las venas pulmonares y pueden ser totales o parciales.

Sección	0 Médico-Quirúrgica		
Sistema orgánico	2 Corazón y Grandes Vasos		
Tipo de procedimiento	1 Derivación: Alterar la vía de paso de los contenidos de una estructura anatómica tubular		
Localización anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
7 Aurícula, Izquierda V Vena Cava Superior	0 Abierto 4 Endoscópico Percutáneo	8 Tejido Zooplástico 9 Tejido Venoso Autólogo A Tejido Arterial Autólogo J Sustituto Sintético K Sustituto de Tejido No Autólogo Z Ninguno	P Tronco Pulmonar Q Arteria Pulmonar, Derecha R Arteria Pulmonar, Izquierda S Vena Pulmonar Derecha T Vena Pulmonar Izquierda U Vena Pulmonar, Común

- **Drenaje venoso pulmonar anómalo parcial**

Es una anomalía congénita en la cual una o más de las venas pulmonares en vez de desembocar en la aurícula izquierda, están conectadas con la aurícula derecha de forma directa o a través de la vena cava superior, vena cava inferior o alguna de las venas que llegan a éstas. Como consecuencia de ello, e igual que sucede en el caso de la comunicación interventricular (CIV), hay una sobrecarga de circulación en la aurícula derecha, ventrículo derecho, arteria pulmonar, pulmón y venas pulmonares con su colector. Este hiperflujo de sangre causa

insuficiencia cardiaca e hipertensión pulmonar. Suele asociarse con una comunicación interauricular (CIA).¹

- **Drenaje venoso pulmonar anómalo total (RVAT).**

El drenaje venoso pulmonar anómalo total (RVAT) es un defecto congénito poco común en el que las venas pulmonares están conectadas a la aurícula derecha o con una de sus venas afluentes, en lugar de hacerlo con la aurícula izquierda.

Las venas pulmonares transportan la sangre rica en oxígeno de los pulmones al corazón. Normalmente la llevan al lado izquierdo del corazón, que bombea esta sangre oxigenada al resto del cuerpo. Pero este defecto hace que la sangre fluya de los pulmones a la aurícula derecha.

En ambos casos el objetivo de la cirugía es conectar mediante un procedimiento de derivación, las venas pulmonares a la aurícula izquierda y cerrar el defecto existente entre las aurículas izquierda y derecha.

C. Valor de dispositivo 8 Tejido Zooplástico

El único valor nuevo de dispositivo en esta tabla, es el valor **8 Tejido Zooplástico** que permite la identificación de derivaciones realizadas con xenoinjertos. Es el caso, por ejemplo, del tubo valvulado que se utiliza para la reconstrucción del tracto de salida del ventrículo derecho (en algunas cardiopatías congénitas) y que se obtiene a partir de vena yugular bovina.

Tabla 024 Creación

La tabla **024 Creación**, en el sistema orgánico **2 Corazón y Grandes Vasos**, permite la codificación de los procedimientos que tienen como finalidad la reparación del defecto completo del canal auriculoventricular común y la reparación de la válvula troncal.

¹ http://www.cardiopatiascongenitas.net/tipos_cc_n_dvpaptxt.htm

A. Reparación del tronco arterioso

El tronco arterioso persistente se produce cuando, durante el desarrollo fetal, el tronco primitivo no se divide en arteria pulmonar y aorta, lo que da origen a un único tronco arterial de gran tamaño que sale del corazón a través de una única válvula troncal que cabalga sobre una gran comunicación interventricular.

Para corregir inicialmente los defectos, el cirujano secciona y separa el tronco pulmonar del gran vaso único. El vaso único que queda es reparado para formar una nueva aorta, mientras que la válvula troncal única se repara para convertirla en válvula aórtica. El defecto septal ventricular se cierra con un parche. Como no hay válvula pulmonar, y el tronco pulmonar ha quedado separado del ventrículo derecho se coloca un conducto valvulado entre el ventrículo derecho y el tronco arterial pulmonar previamente separado para reconducir el flujo sanguíneo y realizar la función de la válvula pulmonar.

Sección	0 Médico-Quirúrgica		
Sistema orgánico	2 Corazón y Grandes Vasos		
Tipo de procedimiento	4 Creación: Colocar material biológico o sintético para formar una nueva parte del cuerpo que en lo posible replique la estructura anatómica o la función de una parte ausente del cuerpo		
Localización anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
F Válvula Aórtica	0 Abierto	7 Sustituto de Tejido Autólogo 8 Tejido Zooplástico J Sustituto Sintético K Sustituto de Tejido No Autólogo	J Válvula Troncal

B. Reparación de defecto completo del canal auriculoventricular común

El canal auriculoventricular (canal AV o defecto de la cruz del corazón o de los cojinetes endocárdicos) constituye un espectro de malformaciones cardíacas que afectan al desarrollo de la porción inferior del tabique interauricular, de la parte posterosuperior del tabique interventricular y de las válvulas auriculoventriculares.

La forma completa se caracteriza por la presencia de una válvula auriculoventricular única y común que separa ambas aurículas de ambos ventrículos, en lugar de 2 válvulas (mitral y tricúspide). Existe una comunicación interauricular tipo ostium primum y una comunicación interventricular posterior ubicadas perpendicularmente a la válvula, una por arriba y la otra por debajo.

La reparación quirúrgica de la malformación consiste en el cierre de los defectos del septo y la confección, a expensas del tejido disponible de la válvula AV común, de dos válvulas AV independientes. Las valvas del lado izquierdo se convierten en la nueva válvula mitral y las de la derecha en la nueva tricúspide de manera que permitan una correcta conexión de cada aurícula con su correspondiente ventrículo y un funcionamiento valvular adecuado².

Sección	0 Médico-Quirúrgica		
Sistema orgánico	2 Corazón y Grandes Vasos		
Tipo de procedimiento	4 Creación: Colocar material biológico o sintético para formar una nueva parte del cuerpo que en lo posible replique la estructura anatómica o la función de una parte ausente del cuerpo		
Localización anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
G Válvula Mitral J Válvula Tricúspide	0 Abierto	7 Sustituto de Tejido Autólogo 8 Tejido Zooplástico J Sustituto Sintético K Sustituto de Tejido No Autólogo	2 Válvula Atrioventricular Común

El cierre del defecto septal ventricular y del defecto septal auricular se codifican por separado usando las tablas existentes.

² Defectos de cojines endocárdicos. J. Casaldàliga Unidad de Cardiología Pediátrica y Unidad de Cardiopatías Congénitas del Adolescente y Adulto. ACOR. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Tabla 02Q Reparación y 02U Suplemento

Las sucesivas intervenciones que se realicen sobre estas válvulas a lo largo de la vida del paciente se codificarán utilizando las tablas 02Q y 02U en función de la técnica empleada y de la información que aparezca en la documentación. En la tabla **02Q** se han creado filas nuevas que permiten codificar la reparación de las válvulas aórtica, mitral y tricúspide creadas a partir de una válvula troncal o una válvula auriculoventricular común.

Sección	0 Médico-Quirúrgica		
Sistema orgánico	2 Corazón y Grandes Vasos		
Tipo de procedimiento	U Suplemento: Colocar un dispositivo biológico o sintético que refuerza y/o mejora la función de una estructura anatómica		
Localización anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
F Válvula Aórtica	0 Abierto 3 Percutáneo 4 Endoscópico Percutáneo	7 Sustituto de Tejido Autólogo 8 Tejido Zooplástico J Sustituto Sintético K Sustituto de Tejido No Autólogo	J Válvula Troncal Z Ninguno
G Válvula Mitral	0 Abierto 3 Percutáneo 4 Endoscópico Percutáneo	7 Sustituto de Tejido Autólogo 8 Tejido Zooplástico J Sustituto Sintético K Sustituto de Tejido No Autólogo	E Válvula Atrioventricular Izquierda Z Ninguno
J Válvula Tricúspide	0 Abierto 3 Percutáneo 4 Endoscópico Percutáneo	7 Sustituto de Tejido Autólogo 8 Tejido Zooplástico J Sustituto Sintético K Sustituto de Tejido No Autólogo	G Válvula Atrioventricular Derecha Z Ninguno

Los nuevos calificadores de la tabla **02U** permiten codificar procedimientos de suplemento en estructuras valvulares de nueva creación, cuando estas precisen en intervenciones posteriores reforzar o mejorar la función de dichas estructuras.

Sección	0 Médico-Quirúrgica		
Sistema orgánico	2 Corazón y Grandes Vasos		
Tipo de procedimiento	Q Reparación: Restablecer en lo posible una estructura anatómica a su estado o función anatómica normal		
Localización anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
F Válvula Aórtica	0 Abierto 3 Percutáneo 4 Endoscópico Percutáneo	Z Ninguno	J Válvula Troncal Z Ninguno
G Válvula Mitral	0 Abierto 3 Percutáneo 4 Endoscópico Percutáneo	Z Ninguno	E Válvula Atrioventricular Izquierda Z Ninguno
J Válvula Tricúspide	0 Abierto 3 Percutáneo 4 Endoscópico Percutáneo	Z Ninguno	G Válvula Atrioventricular Derecha Z Ninguno

Tabla 027 Dilatación

Esta tabla incorpora nuevos valores de Dispositivo para poder identificar el número de stent que se han colocado, tanto si son convencionales como liberadores de fármaco.

2016	2018
4 Dispositivo Intraluminal Liberador de Fármaco	4 Dispositivo Intraluminal Liberador de Fármaco
D Dispositivo Intraluminal	5 Dispositivo Intraluminal Liberador de Fármaco, Dos
T Dispositivo Intraluminal Radiactivo	6 Dispositivo Intraluminal Liberador de Fármaco, Tres
Z Ninguno	7 Dispositivo Intraluminal Liberador de Fármaco, Cuatro o Más
	D Dispositivo Intraluminal
	E Dispositivo Intraluminal, Dos
	F Dispositivo Intraluminal, Tres
	G Dispositivo Intraluminal, Cuatro o Más
	T Dispositivo Intraluminal Radiactivo
	Z Ninguno

Tabla 02C Extirpación

La tabla 02C incorpora un nuevo valor de Calificador **6** Bifurcación, para las localizaciones anatómicas de Arterias Coronarias, con el fin de poder codificar aquellas extirpaciones (aterectomías, trombectomías, etc.) que se hacen sobre una bifurcación.

Tablas 02H Inserción, 02P Retirada y 02W Revisión

Estas tablas incluyen un nuevo valor de dispositivo, **N** Marcapasos Intracardiaco, para la codificación de la inserción y retirada de los marcapasos intracardiacos.

Sección	0 Médico-Quirúrgica		
Sistema orgánico	2 Corazón y Grandes Vasos		
Tipo de procedimiento	H Inserción: Introducir un dispositivo no biológico que monitoriza, evalúa, realiza o previene una función fisiológica, pero sin sustituir físicamente una estructura anatómica		
Localización anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
4 Vena Coronaria 6 Aurícula, Derecha 7 Aurícula, Izquierda K Ventrículo, Derecho L entrículo, Izquierdo	0 Abierto 3 Percutáneo 4 Endoscópico Percutáneo	0 Dispositivo de Monitorización, Sensor de Presión 2 Dispositivo de Monitorización 3 Dispositivo de Infusión D Dispositivo Intraluminal J Electrodo de Marcapasos K Electrodo de Desfibrilador M Electrodo Cardiaco N Marcapasos Intracardiaco	Z Ninguno

Marcapasos intracardiaco

Este dispositivo, cuyo tamaño es aproximadamente una décima parte del tamaño del marcapasos actual, se coloca directamente en el corazón mediante un catéter insertado a través de la vena femoral. La principal ventaja de esta tecnología es que no requiere del uso de cables para realizar la terapia de estimulación y tampoco la realización de incisiones

quirúrgicas para la realización del “bolsillo”. Esto evita los principales problemas de los marcapasos actuales que son las infecciones por causa de los cables (endocarditis) y la rotura de los mismos, así como las posibles complicaciones derivadas de la colocación del generador.

Este dispositivo está especialmente indicado para aquellos pacientes que no precisan de estimulación en la aurícula, lo que supone entre un 30% y un 50% de las personas que necesitan un marcapasos. Así, los pacientes más adecuados para beneficiarse de esta tecnología son los pacientes ancianos, con riesgo de complicaciones derivadas del implante que frecuentemente reciben un solo electrodo en la actualidad. Pero también pacientes jóvenes que no quieran ver limitada la movilidad del brazo, así como aquellos que han padecido una infección de un marcapasos previo.³

Como todos los marcapasos, los marcapasos intracardiacos tienen que programarse y luego tienen que ser testeados periódicamente y reprogramados. Esto también incluye que eventualmente finalice la vida útil de la batería y que el dispositivo deba ser reemplazado por uno nuevo. Otra posible eventualidad es que se produzca un desplazamiento del marcapasos intracardiacos y deba ser recolocado. Por ello se ha introducido el valor **N** Marcapasos Intracardiacos, en las tablas **02H** Inserción, **02P** Retirada y **02W** Revisión.

Tabla 02L Oclusión

El nuevo valor de localización anatómica **H** Válvula Pulmonar, ha sido incluido en la tabla 02L para codificar el cierre u oclusión de la válvula pulmonar. Esta técnica forma parte de la cirugía de Rastelli.

Técnica de Rastelli

La técnica de Rastelli consiste en colocar, a través de una ventriculotomía derecha, un amplio parche desde el borde derecho de la CIV hasta el anillo de la aorta y reconstruir la salida desde el


³ <https://secardiologia.es/comunicacion/notas-de-prensa/notas-de-prensa->

ventrículo derecho hasta la arteria pulmonar con un homoinjerto pulmonar crioconservado o un xenoinjerto. La válvula pulmonar es suturada.

Sección	0 Médico-Quirúrgica		
Sistema orgánico	2 Corazón y Grandes Vasos		
Tipo de procedimiento	L Oclusión: Cierre completo de un orificio o de la luz de una estructura anatómica tubular		
Localización anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
H Válvula Pulmonar S Vena Pulmonar, Derecha T Vena Pulmonar, Izquierda V Vena Cava Superior	0 Abierto 3 Percutáneo 4 Endoscópico Percutáneo	C Dispositivo Extraluminal D Dispositivo Intraluminal Z Ninguno	Z Ninguno

Tabla 02S Reposición

Se han añadido nuevos valores de localización anatómica a la tabla de reposición de corazón y grandes vasos que permiten una codificación más específica de la reposición de arterias coronarias en los procedimientos de corrección anatómica (switch arterial), en pacientes con transposición de grandes arterias (TGA).

Sección	0 Médico-Quirúrgica		
Sistema orgánico	2 Corazón y Grandes Vasos		
Tipo de procedimiento	S Reposición: Colocar en una localización normal, u otra localización adecuada, toda o una parte de una parte corporal		
Localización anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
0 Arteria Coronaria, Una Arteria 1 Arteria Coronaria, Dos Arterias P Tronco Pulmonar Q Arteria pulmonar, Derecha R Arteria Pulmonar, Izquierda S Vena Pulmonar, Derecha T Vena Pulmonar, Izquierda V Vena Cava Superior W Aorta Torácica, Descendente  + X Aorta Torácica, Ascendente/Arco	0 Abierto	Z Ninguno	Z Ninguno

Intercambio Arterial (switch arterial)

La transposición completa de las grandes arterias (TGA) es una anomalía cardíaca congénita en la que la aorta sale enteramente o en su mayor parte del ventrículo derecho (VD) y la arteria pulmonar sale enteramente o en su mayor parte del ventrículo izquierdo (VI). Existe una discordancia ventrículo-arterial.

La situación hemodinámica es crítica pues la sangre oxigenada del ventrículo izquierdo en vez de ir a todo el cuerpo a través de la aorta, va inútilmente al pulmón a re-oxigenarse de nuevo; pero lo más grave es que la sangre no oxigenada del ventrículo derecho en vez de ir al pulmón a oxigenarse, va a través de la aorta a todo el cuerpo que se ve privado así de oxígeno. Estos niños recién nacidos sobreviven gracias a la persistencia del ductus y de la comunicación interauricular (CIA) que, de forma natural o mediante tratamiento médico/cateterismo invasivo, se mantienen abiertos. A través de ellos se intercambia entre ambos circuitos un mínimo de sangre, el suficiente para sobrevivir, de forma que sangre no oxigenada pasa a través de la CIA y ductus a los pulmones y sangre oxigenada pasa a través de la CIA a todo el cuerpo.

Se describen tres variedades:

- TGV con tabique interventricular intacto (septum cerrado).
- TGV con defecto interventricular (CIV).
- TGV con obstrucción en el tracto de salida del ventrículo izquierdo (OTSVI) con o sin CIV.

El desarrollo de la cirugía cardíaca pediátrica ha permitido aumentar la supervivencia de estos niños, especialmente con el uso de prostaglandinas para mantener el Ductus permeable, la técnica de Rashkind-Miller (septostomía con balón) y una tendencia cada vez mayor a la corrección anatómica (operación de Jatene).

Jatene realizó la primera operación que corrige anatómica y fisiológicamente la TGV (operación de **Jatene o Switch**). Consiste en la sección y posterior re-inserción de los grandes vasos y las arterias coronarias en la correcta posición anatómica.⁴ Se seccionan ambas arterias, la pul-

⁴ <http://www.anestesiarianimazione.com/DWLDdocuments/Cap.%2010.%20Anestesia%20en%20la%20Transposici%C3%B3n%20de%20los%20Grandes%20Vasos.pdf>

monar y la aorta y se reconectan cruzadas de forma que la arteria pulmonar queda unida al ventrículo derecho y la aorta al izquierdo. Las arterias coronarias que son las que llevan sangre oxigenada al propio corazón (miocardio), deben ser cambiadas de sitio y trasplantadas desde la arteria pulmonar (si se dejaran conectadas a la arteria pulmonar el corazón recibiría sangre no oxigenada) a la aorta para que el miocardio reciba sangre oxigenada).

La codificación completa de este procedimiento incluye tres códigos:

- **02SX0ZZ** Reposición de aorta torácica, ascendente/arco, abordaje abierto, para mover la aorta al ventrículo izquierdo (código nuevo)
- **02S10ZZ** Reposición de arteria coronaria, dos arterias, abordaje abierto, para mover los botones coronarios (código nuevo)
- **02SP0ZZ** Reposición de tronco pulmonar, abordaje abierto, para mover el tronco pulmonar al ventrículo derecho (código ya existente)

En la corrección de estas patologías es frecuente la realización de otras técnicas quirúrgicas tales como la reparación del ducto arterioso persistente y del defecto septal auricular que deben ser codificados por separado.

Tabla 02V Restricción

En esta tabla se han agregado dos nuevos valores de Dispositivo:

- **E** Dispositivo Intraluminal, Ramificado o Fenestrado, Una o Dos Arterias
- **F** Dispositivo Intraluminal, Ramificado o Fenestrado, Tres o Más Arterias

Son aplicables a las localizaciones anatómicas **W** Aorta Torácica, Descendente y **X** Aorta Torácica, Ascendente/Arco. Estos valores se han añadido para poder recoger las reparaciones de aneurismas de aorta torácica mediante la utilización de este tipo de dispositivos.

En general, las endoprótesis están formadas por un *stent* (de nitinol o acero inoxidable) recubierto de un tejido (poliéster o polite-trafluoroetileno [PTFE]), con diferentes diseños para facilitar la fijación endoluminal proximal y distal a la dilatación. Sin embargo las endoprótesis convencionales no pueden utilizarse cuando el aneurisma engloba la salida de ramas arteriales cuyo flujo hay que preservar. La endoprótesis, en estos casos, cerraría la salida de estas ramas impidiendo el aporte de flujo necesario para órganos vitales. Por este motivo se han desarrollado las endoprótesis ramificadas y fenestradas.

Endoprótesis fenestradas. Presentan orificios redondos o festoneados en el cuerpo del *stent*, que están alineados con el nacimiento de las arterias involucradas en el aneurisma para evitar su oclusión. Después de canular a través de los orificios la arteria visceral correspondiente, se coloca un *stent* expansible que servirá como puente entre la arteria en cuestión y el cuerpo del dispositivo. La colocación de dichos *stents* arteriales, se consideran parte del procedimiento y no deben ser codificados aparte.

Endoprótesis ramificadas. Consisten en un cuerpo principal al que se le cosen extensiones secundarias en forma de *stents* recubiertos, que conectan selectivamente con las ramas arteriales viscerales. Proporcionan un sellado más seguro que las prótesis fenestradas.

En la aorta torácica, especialmente en el arco aórtico, deben preservarse tres ramas: la arteria subclavia izquierda, la arteria carótida común izquierda y el tronco braquiocefálico (arteria innominada), denominadas en conjunto como arterias precerebrales.

El diseño de estas prótesis requiere una meticulosa medición tridimensional del aneurisma a partir de una tomografía computarizada preoperatoria de alta resolución. Esto requiere que cada prótesis sea diseñada y construida a la medida del paciente, lo que significa una demora prolongada y riesgo de ruptura del aneurisma durante la espera. Existen endoprótesis estándar con escotaduras y fenestraciones ya prefijadas.⁵

⁵ http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262011000500014

Sistema Orgánico 3 Arterias superiores y 4 arterias inferiores

Solo se han hecho modificaciones en cinco tablas de estos Sistemas Orgánicos. Son las que hacen referencia al tipo de procedimiento Dilatación (tablas 037 y 047), Extirpación (tablas 03C y 04C) y en la tabla 04V Restricción. En todas ellas se han incluido nuevos valores.

Tablas 037, 047 (Dilatación) y 03C, 04C (Extirpación)

Al igual que en la tabla 027 se han creado nuevos valores para poder identificar el número de stent que se han utilizado en los procedimientos de Dilatación realizados sobre Arterias Superiores e Inferiores.

- 5** Dispositivo Intraluminal, Liberador de Fármaco, Dos
- 6** Dispositivo Intraluminal, Liberador de Fármaco, Tres
- 7** Dispositivo Intraluminal, Liberador de Fármaco, Cuatro o Más
- E** Dispositivo Intraluminal, Dos
- F** Dispositivo Intraluminal, Tres
- G** Dispositivo Intraluminal, Cuatro o Más

Además se ha añadido el valor **6** Bifurcación como Calificador para poder codificar los procedimientos que se realizan sobre bifurcaciones arteriales. Este nuevo valor también se ha añadido como Calificador en las tablas 03C y 04C.

Tabla 04V Restricción

Al igual que en la Tabla 02V se han creado nuevos valores de Dispositivo:

- E** Dispositivo Intraluminal, Ramificado o Fenestrado, Una o Dos Arterias

F Dispositivo Intraluminal, Ramificado o Fenestrado, Tres o Más Arterias

En este caso son aplicables a las localizaciones anatómicas **0** Aorta Abdominal, **C** Arteria Iliaca Común, Derecha y **D** Arteria Iliaca Común, Izquierda.

La reparación de aneurismas de aorta abdominal con este tipo de dispositivos permite preservar la salida de las arterias renales derecha e izquierda, de la arteria mesentérica superior y del tronco celiaco, denominadas en su conjunto como arterias viscerales. También para la localización anatómica **0** Aorta Abdominal se ha incluido el valor de calificador **6** Bifurcación.

Sistema Orgánico 5 Venas superiores

Tabla 05H Inserción, 05P Retirada y 05W Revisión

Las modificaciones hechas en estas tablas van encaminadas a poder codificar de forma completa la inserción, retirada o revisión de un neuroestimulador de nervio frénico, utilizado para el tratamiento de la apnea central del sueño. Para ello se ha creado un nuevo valor de Dispositivo (**M** Electrodo de Neuroestimulador) y se han reorganizado las localizaciones anatómicas creando algunas filas nuevas.

Sección	0 Médico-Quirúrgica		
Sistema orgánico	5 Venas Superiores		
Tipo de procedimiento	H Inserción: Introducir un dispositivo no biológico que monitoriza, evalúa, realiza o previene una función fisiológica, pero sin sustituir físicamente una estructura anatómica		
Localización anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
0 Vena Ácigos	0 Abierto 3 Percutáneo 4 Endoscópico Percutáneo	2 Dispositivo de Monitorización 3 Dispositivo de Infusión D Dispositivo Intraluminal M Electrodo de Neuroestimulador	Z Ninguno
3 Vena Innominada, Derecha 4 Vena Innominada, Izquierda	0 Abierto 3 Percutáneo 4 Endoscópico Percutáneo	3 Dispositivo de Infusión D Dispositivo Intraluminal M Electrodo de Neuroestimulador	Z Ninguno

Un neuroestimulador de nervio frénico es un dispositivo similar a un marcapasos cardíaco y funciona mediante señales eléctricas que estimulan el nervio frénico, activan el diafragma y restauran la respiración natural durante el sueño en pacientes con apnea central. Consta de tres partes:

- Un generador que se implanta subcutáneamente en la pared del tórax.
- Un electrodo de sensado o detección que se implanta normalmente en la vena ácigos.

- Un electrodo de estimulación que suele implantarse en la vena pericardiofrénica izquierda. Esta vena tiene un recorrido cercano y paralelo al nervio frénico y la señal eléctrica se transmite a través de su pared al mismo (al nervio frénico) activando el diafragma.

Codificar de forma completa la inserción o colocación de estos dispositivos precisará la utilización de tres códigos:

- Un código para la inserción del generador (en el sistema orgánico **J** Tejido Subcutáneo y Fascia), al igual que se hace con los generadores de los marcapasos cardiacos.
- Un código para el electrodo de “sensado” o “detección”. Normalmente se inserta en la vena ácigos y se codificará con el valor de dispositivo **2** Dispositivo de Monitorización.
- Un código para la inserción del electrodo de estimulación. Suele colocarse en la vena innominada derecha o en la vena pericardiofrénica izquierda (esta última no tiene valor propio de localización anatómica, pero es una rama de la vena innominada izquierda, por lo que aplicaremos la norma B4.2 para elegir el valor de localización anatómica).

Sistema Orgánico S Articulaciones Inferiores

Tabla OSR Sustitución

Sección	0 Médico-Quirúrgica		
Sistema orgánico	S Articulaciones Inferiores		
Tipo de procedimiento	R Sustitución: Colocar un dispositivo biológico o sintético que sustituya total o parcialmente el lugar y/o la función de una estructura anatómica		
Localización anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
A Articulación Cadera, Superficie Acetabular, Derecha E Articulación Cadera, Superficie Acetabular, Izquierda	0 Abierto	7 Sustituto de Tejido Autólogo K Sustituto de Tejido No Autólogo	Z Ninguno
C Articulación Rodilla, Derecha D Articulación Rodilla, Izquierda	0 Abierto	7 Sustituto de Tejido Autólogo K Sustituto de Tejido No Autólogo	Z Ninguno
C Articulación Rodilla, Derecha D Articulación Rodilla, Izquierda	0 Abierto	J Dispositivo Intraluminar L Sustituto sintético, Unicondilar	9 Cementada A No Cementada Z Ninguno

En la tabla OSR se ha creado un nuevo valor de dispositivo **L** Sustituto Sintético, Unicondilar, para las localizaciones anatómicas **C** Articulación Rodilla, Derecha y **D** Articulación Rodilla, Izquierda.

Tabla OSP Retirada y OSW Revisión

En la tabla OSP y OSW se han creado nuevos valores de localización anatómica y calificador que hacen referencia a las diferentes superficies articulares en las articulaciones de la cadera y la rodilla.

Sección	0 Médico-Quirúrgica		
Sistema orgánico	S Articulaciones Inferiores		
Tipo de procedimiento	P Retirada: Sacar o extraer un dispositivo de una estructura anatómica		
Localización anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
A Cadera, Superficie Acetabular, Derecha E Cadera, Superficie Acetabular, Izquierda R Cadera, Superficie Femoral, Derecha S Cadera, Superficie Femoral, Izquierda T Rodilla, Superficie Femoral, Derecha U Rodilla, Superficie Femoral, Izquierda V Rodilla, Superficie Tibial, Derecha W Rodilla, Superficie Tibial, Izquierda	0 Abierto 3 Percutáneo 4 Endoscópico Percutáneo	J Sustituto Sintético	Z Ninguno
C Rodilla, Derecha D Rodilla, Izquierda	0 Abierto	J Sustituto Sintético	C Superficie Rotuliana Z Ninguno
C Rodilla, Derecha D Rodilla, Izquierda	3 Percutáneo 4 Endoscópico Percutáneo	J Sustituto Sintético	C Superficie Rotuliana Z Ninguno

En los pacientes que son portadores de prótesis articulares puede llevarse a cabo la retirada o revisión de solo un componente de la misma. Los nuevos valores de localización anatómica y calificador facilitan la codificación de estos procedimientos. (Solo se han incluido en la tabla las filas que contienen nuevos valores)

Sistema orgánico W Regiones anatómicas generales y sistema orgánico X Regiones anatómicas, Extremidades Superiores

Tablas OWY y OXY Trasplante

En los sistemas orgánicos **W** Regiones Anatómicas Generales y **X** Regiones Anatómicas, Extremidades Superiores, se han creado dos tablas nuevas para el tipo de procedimiento **Y** Trasplante. El objetivo es poder codificar trasplantes de órganos o tejidos menos habituales pero que se llevan a cabo en determinadas situaciones. Las nuevas localizaciones anatómicas que se pueden codificar bajo el procedimiento Trasplante son:

- 2** Cara, en el Sistema Orgánico **W** Regiones Anatómicas Generales
- J** Mano, Derecha, en el Sistema Orgánico **X** Regiones Anatómicas, Extremidades Superiores
- K** Mano, Izquierda, en el Sistema Orgánico **X** Regiones Anatómicas, Extremidades Superiores

Se han desarrollado técnicas complejas que contemplan el trasplante de varios tejidos a la vez, como es el caso de los de mano, brazo o antebrazo y el de cara. El 23 de septiembre de 1998 el cirujano francés Jean Michel Dubernard y el australiano Earl Owen realizaron en Lyon el primer trasplante de mano, una intervención que duró trece horas y media. El propio Dubernard, esta vez en colaboración con Bernard Devauchelle, realizaría en 2005 el primer trasplante de cara (mentón, labios y nariz) a una paciente terriblemente desfigurada por las mordeduras de un perro.

Sección	0 Médico-Quirúrgica		
Sistema orgánico	W Regiones Anatómicas Generales		
Tipo de procedimiento	Y Trasplante: Implantar una estructura anatómica viva completa o parcial, de otro individuo o animal para ocupar el lugar físico y/o funcional de una estructura anatómica similar		
Localización anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
2 Cara	0 Abierto	Z Ninguno	0 Alogénico 1 Singénico

Sección	0 Médico-Quirúrgica		
Sistema orgánico	X Regiones Anatómicas, Extremidades Superiores		
Tipo de procedimiento	Y Trasplante: Implantar una estructura anatómica viva completa o parcial, de otro individuo o animal para ocupar el lugar físico y/o funcional de una estructura anatómica similar		
Localización anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
J Mano, Derecha K Mano, Izquierda	0 Abierto	Z Ninguno	0 Alogénico 1 Singénico

Sección 3 Administración

Tabla 302 Transfusión

En la tabla **302** se ha creado una fila nueva en la que se han reorganizado algunos valores de la posición seis “Sustancia” y se han creado valores nuevos de calificador. Con esta modificación se puede recoger con más detalle la fuente de las células infundidas

Sección	3 Administración		
Sistema orgánico	0 Circulatorio		
Tipo de procedimiento	2 Transfusión: Administrar sangre o hemoderivados		
Localización anatómica	Abordaje	Sustancia	Calificador
3 Vena Periférica 4 Vena Central	0 Abierto 3 Percutáneo	G Médula Ósea X Células Madre, Sangre Cordón Umbilical Y Células Madre, Hematopoyéticas	0 Autólogo(-a) 2 Alogénico, Relacionado 3 Alogénico, No Relacionado 4 Alogénico, No Especificado

Trasplantes de progenitores hemopoyéticos

Bajo la denominación de progenitores hemopoyéticos se agrupan los trasplantes de precursores de las células de sangre humana, administradas con el objetivo de que se produzca una regeneración celular en el lugar en donde se fabrican habitualmente, es decir, la médula ósea del paciente que había dejado de producirlas. Coloquialmente se ha venido utilizando la expresión genérica “trasplante de médula”. El procedimiento de obtención de células madre para trasplante son las punciones múltiples de médula en la zona de la cadera o a través de la extracción de estas células de la sangre mediante procesos de concentración y selección. Otra fuente importante de células madre progenitoras susceptibles de ser trasplantadas son los cordones umbilicales de los recién nacidos.

Según quien sea el donante, los tipos de trasplante de progenitores pueden ser:

- **Autólogos:** el donante es el propio enfermo.
- **Alogénicos:** el procedimiento es similar pero el donante es otra persona.

Los trasplantes alogénicos provienen por tanto de otros donantes. Cuando la donación la realiza un familiar emparentado genéticamente, se dice que es un trasplante alogénico emparentado o relacionado. Si el donante no está emparentado genéticamente, se dice que es un trasplante alogénico de donante no relacionado o no emparentado.

Tabla 3E0 Introducción

En esta tabla se ha añadido el valor **0** Abierto para la localización anatómica **Q** Cavidad Craneal y Cerebro con el fin de poder codificar la administración de determinadas sustancias a través de una craneotomía. Esta modificación ha hecho reorganizar las filas de la localización anatómica **Q** Cavidad Craneal y Cerebro que quedan de la siguiente manera:

Sección	3 Administración		
Sistema orgánico	E Sistemas Fisiológicos y Regiones Anatómicas		
Tipo de procedimiento	0 Introducción: Administrar una sustancia terapéutica, diagnóstica, nutricional, fisiológica o profiláctica, con excepción de sangre o hemoderivados		
Localización anatómica	Abordaje	Sustancia	Calificador
Q Cavidad Craneal y Cerebro	0 Abierto 3 Percutáneo	0 Antineoplásico (-a)	4 Radioisótopo de Braquiterapia Líquida 5 Otro Antineoplásico M Anticuerpo Monoclonal
Q Cavidad Craneal y Cerebro	0 Abierto 3 Percutáneo	2 Anti-infeccioso (-a)	8 Oxazolidinonas 9 Otro Anti-infeccioso
Q Cavidad Craneal y Cerebro	0 Abierto 3 Percutáneo	3 Anti-inflamatorio (-a) 6 Sustancia Nutricional 7 Sustancia para Equilibrio Hidroelectrolítico A Células Madre, Embriónicas B Anestésico Local H Sustancia Radiactiva K Otra Sustancia de Diagnóstico N Analgésicos, Hipnóticos, Sedantes T Agente Destructivo	Z Ninguno
Q Cavidad Craneal y Cerebro	0 Abierto 3 Percutáneo	E Células Madre, Somáticas	0 Autólogo (-a) 1 No Autólogo (-a)
Q Cavidad Craneal y Cerebro	0 Abierto 3 Percutáneo	G Otra Sustancia Terapéutica	C Otra Sustancia
Q Cavidad Craneal y Cerebro	0 Abierto 3 Percutáneo	S Gas	F Otro Gas
Q Cavidad Craneal y Cerebro	7 Orificio Natural o Artificial	0 Antineoplásico (-a)	4 Radioisótopo de Braquiterapia Líquida 5 Otro Antineoplásico M Anticuerpo Monoclonal
Q Cavidad Craneal y Cerebro	7 Orificio Natural o Artificial	S Gas	F Otro Gas

Sección 4 Medición y monitorización

Tabla 4A1 Monitorización

En la tabla 4A1 Monitorización, se han creado nuevos valores para poder codificar la angiografía vascular por fluorescencia.

Esta técnica se puede utilizar de forma intra o posoperatoria y proporciona información en tiempo real de la perfusión tisular. Tiene distintas aplicaciones, entre ellas las cirugías reconstructivas con colgajos pediculados y libres (donde ayuda a valorar la viabilidad de los mismos) y la cirugía gastrointestinal. También en cirugía cardiaca. En todas ellas proporciona una medida de la perfusión tisular de los distintos tejidos.

La técnica utiliza la administración de verde de indocianina de forma intravenosa. La indocianina es un colorante hidrofílico que se une a la albúmina plasmática y tiene propiedades fluorescentes al ser excitado con luz del espectro del infrarrojo cercano y captado posteriormente por un filtro específico. Tiene una vida media corta, se elimina por vía biliar y no sufre circulación enterohepática. No es nefrotóxica.⁶

Dicha técnica podemos codificarla para las localizaciones anatómicas **2** Cardíaco (-a), **B** Gastrointestinal y **G** Piel y Mama

Estos códigos describen completamente la técnica y no es necesario utilizar ningún código adicional de la Sección B Imagen.

⁶ <http://www.fluvir.com/fluorescencia/>

https://www.researchgate.net/publication/234068311_Intraoperative_laser_angiography_using_the_SPY_system_Review_of_the_literature_and_recommendations_for_use

Sección	4 Medición y Monitorización		
Sistema orgánico	A Sistemas Fisiológicos		
Tipo de procedimiento	1 Monitorización: Determinar el nivel de una función fisiológica o física repetitivamente a lo largo de un periodo de tiempo		
Localización anatómica	Abordaje	Dispositivo/Función	Calificador
2 Cardíaco (-a)	X Externo	S Perfusión Vascular	H Verde de Indocianina
B Gastrointestinal	X Externo	S Perfusión Vascular	H Verde de Indocianina
G Piel y Mama	X Externo	S Perfusión Vascular	H Verde de Indocianina

Sección 6 Terapias extracorpóreas

Tabla 6AB Perfusión

Se ha creado en la Sección 6 Terapias Extracorpóreas, una nueva tabla con un nuevo tipo de procedimiento: **B** Perfusión. La perfusión se define como el tratamiento extracorpóreo mediante la difusión de fluidos terapéuticos.

La perfusión es un procedimiento que se realiza sobre órganos donados para trasplante que inicialmente son considerados inadecuados o inviábiles para el mismo. Tras un proceso de perfusión intensa eliminan productos de desecho siendo reevaluada posteriormente su funcionalidad y viabilidad. Algunos de estos órganos pueden ser utilizados para trasplante después de haber sido sometidos a este procedimiento.

El tipo de procedimiento Perfusión solo se codifica si esta técnica ha dado lugar a un órgano viable que ha sido trasplantado.

En la nueva tabla existen las siguientes localizaciones anatómicas: **5** Circulatorio (-a), **B** Sistema Respiratorio, **F** Sistema Hepatobiliar y Páncreas y **T** Sistema Urinario

Sección	6 Terapias Extracorpóreas		
Sistema orgánico	A Sistemas Fisiológicos		
Tipo de procedimiento	B Perfusión: Tratamiento extracorpóreo mediante difusión de fluidos terapéuticos		
Localización anatómica	Duración	Calificador	Calificador
5 Circulatorio (-a) B Sistema Respiratorio F Sistema Hepatobiliar y Páncreas T Sistema Urinario	0 Único (-a)	B Órgano Donante	Z Ninguno

Sección X Nueva tecnología

En esta Sección se han creado cinco tablas nuevas, se han modificado valores existentes y se han añadido nuevos valores en alguna de las tablas ya existentes.

Tabla X2A Asistencia

Con esta tabla se puede codificar una técnica específica de asistencia que se utiliza en determinadas cirugías cardíacas para evitar el embolismo cerebral que puede complicar algunos procedimientos cardiovasculares.

La técnica consiste en la colocación de dos filtros en las arterias precerebrales (arteria innominada y arteria carótida común izquierda) durante la cirugía.

Uno de los procedimientos que más complicaciones embólicas cerebrales puede presentar es la sustitución de la válvula aórtica mediante técnicas transcatóter. El implante percutáneo de la válvula aórtica (TAVI) es actualmente la principal opción terapéutica para los pacientes con estenosis aórtica grave considerados inoperables o de alto riesgo quirúrgico. La extensión de las indicaciones del TAVI a una población con un perfil de riesgo más bajo pueden verse limitadas por las tasas relativamente altas de eventos cerebrovasculares asociados a la intervención. Los dispositivos de protección embólica nacen como una protección mecánica para impedir la embolización de partículas de material diverso hacia el cerebro durante la intervención.⁷

⁷ http://apps.wl.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90459679

Sección	X Nueva Tecnología		
Sistema orgánico	2 Sistema Cardiovascular		
Tipo de procedimiento	A Asistencia: Asumir una parte de una función fisiológica por medios extracorpóreos		
Localización anatómica	Abordaje	Dispositivo/Sustancia/ Tecnología	Calificador
3 Arteria Innomada y Arteria Carótida Común Izquierda	3 Percutáneo	1 Filtración Embólica Cerebral, Filtro Dual	Z Nuevas Tecnologías, Grupo 2

Tabla X2C Extirpación

Como ya hemos visto en el Sistema Orgánico **2** Corazón y Grandes Vasos, las arterias coronarias se identifican ahora por el número de arterias coronarias tratadas, en lugar del número de localizaciones. Este cambio, también ha quedado reflejado en la normativa de codificación.

Tabla X2R Sustitución

La creación de esta tabla nos permite codificar la sustitución de la válvula aórtica con un nuevo tipo de prótesis biológica de despliegue rápido (también llamada “sin suturas”).

La estenosis de la válvula aórtica afecta al 3% de la población mayor de 65 años. Actualmente es la lesión valvular cardiaca más frecuente.

El recambio valvular aórtico vía esternotomía media y con circulación extracorpórea es la segunda intervención quirúrgica cardiaca más frecuente tras la revascularización miocárdica y presenta una mortalidad del 4% en diferentes series.

En los últimos años, para aquellos pacientes inoperables o con muy alto riesgo para la cirugía de recambio valvular aórtico se han desarrollado las técnicas de recambio valvular aórtico con catéter (TAVI), vía femoral, ápex de ventrículo izquierdo, vía transaórtica, subclavia, axilar o carotídea.

Recientemente, el desarrollo de nuevas válvulas biológicas con facilidad de implante y despliegue nos puede permitir ofrecer la cirugía convencional a pacientes de mayor riesgo preoperatorio y más complejos con mayor seguridad, e incluso facilitar el uso de técnicas quirúrgicas menos invasivas. Además la utilización de este tipo de válvulas reduce

los tiempos de isquemia miocárdica y de circulación extracorpórea en comparación con la cirugía valvular aórtica habitual.

Las prótesis de despliegue rápido son prótesis biológicas de 3 velos de pericardio bovino con un sistema de despliegue con balón y un marco expandible infraanular de fijación.⁸

Sección	X Nueva Tecnología		
Sistema orgánico	2 Sistema Cardiovascular		
Tipo de procedimiento	R Sustitución: Colocar un dispositivo biológico o sintético que sustituye total o parcialmente el lugar y/o la función de una estructura anatómica		
Localización anatómica	Abordaje	Dispositivo / Sustancia / Tecnología	Calificador
F Válvula Aórtica	0 Abierto 3 Percutáneo 4 Endoscópico Percutáneo	3 Tejido Zooplástico, Técnica de Despliegue Rápido	2 Nuevas Tecnologías, Grupo 2

Tabla XHR Sustitución

Con esta tabla se permite codificar la sustitución de piel con un sustituto de la misma celular derivado del hígado de cerdo. Se puede utilizar para el cierre de úlceras, heridas traumáticas o quirúrgicas.

Sección	X Nueva Tecnología		
Sistema orgánico	H Piel, Tejido Subcutáneo, Fascia y Mama		
Tipo de procedimiento	R Sustitución: Colocar un dispositivo biológico o sintético que sustituye total o parcialmente el lugar y/o la función de una estructura anatómica		
Localización anatómica	Abordaje	Dispositivo / Sustancia / Tecnología	Calificador
P Piel	X Externo	L Sustituto de Piel, Derivado de Hígado Porcino	2 Nuevas Tecnologías, Grupo 2

⁸ <http://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-cardiovascular-358-articulo-experiencia-inicial-con-protesis-despliegue-S1134009615001813>

Tabla XNS Reposición

Esta tabla se ha creado para poder codificar procedimientos de Reposición en la columna vertebral utilizando barras de crecimiento controladas por electromagnetismo.

Estas barras de crecimiento son un sistema de barras magnéticas utilizadas para el tratamiento de las deformidades de la columna pediátrica (escoliosis) accionadas de forma remota mediante unos imanes para conseguir la elongación deseada de manera no invasiva, eliminando así las continuas intervenciones que sufren este tipo de pacientes.

Sección	X Nueva Tecnología		
Sistema orgánico	N Huesos		
Tipo de procedimiento	S Reposición: Recolocar en su localización habitual, o en otra localización adecuada, toda o parte de una estructura anatómica		
Localización anatómica	Abordaje	Dispositivo / Sustancia / Tecnología	Calificador
0 Vértebra Lumbar 3 Vértebra Cervical 4 Vértebra Dorsal	0 Abierto 4 Endoscópico Percutáneo	3 Barras de Crecimiento Controladas por Electromagnetismo	2 Nuevas Tecnologías, Grupo 2

Tabla XRG Fusión

Se ha creado esta tabla para poder codificar las fusiones vertebrales utilizando un nuevo dispositivo de fusión intersomática.

Los dispositivos de superficie nanoestructurada incorporan una nueva tecnología en la fabricación de su superficie que pretende mejorar la integración del mismo con el hueso receptor. Además participan activamente en el proceso de fusión promoviendo la regulación de factores osteogénicos y angiogénicos necesarios para el crecimiento óseo, estimulando la producción natural de proteína morfogenética ósea (BMP) y facilitando una fusión más rápida y robusta.⁹

⁹ <http://www.titanspine.com/content/news/TitanSpineSecuresCMSNewTechnologyICD-10CodeforNanotexturedSurfaceonInterbodyFusionDevic.htm>

Sección	X Nueva Tecnología		
Sistema orgánico	R Articulaciones		
Tipo de procedimiento	G Fusión: Unir partes de una estructura anatómica articular haciendo que quede inmóvil		
Localización anatómica	Abordaje	Dispositivo / Sustancia / Tecnología	Calificador
0 Articulación Occipito-cervical 1 Articulación Vertebral Cervical 2 Articulación Vertebral Cervical, 2 o más 4 Articulación Vertebral Cervicodorsal 6 Articulación Vertebral Dorsal 7 Articulación Vertebral Dorsal, de 2 a 7 8 Articulación Vertebral Dorsal, 8 o más A Articulación Vertebral Dorsolumbar B Articulación Vertebral Lumbar C Articulación Vertebral Lumbar, 2 o más D Articulación Lumbosacra	0 Abierto	9 Dispositivo de Fusión Intersomática, Superficie Nanoestructurada	2 Nuevas Tecnologías, Grupo 2

Tabla XW0 Introducción

En la tabla XW0 se han creado tres filas nuevas con nuevos valores de sustancias:

- **7 Andexanet Alfa, Agente de reversión del Inhibidor del factor Xa**

Durante décadas, la anticoagulación oral en el tratamiento y prevención de la tromboembolia venosa ha sido posible gracias a la utilización de fármacos antagonistas de la vitamina K (warfarina) (AVK) En los últimos años la investigación para encontrar una alternativa a los antagonistas de la vitamina K se ha centrado en el desarrollo de anticoagulantes orales con amplio margen terapéutico, que puedan administrar-

se con una dosis fija sin necesidad de monitorizar sistemáticamente la coagulación y con pocas interacciones medicamentosas. A estos nuevos anticoagulantes se les ha llamado anticoagulantes de acción directa. En la actualidad existen tres inhibidores directos del factor X activado (rivaroxabán, apixabán y edoxabán) y un inhibidor directo de la trombina (dabigatrán) con indicaciones aprobadas en profilaxis y tratamiento antitrombótico en diferentes situaciones.

El mayor hándicap que estos fármacos han tenido ha sido la ausencia de un antídoto que revirtiera su efecto, sobre todo de manera rápida, en aquellos pacientes que sufren un problema hemorrágico o precisan una cirugía urgente mientras los están utilizando.

En CIE-10-ES Procedimientos ya podíamos codificar la administración de Idarucizumab, un antídoto para el Dabigatrán (anticoagulante de acción directa que es un inhibidor de la trombina).

Sin embargo, no podíamos codificar la administración de un antídoto para los fármacos anticoagulantes de acción directa inhibidores del factor Xa (rivaroxabán, apixabán, edoxabán y heparinas de bajo peso molecular).

Andexanet Alfa es un antídoto específico que se administra por vía intravenosa para la reversión del efecto anticoagulante de los inhibidores del factor Xa.¹⁰

S

• 9 Defibrotide Anticoagulante Sódico

Su uso está indicado en el tratamiento de adultos y niños que desarrollan enfermedad hepática veno-oclusiva (VOD) con disfunción renal o pulmonar después de un trasplante de células madre hematopoyéticas. CIE-10-ES Procedimientos permite codificar su administración en vena periférica y central.

¹⁰ <http://www.revespcardiol.org/es/nuevos-anticoagulantes-orales-su-papel/articulo/90194342/>

<http://www.redcardiovascular.com/index.php/es/sala-de-prensa/flushes-de-actualidad/item/292-novedades-en-los-antidotos-para-los-anticoagulantes-orales-de-accion-directa-nuevos-datos-sobre-el-antidoto-para-los-inhibidores-del-factor-xa-y-aprobacion-del-antidoto-para-dabigatran>

• 8 Triacetato de Uridina

Se administra por vía oral para tratar los efectos tóxicos de algunos quimioterápicos como el fluorouracilo o la capecitabina. Debe administrarse en los cuatro días siguientes al quimioterápico.

Las tres nuevas filas que se han creado en esta tabla son:

Sección	X Nueva Tecnología		
Sistema orgánico	W Regiones Anatómicas		
Tipo de procedimiento	0 Introducción: Administrar una sustancia terapéutica, diagnóstica, nutricional, fisiológica o profiláctica, con excepción de sangre o hemoderivados		
Localización anatómica	Abordaje	Dispositivo/ Sustancia/Tecnología	Calificador
3 Vena Periférica	3 Percutáneo	7 Andexanet Alfa, Agente de reversión del Inhibidor del factor Xa 9 Defibrotide Anticoagulante Sódico	2 Nuevas Tecnologías Grupo 2
4 Vena Central	3 Percutáneo	7 Andexanet Alfa, Agente de reversión del Inhibidor del factor Xa 9 Defibrotide Anticoagulante Sódico	2 Nuevas Tecnologías Grupo 2
D Boca y Faringe	X Externo	8 Triacetato de Uridina	2 Nuevas Tecnologías Grupo 2



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, CONSUMO
Y BIENESTAR SOCIAL

www.msbs.es