

Cuadernos de Codificación CIE-10-ES

Preguntas a la Unidad.
Notas breves de codificación:
Procedimientos frecuentes
en Oftalmología

NÚMERO 2. 2º SEMESTRE 2016

UNIDAD TÉCNICA DE CODIFICACIÓN CIE-10-ES 2017

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

Cuadernos de Codificación CIE-10-ES

Preguntas a la Unidad.
Notas breves de codificación:
Procedimientos frecuentes
en Oftalmología

NÚMERO 2. 2º SEMESTRE 2016

UNIDAD TÉCNICA DE CODIFICACIÓN CIE-10-ES 2017

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

EQUIPO EDITORIAL

COORDINACIÓN EDITORIAL

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

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

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

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

UNIDAD TÉCNICA DE CODIFICACIÓN CIE-10-ES

Jesús TRANCOSO ESTRADA
Representante de la Comunidad Autónoma de
Andalucía

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

Aranzazu PISANO BLANCO
Representante de la Comunidad Autónoma de
Asturias

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

Coromoto RODRÍGUEZ DEL ROSARIO
Representante de la Comunidad Autónoma de
Canarias

Ángel RÍO VARONA
Representante de la Comunidad Autónoma de
Cantabria

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

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

Artur CONESA GONZÁLEZ
Representante de la Comunidad Autónoma de
Cataluña

Jordi SEMPERE SOLER
Representante de la Comunidad Valenciana

Belén BENÉITEZ MORALEJO
Representante de la Comunidad Autónoma de
Extremadura

Guillermo RODRÍGUEZ MARTÍNEZ
Representante de la Comunidad Autónoma de
Galicia

Sara HERNÁNDEZ GUTIÉRREZ
Representante de la Comunidad Autónoma de
Madrid

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

Ana GARIJO LARAÑA
Representante de la Comunidad Foral de Navarra

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

Montserrat SÁNCHEZ FUENTES
Representante de la Comunidad Autónoma de
la Rioja

Alfonso MARTÍNEZ REINA
Representante de la SEDOM

M^º Carmen SALIDO CAMPOS
Colaborador MSSSI

Rafael NAVALÓN CEBRIÁN
Colaborador MSSSI

Susana PATO ALONSO
Colaborador MSSSI

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

Edita y distribuye:

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

NIPO en línea: 680-17-082-8

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

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

<http://publicacionesoficiales.boe.es>

Cuadernos de Codificación CIE-10-ES

Preguntas a la Unidad.
Notas breves de codificación:
Procedimientos frecuentes
en Oftalmología



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

Índice

Preguntas a la Unidad	9
Enfermedades infecciosas y parasitarias	9
Neoplasias	10
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	15
Trastornos mentales y del comportamiento	16
Enfermedades del sistema nervioso	16
Enfermedades del ojo y sus anexos	18
Enfermedades del oído y mastoides	19
Enfermedades del aparato circulatorio	20
Enfermedades del sistema respiratorio	27
Enfermedades del aparato digestivo	29
Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	35
Enfermedades del sistema musculoesquelético y del tejido conectivo	37
Enfermedades del aparato genitourinario	40
Embarazo, parto y puerperio	41
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	45
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	46
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	52
Miscelanea	54
Notas breves de Oftalmología	67
Cirugía del glaucoma	67
Tratamiento del desprendimiento de retina	69
Dacriocistorrinostomía	72
Bibliografía Oftalmología	73
Información y dudas sobre codificación	75

Preguntas a la Unidad

Enfermedades infecciosas y parasitarias

1. Bacteriemia. ¿Cómo debemos de codificar la bacteriemia por Escherichia coli? Siguiendo el Manual de Codificación CIE-10-ES Diagnósticos la bacteriemia es la presencia de microorganismos viables en el torrente sanguíneo sin repercusión clínica sistémica y se codificará como R78.81 Bacteriemia, añadiendo el correspondiente código de identificación del germen de localización no especificada.

El problema se nos plantea al codificar el germen. ¿Sería A49.8 Otras infecciones bacterianas de localización no especificada, o B96.20 Escherichia coli [E. coli] no especificado como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto?

RESPUESTA

En la nueva revisión del Manual de Diagnósticos queda modificado el párrafo al que usted hace referencia quedando de la siguiente manera: “**Bacteriemia:** Es la presencia de microorganismos viables en el torrente sanguíneo sin repercusión clínica sistémica. Puede equipararse a la presencia de virus (viremia) u hongos (funguemia). Se codificará como **R78.81 Bacteriemia, B34.9 Viremia** o como **B49 Funguemia**, añadiendo el correspondiente código de identificación del germen”.

En el caso que usted plantea, al código **R78.81 Bacteriemia**, debe añadir el código **B96.20 Escherichia coli [E. coli] no especificado como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto.**

2. Hepatitis viral crónica tipo C con coma. ¿Cómo se codifica la hepatitis crónica C con coma? La hepatitis vírica tipo C crónica no tiene código de combinación con coma. La duda es si codificar la insuficiencia hepática con coma perteneciente al capítulo 11 (K72.91) más el código de hepatitis tipo C crónica, o bien la hepatitis C no especificada con coma (B19.21) más hepatitis C crónica pues ambos códigos tienen el mismo grado de indentación y además nos atenemos a la norma de que el coma en las hepatitis virales no se codifica en el capítulo 11.

RESPUESTA

Efectivamente no existe código de combinación para la Hepatitis crónica C cuando se acompaña de coma hepático. En esta situación y dada la nota de instrucción Excluye 1 que existe actualmente en la clasificación bajo la categoría **K72 Insuficiencia hepática, no clasificada bajo otro concepto**, la codificación debe hacerse de la siguiente manera:

B19.21 Hepatitis vírica C no especificada, con coma hepático

+

B18.2 Hepatitis vírica crónica tipo C

Neoplasias

3. Neoplasia de varias localizaciones. Tengo que codificar lo siguiente: “Adenocarcinoma ductal de cuerpo-cola de páncreas moderadamente diferenciado” ¿Sería correcto codificar la neoplasia de cuerpo de páncreas únicamente o las dos, la de cola y cuerpo? Según la página 59 del manual de diagnósticos, codificaríamos una.

RESPUESTA

En el punto **2.4 NEOPLASIAS MALIGNAS CON LÍMITES SOLAPADOS**, del Manual de Diagnósticos de 2016 de la Unidad Técnica dice: “Cuando una neoplasia maligna primaria con localización inicial conocida infiltre o invada estructuras codificables dentro de la misma categoría, solo se codificará el punto de origen de neoplasia primaria”. Y a continuación dice:

“Las neoplasias malignas contiguas dentro de la misma categoría, con localización de origen no conocida, se codificarán en las subcategorías o códigos .8 (“lesiones solapadas”), a menos que la combinación esté específicamente clasificada en otra parte”.

En el caso de la pregunta que usted plantea: “Adenocarcinoma ductal de cuerpo-cola de páncreas moderadamente diferenciado” pueden darse dos situaciones:

1. Que el tumor originariamente nazca en una de las dos partes (cuerpo o cola) y que posteriormente se haya extendido a la otra. En ese caso solo se codificará la localización de origen:
 - **C25.1 Neoplasia maligna de cuerpo de páncreas**, o bien
 - **C25.2 Neoplasia maligna de cola de páncreas**

Para codificarlo así necesitamos que el clínico nos especifique dónde nace la neoplasia, cuál es su localización de origen (si en el cuerpo o en la cola del páncreas), lo cual a veces es difícil de saber.

2. Si la localización de origen no se puede determinar lo codificaremos como “una neoplasia maligna contigua dentro de la misma categoría con localización de origen no conocida” utilizando el código **C25.8 Neoplasia maligna de localizaciones contiguas de páncreas**, ya que no existe código de combinación que especifique ambas localizaciones.

Además habrá que añadir el código de morfología correspondiente de la CIE-O-3.1

4. Higroma quístico. ¿Cómo se codifica el higroma quístico?

RESPUESTA

El higroma quístico congénito o linfangioma es un tumor del sistema linfático de origen embrionario, originado por la obstrucción del drenaje de los sacos linfáticos. En el 75% de los casos se presenta en la región cervical y en el resto, puede localizarse en la axila, en la región inguinal, o en el mediastino. Se puede desarrollar en la vida intrauterina o en los primeros años de vida y en menor proporción en la vida adulta.

La entrada por el índice alfabético es:

Higroma (congénito) (quístico) D18.1

Y en la Lista Tabular:

D18.1 Linfangioma, de cualquier localización

Deberá añadir el siguiente código de Morfología de la CIE-O-3.1:
9173/0 Linfangioma quístico

5. Ganglio centinela. ¿Cómo codificamos el siguiente caso? DP: Carcinoma Ductal infiltrante (CDI) de Cuadrante Inferior Externo (CIE) de mama izquierda. Se realiza Tumorectomía radioguiada + BSGC (biopsia selectiva del Ganglio Centinela) que está afectado en la biopsia intraoperatoria por lo que se realiza vaciamiento axilar. ¿Sería correcta la siguiente codificación? 07B60ZX (biopsia de ganglio centinela con calificador diagnóstico) + 0HBU0ZZ (escisión mama) + 07T60ZZ (resección ganglio axilar) + 3E013HZ (inyección TC99) +

C75N1ZZ (exploración gamma gráfica para localizar el ganglio centinela)

RESPUESTA

Biopsia Selectiva del Ganglio Centinela (BSGC): habitualmente esta técnica se realiza en dos fases. Previamente a la intervención se procede a la inyección de un trazador (un nanocoloide marcado con ^{99m}Tc) a nivel intratumoral (forma de inyección más aceptada). Una vez inyectado el radiotrazador se efectúa un control gammagráfico seriado para ver el drenaje del trazador hacia el ganglio centinela (cadena mamaria interna o axilar, único o múltiple, etc.)

En el momento de la cirugía, en el quirófano, mediante la sonda detectora, se determina el lugar de máxima captación, se marca y se explora esa zona procediéndose a la exéresis del ganglio centinela, junto con la escisión de la lesión mamaria.

La administración del radiotrazador no debe codificarse ya que forma parte de la exploración de Medicina Nuclear (la linfogammagrafía o la exploración con sonda)

Por tanto en el supuesto que usted plantea debe codificar los siguientes procedimientos:

1. La tumorectomía (cuadrante ínfero externo de mama izquierda) debe codificarse como un procedimiento de Escisión:

0HBU0ZZ Escisión en mama, izquierda, abordaje abierto (-a)

Si la tumorectomía es radioguiada y la colocación del marcador radiológico se ha realizado en el mismo episodio de la cirugía mediante mamografía con marcaje se debe añadir un código de mamografía.

2. La biopsia selectiva del ganglio centinela debe codificarse de la siguiente manera **utilizando en cuarta posición el valor de Localización Anatómica adecuado:**

07B*0ZX Escisión de linfático de abordaje abierto (-a), diagnóstico (-a)

Lo más habitual es que se utilice en el quirófano para su localización una sonda de Medicina Nuclear (esto debería confirmarlo en su centro) En ese caso debe añadir el siguiente código utilizando en cuarta posición el valor adecuado de Localización Anatómica:

C75*1ZZ Exploración de medicina nuclear sin imagen de... con tecnecio ^{99m}Tc (tc- ^{99m}Tc)

3. Vaciamiento ganglionar axilar izquierdo

07T60ZZ Resección en linfático, axilar izquierda, abordaje abierto (-a)

6. Linfadenectomía ilio-obturatriz. ¿Cómo debemos codificar una linfadenectomía ilio-obturatriz radical bilateral abierta? ¿Es correcto el código 07TC0ZZ? ¿Debemos utilizarlo una o dos veces?

RESPUESTA

El término radical pierde valor en la clasificación de CIE-10-ES Procedimientos ya que puede significar la realización de procedimientos en distintas localizaciones anatómicas que requieran codificación múltiple. Por tanto es importante revisar la hoja operatoria para conocer sobre qué estructuras se ha actuado. En el caso de las linfadenectomías el término radical hace referencia a la eliminación de cadenas ganglionares completas en un determinado área.

Utilizaremos el tipo de procedimiento Resección cuando eliminen o resequen una cadena ganglionar completa o un nivel ganglionar. Utilizaremos el tipo de procedimiento Escisión cuando la eliminación de ganglios sea menor, sin llegar a afectar a la cadena o nivel completo.

En este caso que usted plantea los ganglios iliacos y obturadores forman parte de los ganglios pélvicos, por lo que el valor adecuado de localización anatómica es C Linfático, Pelvis. El código correcto es:

07TC0ZZ Resección en linfático, pelvis, abordaje abierto (-a)

7. HIPEC. ¿Cómo debe codificarse la quimioterapia intraperitoneal hipertérmica en una cirugía abierta? Aportamos el siguiente caso: Laparotomía media sobre la previa liberación de adherencias de cirugía previa. Hallazgos: presenta en piso abdominal superior enfermedad tumoral que engloba hilio hepático, transcavidad de los epiplones, subfrénico izquierdo. Implantes aislados en abdomen sobre mesenterio e intestino delgado. PCI inicial aproximada 18. Técnica: disección muy dificultosa de tejido tumoral para separarlo de superficie hepática, hilio, y diafragmas. Se consigue extirpar todas las masas, excepto zona subdiafragmática derecha que se fulgura por completo. Disección del tumor sobre cava y venas suprahepáticas; hemostasia sobre superficie de resección hepática. Liberación

de asas de intestino delgado en su totalidad; precisa resección segmentaria de 10 cm próximo a asa fija, reconstrucción con GIA carga Beige. Hemostasia revisada. PCI final 3 (placa diafragma derecho fulgurada, citorreducción CC1. Se administra HIPEC a 41 grados durante 30 minutos con oxaliplatino, 750 mg.

RESPUESTA

La quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) se administra de forma intraoperatoria tras la realización de la cirugía citorreductora tumoral. Para la aplicación de esta modalidad terapéutica se utiliza una técnica abierta o de “Coliseo” en la que el abdomen permanece abierto y las vísceras son sumergidas en una solución con el agente quimioterápico (oxiplatino, mitomicina C y/o cisplatino) durante 60-90 minutos, manteniendo la temperatura constante en torno a 42-43 °C. El fundamento de la quimioterapia intraperitoneal hipertérmica intraoperatoria es el de tratar la enfermedad microscópica residual no visible. Así la vía intraperitoneal permite la utilización de mayores dosis de quimioterápicos y la hipertermia potencia el efecto de los mismos.

No disponemos en la actualidad de códigos adecuados para clasificar esta técnica en CIE-10-ES Procedimientos. **Por tanto y de momento, utilizaremos** los códigos apropiados para las escisiones o resecciones que se hagan directamente sobre el tumor y añadiremos la administración de quimioterapia de la siguiente manera:

– La administración de quimioterapia la codificaremos en la Sección 3 Administración, Sistema Orgánico E Sistemas Fisiológicos y Regiones Anatómicas, con el Tipo de Procedimiento 0 Introducción. El valor de Localización Anatómica es M Cavidad Peritoneal. En la sexta posición (Sustancia) utilizaremos el valor 0 Antineoplásico (-a) y como Calificador 5 Otro Antineoplásico.

Respecto al Abordaje no disponemos de valor 0 Abierto, en esa fila, por lo que utilizaremos de momento el valor 3 Percutáneo

3E0M305 Introducción en cavidad peritoneal de antineoplásico (-a), otro antineoplásico, abordaje percutáneo (-a)

Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

8. Istmectomía de tiroides. ¿Cómo se debe codificar una istmectomía de tiroides? Se trata de un paciente con un nódulo en el istmo tiroideo. Le hacen una resección del istmo incluyendo el nódulo. CIE-10-ES Procedimientos nos permite codificar Escisión en ambos lóbulos tiroideos pero no en tiroides.

RESPUESTA

Anatómicamente el istmo tiroideo es la parte de la glándula tiroides que une ambos lóbulos (lóbulo tiroideo derecho y lóbulo tiroideo izquierdo).

Como localización anatómica independiente solo aparece en la Sección 0 Médico Quirúrgica, en el Sistema Orgánico G Sistema Endocrino, en las siguientes **tablas: 0G8 División y 0GQ Reparación**. En esas dos tablas existe el valor J Istmo de la Glándula Tiroides

Sin embargo en las **tablas de Escisión 0GB y Resección 0GT** no encontramos dicha localización anatómica. En la Tabla de **Escisión** encontramos los siguientes valores referentes a glándula tiroides: G Lóbulo Glándula Tiroides, Izquierdo y H Lóbulo Glándula Tiroides, Derecho

Y en la tabla de **Resección** encontramos los siguientes valores de Localización Anatómica referentes a glándula tiroides: G Lóbulo Glándula Tiroides, Izquierdo, H Lóbulo Glándula Tiroides, Derecho y K Glándula Tiroides.

De momento, y hasta que tengamos valor de localización anatómica para istmo en esas tablas o bien un valor para Tiroides en general en la tabla de Escisión codificaremos la istmectomía de la siguiente manera:

- Si la istmectomía se acompaña de escisión de parte de uno de los lóbulos, lo codificaremos como Escisión del lóbulo correspondiente (derecho o izquierdo)
- Si la istmectomía afecta exclusivamente al istmo, de momento consideraremos que forma parte de uno de los lóbulos (en concreto el derecho) y lo codificaremos como Escisión con el valor de localización anatómica H Lóbulo Glándula Tiroides, Derecho.

Trastornos mentales y del comportamiento

9. Potomanía. ¿Cómo se codifica la Potomanía?

RESPUESTA

La **potomanía** se define como el deseo de beber grandes cantidades de líquido, generalmente agua, de manera compulsiva y sin que exista una sensación previa de sed. También se denomina **polidipsia psicogénica**.

No existe entrada en el IA para el término **potomanía**. De momento para su clasificación utilizaremos la siguiente entrada en el IAE:

Exceso

- ingesta R63.2
- origen no orgánico F50.8
- psicógeno F50.8

El código a asignar sería el **F50.8 Otros trastornos de alimentación**

Enfermedades del sistema nervioso

10. Quistes de Tarlov. En el registro de enfermedades raras del Instituto Carlos III están inscritos con el código CIE-10 G58.9, ¿es este el código correcto?

RESPUESTA

Los quistes de Tarlov (QT), también denominados quistes perineurales, perirradiculares o quistes aracnoideos extradurales, son pequeñas masas que se forman a expensas de las dos capas más internas de las meninges: la piamadre y la aracnoides. Los quistes, que contienen líquido cefalorraquídeo (LCR), presentan un pedículo a través del cual se comunican con el espacio subaracnoideo espinal y se sitúan alrededor de los nervios de la zona sacra y lumbar. Suelen diagnosticarse de manera incidental en el transcurso de una Resonancia Magnética (RMN). Por lo tanto, si bien los quistes de Tarlov son quistes perinerviosos, corresponden a una dilatación de las meninges y son pues una enfermedad de las mismas y no de las raíces nerviosas, que son afectadas de forma secundaria (compresión) por estos quistes.

La entrada en el Índice Alfabético sería:

Quiste

- espinales, meninges G96.19
- meninges (encefálicas) G93.0
- - espinal G96.19
- - craneales G93.0

G96.19 Otros trastornos de las meninges, no clasificados bajo otro concepto

11. Procedimientos sobre nervios periféricos. En los procedimientos sobre nervios digitales, colaterales o por ejemplo el neuroma de Morton no sabemos la localización anatómica que debemos elegir cuando los nervios no aparecen en la lista.

RESPUESTA

A la hora de elegir el valor adecuado de Localización Anatómica en el caso que usted expone deben seguirse dos pasos:

En primer lugar consultar el **Anexo C Términos Clave de Localizaciones Anatómicas de CIE-10-ES Procedimientos**. Dicho Anexo nos indica, en determinados casos, qué valor de Localización Anatómica es el que debemos usar. Por ejemplo, para un procedimiento realizado sobre el “nervio plantar medial” deberá elegirse como valor de localización anatómica “nervio tibial”; o para un procedimiento realizado sobre el “nervio supraclavicular” deberá elegirse como valor de localización anatómica “plexo cervical”.

Si de esta forma no hemos localizado el valor de Localización Anatómica adecuado deberemos aplicar la norma B4.2 sobre Ramas de localización anatómica

Ramas de la localización anatómica

B4.2

Cuando una rama específica de una estructura anatómica no tenga su propio valor de localización anatómica en CIE-10-ES Procedimientos se codificará de acuerdo a la rama proximal más cercana que tenga un valor específico.

Ejemplo: Un procedimiento realizado sobre la rama mandibular del nervio trigémino se codifica con el valor, Nervio Trigémino.

Veamos el caso de los neuromas de Morton. El neuroma de Morton, también llamado neuroma interdigital o neuroma plantar, es una infla-

mación que se produce en la zona de los nervios interdigitales del pie en la zona que está cerca de las cabezas de los metatarsianos. Usualmente se localiza entre el 3º y el 4º metatarsiano. Los nervios interdigitales son ramas de los nervios plantares (medial y lateral), a su vez ramas del nervio tibial.

La escisión quirúrgica de un neuroma de Morton intermetatarsiano en el pie izquierdo se codificará en la Sección **0 Médico-Quirúrgica**, en el sistema orgánico **1 Sistema Nervioso Periférico**, con el tipo de procedimiento **B Escisión**. La localización anatómica es **G Nervio Tibial** que es a donde nos dirige el **Anexo C Términos Clave de Localizaciones Anatómicas de CIE-10-ES Procedimientos**.

Localización Anatómica	Buscar
Nervio Plantar Lateral	Nervio Tibial
Nervio Plantar Medial	Nervio Tibial

Enfermedades del ojo y sus anexos

12. Formas mixtas de cataratas. Quisiera que nos aclararan qué tipo de combinaciones de cataratas entrarían en el siguiente código: H25.81 Formas combinadas de catarata relacionada con la edad.

RESPUESTA

El código **H25.81- Formas combinadas de catarata relacionada con edad**, se utiliza para la codificación, con un solo código, de una catarata senil cuya morfología pueda deberse a dos o más tipos de las clasificadas en la categoría **H25 Catarata relacionada con la edad**

13. Lente de contacto terapéutica. La inserción de una lente de contacto terapéutica temporal, ¿se puede considerar un Suplemento en Córnea? Los códigos serían: 08U8XJZ (derecha) o 08U9XJZ (izquierda)

RESPUESTA

Las lentes de contacto terapéuticas son aquellas lentes que se utilizan con el objetivo terapéutico de mejorar y favorecer la regeneración y cicatrización del epitelio corneal, aunque secundariamente puedan servir para corregir ametropías, mejorar hidratación, proporcionar protección y con-

trolar el dolor. Estas lentes terapéuticas deben proporcionar suficiente oxígeno a la córnea, ser cómodas para el paciente, proteger al ojo y servir de barrera entre la córnea y los párpados. Además deben favorecer la cicatrización corneal, proporcionar adecuada agudeza visual, y en ocasiones servir de reservorio y liberación de medicamentos aprovechando la capacidad de las lentes hidrofílicas de absorber fluidos. La mayoría son de polímeros de hidrogel de silicona por los beneficios que estos materiales aportan especialmente en lo relacionado con la permeabilidad a los gases garantizando una mejor fisiología y salud corneal.

Se utilizan para tratar distintas patologías como úlceras corneales, queratopatía bullosa, queratocono, distrofias corneales; o también después de determinadas intervenciones quirúrgicas como el trasplante de córnea o cirugías de retina u órbita como protección corneal. En estos últimos casos su uso es temporal. En el caso de las indicaciones médicas su uso es más o menos permanente.

No existe código específico en CIE-10-ES Procedimientos para la colocación de estas lentes. De momento lo codificaremos en la Sección 0 Médico-Quirúrgica, en el Sistema Orgánico 8 Ojo, con el Tipo de Procedimiento U Suplemento. La Localización Anatómica será Córnea, el Abordaje X Externo y el valor de Dispositivo J Sustituto Sintético. Los códigos a utilizar serán:

08U8XJZ Suplemento en córnea, derecha con sustituto sintético, abordaje externo (-a)

08U9XJZ Suplemento en córnea, izquierda con sustituto sintético, abordaje externo (-a)

Enfermedades del oído y mastoides

14. Septoplastia funcional. Se realiza septoplastia funcional y turbino-plastia por radiofrecuencia: incisión mucosa septal y despegamiento subpericóndrico creando ambos túneles superiores. Condrotomías vertical y horizontal. Resección de porción osteocartilaginosa luxada (bloqueo completo de FND). Reposición de mucosa y sutura transfixiante y de la incisión. Turbinoplastia inferior bilateral por radiofrecuencia. Control de hemostasia. Taponamiento Ivalon número 8 bilateral.

Para la turbinoplastia por radiofrecuencia hemos utilizado el código 095L8ZZ.

RESPUESTA

La cirugía del tabique nasal (septoplastia) y de los cornetes (turbino-plastia) es un procedimiento destinado a mejorar la función respiratoria de la nariz al **intentar enderezar el tabique nasal** desviado y reducir el volumen de los cornetes, por lo que no forma parte de una rinoplastia estética.

Durante la cirugía de la septoplastia funcional, se realiza la extirpación de los huesos y/o del cartílago que obstruye el camino del flujo de aire en la cavidad nasal. En el proceso, el revestimiento del tabique se levanta suavemente y el cartílago desviado se endereza por medio de la escisión. Después que el proceso de la escisión se haya completado, al tabique nasal se le proporciona una cierta estabilidad con la ayuda de las férulas, unos tubos de plástico o las suturas.

El objetivo fundamental, en el caso de la **septoplastia funcional** es la **“reposición”** (*“Recolocar en su localización habitual, o en otra localización adecuada, toda o parte de una estructura anatómica”*) del tabique mediante la **“escisión”** (*“Eliminar o cortar sin sustituir, una parte de una estructura anatómica”*).

El procedimiento descrito en la redacción de la pregunta puede realizarse con cualquiera de los abordajes disponibles en las tablas correspondientes (**09S y 09B**), por lo que los códigos a asignar dependerán del mismo, pero en todo caso, serían:

09SM*ZZ Reposición en tabique nasal, abordaje...

09BM*ZZ Escisión en tabique nasal, abordaje...

En una **turbinoplastia**, el objetivo es reducir los cornetes lo bastante como para mejorar la respiración y el drenaje de los senos, al tiempo que se conserva suficiente tejido para la función normal de los cornetes. El código asignado para la turbinoplastia por radiofrecuencia dependerá, así mismo, de la vía de abordaje:

095L*ZZ Destrucción en cornetes nasales, abordaje...

Enfermedades del aparato circulatorio

15. Codificación del Holter insertable. ¿Cuál sería la codificación adecuada del procedimiento Inserción de un Holter subcutáneo? Planteamos tres posibilidades:

- **Un sólo código de la sección 4 Monitorización, atendiendo al objetivo final 4A1204Z**
- **Un código de la sección 0 Médico-Quirúrgica, inserción en tejido subcutáneo de dispositivo de monitorización 0JH602Z**
- **Dos códigos: los dos códigos anteriores.**

RESPUESTA

El Holter insertable subcutáneo es un dispositivo programable, implantable y de un solo uso que consta de dos electrodos incorporados en su carcasa (que suele ser de titanio) que permiten monitorizar de forma continua la actividad eléctrica del corazón fuera del ámbito hospitalario. Se coloca bajo la piel mediante anestesia local. Se activa (y graba) de forma automática al sobrepasar los parámetros programados. También puede activarse manualmente por el paciente o un familiar ante la aparición de síntomas. La zona de elección para su implante es la zona pectoral izquierda, por ser la más próxima al corazón y conseguir mejor señal del ECG subcutáneo del paciente. No se emplean ni electrodos externos, ni cables transvenosos.

La codificación del Holter implantable subcutáneo requiere un **único código** que localizaremos en la Sección 0 Médico Quirúrgica, en el Sistema Orgánico J Tejido Subcutáneo y Fascia y eligiendo el tipo de procedimiento H Inserción. El valor de Dispositivo que debemos elegir es 2 Dispositivo de Monitorización.

Suponiendo que se inserta en tejido subcutáneo de tórax, con abordaje abierto el código correcto es:

0JH602Z Inserción en tejido subcutáneo y fascia, tórax, de dispositivo de monitorización, abordaje abierto (-a)

16. Rehabilitación por ACVA. ¿Cómo se codifica un paciente que ingresa para rehabilitación por hemiplejía por un ACVA? Enfermo que ingresa en la clínica para rehabilitación por una embolia de la arteria cerebral media izquierda. ¿Cuál es el código del diagnóstico principal?

RESPUESTA

Le remitimos a la Normativa Americana de Diagnósticos, Sección II.K donde dice: “Cuando el propósito de un ingreso o contacto sanitario es la rehabilitación, debe secuenciarse primero el código que identifica la

causa por la que se está prestando el servicio. Por ejemplo, en un ingreso para rehabilitación de una hemiplejía dominante de lado derecho después de un infarto cerebrovascular, el código apropiado como diagnóstico principal es el **I69.351 Hemiplejía y hemiparesia tras infarto cerebral con afectación de lado derecho dominante**".

17. Ictus lacunar. Ante un caso de ictus lacunar actual, sin localización especificada, ¿hay que codificar la enfermedad cerebrovascular solo o se debería añadir el síndrome lacunar (G46.7)? ¿Con los síntomas sería suficiente?

RESPUESTA

Un **infarto cerebral de tipo lacunar** o enfermedad arterial de pequeño vaso es un infarto de pequeño tamaño lesional (<15 mm de diámetro) localizado en el territorio de distribución de las arteriolas perforantes cerebrales, que clínicamente ocasiona un síndrome lacunar (hemiparesia motora pura, síndrome sensitivo puro, síndrome sensitivo motriz, hemiparesia atáxica y disartria-mano torpe), en un paciente con hipertensión arterial y otros factores de riesgo vascular cerebral. Los infartos lacunares se producen por la oclusión de arterias penetrantes y sus ramas, de alrededor 500 µm, que en general se ramifican desde vasos de mayor tamaño como pueden ser la arteria cerebral media, las arterias cerebrales anteriores, las arterias cerebrales posteriores, las arterias comunicantes posteriores o la arteria basilar.

Un ictus lacunar sin más especificación debe clasificarse en el código **I63.9 Infarto cerebral, no especificado**

Los **síndromes lacunares** son manifestaciones clínicas. Suelen estar causados por infartos lacunares y excepcionalmente por otros subtipos de ictus, sobre todo pequeños hematomas cerebrales. Los síndromes lacunares habituales, clásicos o típicos son el síndrome motor puro, el síndrome sensitivo puro, la hemiparesia atáxica, la disartria-mano torpe y el síndrome sensitivo motriz. Cada uno de ellos se define de forma específica por una serie de síntomas.

Los síndromes lacunares se clasifican en la categoría **G46 Síndromes vasculares cerebrales en enfermedades cerebrovasculares**. La categoría **G46** lleva una nota de instrucción indicando que hay que codificar primero la enfermedad cerebrovascular subyacente (I60-I69)

G46 Síndromes vasculares cerebrales en enfermedades cerebrovasculares

Codifique primero la enfermedad cerebrovascular subyacente (I60-I69)

En el Índice Alfabético encontramos:

Síndrome – véase además Enfermedad

-lacunar NCOG G46.7

-puro

--lacunar sensorial G46.6

--motor lacunar G46.5

Los síndromes lacunares deben codificarse cuando estén documentados como tales por el clínico. Además deben añadirse los códigos apropiados de los síntomas cuando estos aporten más información (por ejemplo la lateralidad)

Si el síndrome lacunar no está documentado como tal se codificará el infarto lacunar acompañado de los códigos necesarios para especificar los síntomas con los que ha cursado.

18. Marcapasos temporal. ¿Cómo se codifica un marcapasos temporal durante 24 horas en un paciente con una fibrilación auricular permanente y bloqueada? En el informe solo especifican: se canaliza vía yugular derecha para marcapasos provisional. ¿Podemos utilizar el código 5A1223Z?

RESPUESTA

Los marcapasos son dispositivos que proporcionan estímulos eléctricos al corazón (estimulación cardíaca) para su funcionamiento cuando éste lo requiere. Desde un punto de vista clínico podemos hablar de:

- Estimulación transitoria (marcapasos transitorio): cuyo objetivo es conseguir mantener la frecuencia cardíaca durante un tiempo limitado (horas o días, como máximo).
- Estimulación definitiva (marcapasos definitivo): enfocada al tratamiento crónico del paciente con bradiarritmias.

Los marcapasos transitorios llevan todos un generador externo. Pueden ser:

- **Transcutáneos**: constan de unos electrodos amplios, generalmente en forma de parches adhesivos, que se pueden situar en posición anteroposterior o en posición ápex-base. Ambos electrodos se conectan a un generador externo, que generalmente va integrado en un sistema de cardioversión-desfibrilación.

- **Transvenosos:** el electrocatéter se introduce en el sistema venoso y mediante guiado radiológico, se va progresando por el sistema vascular hasta alcanzar las cavidades cardíacas, intentando apoyarlo en el ápex del ventrículo derecho. Se conecta entonces al generador o marcapasos externo.
- **Epicárdicos:** llevan unos electrodos de aguja que el cirujano deja enclavados en el epicardio auricular y/o ventricular al terminar una intervención de cirugía cardíaca. Los electrodos van conectados a unos cables finos que se exteriorizan y se conectan a un generador externo de impulsos. De este modo se puede estimular el corazón si existen bradicardias sintomáticas o con repercusión hemodinámica en los días siguientes a la intervención.

La codificación de los marcapasos transitorios, cuando esté indicada, debe hacerse en la Sección 5 Asistencia y Soporte Extracorpóreo, en el Sistema Orgánico A Sistemas Fisiológicos, con el Tipo de Procedimiento 1 Soporte, con el siguiente código:

Sección 5 Asistencia y Soporte Extracorpóreos Sistema orgánico A Sistemas Fisiológicos Tipo de procedimiento 1 Soporte: Asumir la totalidad una función fisiológica por medios extracorpóreos			
Localización anatómica	Duración	Función	Calificador
2 Cardíaco(-a)	0 Único(-a)	1 Gasto	2 Manual
2 Cardíaco(-a)	1 Intermitente	3 Marcapasos	Z Sin Calificador
2 Cardíaco(-a) ←	2 Contínuo(-a) ←	1 Gasto 3 Marcapasos ←	Z Sin Calificador
5 Cardíaco(-a)	2 Contínuo(-a)	2 Oxigenación	3 Membrana
9 Respiratorio(-a)	0 Único(-a)	5 Ventilación	4 No Mecánico(-a)
9 Respiratorio(-a)	3 Menos de 24 horas consecutivas 4 24-96 horas consecutivas 5 Más de 96 horas consecutivas	5 Ventilación	Z Sin Calificador
C Biliar D Urinario(-a)	0 Único(-a) 6 Múltiple	0 Filtración	Z Sin Calificador

5A1223Z Soporte cardíaco (-a) con marcapasos, continuo (-a)

19. Marcapasos sin electrodo (sin cable). En nuestro hospital se está procediendo al implante de marcapasos sin cable. La diferencia con los otros marcapasos es que el generador (y a la vez estimulador porque no tiene cables) va alojado en el ventrículo derecho. Actualmente no tenemos la posibilidad de codificar un marcapasos cuyo generador no esté subcutáneo.

RESPUESTA

El marcapasos sin cables o sin electrodos es un dispositivo con un tamaño diez veces menor al que tienen los marcapasos actuales. Estos marcapasos integran en una única unidad el generador y el electrodo y se colocan directamente en el corazón (ventrículo derecho), mediante un catéter insertado a través de la vena femoral. Su inserción no requiere de incisiones quirúrgicas ni de la creación de ningún “bolsillo” debajo de la piel. Estos dispositivos eliminan las posibles complicaciones derivadas del acceso de los electrodos y de la colocación del generador.

CIE-10-ES Procedimientos no dispone en la actualidad de un valor adecuado de Dispositivo para reflejar la inserción de este tipo de marcapasos. El equivalente más cercano es utilizar el valor D Dispositivo Intraluminal. De momento utilizaremos el siguiente código para la inserción percutánea en ventrículo derecho de uno de estos marcapasos:

02HK3DZ Inserción de dispositivo intraluminal en ventrículo derecho, abordaje percutáneo (-a)

Para la próxima actualización de la clasificación, prevista en España para enero de 2018, ya se ha creado un nuevo valor de dispositivo para la tabla 02H

Section	0	Medical and Surgical
Body System	2	Heart and Great Vessels
Operation	H	Insertion: Putting in a nonbiological appliance that monitors, assists, performs, or prevents a physiological function but does not physically take that place of a body part

Body Part	Approach	Device	Qualifier
4 Coronary Vein	0 Open	0 Monitoring Device, Pressure Sensor	Z No Qualifier
6 Atrium, Right	3 Percutaneous	2 Monitoring Device	
7 Atrium, Left	4 Percutaneous Endoscopic	3 Infusion Device	
K Ventricle, Right		D Intraluminal Device	
L Ventricle, Left		J Cardiac Lead, Pacemaker	
		K Cardiac Lead, Defibrillator	
		M Cardiac Lead	
		N Intracardiac Pacemaker ←	

20. Ablación de venas pulmonares en la fibrilación auricular. Adjuntamos descripción de un procedimiento de ablación de venas pulmonares en un caso de fibrilación auricular.

“Por punción venosa femoral derecha se introduce vaina de 8,5 F para punción transeptal y catéter tetrapolar a His. Se realiza punción transeptal con aguja BRK 1, sin complicaciones y se introduce vaina Flex-Cath y balón CryoCath de 28 mm, con guía Achieve de 20 mm. Se seda al paciente por el servicio de anestesia. En TAC previo se objetivan 2 venas izquierdas y 2 venas derechas de tamaño normal. Se realizan 2 aplicaciones de 180 s en VPSI alcanzando T^a mínima de -47°. 2 aplicaciones en VPII alcanzando -52° (la primera de 180 y la segunda de 120 segundos). En las venas derechas se aplica durante estimulación frénica y se realizan en VPSD 180 s y 120 s con T^a mínima -54°C. En la VPID 2 aplicaciones de 180 y 180 s con T^a mínima de -41°C. Posteriormente se comprueba el aislamiento completo de las 4 VVPP (comprobando con estimulación desde el interior de las venas).

Diagnóstico: Fibrilación auricular paroxística. Crioablación con aislamiento antral de venas pulmonares”.

¿Qué código debemos utilizar para codificar el procedimiento? ¿02583ZZ Destrucción de mecanismo de conducción, abordaje percutáneo (-a)?, o bien ¿025S3ZZ Destrucción de Vena Pulmonar Derecha, abordaje percutáneo (-a) + 025T3ZZ Destrucción de Vena Pulmonar Izquierda, abordaje percutáneo (-a)?

RESPUESTA

El código correcto es **02583ZZ Destrucción de mecanismo de conducción, abordaje percutáneo (-a)**

La fibrilación auricular se inicia o se mantiene por activaciones eléctricas que nacen del tejido auricular que rodea a las venas pulmonares. Esto ha conducido al desarrollo de tratamientos basados en la interrupción de la conducción eléctrica entre las venas pulmonares y la aurícula izquierda. La crioablación consiste en la producción de lesiones mediante la aplicación de frío. Primero se aplican temperaturas alrededor de -30° C que producen lesiones reversibles, lo que permite comprobar si el lugar de aplicación es óptimo, y/o si pudiera haber complicaciones. Posteriormente, se crea una lesión definitiva disminuyendo la temperatura hasta -60 o -80° C.

El objetivo del procedimiento de ablación es **destruir** el foco arritmogénico en la vía de conducción. El tipo de procedimiento es **5 Destrucción** y existe una localización anatómica específica que es **8 Mecanismo de Conducción**.

21. Reprogramación de marcapasos. En el caso de que se cambie el modo de funcionamiento de un marcapasos (por ejemplo de DDDR a DDIR) ¿Debemos codificarlo con CIE-10-ES Procedimientos? ¿Se pondría solo una medición del mismo 4B02XSZ? En CIE 9 se omitía el código.

RESPUESTA

Si desea codificar la reprogramación del modo de funcionamiento de un marcapasos utilice el siguiente código:

4B02XSZ Medición en cardiaco (-a) de marcapasos, abordaje externo (-a)

Enfermedades del sistema respiratorio

22. Shock séptico por gripe A (H1N1) ¿Cómo se codifica un shock séptico por una neumonía por gripe A (H1N1)? La infección bacteriana está descartada.

RESPUESTA

El Shock séptico, según el manual de diagnósticos de la CIE-10-ES, se refiere a una sepsis severa con hipotensión y fallo orgánico agudo que no responde a la reposición adecuada de líquidos. La codificación de la **sepsis grave** requiere como mínimo **dos códigos**: el de la **infección sistémica subyacente** que se asigna en primer lugar seguido del código **R65.21 Sepsis grave con shock séptico**. Deben también asignarse códigos adicionales para las disfunciones orgánicas agudas.

No tenemos una entrada en el IA para la sepsis por gripe A, influenza o viral pero sí para la sepsis por organismo especificado o por herpes virus:

- Sepsis** (infección generalizada) A41.9
- organismo especificado NCOA A41.89
- herpes virus B00.7

Al comprobar en la LT el código **A41.89 Otras sepsis especificadas**, nos encontramos con que este código pertenece a la sección A30-A49

OTRAS ENFERMEDADES BACTERIANAS y la gripe no es una infección bacteriana.

Lo mismo ocurre si buscamos en el IAE los términos infección viral, infección por virus de la gripe o influenza, no tenemos un código adecuado o no tenemos entrada.

Si localizamos el término Gripe en el IAE, no aparecen las expresiones sepsis, septicemia, generalizado o diseminado pero sí con manifestaciones especificadas:

- Gripe, gripal** (bronquial) (epidémica) (respiratoria) (superior) J11.1 [+]
- debida a otros tipos de virus de la gripe identificados J10.1 [+]
- con [+]
- manifestaciones [+]
- especificadas NCOC J10.89

Al buscar en la LT el código **J10.89 Gripe debida a otros virus influenza con otras manifestaciones**, vemos la instrucción: Utilice códigos adicionales para identificar las manifestaciones por lo que añadiremos el código **R65.21 Sepsis grave con shock séptico**.

Para codificar la neumonía por gripe A (H1N1):

- Gripe, gripal** (bronquial) (epidémica) (respiratoria) (superior) J11.1 [+]
- debida a otros tipos de virus de la gripe identificados J10.1 [+]
- con [+]
- neumonía (tipo no especificado) J10.00 [+]
- debida al mismo virus de la gripe identificado J10.01
- tipo especificado NCOC J10.08

Por lo tanto, si consideramos que la causa del ingreso es el shock séptico y no la neumonía los códigos a asignar serían los siguientes:

J10.89 Gripe debida a otros virus influenza con otras manifestaciones

R65.21 Sepsis grave con shock séptico

J10.01 Gripe debida a otros tipos de virus de la gripe identificados con neumonía debida al mismo tipo de virus de la gripe identificado

Si el motivo del ingreso fuera la neumonía, el código **J10.01 Gripe debida a otros tipos de virus de la gripe identificados con neumonía debida al mismo tipo de virus de la gripe identificado** se asignaría en primer lugar.

Enfermedades del aparato digestivo

23. Minilaparotomía. ¿Se considera un procedimiento reconvertido a abierto? No consigo localizar en qué boletín de CIE 9 o en qué pregunta en este programa se aclaraba este tema, considerando la minilaparotomía como procedimiento abierto. Ejemplo: una colecistectomía laparoscópica donde la exteriorización de la pieza obliga a realizar una mínima incisión. La resección se ha realizado por laparoscopia.

RESPUESTA

Con CIE-10-ES Procedimientos, la determinación de si el abordaje es abierto o laparoscópico se debe efectuar teniendo en cuenta como ha sido realizado realmente el procedimiento. Si la incisión (mini laparotomía) se realiza para **acceder** al lugar donde se realiza el procedimiento y facilitar su ejecución, se consideraría como un procedimiento abierto. Si el procedimiento se ha realizado laparoscópicamente y la incisión se realiza para exteriorizar la pieza por resultar dificultoso a través de los puertos existentes, entonces el abordaje se considerará como laparoscópico.

24. Ecoendoscopia. ¿Cómo se codifica una ecoendoscopia? Se hizo para diagnosticar una neoplasia de páncreas que invadía duodeno, pared gástrica, vasos, ganglios.... ¿Tengo que codificar primero la endoscopia del tracto digestivo superior y después la ecografía del tracto gastrointestinal y de páncreas?

RESPUESTA

Para la codificación de una ecoendoscopia para visualizar páncreas debe utilizar un código de la Sección 0 Médico Quirúrgica, Sistema Orgánico D Sistema Gastrointestinal y Tipo de Procedimiento J Inspección (tabla 0DJ) con el valor de Localización Anatómica que refleje la parte más distal explorada del tubo digestivo (endoscopia). Además deberá añadir un código de la Sección B Imagen con el Tipo de Técnica 4 Ecografía y valor de Sistema Orgánico y Localización Anatómica que refleje la zona explorada.

25. Ligadura endoscópica de varices esofágicas. ¿Cómo se codifica una ligadura de variz esofágica con banda siendo el acceso por endoscopia?

RESPUESTA

La ligadura endoscópica de las varices esofágicas utiliza bandas elásticas que se insertan mediante un dispositivo adosado al extremo del endoscopio.

La actual clasificación CIE-10-ES Procedimientos no permite la codificación correcta de este procedimiento con el valor de abordaje **8 Orificio Natural o Artificial Endoscópica**, que sería el apropiado.

La recomendación actual, es utilizar el valor de abordaje **4 Endoscópico (-a) Percutáneo (-a)**, con el siguiente código:

06L34CZ Oclusión de vena esofágica con dispositivo extraluminal, abordaje endoscópico percutáneo

26. Coledocolitiasis con colelitiasis con colangitis aguda. ¿Sería correcto utilizar el código K80.62 Cálculo de vesícula y conducto biliar con colecistitis aguda sin obstrucción? No hay código para ponerlo combinado. Además el código K83.0 Colangitis, excluye la colangitis por cálculo. Quizá sería más correcta la siguiente opción: K80.33 Cálculo de conducto biliar con colangitis aguda, con obstrucción más K80.20 Cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis sin obstrucción. ¿Cuál sería la forma correcta?

RESPUESTA

Efectivamente no hay un código de combinación que recoja la presencia de cálculo en vesícula y vía biliar acompañado de colangitis. La entrada en el IAE por **Cálculo** nos permite codificar con un único código la presencia de cálculo en la vesícula y vía biliar cuando se acompaña de colecistitis pero no de colangitis. Por otra parte la entrada en el IAE por **colangitis** nos permite utilizar un código de combinación para la colangitis debida a cálculo del conducto biliar.

Cálculo, cálculos, calculoso - véase además Litiasis

- vesícula biliar K80.20
- - y vías biliares K80.70
- - - con
- - - - colecistitis K80.60
- - - - obstrucción K80.71

Colangitis (ascendente) (esclerosante) (estenosante) (primaria) (recurrente) (secundaria) (supurativa) K83.0

-con cálculo, conducto biliar - véase Cálculo, conducto biliar, con colangitis

-destruictiva no supurativa crónica K74.3

Cálculo, cálculos, calculoso - véase además Litiasis

-conducto

- - biliar (común) (hepático) K80.50

- - - con

- - - - colangitis K80.30

- - - - - con

- - - - - aguda K80.32

- - - - - crónica K80.34

Para la situación que usted propone la codificación más adecuada sería: Un código de la subcategoría **K80.3- Cálculo de conducto biliar con colangitis** más un código de la subcategoría **K80.2- Cálculo de vesícula biliar sin colecistitis**, eligiendo el código adecuado en función de la información clínica disponible.

27. Endoprótesis biliar y drenaje biliar interno-externo. Se trata de un paciente con un colangiocarcinoma intrahepático e ictericia obstructiva que ingresa para colocación de una prótesis biliar y un drenaje biliar interno-externo. En el informe indican:

Colangiografía percutánea, drenaje biliar derecho y endoprótesis biliar doble: se realiza colangiografía transparietohepática desde LHI y LHD identificándose una estenosis filiforme de la confluencia de ambos hepáticos comunes y de los primeros centímetros del colédoco. Posteriormente se realiza colocación de dos endoprótesis en paralelo de 80 x 10 mm en el conducto hepático derecho-colédoco y de 60 x 10 mm en el hepático común izquierdo-colédoco. Posteriormente se deja colocado un catéter de drenaje biliar interno-externo de este LHI.

¿Sería correcta la siguiente codificación para los procedimientos?

0F753DZ Dilatación conducto hepático derecho, con dispositivo intraluminal abordaje percutáneo; 0F763DZ Dilatación conducto hepático izquierdo, con dispositivo intraluminal abordaje percutáneo; 0F9230Z Drenaje hígado lóbulo izquierdo con dispositivo de drenaje, percutáneo

¿Habría que codificar el drenaje interno biliar a duodeno? No tenemos claro si el tipo de procedimiento es drenaje o derivación o es otra dilatación.

RESPUESTA

En el supuesto que usted plantea los códigos a utilizar son:

0F753DZ Dilatación de conducto hepático, derecho con dispositivo intraluminal, abordaje percutáneo (-a)

0F763DZ Dilatación de conducto hepático, izquierdo con dispositivo intraluminal, abordaje percutáneo (-a)

0F793DZ Dilatación de colédoco con dispositivo intraluminal, abordaje percutáneo (-a)

0F9630Z Drenaje en conducto hepático, izquierdo con dispositivo de drenaje, abordaje percutáneo (-a)

La inserción de las dos endoprótesis se codifica con el tipo de procedimiento **Dilatación** en el Sistema Orgánico **F Sistema Hepatobiliar y Páncreas**, en la Sección **0 Médico-Quirúrgica**. Las localizaciones anatómicas a utilizar son **5 Conducto Hepático Derecho**, **6 Conducto Hepático Izquierdo** y **9 Colédoco** ya que son las estructuras que son dilatadas con las endoprótesis.

El drenaje biliar externo-interno consiste en la colocación percutánea de un catéter en la vía biliar que sobrepasa la obstrucción y termina en el duodeno. El catéter biliar está fenestrado tanto en su trayecto intestinal como en la parte que atraviesa la vía biliar y a su través la bilis llega al duodeno, siendo por tanto más fisiológico (a diferencia de los drenajes externos que son los que se colocan cuando no puede atravesarse la obstrucción y deben permanecer siempre conectados a una bolsa por donde va a salir la bilis). El drenaje biliar interno-externo puede tenerse en dos posiciones: con la llave abierta al exterior, actuando entonces como un catéter externo; o con la llave cerrada en cuyo caso actuará como drenaje interno y la bilis pasará de la vía biliar al duodeno.

En el supuesto que usted describe la colocación del drenaje biliar externo-interno se codifica con el tipo de procedimiento **Drenaje** en el sistema orgánico **F Sistema Hepatobiliar y Páncreas**, en la sección **0 Médico-Quirúrgica**. El valor de localización anatómica es **6 Conducto Hepático Izquierdo**, porque aunque en el informe nos hablan de dre-

naje biliar interno-externo de LHI (lóbulo hepático izquierdo) lo que drenan (al decir drenaje biliar) es la vía biliar (no el parénquima hepático), siendo el único valor de localización anatómica apropiado el **6 Conducto Hepático Izquierdo**.

28. Angiodisplasia de intestino delgado. No existe código para la angiodisplasia de intestino delgado con hemorragia. ¿Sería correcto utilizar K55.8 + K92.1 + K31.819? “Hemorragia digestiva alta en forma de melenas en probable relación con sangrado por angiodisplasias de intestino delgado” Angiodisplasias milimétricas gástricas y en 2ª porción duodenal 3 sin signos de sangrado reciente.

Gastroscoopia: Estómago: en toda la cavidad gástrica se extienden de forma aleatoria angiodisplasias milimétricas sin datos de sangrado activo. Antro con líneas eritematosas compatible con gastritis eritematosa. No restos hemáticos.

Píloro: permeable no deformado. Duodeno: se observan 2 pólipos de 5 y 6 mm de aspecto adenomatoso sin signos de malignización. Aparecen en 2º porción duodenal 3 angiodisplasias milimétricas sin signos de sangrado reciente. No restos hemáticos recientes. Diagnóstico: Angiodisplasia gástrica y duodenal. Pólipos duodenales X2. Gastritis antral eritematosa.

RESPUESTA

La entrada en el IAE de la CIE-10-ES Diagnósticos por el término “Angiodisplasia” nos dice:

Angiodisplasia (ciego) (colon) K55.20
-con sangrado K55.21
-duodeno (y estómago) K31.819
--con sangrado K31.811
-estómago (y duodeno) K31.819
--con sangrado K31.811

Si vamos a la LT nos encontramos:

Dentro de la categoría **K55 Trastornos vasculares de intestino**, tenemos la subcategoría **K55.2 Angiodisplasia de colon**

Por otra parte la categoría **K31 Otras enfermedades de estómago y duodeno**, tiene una subcategoría para la angiodisplasia de estómago y duodeno:

K31.8 Otras enfermedades especificadas de estómago y duodeno

K31.81 Angiodisplasia de estómago y duodeno

Ambas subcategorías tienen códigos para especificar si la angiodisplasia se acompaña o no de hemorragia.

Es decir, siguiendo el IA y la LT podemos codificar la angiodisplasia de estómago, duodeno y colon se acompañe o no de hemorragia con códigos específicos. Sin embargo no hay código específico para la angiodisplasia de intestino delgado sin más localización. En esta situación aunque el IA por el término angiodisplasia nos envía a la subcategoría **K55.2 Angiodisplasia de colon**, el literal de este código no se ajusta a lo que queremos codificar por lo que utilizaremos el código **K55.8 Otros trastornos vasculares de intestino**, añadiendo si es preciso el código que corresponda de hemorragia digestiva si la angiodisplasia se acompaña de hemorragia.

La localización en el IA de este código es:

- Trastorno (-s) (de) (del) - véase además Enfermedad**
- intestino, intestinal
- vascular K55.9
- crónico K55.1
- especificado NCOC K55.8

Respecto a la codificación de la información clínica contenida en la pregunta consideramos que no es clara y que se debería consultar con el clínico quien debe especificar cuáles son las lesiones responsables de la hemorragia. En cualquier caso habrá que añadir los códigos correspondientes a la gastritis antral eritematosa y a los pólipos duodenales.

29. Resección parcial de lengua con injerto. Cuando se realiza una resección parcial de lengua (por causa tumoral, por ejemplo) es frecuente la realización de un injerto para sustituir la parte extirpada. ¿Cómo debemos codificar este procedimiento? ¿Escisión de lengua + Suplemento + Escisión de la zona donante? ¿Sustitución de lengua + Escisión de la zona donante?

RESPUESTA

Tal como indica el Manual de Procedimientos 2016 de la Unidad Técnica, el tipo de procedimiento Sustitución consiste en colocar un dispositivo biológico o sintético que **sustituye total o parcialmente el lugar y/o la función** de toda o parte de una estructura anatómica.

En el procedimiento que usted describe, se efectúa una resección parcial de la lengua, con cirugía reconstructiva mediante un injerto (libre, entendemos). Este tratamiento reconstructivo, **reemplaza o sustituye la estructura** que se ha extirpado y permite mantener la capacidad **funcional** (hablar y tragar) y estética, de forma que el paciente pueda preservar su calidad de vida.

Los procedimientos de Sustitución pueden requerir la realización de otros procedimientos asociados, como en este caso en el que se deberá codificar además la escisión de la estructura donante del injerto (Norma **B3.9 Escisión para injerto**)

Por tanto la respuesta a su pregunta es: Sustitución Lengua + Escisión Zona Donante

Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo

30. Sinus pilonidal. El mapeo del código CIE-9-MC para la escisión de un sinus pilonidal nos dirige al código 0HB8XZZ Escisión en piel, nalga, abordaje externo (-a). Pensamos que no siempre debe ser así. Os ponemos este ejemplo donde dudamos si elegir el sistema orgánico “Regiones Anatómicas” o “Tejido subcutáneo y Fascia”. “Exéresis de sinus pilonidal. Paciente en decúbito supino. Hallazgos: sinus pilonidal con trayecto lateral izquierdo. Exéresis en bloque, control de hemostasia y cierre por planos (subcutáneo con vicryl 2/0 y piel con prolene 2/0”.

Nos planteamos la duda entre los siguientes códigos:

0YB10ZZ Escisión en nalga, izquierda, abordaje abierto (-a)

0JB90ZZ Escisión en tejido subcutáneo y fascia, nalga, abordaje abierto (-a)

RESPUESTA

Efectivamente el mapeo de la escisión del sinus pilonidal, que CIE-9-MC clasificaba en los procedimientos sobre piel y tejido subcutáneo, dirige en CIE-10-ES Procedimientos únicamente al sistema orgánico **H Piel y mama**. Todas las referencias disponibles que hemos consultado también codifican ese procedimiento únicamente como escisión en piel. Los mapeos son solo una herramienta de consulta, por lo que consideramos que en ausencia de otra especificación, la escisión del sinus pilonidal, debe codificarse como **escisión de piel de nalga**; pero si el

protocolo quirúrgico indica una escisión de lesión en una capa corporal diferente, se codificará el **plano más profundo** del sistema osteomuscular en el que se ha realizado el procedimiento.

En el caso que nos plantea, según la descripción quirúrgica, el procedimiento parece que ha profundizado hasta tejido subcutáneo (ya que suturan desde ahí) por lo que la codificación correcta sería:

0JB90ZZ Escisión en tejido subcutáneo y fascia, nalga, abordaje abierto (-a)

La codificación del procedimiento en el sistema orgánico Y Regiones Anatómicas, Extremidades Inferiores, creemos que no aporta ninguna especificidad.

31. Escisiones de piel en nariz y piel de hélix. En el caso de la piel de la nariz, en el sistema orgánico Piel y Mama, no existe esta localización, pero si tenemos la localización Cara, ¿la encuadraríamos en esta localización? o ¿tendríamos que irnos al sistema orgánico Oído, Nariz y Senos Paranasales, en el que si encontramos el término Nariz?

En el caso del Hélix, nos surge la duda de asignarlo en sistema orgánico Piel y Mama, localización Oreja o como nos dice el anexo C en el Oído externo.

Escisión de lesión en párpado. Para codificar una lesión del párpado, como un nevus por ejemplo, ¿qué localización anatómica utilizaremos? ¿La escisión de piel de cara o la del párpado que corresponda? Esto también sería aplicable a oreja, nariz, pene...

RESPUESTA

En el caso de que se especifique que la escisión es de piel (bien sea de nariz, oreja o párpado) debemos utilizar el Sistema Orgánico **H Piel y Mama**, con el valor de Localización Anatómica más adecuado.

Si solamente nos indican “Escisión lesión nariz” “Escisión lesión oreja” “Escisión lesión párpado” debemos seguir la **norma B4.1a** que dice: “Si un procedimiento se realiza sobre una parte o localización anatómica que no tiene un valor diferenciado, se debe codificar con el valor que corresponde a la localización anatómica completa”. En este caso deberemos utilizar el valor que corresponda en los Sistemas Orgánicos **9 Oído, Nariz, Senos Paranasales y 8 Ojo**.

Enfermedades del sistema musculoesquelético y del tejido conectivo

32. Infiltración articular (tobillo) con plasma rico en plaquetas. En un informe de alta de Traumatología aparece:

DXP: Osteocondritis astrágalo

PXP: Infiltración con plasma rico en plaquetas bajo control escópico.

¿Sería un procedimiento de “transfusión en vena periférica”? “Introducción en articulación” no me permite elegir plasma como sustancia introducida.

RESPUESTA

La sección de Administración no tiene en la actualidad un valor específico para la infiltración en articulaciones de plasma enriquecido en plaquetas o de sustancias similares. Aunque la sustancia que se administra es plasma, no se está realizando un procedimiento de transfusión sino que lo que se hace es infiltrar una articulación. No debemos utilizar en este caso el tipo de procedimiento “Transfusión”. El código que debemos utilizar para codificar dicho procedimiento es **3E0U3GC Introducción en articulaciones de otra sustancia terapéutica de otra sustancia, abordaje percutáneo (-a).**

33. Infiltración articular con abordaje endoscópico percutáneo. Queremos codificar una infiltración articular mediante el abordaje endoscópico percutáneo que se realiza tras una meniscectomía. CIE-10-ES Procedimientos solo nos permite utilizar como valores de Abordaje, 0 Abierto o 3 Percutáneo (-a). En estos casos ¿cómo se debería codificar? Pensamos que debería quedar reflejado, ya que a veces la realizan y otras no. Ejemplo: meniscectomía artroscópica parcial interna RD: Paciente en decúbito supino bajo raquianestesia más manguito de isquemia. Portales AE y AI. Se aprecia integridad del menisco externo y del LCA. Rotura parcial cuerpo y cuerno posterior menisco interno, realizándose meniscectomía parcial interna. Infiltración. Sutura portales.

RESPUESTA

En la Sección 3 Administración, la tabla de Introducción de Sustancia en la localización anatómica U Articulaciones no contiene en la actualidad en la posición de abordaje el valor **4 Endoscópico (-a) Percutáneo (-a).**

Los únicos valores posibles para lo que usted describe son **0 Abierto** y **3 Percutáneo**. En estos casos, si se desea codificar la infiltración, se debe usar el valor **3 Percutáneo** por ser el más aproximado al procedimiento realizado. La identificación del procedimiento como artroscópico quedaría reflejado al codificar la meniscectomía con el valor **4 Endoscópico (-a) Percutáneo (-a)** en la posición de Abordaje.

34. Fusión espinal. En una fusión espinal con dispositivos tipo barras y tornillos pediculares solamente, ¿qué valor asignaríamos en la sexta posición del código “tipo de dispositivo”? No nos queda claro, en la normativa, cómo se codifican este tipo de fijaciones porque no lo consideramos un dispositivo de fusión intersomático ni hay opción para dispositivo de fijación interna. ¿Podría ser “Sin Dispositivo”?

RESPUESTA

Si, la conclusión es correcta, dado que el procedimiento de fusión vertebral incluye los dispositivos de fijación, y no da la opción de dispositivo de fijación interna como sí ofrece en las fusiones de otras articulaciones. De todas formas, en estos casos, se debe indagar si realmente no se ha utilizado un dispositivo de fusión que no se haya reportado en el informe.

35. Inestabilidad de hombro. Paciente que ingresa para artroscopia de hombro derecho. Hallazgos: inestabilidad anterior con hiperlaxitud multidireccional asociada. Se realiza plicatura anteroinferior y ligamentoplastia anterior de hombro con injerto de banco tibial anterior. ¿Es una Reparación de articulación? ¿Un Suplemento en articulación?

RESPUESTA

La hiperlaxitud ligamentaria generalizada y la inestabilidad de hombro, son afecciones comunes que pueden coexistir en un mismo paciente aunque también pueden producirse independientemente una de otra. Estas afecciones suelen presentar un excesivo volumen capsular y el tratamiento consiste en realizar una o varias plicaturas capsulares para hacer una cápsula articular más pequeña retensando el tejido. El procedimiento apropiado para codificar la plicatura es **Reparación**, cuya definición es: Restablecer en lo posible una estructura anatómica a su estado o función anatómica normal.

0RQJ4ZZ Reparación en articulación hombro, derecho, abordaje endoscópico (-a) percutáneo (-a)

Para dar una mayor estabilidad a la articulación, en ocasiones se realiza además una ligamentoplastia como refuerzo del ligamento glenohumeral. Este procedimiento encaja dentro de la definición de los procedimientos de **Suplemento**: Colocar un dispositivo biológico o sintético que refuerza y/o mejora la función de una estructura anatómica.

0MU14KZ Suplemento en bursa y ligamento hombro, derecho, con sustituto de tejido no autólogo, abordaje endoscópico (-a) percutáneo (-a)

36. Osteotomía periacetabular para corrección de displasia de cadera. En el Coding Clinic del 2º trimestre de 2016, indican que la osteotomía periacetabular debe ser codificada con un procedimiento de División, sin embargo en algunos cursos nos han dicho que este procedimiento forma parte de la cirugía y que por tanto no hay que codificarlo aparte. ¿Cuál es la forma correcta de codificar este procedimiento?

RESPUESTA

La osteotomía periacetabular se realiza para el tratamiento de la displasia de cadera. En esta cirugía, el acetábulo es reposicionado, mediante la realización de una serie de cortes alrededor del mismo, que permiten cambiar su orientación para lograr una mayor cobertura de la cabeza femoral mejorando la estabilidad de la cadera. El objetivo del procedimiento es la Reposición y los cortes son la forma de realizar el procedimiento. Teniendo en cuenta la normativa **B3.1b** (“*Los diferentes componentes de un procedimiento que se encuentran incluidos en la propia definición del tipo de procedimiento no se codifican por separado*”), solo debe codificarse:

0SSB04Z Reposición de la articulación de cadera izquierda con dispositivo de fijación interno

En las intervenciones quirúrgicas de Reposición, solo se codificarán como procedimientos complementarios: Escisión/Resección y Suplemento, cuando en dicha intervención, se haya llevado a cabo la extirpación parcial o total de una estructura o haya sido preciso colocar un dispositivo biológico o sintético que refuerza y/o mejora la función de una estructura anatómica.

Enfermedades del aparato genitourinario

37. Conización cérvix y legrado endocervical. ¿Cómo se codifica una conización de cérvix más un legrado endocervical en una displasia de cérvix? Si buscamos conización cérvix el índice nos envía a véase escisión útero, pero ¿no sería más correcto escisión cérvix? En cuanto al legrado endocervical, ¿sería 0UBC8ZZ (escisión cérvix ya que no hay esta localización en el tipo de procedimiento extracción) o 0UDB8ZX (extracción endometrio)?

RESPUESTA

Efectivamente la entrada en el IA de CIE-10-ES Procedimientos contiene una errata bajo el término principal **Conización**. Dice:

Conización, Cérvix – véase Escisión, Útero 0UB9

Y debería decir:

Conización, Cérvix – véase Escisión, Cérvix 0UBC

En cuanto al legrado endocervical nos remitimos a la pregunta n° 58 de los Cuadernos de Codificación (2016 – Primer semestre), página 49, donde dice:

“Conceptualmente el tipo de procedimiento adecuado para codificar un legrado es **Extracción**: Retirar, extirpar o arrancar total o parcialmente una estructura anatómica. A la hora de codificar este tipo de procedimiento en algunos sistemas orgánicos, vemos que las tablas de **Extracción** no aparecen o no incluyen muchas localizaciones anatómicas habituales. El cérvix es una de ellas. En estos casos, tenemos que buscar el tipo de procedimiento que más se ajuste al procedimiento realizado. Un legrado o curetaje consiste en el uso de una legra o cureta para **eliminar tejido del útero** o de otra estructura ya sea con fines diagnósticos o terapéuticos. El procedimiento que resulta más adecuado para estas situaciones (en las que no podemos utilizar el tipo de procedimiento “Extracción”) es **Escisión**: Eliminar o cortar sin sustituir, una parte de una estructura anatómica”.

Embarazo, parto y puerperio

38. Implante subdérmico anticonceptivo. ¿Cómo se codifica la colocación de un implante subdérmico? Es el método anticonceptivo en el que se usa un implante subdérmico de etonogestrel.

RESPUESTA

El implante hormonal es un método anticonceptivo relativamente nuevo y altamente efectivo. Consiste en la implantación subcutánea de una varilla de plástico larga y delgada que va liberando en pequeñas dosis una hormona que impide la ovulación. El implante hormonal se coloca en la grasa que se encuentra bajo la piel de la pared abdominal o de la parte superior de la pierna o brazo. Desde ahí, la hormona, que se libera pausada y constantemente, es lentamente absorbida por el flujo sanguíneo.

En CIE-10-ES Procedimientos la subdermis se clasifica dentro del sistema orgánico **J Tejido Subcutáneo y Fascia**.

El tipo de procedimiento adecuado es **Inserción**, en la tabla **0JH**. En la posición cuarta de Localización Anatómica elegiremos el valor adecuado en función de donde se coloque el dispositivo. En quinta posición asignaremos el valor correspondiente al abordaje y en la sexta el valor **H Dispositivo Anticonceptivo**, que es específico para este procedimiento.

0JHHZ Inserción en tejido subcutáneo y fascia de dispositivo anticonceptivo**

39. Parto con ventosa o fórceps. En un parto instrumental con ventosa o fórceps utilizado para aliviar el expulsivo, ¿es correcto utilizar el código O66.5 Intento de utilización de ventosa y fórceps? ¿Se ha de utilizar cuando el parto termina con fórceps o cesárea? La otra opción podría ser O62.9 Anomalía de trabajo de parto no especificada.

RESPUESTA

En un informe obstétrico con indicación de **ventosa o fórceps para aliviar expulsivo**, hay que codificar la razón por la que se tiene que realizar el parto instrumentado, es decir, **cuál es el motivo por el que es preciso aliviar dicho expulsivo** (anomalía de ritmo cardiaco fetal, acidosis fetal, expulsivo prolongado...etc.).

El código que usted indica **O66.5 Intento de utilización de ventosa y fórceps**, hace referencia a un intento fallido de utilización de ventosa que finalmente precisa fórceps, o a un intento fallido de utilización de fórceps, que termina en cesárea, por tanto no está indicado su uso en estas circunstancias.

El otro código que usted propone **O62.9 Anomalía de trabajo de parto no especificada**, no describe tampoco las circunstancias por la que es preciso realizar el parto instrumental; para ello, **deberá revisar detenidamente la documentación para identificar la causa del alivio del expulsivo**.

40. Anemia posparto. ¿Qué código usamos en la anemia posparto (648.22)? La CIE-10-ES nos especifica que no la hay antes del parto y nos da dos opciones: O90.81 Anemia puerperal o el O99.03 Anemia que complica el puerperio.

RESPUESTA

Para determinar cuál de dichos códigos debe reseñarse en una anemia posparto, hay que conocer el momento en el cual se ha desarrollado la anemia.

Anemia (deficiencia de hemoglobina) (esencial) (general) (infantil) (primaria) (profunda) D64.9 [+]

- posparto O90.81

Puerperio, puerperal (complicado por, complicaciones) [+]

- anemia O90.81 [+]

Embarazo (simple) (uterino) - véase además Parto y puerperio [+]

Nota:

Debe revisarse el Tabular para asignar el carácter apropiado que indique el trimestre del embarazo.

Debe revisarse el Tabular para asignar el séptimo carácter apropiado en la codificación de la gestación múltiple en el Capítulo 15

- complicado por (cuidados, asistencia afectada por) O26.9- [+]

- - anemia (condiciones en D50-D64) (pre-existente) O99.01- [+]

- - - que complica el puerperio O99.03

Puerperio, puerperal (complicado por, complicaciones) [+]

- anemia O90.81 [+]

- - anemia (preexistente) O99.03

- enfermedad O90.9 [+]

- - Valsuani de O99.03

El código **O99.03 Anemia que complica el puerperio**, hace referencia a una anemia que ya ha estado presente previamente en el embarazo o el parto y que ahora persiste también en el puerperio.

El código **O90.81 Anemia puerperal**, hace referencia a una anemia detectada exclusivamente en el puerperio. Por eso bajo este código hay una nota Excluye 1:

Excluye 1:

- anemia **preexistente** que complica el puerperio (O99.03)

41. Misoprostol vaginal. En la pregunta nº 26 de los Cuadernos de Codificación sobre misoprostol vaginal entendemos que la respuesta sobre el aborto es si se administra para interrumpir el embarazo. En el caso de un embarazo ya interrumpido en el que se administra el misoprostol vaginal para reblandecer el cuello, se podría utilizar el código 3E1K78Z?

RESPUESTA

Si la gestación ya está interrumpida el objetivo del misoprostol vaginal no es finalizar la gestación sino facilitar la expulsión de los restos. El código a utilizar en esta situación sería:

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

42. Preeclampsia en el puerperio. Paciente sin antecedentes de hipertensión que, durante el puerperio, comienza con tensión arterial elevada y proteinuria, siendo diagnosticada de Preeclampsia leve. El índice alfabético nos lleva al O14.03 (que solo hace referencia al tercer trimestre) Si buscamos por Hipertensión que complica el puerperio al O10.93 (que supone la HTA como preexistente); y si no el código O15.2 Eclampsia que complica el puerperio, que no es el caso.

RESPUESTA

La edición actual de la clasificación, no tiene un código específico para identificar la preeclampsia puerperal. La única manera de registrar bien dicha entidad por el momento, es utilizar codificación múltiple para indicar que hay una complicación puerperal y que esta es una preeclampsia leve.

Puerperio, puerperal (complicado por, complicaciones)

- complicaciones O90.9

- - especificadas NCOO O90.89

Preeclampsia O14.9- [+]

- con hipertensión preexistente - véase Hipertensión, que complica el embarazo, preexistente, con, proteinuria

- grave (HELLP) O14.1-

- leve O14.0-

Puesto que ya no es gestante, no es adecuado indicar el trimestre de gestación y debe consignarse el código de trimestre no especificado.

O90.89 Otras complicaciones del puerperio no clasificadas bajo otro concepto

O14.00 Preeclampsia leve a moderada, trimestre no especificado

Por último informarle que para la próxima actualización de la clasificación, prevista en España para enero de 2018, ya se ha tenido en cuenta esta circunstancia y se han creado códigos para identificar la preeclampsia en el parto y el puerperio:

O14.04 Mild to moderate pre-eclampsia, complicating childbirth

O14.05 Mild to moderate pre-eclampsia, complicating the puerperium

43. Sepsis durante el parto. En una sepsis durante el parto, ¿qué es lo correcto tras el código O75.3? ¿Identificar la sepsis (A41) o el agente etiológico (B95-B97)? En la lista tabular dice:

A41 Otras sepsis

Codifique primero:

-sepsis durante el parto (O75.3)

O75.3 Otra infección durante el trabajo de parto.

Sepsis durante el trabajo de parto

Utilice código adicional (B95-B97) para identificar el agente infeccioso

RESPUESTA

Para codificar la sepsis durante el parto es necesario utilizar la codificación múltiple. La entrada por el índice alfabético, envía al código **O75.3** de la lista tabular.

Sepsis (infección generalizada) A41.9 [+]

- durante el parto O75.3

Si observa el literal del código, puede apreciar que este código permite codificar distintas infecciones durante el trabajo del parto y que no especifica que se trate únicamente de una sepsis:

O75.3 Otra infección durante el trabajo de parto

Sepsis durante el trabajo de parto

Utilice código adicional (B95-B97) para identificar el agente infeccioso

La entrada para infección durante el trabajo del parto, también dirige al mismo código.

Infección, infectado, infeccioso (oportunista) B99.9 [+]
- durante el trabajo de parto NCOC O75.3

Por tanto el código **O75.3** debe llevar un código adicional que especifique el tipo de infección (sepsis o la infección que corresponda). Se utilizará también un código adicional **B95-B97** para identificar el agente infeccioso cuando el código que identifica la sepsis o la infección no incluya la descripción del agente etiológico

Ejemplo: paciente que, durante el parto, desarrolla una sepsis por Klebsiella:

O75.3 Otra infección durante el trabajo de parto

A41.59 Sepsis por otros gram negativos

B96.1 Klebsiella pneumoniae [K. pneumoniae] como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto

Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal

44. Estudio genético prenatal. ¿Cómo codificar un procedimiento de estudio genético? Agradecería me indiquen como codificar cuando estamos ante necesidad de estudio genético prenatal.

RESPUESTA

CIE-10-ES Procedimientos no permite clasificar la realización de análisis clínicos y otras pruebas de laboratorio, por lo que no hay ningún código que permita clasificar las pruebas analíticas de diagnóstico prenatal. Si pueden clasificarse aquellas que hayan sido realizadas mediante amniocentesis, en cuyo caso seguiremos las instrucciones que proporciona el índice alfabético de procedimientos:

Amniocentesis

-véase Drenaje, Productos de la Concepción 1090

Drenaje

- Productos de la Concepción

-- Líquido Amniótico

--- Diagnóstico 1090

--- Terapéutico 1090

45. Prematuro de peso adecuado a la edad gestacional. Se trata de un recién nacido pretérmino de 36 + 2 semanas y cuyo peso es adecuado para la edad gestacional (2.600 gramos). Lo hemos codificado como pretérmino (P07.39) pero al conocer el peso e intentar ponerlo como primer código no encontramos el apropiado. ¿Cómo debemos codificarlo? ¿Sería correcto codificar solo con las semanas de gestación para los recién nacidos que cumplan estas dos condiciones o habría que añadir otro código de la categoría P07?

RESPUESTA

El bajo peso al nacer se define como recién nacido vivo de menos de 2500 gramos, independientemente de la edad gestacional. Aunque la gran mayoría de los partos prematuros (menos de 37 semanas de gestación) se asocian con bajo peso al nacer, se considera que un 10% de los mismos pesan más de 2500 gramos.

En la actualidad CIE 10 ES Diagnósticos no dispone de códigos que permitan codificar esta situación (prematuro con peso de más de 2500 gr al nacer)

El código adecuado en este caso es el **P07.39 Recién nacido pretérmino, edad gestacional de 36 semanas completas.**

Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa

46. Fractura del pilón tibial. ¿Cómo se codifica la fractura de pilón tibial?

RESPUESTA

Se entiende por fractura del pilón tibial la lesión traumática del extremo distal de la tibia que afecta a la epífisis y metáfisis y que tiene las caracte-

rísticas de ser una fractura articular, compleja, con hundimiento de uno o varios fragmentos e importante afectación de las partes blandas.

Se puede localizar en el índice alfabético entrando por:

Fractura (abducción) (aducción) (conminuta) (fragmentada) (separación) (traumática) T14.8

- tibia (diáfisis) S82.20-

-- extremo inferior (distal) S82.30-

--- pilón (desplazada) S82.87-

---- sin desplazamiento S82.87-

S82.87- Fractura del pilón tibial

Dentro de esta subcategoría habrá que elegir el código final en función del tipo de fractura, la lateralidad y las circunstancias del contacto

47. Reacción anafiláctica a antibióticos. La reacción anafiláctica es poco frecuente. ¿Cómo debemos clasificarla con CIE-10-ES?

RESPUESTA

En el Manual de Diagnósticos 2016 de la Unidad Técnica, en el **punto 19.71.a Efectos adversos/Reacciones adversas a medicamentos (RAM)** está especificado como codificar las RAM a fármacos, con un ejemplo de Reacción anafiláctica por antidepresivos (página 272). En dicha página dice:

“Debe codificarse en primer lugar la afección o manifestación (efecto adverso) seguido del código del fármaco que produjo el efecto adverso (**T36-T50**).

El valor “5” en el quinto o sexto carácter de los códigos de fármacos y sustancias identifica que se trata de un efecto adverso (**T36-T50**)”.

Además, siguiendo las entradas del Índice Alfabético de CIE-10-ES Diagnósticos vemos:

Reacción – véase además Trastorno

-anafiláctica – véase Shock, anafiláctico

Shock R579

-anafiláctico T78.2-

--debido a

---droga o sustancia medicinal

----sobredosis o sustancia dada o tomada erróneamente (por accidente) véase Índice de fármacos y productos químicos, sustancia, intoxicación

----sustancia correcta administrada adecuadamente T88.6-

Según esto la reacción anafiláctica que ocurre después de la administración correcta de un antibiótico se debe clasificar en la subcategoría **T88.6 Reacción anafiláctica por (debida a) efecto adverso de fármaco o medicamento correcto adecuadamente administrado**, siguiendo las notas de instrucción que la acompañan para identificar, con un código adicional, el fármaco responsable (T36 - T50 con quinto o sexto carácter 5)

T88.6 Reacción anafiláctica por (debida a) efecto adverso de fármaco o medicamento correcto adecuadamente administrado

Reacción anafilactoide NEOM

Shock anafiláctico por (debido a) efecto adverso de fármaco o medicamento correcto adecuadamente

Utilice un código adicional de efecto adverso, si procede, para identificar el fármaco (T36-T50 con quinto o sexto carácter 5)

Excluye 1:

- *reacción anafiláctica por (debida a) suero (T80.5-)*

- *reacción o shock anafilácticos por (debidos a) reacción adversa a alimentos (T78.0-)*

Los códigos de esta subcategoría precisan del 7º carácter apropiado según las circunstancias del contacto.

48. Transposición de primer dedo de pie a la mano derecha. No puedo encontrar código en CIE-10-ES Procedimientos para una transposición de primer dedo de pie a la mano derecha. Encuentro transferencia pero solo para dedo índice.

RESPUESTA

La tabla de Transferencia en el sistema orgánico **X Regiones Anatómicas, Extremidades Superiores** solo permite su utilización si la Localización Anatómica y el Calificador pertenecen a la mano.

Para codificar una transposición entre dedos del pie y de la mano deben identificarse dos procedimientos. Por una parte la Amputación del primer dedo del pie, en la tabla **0Y6** (falta información para proporcionar el código completo) y por otra la Sustitución del dedo de la mano con el dedo del pie.

En la actualidad, la tabla de Sustitución en el sistema orgánico **X Regiones Anatómicas, Extremidades Superiores**, (tabla 0XR) solo permite

identificar la sustitución de los dedos pulgares de la mano por un dedo del pie, por lo que, de momento, el código que tendrá que utilizar será el **0XR**7***

Sección	0 Médico-Quirúrgica		
Sistema Orgánico	X Regiones Anatómicas, Extremidades Superiores		
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	Calificador
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> L Pulgar, Derecho <input type="radio"/> M Pulgar, Izquierdo	<input type="radio"/> 0 Abierto(-a) <input type="radio"/> 4 Endoscópico(-a) Percutáneo(-a)	<input type="radio"/> 7 Sustituto de Tejido Autólogo	<input type="radio"/> N Dedo Pie, Derecho <input type="radio"/> P Dedo Pie, Izquierdo

49. Intoxicación por cocaína y fármacos en dependiente a cocaína. Paciente dependiente a cocaína que ingresa por intoxicación por cocaína, mirtazapina y quetiapina con intención autolítica. Le realizan lavado gástrico. ¿Sería correcta la siguiente codificación? T40.5X2A, T43.022A, T43.502A, F14.229, 3E1G78Z

RESPUESTA

El Manual de Diagnósticos 2016, de la Unidad Técnica en su página 97 indica lo siguiente: “La intoxicación por sustancias como alcohol o drogas se codificará con las pautas específicas para los envenenamientos. Los códigos de las categorías **T36-T65** son códigos de combinación que incluyen tanto las sustancias ingeridas, como la intención. No se necesita código adicional de causa externa para los códigos de envenenamiento”.

La secuencia adecuada de los códigos se indica en la **Tabla 5.3 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de drogas**, (página 99):

Circunstancia	Códigos
Intoxicación o envenenamiento por drogas	T36-T65 Envenenamientos por drogas, sustancias medicamentosas y sustancias biológicas. Códigos de las manifestaciones de la intoxicación. Se deberá añadir el código de abuso o dependencia, si la hubiera

En primer lugar debe secuenciarse un código de las secciones T36-T65 que indica el envenenamiento por drogas, sustancias medicamentosas y sustancias biológicas. A continuación los códigos de las manifestaciones (si están presentes) de la intoxicación, y debe añadirse el código de abuso o dependencia si la hubiera.

La asignación y secuencia de códigos que propone es correcta:

T40.5X2A Envenenamiento por cocaína, autolesión intencionada, contacto inicial

T43.022A Envenenamiento por antidepresivos tetracíclicos, autolesión intencionada, contacto inicial

T43.502A Envenenamiento por antipsicóticos y neurolépticos no especificados, autolesión intencionada, contacto inicial

F14.229 Dependencia de cocaína, con intoxicación no especificada

Es correcto el uso del **código F14.229** para indicar la dependencia, al tratarse de una intoxicación aguda sin especificar la presencia o no de complicación. El índice alfabético remite a dicho código:

Dependencia (de) (síndrome) F19.20 [+]

- droga NCOC F19.20 [+]

-- cocaína F14.20 [+]

--- con [+]

---- intoxicación F14.229 [+]

----- con [+]

----- sin complicaciones F14.220

El código para el lavado gástrico (entendemos que a través de sonda nasogástrica) también es correcto:

3E1G78Z Irrigación en gastrointestinal superior de sustancia de irrigación, abordaje orificio natural o artificial

50. Fractura de fémur tratada en fase de consolidación. Paciente ingresado por neumonía, dado recientemente de alta por fractura de fémur tratada en fase de consolidación. ¿Cómo deberíamos codificar esta circunstancia? ¿Sería correcta la codificación con el código de la fractura y el séptimo carácter “D” aunque en este momento directamente no actúen sobre esta lesión (no se retira material, no se retira sutura...)?

RESPUESTA

En relación a la codificación de los antecedentes personales hemos de tener siempre presente la definición de diagnóstico secundario (Manual

de Diagnósticos 2016 de la Unidad Técnica, página 21) y decidir si debe o no ser codificado.

En el caso que se plantea entendemos que durante el ingreso por neumonía y al especificar que la fractura es reciente y está en fase de consolidación al paciente se le han proporcionado los cuidados adecuados en relación a la misma. En ese caso deberíamos considerar el séptimo carácter como “contacto sucesivo” (*“episodios que se producen después de que el paciente ha recibido tratamiento activo de su afección y precisa de los cuidados habituales para su dolencia, en las fases de curación o recuperación. Son ejemplos de estos cuidados: cambio o retirada de escayola, radiografías para evaluar la consolidación de una fractura, retirada de dispositivos de fijación externo o interno, ajuste de la medicación, otros cuidados posteriores y visitas de seguimiento después del tratamiento de la lesión o afección”*). El valor dependerá del tipo de fractura que el paciente haya presentado (cerrada, abierta, etc.). Pueden consultarse las distintas posibilidades en la **Tabla -19.1 Tipos de contactos en las fracturas** del Manual de Codificación CIE-10-ES Diagnósticos, página 262.

En ausencia de información sobre el tipo de fractura se considerará como cerrada. Si, como pone en el enunciado de la pregunta, está en fase de consolidación y la fractura ha sido reciente se tratará de un contacto sucesivo para curas rutinarias (valor D) salvo que nos especifiquen que se trata de un retardo de consolidación, fracaso de consolidación o unión defectuosa.

51. Plastia de Ligamento Cruzado Anterior (LCA). Se trata de un paciente con rotura parcial de plastia de LCA de la rodilla izquierda al que realizan una limpieza de restos de LCA y relleno del túnel tibial con HydroSet. ¿Cuál sería el código correcto del procedimiento? La descripción de la técnica es la siguiente:

“Rotura parcial de plastia de LCA de la rodilla izquierda. Se realiza artroscopia exploratoria observando:

Fondo de saco libre. Condrotipía grado IV cresta rotuliana. Intercóndilo sin lesiones.

Compartimento interno: no lesiones meniscales. Condrotipía grado II zona de carga de cóndilo interno.

Ligamentos cruzados: rotura parcial de la plastia del LCA con resto de ligamento no funcionante. Cíclope en túnel tibial con restos del ligamento cruzado formando perla. LCP sano y competente.

Compartimento externo: depósitos múltiples de ácido úrico en cóndilo, meseta y menisco externo.

Se realiza: limpieza de restos de LCA. Se limpia y cierra túnel tibial con HydroSet®.

Pensamos que el código de procedimiento a asignar es Suplemento, pero no sabemos muy bien en qué sistema Orgánico. ¿Bursas y Ligamento aunque el relleno sea en el hueso (túnel tibial)?

RESPUESTA

Puesto que la plastia del LCA tenía la función de estructura (sustituyendo al LCA original) el procedimiento de limpieza de restos se podría considerar una Escisión / Resección del ligamento (en función de si se elimina solo parte de la plastia o la plastia completa). El código a asignar sería:

0M(B-T)P4ZZ Escisión/Resección de bursa y ligamento, rodilla izquierda, abordaje endoscópico (-a) percutáneo (-a)

El HydroSet® es un cemento de fosfato cálcico que se convierte en hidroxapatita, componente mineral principal del hueso. Está indicado para rellenar cavidades o espacios del sistema óseo (extremidades, región craneofacial, columna y pelvis). En este caso el HydroSet® lo están utilizando para rellenar el espacio que queda en la tibia como resultado de la técnica quirúrgica utilizada en la intervención previa en la que realizaron la plastia del LCA (creación del túnel tibial). El tipo de procedimiento a utilizar es Suplemento y la localización anatómica es tibia izquierda.

0QUH4JZ Suplemento en tibia izquierda, con sustituto sintético, abordaje endoscópico (-a) percutáneo (-a)

Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud

52. Código Z23 Contacto para vacunación. Según el Manual del Usuario, el código Z23 Contacto para vacunación debe utilizarse en neonatos que necesiten vacuna de la hepatitis y varicela durante una asistencia hospita-

laria. La duda nos surge porque, por protocolo, normalmente a los recién nacidos se les pone esta vacuna. ¿Se debe añadir este código entonces a todos los neonatos que tengan un ingreso nada más nacer? O ¿sería para casos puntuales?

RESPUESTA

Se está realizando la revisión de algunos puntos del Capítulo 16 de Perinatal del Manual de Diagnósticos. Uno de los que se va a modificar es el que hace referencia al código **Z23 Contacto para vacunación**. Se ha considerado que un neonato ingresado al que se le administran las vacunaciones contempladas en los protocolos establecidos no precisa la asignación de dicho código. Deberá asignarse el código adecuado para el procedimiento.

53. Código Z41.1 ¿Cuándo es correcto usar el código Z41.1? El código Z41.1 Contacto para cirugía estética, ¿es correcto usarlo en todos los ingresos de cirugía plástica (rinoplastia, liposucción, otoplastia) o por el contrario deberíamos utilizar el Z41.8 y el Z41.1 dejarlo únicamente para cirugía plástica relacionada con las mamas?

RESPUESTA

El código **Z41.1 Contacto para cirugía estética**, se utiliza para todos aquellos contactos que se realizan con el propósito de realizar cualquier cirugía con fines estéticos. Si revisa la lista tabular puede comprobar que además de los implantes mamarios, bajo el código se incluyen los contactos cosméticos, sin otro tipo de especificación. El código tiene un Excluye 1 que indica que no debe aplicarse para fines reconstructivos tras una lesión o cirugía.

Z41.1 Contacto para cirugía estética

Contacto para implante mamario estético

Contacto para procedimiento cosmético

Excluye 1:

- contacto para cirugía plástica y reconstructiva después de un procedimiento médico o reparación de lesión (Z42.-)

- contacto para implantación de mama después de mastectomía (Z42.1)

Las entradas del índice alfabético, también posibilitan la codificación de cualquier cirugía estética y no solo la mamaria.

Admisión (para) - véase además Consulta (para)

- aumento o reducción senos Z41.1

- cirugía estética NCOC Z41.1

- cirugía plástica, cosmética NCOC Z41.1

El código **Z41.8 Contacto para otros procedimientos con fines distintos a remediar el estado de salud** no se utiliza para contactos por cirugía estética sino para otros fines diferentes a remediar un estado de salud especificado pero no clasificables bajo otro concepto.

Intervención (quirúrgica)

-para fines distintos a mejorar la salud Z41.9

--especificado NCOC Z41.8

54. Intolerancia medicamentosa. ¿Las intolerancias medicamentosas se codifican como el estado de alergia a fármacos? En el caso de que un paciente tenga como antecedente en su historia clínica “intolerancia a ibuprofeno”, esta situación ¿se codifica como Z88.6 Estado de alergia a analgésico, o correspondería otro código?

RESPUESTA

La alergia y la intolerancia son reacciones adversas distintas, generadas por motivos distintos y con tratamientos diferentes. Las reacciones alérgicas producen alteraciones que se originan en el sistema inmunológico por una sensibilidad extrema del organismo a ciertas sustancias a las que ha sido expuesto. La intolerancia, sin embargo es la incapacidad de un organismo para resistir el aporte de determinadas sustancias, en especial alimentos o medicamentos y su origen no es inmunológico. En el caso de los AINES el mecanismo de las reacciones por intolerancia es enzimático.

En la actualidad, con CIE 10 ES Diagnósticos, es posible codificar los antecedentes personales de alergias, pero no existe código específico para clasificar los antecedentes personales de intolerancias medicamentosas. Si desea codificarla puede utilizar el código **Z87.898 Historia personal de otras afecciones especificadas**.

Miscelanea

55. Tratamiento con radioisótopos. El tratamiento del dolor neoplásico asociado a metástasis óseas con ¹⁵³Sm-EDTMP ¿se codifica con el código CW7N8ZZ o con el DWY5GYZ? Todos los tratamientos que se hagan con isótopos radiactivos en un paciente oncológico

relacionados con su proceso neoplásico, ¿se codifican en la sección de radioterapia? Cuando es, como en este caso, para tratar sintomatología asociada, ¿se puede utilizar la sección de Medicina Nuclear para poder especificar el radiofármaco?

RESPUESTA

La medicina nuclear es una especialidad médica en la que se utilizan radiotrazadores o radiofármacos. Se denomina radiofármaco a la unión de una molécula con un isótopo radiactivo. La molécula suele tener afinidad por el tejido que queremos estudiar. Estos radiofármacos se administran al paciente por diversas vías (la más utilizada es la vía intravenosa).

Los radiofármacos pueden ser utilizados con fines diagnósticos y terapéuticos. La terapia metabólica es el tratamiento de algunas enfermedades, mediante la utilización de radiofármacos o isótopos radiactivos, que se realiza en los Servicios de Medicina Nuclear. Algunas de las patologías tratadas más comunes son el cáncer de tiroides, hipertiroidismo, neuroblastoma en niños, el dolor óseo metastásico, etc.

Los radiofármacos con afinidad por el tejido óseo, en función del ligando y del nivel de energía del radioisótopo al que se una, pueden ser usados para tratar metástasis óseas. La administración de estos fármacos beta-emisores con significativa afinidad por el hueso es usada como terapia metabólica cuando el dolor es difícil de manejar. Distintos radioisótopos ^{32}P , ^{89}Sr , ^{186}Re , ^{153}Sm y ^{177}Lu , entre otros, han sido usados para paliar el dolor óseo. El Samario 153 es un radioisótopo que se obtiene por irradiación neutrónica del Samario 152. El complejo formado por ^{153}Sm y EDTMP (etilendiaminotetrametilfosfonato) presenta una alta extracción ósea, ya que el fosfonato (EDTMP) tiene una elevada fijación a la hidroxapatita. Marcado con el isótopo ^{153}Sm se utiliza en el tratamiento del dolor causado por metástasis óseas.

Estos tratamientos, en relación con las dosis de radiofármacos administradas al paciente pueden ser ambulatorios o pueden requerir el ingreso en una unidad especial. La permanencia en estas unidades depende de la tasa de exposición radiactiva del paciente, que debe bajar hasta el nivel permitido por las normas vigentes de radioprotección y, por tanto, es variable según los casos.

La CIE-10-ES Procedimientos, clasifica la terapia con radioisótopos en dos secciones diferentes, en la sección **C Medicina Nuclear:**

Sección C Medicina Nuclear Sistema orgánico W Regiones Anatómicas Tipo de Técnica 7 Terapia de Medicina Nuclear Sistémica: Introducción de materiales radiactivos no encapsulados del cuerpo para administrar tratamiento			
Localización anatómica	Radionúclido	Calificador	Calificador
0 Abdomen	N Fósforo 32 (P-32)	Z Ninguno(-a)	Z Ninguno(-a)
3 Tórax	Y Otro Radioisótopo		
G Tiróides	G Yodo 131 (I-131)	Z Ninguno(-a)	Z Ninguno(-a)
	Y Otro Radioisótopo		
N Cuerpo Entero	8 Samario 153 (Sm-153)	Z Ninguno(-a)	Z Ninguno(-a)
	G Yodo 131 (I-131)		
	N Fósforo 32 (P-32)		
	P Estroncio 89 (Sr-89)		
	Y Otro Radioisótopo		
Y Regiones Anatómicas, Múltiples	Y Otro Radioisótopo	Z Ninguno(-a)	Z Ninguno(-a)

Y en la sección **D Radioterapia**

Sección D Radioterapia Sistema orgánico W Regiones Anatómicas Modalidad Y Otra Radiación			
Localización Anatómica	Calificador de Modalidad	Isótopo	Calificador
1 Cabeza y Cuello	7 Radiación de Contacto	Z Ninguno(-a)	Z Ninguno(-a)
2 Tórax	8 Hipertermia		
3 Abdomen	F Radiación en Placa		
4 Hemicuerpo			
6 Región Pélvica			
5 Cuerpo Entero	7 Radiación de Contacto	Z Ninguno(-a)	Z Ninguno(-a)
	8 Hipertermia		
	F Radiación en Placa		
5 Cuerpo Entero	G Administración de Isótopo	D Yodo 131 (I-131)	Z Ninguno(-a)
		F Fósforo 32 (P-32)	
		G Estroncio 89 (Sr-89)	
		H Estroncio 90 (Sr-90)	
		Y Otro Isótopo	

Esta duplicidad, produce dudas y errores de codificación. Examinando ambas tablas, se evidencia que la tabla de Medicina Nuclear es exclusiva para este tipo de terapia y además permite codificar con mayor precisión un mayor número de localizaciones anatómicas. Por otra parte la mayoría de los documentos y páginas consultadas coinciden en incluir las terapias con radiofármacos y concretamente la terapia metabólica como tratamientos de Medicina Nuclear, aunque en ocasiones se clasifique como un tipo de Radioterapia.

Por ello consideramos más adecuada la codificación de tratamientos con radiofármacos en la sección **C Medicina Nuclear**.

En el caso concreto de la pregunta realizada, para el tratamiento del dolor neoplásico asociado a metástasis ósea con samario 153, el código que debe asignarse es **CW7N8ZZ Terapia de medicina nuclear sistémica de cuerpo entero con samario 153 (sm-153)**

56. TAC de Tórax. Para codificar un TAC de Tórax el índice alfabético nos envía directamente a Tomografía Computarizada de Huesos Superiores, con lo que estaríamos reflejando solo el estudio de la caja torácica ósea, no de los órganos intratorácicos, que es el propósito habitual de esta técnica. Además obliga a poner siempre la utilización de un contraste. En la tabla de la sección B Imagen, en el sistema orgánico W Regiones Anatómicas no tenemos posibilidad de reflejar en la localización anatómica solo Tórax, cuando es muy habitual en nuestro centro que se realice aisladamente. ¿Cuál es su localización correcta?

RESPUESTA

Efectivamente no es apropiada la entrada del Índice Alfabético que nos envía al sistema orgánico **P Huesos Superiores**.

Tomografía Computarizada (Scanner TC)

- Tórax BP2W

El procedimiento debe codificarse en el sistema orgánico **W Regiones Anatómicas** (ya que un TAC de tórax incluye el estudio de todas las estructuras incluidas en el tórax) y la localización anatómica que debe seleccionarse es **4 Tórax y Abdomen**, por ser la única localización que permite clasificar el scanner de la cavidad torácica (aunque el estudio abdominal no haya sido realizado).

Tomografía Computarizada (Scanner TC)

- Tórax BP2W
- Tórax y Abdomen BW24
- Tórax, Abdomen y Pelvis BW25

57. Iontoforesis. Para codificar la iontoforesis no sabemos si debemos utilizar dos códigos: 3E00XGC + 3E00X3Z (sustancia terapéutica más corticoide) o solo uno 3E00XNZ (analgésico), 3E00X3Z (corticoide), etc. según la sustancia que se utilice.

RESPUESTA

La iontoforesis es la introducción en la epidermis de iones fisiológicamente activos (fármacos en soluciones acuosas o geles), mediante la aplicación de una corriente galvánica. El efecto terapéutico se obtiene en función del ion aplicado: analgesia, antiinflamatorio, antimicrobiano, etc.

La codificación debe realizarse con un único código que refleje en la posición seis el valor de la sustancia específica que ha sido administrada: Anti-inflamatorio (-a), Analgésicos, Agente destructivo, etc.

58. Reconstrucción de pezón mediante colgajo local. En el informe figura: reconstrucción de pezón derecho mediante arrow – flaps. Sutura Dexon + Biosyn.

La construcción de pezón con tejido autólogo se codifica como Sustitución + Escisión de la piel del sitio donante. Nos ha surgido la duda de cómo codificarlo cuando el colgajo continúa estando conectado al lecho vascular. ¿Sería Transferencia? Sin embargo no hay Transferencia en piel de mama.

RESPUESTA

El procedimiento de reconstrucción de pezón mediante un colgajo tipo arrow, cumple efectivamente con la definición de los procedimientos de **Transferencia**: Desplazar sin extraer una estructura anatómica en parte o en su totalidad a otra localización para sustituir total o parcialmente la funcionalidad de otra estructura.

No hay localización específica para la mama en la tabla del procedimiento de transferencia de piel. La localización anatómica que debe utilizarse para codificar este procedimiento es: **5 Piel, Tórax**

El código apropiado es: **0HX5XZZ Transferencia en piel, tórax, abordaje externo (-a)**

59. Como se codifica el tratamiento con células madre (terapia celular)

RESPUESTA

Las células madre son aquellas células dotadas simultáneamente de la capacidad de autorrenovación (es decir, producir más células madre) y de originar células hijas comprometidas en determinadas rutas de desarrollo, que se convertirán finalmente por diferenciación en tipos celulares especializados.

Las células madre en función de su origen pueden clasificarse en:

- **Embrionarias:** se obtienen de embriones tempranos y tienen un potencial ilimitado en generar todas las células especializadas del organismo
- **Células madre adultas o células madre somáticas:** son células indiferenciadas que se encuentran entre las células diferenciadas en un tejido u órgano. Estas células madre pueden obtenerse de la médula ósea, la sangre, los vasos sanguíneos, los músculos, la piel, el hígado y el cerebro; o bien de las células presentes en el cordón umbilical.

La investigación en células madre adultas comenzó hace más de 50 años. La utilización de células madre hematopoyéticas, obtenidas de médula ósea o de sangre periférica, en el tratamiento de enfermedades hematólogicas es bien conocida. Aparte de las células madre hematopoyéticas, existe otra población de células madre, las células madre mesenquimales (CMM o MSC). Las células madre mesenquimales han sido las primeras células madres no hematopoyéticas que se individualizaron en el campo de la investigación. Son células pluripotentes y adultas con morfología fibroblastoide y plasticidad hacia diversos linajes celulares de origen mesodérmico como condrocitos, osteocitos y adipocitos entre otros (también músculo, ligamento, tendón, y estroma). Estas células pueden ser aisladas principalmente de médula ósea (del estroma), sangre de cordón umbilical y tejido adiposo.

Según la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, con la excepción de los trasplantes de precursores hematopoyéticos, las terapias con células madre utilizadas para el tratamiento de cualquier tipo de enfermedad son consideradas medicamentos y, por tanto, su de-

sarrollo, autorización y utilización debe realizarse de acuerdo con las normas específicas establecidas para este tipo de medicamentos en Europa y España.

En CIE 10 ES Procedimientos encontramos información sobre las células madre en:

Tabla 302 (Sección **3 Administración**, Sistema Orgánico **0 Circulatorio**, Tipo de Procedimiento **2 Transfusión**):

En las Localizaciones anatómicas Vena Central y Vena Periférica podemos transfundir Células Madre Embrionarias, Células Madre, Sangre Cordón Umbilical y Células Madre Hemopoyéticas

En las localizaciones anatómicas Arteria Central y Arteria Periférica podemos transfundir Células Madre, Sangre Cordón Umbilical y Células Madre Hemopoyéticas.

Tabla 3E0 (Sección **3 Administración**, Sistema Orgánico **E Sistemas Fisiológicos** y **Regiones Anatómicas**, Tipo de Procedimiento **0 Introducción**):

En la Localización Anatómica Q Cavidad Craneal y Cerebro y R Canal Espinal podemos introducir Células Madre Embrionarias y Células Madre Somáticas

Tabla 6A5 (Sección **6 Terapias Extracorpóreas**, Sistema Orgánico **A Sistemas Fisiológicos**, Tipo de Procedimiento **5 Aféresis**):

En la Localización Anatómica 5 Circulatorio, donde podemos clasificar la obtención de Células Madre, Sangre Cordón Umbilical y Células Madre Hemopoyéticas

Para codificar adecuadamente los tratamientos con células madre debemos saber:

- Qué tipo de células madre se está utilizando: células madre hemopoyéticas o no hemopoyéticas (por ejemplo mesenquimales, que se pueden obtener de médula ósea o del tejido adiposo entre otros sitios), del cordón umbilical, embrionarias, etc.
- En qué localización anatómica se están administrando.
- Con qué finalidad.

Y además debemos tener en cuenta:

- Cuándo se utilicen como auténtico trasplante de precursores hematopoyéticos, con la finalidad de que se diferencien hacia células sanguí-

neas y curar enfermedades de la sangre, debemos utilizar el tipo de procedimiento “Transfusión”

- Cuando se utilicen como células pluripotenciales con capacidad de diferenciarse a diferentes tejidos, para el tratamiento de otro tipo de enfermedades han de ser consideradas “Sustancias terapéuticas” y codificarse con el tipo de procedimiento “Introducción”

a) Inyección intraarticular de células madre. ¿Cómo se codifica la introducción de células madre procedentes de grasa abdominal propia en la rodilla? Se trata de un paciente al que se realiza extracción de grasa abdominal (liposucción) para introducir células pluripotenciales derivadas de la grasa en ambas rodillas.

RESPUESTA

En este caso las células madre obtenidas de la grasa abdominal no son hemopoyéticas sino células mesenquimales. La sección 3 Administración no tiene en la actualidad un valor específico para la inyección intraarticular de células madre. Aunque la sustancia que se administra son células madre, no se está realizando un procedimiento de transfusión por lo que no debemos utilizar ese tipo de procedimiento. Debemos utilizar el tipo de procedimiento “Introducción” en el Sistema Orgánico E Sistemas Fisiológicos y Regiones Anatómicas, con la localización anatómica U Articulaciones. Al no disponer las tablas de valor específico en la sexta posición para las células madre, utilizaremos el valor G Otra Sustancia Terapéutica con el Calificador C Otra Sustancia. El código adecuado es:

3E0U3GC Introducción en articulaciones de otra sustancia terapéutica, otra sustancia, abordaje percutáneo (-a)

Por otra parte la obtención de las células madre de la grasa abdominal debe codificarse en la Sección 0 Médico Quirúrgica, en el Sistema Orgánico J Tejido Subcutáneo y Fascia, con el Tipo de Procedimiento D Extracción.

b) Tratamiento con células mesenquimales en suturas de una lobectomía pulmonar. Desearíamos nos ayudasen a codificar el tratamiento con células mesenquimales, previamente extraídas de la médula ósea del paciente, para posteriormente implantarlas en la sutura de una lobectomía pulmonar. Este procedimiento se ha comenzado a aplicar a pacientes que se les realiza lobectomías pulmonares para evitar la fuga aérea.

RESPUESTA

Al igual que en la pregunta anterior no disponemos de los valores adecuados para su correcta codificación. Las células mesenquimales son células madre obtenidas de la médula ósea, pero no son células hematopoyéticas. No es adecuado utilizar el tipo de procedimiento Transfusión. Debemos codificarlo en la tabla 3E0, eligiendo el valor de localización anatómica F Tracto Respiratorio y los valores G Otra Sustancia Terapéutica con el Calificador C Otra Sustancia, en la sexta y séptima posición. El código adecuado es:

3E0F*GC Introducción en tracto respiratorio de otra sustancia terapéutica, otra sustancia

c) Infusión intracoronaria de células madre. Nuestro centro participa en el estudio BAMI, en el que se infunden células madre de médula ósea en pacientes con Infarto Agudo de Miocardio (IAM) de forma intracoronaria. La extracción de médula ósea iliaca se hace en el mismo episodio.

RESPUESTA

En el estudio BAMI se administran de forma intracoronaria células mononucleares (CMN) autólogas de médula ósea. Las células mononucleares (CMN) derivadas de la MO pueden verse en su conjunto como un “coctel” de diferentes células madre adulta (en el que se incluyen células madre hemopoyéticas y otros tipos de células madre). Los códigos a utilizar son:

3E073GC Introducción en arteria coronaria de otra sustancia terapéutica de otra sustancia, abordaje percutáneo (-a)

07DR3ZZ Extracción en médula ósea, iliaca, abordaje percutáneo (-a)

60. TAC de arterias superiores. ¿Cómo se codifica un TAC de arterias de miembros superiores?

RESPUESTA

No existe un código específico que permita codificar adecuadamente la tomografía arterial de miembros superiores.

Aplicando la norma **B4.2:**

“Cuando una rama específica de una estructura anatómica no tenga su propio valor de localización anatómica en CIE-10-ES Procedimientos,

se codificará de acuerdo a la rama proximal más cercana que tenga un valor específico”.

En este caso, el valor de la rama proximal más cercana que contiene la **tabla B32** es el valor **0 Aorta Torácica**, por lo que el código adecuado será B320*ZZ (se deberá sustituir el asterisco por el valor correspondiente al contraste utilizado).

61. Inserción de vía venosa periférica. ¿Cuál es el código correcto para la inserción de una vía venosa periférica? Tenemos dudas entre 05HY33Z y 3E033GC.

RESPUESTA

Canalizar una vía venosa periférica es una técnica invasiva que nos permite acceder al sistema vascular del paciente. El procedimiento consiste en la inserción de un catéter de corta longitud en una vena superficial, generalmente del antebrazo, aunque existen otras localizaciones posibles. Su utilización está indicada para la administración de medicación, líquidos, sangre o derivados, etc.

El código correspondiente a la colocación del catéter (inserción de dispositivo) en una vena del brazo es el **05HY33Z Inserción en vena superior de dispositivo de infusión, abordaje percutáneo (-a)**, pudiéndose utilizar en la cuarta posición un valor más específico de Localización Anatómica si se conoce.

Los códigos de la **Sección 3 Administración** informan sobre el tipo de sustancia que ha sido administrada. En concreto el código **3E033GC Introducción en vena periférica de otra sustancia terapéutica, otra sustancia, abordaje percutáneo (-a)**, se utiliza para indicar que se está administrando en vena periférica una sustancia terapéutica distinta a las que están especificadas en los valores de la sexta y séptima posición de la tabla 3E0.

62. Terapia VAC. ¿Cómo podemos codificar la terapia VAC (Cierre Asistido por Vacío) para tratamiento de heridas?

RESPUESTA

En la Sección **E**, en el calificador de Sección **0 Rehabilitación Física**, en el Tipo de técnica **8 Tratamiento de las Actividades de la Vida Diaria** encontramos un calificador de Tipo de Técnica que hace referencia a los “Cuidados de la Herida” (valor 5).

Aquí se incluyen, entre otros, los desbridamientos selectivos y no selectivos (enzimáticos, autolíticos, la terapia larval, etc.), los apósitos de hidrogel, y la terapia de cierre asistido por vacío (VAC). En aquellos casos en los que esté indicada la codificación del VAC debe hacerse en esta tabla, utilizando en la sexta posición del código (Equipamiento) el valor B Agentes Físicos.

63. Injerto graso a boca. Paciente con esclerodermia sistémica que ingresa para un relleno graso. Intervención: liposucción abdominal de grasa para relleno perioral (2cc en cada surco nasogeniano, 1,5 cc en cada hemilabio superior e inferior y 1 cc en cada comisura). El procedimiento es Sustitución o Suplemento.

RESPUESTA

El tipo de procedimiento Sustitución consiste en colocar un dispositivo biológico o sintético que sustituye total o parcialmente el lugar y/o la función de toda o parte de una estructura anatómica. Esa estructura anatómica o bien ha sido retirada o reemplazada anteriormente o bien es retirada en el momento de realizar el procedimiento de Sustitución.

En el caso que nos plantea es más adecuado el tipo de procedimiento Suplemento que se define como colocar un dispositivo biológico o sintético que refuerza y/o mejora la función de una estructura anatómica.

El procedimiento de lipoinyección con grasa autóloga es utilizado frecuentemente para corregir defectos faciales en pacientes con esclerodermia. El injerto es tomado de la región abdominal y trocánterea mediante lipoaspiración y posteriormente a través de incisiones mínimas se infiltra en el plano subcutáneo.

En este caso es necesario utilizar los siguientes códigos:

0JU137Z Suplemento en tejido subcutáneo y fascia, cara con sustituto de tejido autólogo, abordaje percutáneo (-a)

0CU137Z Suplemento en labio inferior con sustituto de tejido autólogo, abordaje percutáneo (-a)

0CU037Z Suplemento en labio superior con sustituto de tejido autólogo, abordaje percutáneo (-a)

0JD83ZZ Extracción en tejido subcutáneo y fascia, abdomen, abordaje percutáneo (-a)

64. Toxina botulínica. ¿Qué código de procedimiento sería correcto para la administración de toxina botulínica en una hiperhidrosis palmar?

RESPUESTA

La hiperhidrosis localizada idiopática es un frecuente trastorno que afecta a las glándulas sudoríparas ecrinas, preferentemente de palmas, plantas y axilas. Su etiopatogenia es desconocida. A pesar de ser un trastorno de escasa relevancia para la salud, sí causa en ocasiones importante estrés para el individuo, pues dificulta su vida personal, social y laboral.

La toxina botulínica A es una neurotoxina muy potente que bloquea la liberación de acetilcolina en las sinapsis colinérgicas periféricas. Su empleo se indicó inicialmente en el tratamiento de patologías musculares, pero posteriormente se demostró su capacidad de reducir la producción de sudor en las zonas cutáneas donde se inyecta. El fármaco inhibe la liberación de la acetilcolina, bloqueando la innervación de la glándula ecrina, disminuyendo así la hipersudoración.

La administración de toxina botulínica debe codificarse en la Sección 3 Administración, en el Sistema Orgánico E Sistemas Fisiológicos y Regiones Anatómicas, con el Tipo de Procedimiento 0 Introducción. La toxina botulínica es un agente paralizante con efectos temporales. No destruye el nervio. Por ello elegiremos en la sexta posición del código el valor G Otra Sustancia Terapéutica y como Calificador C Otra Sustancia.

En cuanto a la Localización Anatómica debemos conocer si la inyección se ha realizado intradérmica (en cuyo caso utilizaremos el valor 0 Piel y mucosas, con Abordaje X Externo) o subcutánea (en cuyo caso utilizaremos el valor 1 Tejido subcutáneo, con Abordaje 3 Percutáneo).

65. Procedimientos de cambio. Tenemos dificultad para codificar algunos procedimientos de cambio porque aunque la técnica a realizar cumpliría la definición de Cambio, la tabla solo proporciona el abordaje Externo. Por ejemplo, para retirar un dispositivo de drenaje ureteral a través de endoscopia, ¿tendríamos que codificar la endoscopia aparte?

RESPUESTA

Se codifican como Cambio aquellos procedimientos que cumplan la definición completa de dicho tipo de procedimiento.

Definición: Extraer o retirar un dispositivo de una estructura anatómica y volver a colocar un dispositivo idéntico o similar en o dentro de la misma estructura sin cortar ni perforar la piel ni las mucosas

Debe existir un valor específico de dispositivo en la tabla del sistema orgánico correspondiente, teniendo en cuenta, que el valor Y Otro Dispositivo, es un valor de uso temporal para dispositivos que aún no tienen valor asignado dentro de la clasificación y por tanto no debe utilizarse para dispositivos que tienen valores especificados en otras tablas.

Las tablas de Cambio solamente disponen de valor de abordaje Externo. Si para realizar el cambio de un dispositivo es preciso utilizar una técnica percutánea, abierta o endoscópica, no se utilizará el tipo de procedimiento Cambio y se codificará como Retirada añadiendo el procedimiento correspondiente al objetivo inicial de su colocación (inserción, dilatación, etc.).

Ejemplos

Cambio de cánula de traqueostomía

0B21XFZ Cambio en tráquea de dispositivo de traqueostomía, abordaje externo (-a)

Recambio de dispositivo de drenaje en uréter derecho por ureteroscopia.

0T998DZ Retirada de dispositivo intraluminal del uréter, por vía natural o apertura artificial endoscópica

0T9680Z Drenaje en uréter, derecho con dispositivo de drenaje, abordaje orificio natural o artificial endoscópica

Notas breves: Oftalmología

Con el presente documento se pretende dar respuesta a algunas de las dudas y dificultades que surgen a la hora de codificar procedimientos frecuentes en Oftalmología. Se han elegido aquellas patologías que han generado mayor número de consultas al buzón institucional durante los últimos 6 meses:

- Cirugía del glaucoma
- Tratamiento de los desprendimientos de retina
- Dacriocistorrinostomías

Cirugía del glaucoma

El humor acuoso es un líquido transparente que baña a las estructuras internas de la cámara anterior y posterior del ojo. Entre sus funciones se encuentran la de nutrir y oxigenar a la córnea y al cristalino, estructuras que carecen de aporte sanguíneo en la edad adulta.

Se produce en los procesos ciliares del cuerpo ciliar, ubicado en la cámara posterior, y circula a través de la pupila hacia la cámara anterior. El humor acuoso drena fuera del ojo por tres vías diferentes:

- **La vía trabecular** (convencional) se encarga aproximadamente del drenaje del 90% del humor acuoso. En esta vía el humor acuoso atraviesa la malla trabecular y el canal de Schlemm antes de drenar al sistema venoso.
- **La vía uveoescleral** (no convencional) se ocupa del drenaje del 10% del humor acuoso restante.
- Una pequeña cantidad también drena a través del **iris**.

Clínicamente el humor acuoso es importante porque el balance entre su producción y drenaje condicionan la presión intraocular (PIO).

En los pacientes con glaucoma, cuando el tratamiento médico con colirios no es efectivo es necesario recurrir a la cirugía. Existen diversas formas de cirugía cuyo objetivo es facilitar la eliminación del humor acuoso o bien disminuir su producción.

- El **tratamiento mediante láser** es útil en diferentes tipos de glaucoma. En el glaucoma de ángulo abierto se puede tratar el trabeculum con láser realizando la trabeculoplastia. Los láseres de última generación permiten tratar varias veces el trabeculum y son especialmente útiles en los pacientes que no pueden usar colirios para el glaucoma por alergias o por padecer enfermedades que contraindiquen su uso.

En la trabeculoplastia con láser se facilita el drenaje del humor acuoso siguiendo su vía fisiológica de eliminación. Se codificará con el tipo de procedimiento **DRENAJE**, en la **tabla 089**, con el valor de Localización Anatómica 2 Cámara Anterior, Derecha o 3 Cámara Anterior, Izquierda.

- **Trabeculectomía o cirugía filtrante:** en la trabeculectomía se crea quirúrgicamente una nueva vía para que salga el humor acuoso y disminuya la tensión en el interior del ojo. El fluido que sale a través de este canal se almacena en una burbuja creada artificialmente con la conjuntiva del paciente que se denomina **ampolla filtrante**. Finalmente el humor acuoso es absorbido por los vasos de la conjuntiva.
- **El implante valvular** también trata de facilitar la eliminación del humor acuoso del ojo y habitualmente se utiliza en glaucomas en los que no se puede realizar una cirugía filtrante. Consiste en un dispositivo que se coloca dentro del ojo comunicando la parte interna y externa del mismo (implantes valvulares de Ahmed) para facilitar la salida del humor acuoso, aunque siempre de forma controlada.

Tanto la trabeculectomía como el implante valvular deben codificarse con el tipo de procedimiento **DERIVACIÓN**, ya que suponen alterar la vía de paso normal del humor acuoso (se crea una nueva vía de eliminación).

La trabeculectomía se codificará en la **tabla 081** con el valor que corresponda de Localización Anatómica y en la sexta posición el valor Z sin dispositivo.

La válvula de Ahmed la codificaremos igualmente en la **tabla 081** con el valor de Localización Anatómica que corresponda y en la sexta posición el valor J Sustituto sintético.

Tratamiento del desprendimiento de retina

Vitrectomías

La **vitrectomía** es una cirugía ocular que se utiliza a fin de retirar **total o parcialmente** el humor vítreo. Se realiza fundamentalmente por dos motivos: cuando se precisa extraer el humor vítreo **o bien para poder acceder a la retina**. El hecho de utilizarse como acceso a la retina no implica que sea únicamente una vía de abordaje, ya que estamos retirando estructura y por tanto hay que codificarlo.

Vitrectomía Anterior

La vitrectomía anterior se realiza cuando el humor vítreo, que es una sustancia propia de la cámara posterior, se ha desplazado por alguna circunstancia a la cámara anterior. Esta cirugía se realiza por ejemplo cuando se producen desgarros de capsula posterior en la extracción del cristalino, produciéndose la entrada de humor vítreo en cámara anterior. La vitrectomía consiste en cortar y aspirar ese humor vítreo.

Vitrectomía Posterior

También se conoce como vitrectomía pars plana. Se realiza en la reparación de procesos oftalmológicos muy diversos, tales como opacidad vítrea, desprendimiento de retina, retinopatía diabética proliferativa, enfermedades de la mácula o hemorragia vítrea entre otros. Consiste en realizar tres pequeñas incisiones, una por la que se introduce el vitreotomo con el que se corta y elimina el vítreo; otra para inyectar una solución salina que ayuda al ojo a mantener la presión mientras que el vítreo se quita, y otra para introducir la fuente de luz que facilita el procedimiento.

Aunque **lo más frecuente, es que las vitrectomías sean parciales (escisión)**, la única manera de poder confirmar si se trata de un procedimiento de **Escisión o Resección** es que dicha información conste en el protocolo quirúrgico, confirmándolo con el clínico, o que el servicio de oftalmología del centro determine cuál es el procedimiento habitual. En CIE-10 se codifican igual las vitrectomías anteriores y las posteriores.

08B*3ZZ - Escisión en vítreo, *, abordaje percutáneo (-a)

08T*3ZZ - Resección en vítreo, *, abordaje percutáneo (-a)

*(derecho/izquierdo)

Reparaciones de retina

Un desprendimiento de retina es la separación de la retina del epitelio segmentario al que en condiciones normales está adherida. El tipo de tratamiento depende de la causa, el estado de la retina y el tiempo transcurrido, entre otros factores.

Tipos de reparaciones de retina

Láser o diatermia

Es el procedimiento más frecuente; se llama “fotocoagulación” y consiste en realizar unas pequeñas quemaduras con el láser para sellar el desgarro.

TIPO DE PROCEDIMIENTO: REPARACIÓN

08Q*3ZZ - Reparación en retina, *, abordaje percutáneo (-a)

Criopexia

Consiste en la aplicación de frío en la zona del desgarro para producir la cicatrización.

TIPO DE PROCEDIMIENTO: REPARACIÓN

08Q*3ZZ - Reparación en retina, *, abordaje percutáneo (-a)

Reaplicación de retina mediante gas

La retinopexia neumática consiste en la inyección de una burbuja de un gas, por ejemplo perfluorohexano, dentro de la cavidad vítrea. La burbuja de gas flota en el interior del ojo y presiona sobre el desgarro de la retina aplanándolo. Una vez reaplicada la retina se puede complementar con fotocoagulación o criocoagulación.

TIPO DE PROCEDIMIENTO: INTRODUCCIÓN

3E0C3SF Introducción en ojo de gas, otro gas, abordaje percutáneo (-a)

Cirugía externa. Indentación escleral

También se conoce como cerclaje escleral, consiste en colocar un cerclaje o gancho flexible alrededor de los ojos para evitar las tracciones vitreoretinianas sobre la retina.

Indentación con explante

Se coloca un dispositivo (explante) sobre la parte externa del ojo (esclerótica o esclera) que lo deforma hasta que se aplica sobre la retina. Ambos procedimientos de indentación se codifican con el TIPO DE

PROCEDIMIENTO: SUPLEMENTO. Los valores de localización anatómica que deben utilizarse para este procedimiento son: 0 Ojo, Derecho, 1 Ojo, Izquierdo

08U*3JZ - Suplemento en ojo* de sustituto sintético, abordaje percutáneo (-a)

Se codifican igual la indentación con y sin explante

Cualquiera de las técnicas descritas de reparación de retina si lleva asociada la realización de una vitrectomía debe acompañarse del código de la misma.

Sustitutos vítreos y aceite de silicona

Tras realizar una vitrectomía es preciso escoger un sustituto para el humor vítreo que fue eliminado. Pueden utilizarse distintos tipos de sustitutos, solución fisiológica, aire o distintas mezclas de gases expansivos cuya función es permanecer dentro del ojo más tiempo que el aire. Una vez que se reabsorben el aire o los gases, el ojo mismo reemplaza estas sustancias con líquido. Algunos sustitutos vítreos tienen como fin facilitar la manipulación intraoperatoria de los tejidos (ácido hialurónico y sus derivados y los perfluorocarbonos líquidos) y otros son sustitutos vítreos taponadores. En este caso se introduce en el ojo un elemento que evita el paso de líquido al espacio subretiniano. El aire es probablemente el gas más utilizado, pero otros gases como el hexafluoruro de azufre (SF₆) o el octofluoropropano (C₃F₈) se utilizan mezclados con el aire para que permanezcan más tiempo dentro del ojo.

En ambos casos, la utilización del sustituto vítreo forma parte del procedimiento y **no hay que codificarlo** como procedimiento independiente.

Aceite de silicona

En desprendimientos de retina más complicados o casos complejos con desgarros gigantes de la retina y desprendimientos de retina posteriores a retinitis infecciosas debe utilizarse un sustituto del humor vítreo que permita una permanencia prolongada (como es el aceite de silicona) y que facilite la reposición y reaplicación de la retina al epitelio pigmentario. En algunas ocasiones puede ser necesario retirarlo a los meses pero en otras ocasiones este aceite pueda quedar dentro del ojo definitivamente.

TIPO DE PROCEDIMIENTO: SUPLEMENTO

08U*3JZ - Suplemento en retina, * de sustituto sintético, abordaje percutáneo (-a)

En esta ocasión los valores de localización anatómica a utilizar son: E Retina, Derecha F Retina, Izquierda.

Dacriocistorrinostomía

La dacriocistorrinostomía es un procedimiento quirúrgico indicado para pacientes con obstrucción de las vías lagrimales que consiste en crear un nuevo conducto que comunique la vía lagrimal con la fosa nasal. Puede realizarse con diversas técnicas: dacriocistorrinostomía externa (DCRT-E), dacriocistorrinostomía endonasal endoscópica y dacriocistorrinostomía endocanalicular con láser diodo. Todas ellas son técnicas de bypass con el mismo objetivo: crear una anastomosis entre la mucosa nasal y el saco lagrimal.

En CIE-10-ES Procedimientos tenemos una tabla en la Sección 0 Médico Quirúrgica, en el Sistema Orgánico 8 Ojo, con el Tipo de Procedimiento 1 Derivación, para poder clasificar estos procedimientos:

Sección	0 Médico-Quirúrgica		
Sistema Orgánico	8 Ojo		
Tipo de Procedimiento	1 Derivación	Alterar la vía de paso de los contenidos de una estructura anatómica tubular	
Localización Anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> 2 Cámara Anterior, Derecha <input type="radio"/> 3 Cámara Anterior, Izquierda	<input type="radio"/> 3 Percutáneo(-a)	<input type="radio"/> J Sustituto Sintético <input type="radio"/> K Sustituto de Tejido No Autólogo <input type="radio"/> Z Sin Dispositivo	<input type="radio"/> 4 Esclerótica
<input type="radio"/> X Conducto Lacrimal, Derecho <input type="radio"/> Y Conducto Lacrimal, Izquierdo	<input type="radio"/> 0 Abierto(-a) <input type="radio"/> 3 Percutáneo(-a)	<input type="radio"/> J Sustituto Sintético <input type="radio"/> K Sustituto de Tejido No Autólogo <input type="radio"/> Z Sin Dispositivo	<input type="radio"/> 3 Cavidad Nasal

El código a utilizar para las dacriocistorrinostomías tal cómo se han descrito aquí, será:

081(X-Y)**3, eligiendo los valores de abordaje de la siguiente manera:

- Utilizaremos el abordaje **0 Abierto** para las dacriocistorrinostomías externas.
- Utilizaremos el abordaje **3 Percutáneo** para las dacriocistorrinostomías endonasales endoscópicas. En este último caso carecemos del valor de abordaje apropiado; mientras, utilizaremos el valor **3 Percutáneo**.
- Utilizaremos el valor de abordaje **3 Percutáneo** para la dacriocistorrinostomía por láser, en la que se introduce la sonda láser por el canalículo lagrimal y se disparan ráfagas mediante impactos cortos en modo continuo con el láser diodo para realizar la osteotomía.

Bibliografía Oftalmología

1. Leon-Chisen Nelly. ICD-10-CM and ICD-10-PCS Coding Handbook with answers. Revised Edition 2017. United States of America: AHA Press
2. Kuehn Lynn, Jorwic Therese M. ICD-10-PCS An Applied Approach 2016. Chicago, IL: AHIMA Press
3. American Hospital Association (AHA) 2014. Coding Clinic for ICD-10-CM and ICD-10-PCS. 4th Quarter: 35-37
4. Canter Kelly, BA, RHIT, CCS. ICD-10-PCS Update – Root Operation Identification. 12TH Optum Essentials. Coding, Billing, & Compliance Conference. Bellagio, Las Vegas November, 26 – 28, 2012 2012 [citado 25 nov de 2016] Disponible en: <https://www.optum360coding.com/altupload/9%20-%20Canter%20-%202013%20ICD-10-PCS%20Update%20-%20Root%20Operation%20Identification.pdf>
5. American Hospital Association (AHA) 2016. Coding Clinic for ICD-10-CM and ICD-10-PCS. 2nd Quarter: 21
6. Piédrola Maroto D, Franco Sánchez J, Reyes Eldblom R, Monje Vega E, Conde Jiménez M, Ortiz Rueda M. Dacriocistorrinostomía endoscópica endonasal frente a transcanalicular. Acta Otorrinolaringol Esp. 2008 [citado 25 nov 2016]; 59(6):283-7 Disponible en: www.elsevier.es/es-revista-acta-otorrinolaringologica-espanola-102-pdf-S0001651908733119_S300_es.pdf
7. Corcóstegui B, Mateo C. Principios y técnicas básicas. Substitutos vítreos. En: LXXV Ponencia Oficial de la Sociedad Española de Oftalmología 1999. Cirugía Vitreoretiniana. Indicaciones y técnicas [citado 25 noviembre de 2016] Disponible en: <http://www.oftalmo.com/publicaciones/vitreoretiniana/>
8. Kuehn Lynn. Coding Trabeculectomy for Glaucoma. Libman Education. 2016 [citado 25 nov 2016] Disponible en: <https://www.libmaneducation.com/coding-trabeculectomy-for-glaucoma/>
9. Desprendimiento de retina (s.f) En Wikipedia. Recuperado el 25 de noviembre de 2016 de: https://es.wikipedia.org/wiki/Desprendimiento_de_retina

Información y dudas sobre codificación

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

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

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

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

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

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



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

www.msssi.gob.es