

Cuadernos de Codificación CIE-10-ES

Monográfico COVID-19

Actualización procedimientos
de reconstrucción mamaria

Preguntas a la Unidad

NÚMERO 9. 1^{er} SEMESTRE 2020

UNIDAD TÉCNICA DE CODIFICACIÓN CIE-10-ES

MINISTERIO DE SANIDAD

Cuadernos de Codificación CIE-10-ES

Monográfico COVID-19

Actualización procedimientos
de reconstrucción mamaria

Preguntas a la Unidad

NÚMERO 9. 1^{er} SEMESTRE 2020

UNIDAD TÉCNICA DE CODIFICACIÓN CIE-10-ES

MINISTERIO DE SANIDAD

EQUIPO EDITORIAL

COORDINACIÓN EDITORIAL

Dolores PASTOR SANMILLÁN
Subdirección General de Información Sanitaria.
MS

Susana PATO ALONSO
Colaborador ISDEFE. Subdirección General de
Información Sanitaria. MS

Antonio RUIZ POLONIO
Colaborador ISDEFE. Subdirección General de
Información Sanitaria. MS

AUTOR DEL MONOGRAFICO DE PROCEDIMIENTOS DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA

JESÚS TRANCOSO ESTRADA.
Unidad Técnica CIE-10-ES
Servicio Andaluz de Salud

UNIDAD TÉCNICA DE CODIFICACIÓN CIE-10-ES

Jesús TRANCOSO ESTRADA
Representante de la Comunidad Autónoma de
Andalucía en la UT-CIE-10-ES

Mª Dolores DEL PINO JIMÉNEZ
Representante de la Comunidad Autónoma de
Aragón en la UT-CIE-10-ES

Dolores SILVA MANZANO
Representante del Principado de Asturias en la
UT-CIE-10-ES

Fernando María VARELA NOREÑA
Representante de la Comunidad Autónoma de
Balears en la UT-CIE-10-ES

Balbina SANTANA EXPÓSITO
Representante de la Comunidad Autónoma de
Canarias en la UT-CIE-10-ES

Ángel RÍO VARONA
Representante de la Comunidad Autónoma de
Cantabria en la UT-CIE-10-ES

Carmen VERDE LÓPEZ
Representante de la Comunidad Autónoma de
Castilla-La Mancha en la UT-CIE-10-ES

Paula ASENSIO VILLAHOZ
Representante de la Comunidad Autónoma de

Castilla y León en la UT-CIE-10-ES

Susana MARÍN DURÁN
Representante de la Comunidad Autónoma de
Cataluña en la UT-CIE-10-ES

Belén BENEÍTEZ MORALEJO
Representante de la Comunidad Autónoma de
Extremadura en la UT-CIE-10-ES

Guillermo RODRÍGUEZ MARTÍNEZ
Representante de la Comunidad Autónoma de
Galicia en la UT-CIE-10-ES

Mª de los Ángeles MORENO JIMÉNEZ
Representante de la Región de Murcia en la
UT-CIE-10-ES

Ana GARIJO LARAÑA
Representante de la Comunidad Foral de Navar-
ra en la UT-CIE-10-ES

Idoia ANSO BORDA
Representante de la Comunidad Autónoma de
País Vasco en la UT-CIE-10-ES

Montserrat SÁNCHEZ FUENTES
Representante de la Comunidad Autónoma de
La Rioja en la UT-CIE-10-ES

Sara HERNÁNDEZ GUTIÉRREZ
Representante de la Comunidad Autónoma de
Madrid en la UT-CIE-10-ES

Pilar PALAU MUÑOZ
Representante de la Comunidad Autónoma de
Valencia en la UT-CIE-10-ES

Carolina CONEJO GÓMEZ
Representante de la SEDOM en la UT-CIE-10-ES

Mª Carmen SALIDO CAMPOS.
Colaborador MS. UT-CIE-10-ES

Susana PATO ALONSO
Colaborador MS. UT-CIE-10-ES

Antonio RUIZ POLONIO
Colaborador MS. UT-CIE-10-ES

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

Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD, CENTRO DE PUBLICACIONES
Paseo del Prado, 18. 28014 Madrid

NIPO en línea: 133-20-057-2

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

El copyright y otros derechos de propiedad intelectual de este documento pertenecen al Ministerio de Sanidad. 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.

<https://cpage.mpr.gob.es>

Cuadernos de Codificación CIE-10-ES

Monográfico COVID-19

Actualización procedimientos
de reconstrucción mamaria

Preguntas a la Unidad



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD

Las actualizaciones normativas contenidas en este cuaderno tienen vigencia para la codificación de altas con fecha a partir del 01-07-2020

Índice

Presentación	9
Monográfico COVID-19	11
Anuncio de cambio en la codificación de la infección por SARS-CoV-2 (COVID-19)	11
Normativa general para la codificación del COVID-19	12
Documento de preguntas covid-19. Actualización 1 julio 2020	17
Actualización monográfico 2016 procedimientos de reconstrucción mamaria	31
1. Objetivo del procedimiento	32
2. Tipo de material o dispositivo	33
3. Tiempo quirúrgico	35
4. Ejercicios	42
Preguntas a la Unidad	45
Bibliografía	61

Presentación

Me complace presentar esta nueva edición de “Cuadernos de Codificación”, la nueva publicación del Ministerio de Sanidad iniciada con la implantación de la CIE-10-ES. Complementaria a los manuales de codificación, su principal finalidad es servir de guía para la codificación clínica en nuestro país proporcionando recomendaciones, criterios y directrices y en su caso normas oficiales para el uso de la clasificación en el ámbito de la codificación clínica de diagnósticos y procedimientos.

La infección por COVID-19, una enfermedad nueva que no disponía de un código específico, ha marcado sin lugar a dudas los trabajos la Unidad Técnica durante estos meses de 2020. La inicial situación de emergencia sanitaria declarada por la OMS y la posterior consideración de pandemia, con la creación de un nuevo código específico para el COVID-19, ha dado lugar a la publicación de diferentes documentos normativos que han tenido como fin facilitar la codificación de los diferentes escenarios clínicos según se iban produciendo y la adaptación de los mismos al nuevo código. En este número se recogen las normas de uso del nuevo código a partir del 1 de julio de 2020 así como una recopilación de preguntas sobre diferentes escenarios clínicos.

Los cuadernos de codificación son fruto del trabajo de la Unidad Técnica de Codificación CIE-10-ES y de los expertos que con ella colaboran. Incorporan los acuerdos y consensos adoptados por dicha unidad en sus reuniones de trabajo en relación con el uso de la clasificación y en la resolución de preguntas dirigidas a la Unidad. La Unidad Técnica es el referente en España para la normalización y unificación de criterios en la codificación de diagnósticos y procedimientos para el CMBD estatal. Deseo desde estas líneas reconocer y agradecer la colaboración de todos los miembros de la Unidad Técnica que, entre otros trabajos, hacen posible esta línea editorial. Su implicación y esfuerzo en la tarea de mejorar la calidad de la codificación, sirve sin duda para dotarnos de un cada vez mejor Registro de Atención Especializada RAE-CMBD haciendo más útil la información que resulta del mismo.

Mercedes Alfaro Latorre
Subdirectora General de Información Sanitaria

Monográfico COVID-19

Anuncio de cambio en la codificación de la infección por SARS-CoV-2 (COVID-19)

El 30 de enero de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que el brote de la enfermedad del nuevo coronavirus de 2019 era una emergencia de salud pública de importancia internacional. En febrero de 2020 la OMS estableció un código de emergencia en CIE-10 (**U07.1 COVID-19**) para la codificación de las infecciones por COVID-19. Este código ha sido implementado en ICD-10-CM, con carácter excepcional, a partir del 1 de abril de 2020 por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades del Centro Nacional de Estadísticas de Salud (CDC/NCHS). En nuestro país, y también con carácter excepcional, se valoró la adopción del nuevo código. No obstante, dada la situación de crisis sanitaria que se estaba produciendo en esos momentos y tras consulta con los representantes de la Unidad Técnica de todas las Comunidades Autónomas, se decidió no implementar el nuevo código hasta que se produjese una disminución en la presión asistencial y los sistemas de información pudiesen asumir el cambio.

Tras constatarse una ralentización en la progresión de la enfermedad y una cierta recuperación del sistema sanitario, se considera oportuno realizar el cambio en la codificación clínica incorporando el código específico, con el fin de identificar mejor los casos de infección por COVID-19 y converger con los países de nuestro entorno.

La fecha para la implantación del nuevo código **U07.1 COVID-19**, será el **1 de julio de 2020**.

Normativa general para la codificación del COVID-19

Infecciones por COVID-19

Codifique solo casos confirmados

Solo deben codificarse como COVID-19 los diagnósticos confirmados que hayan sido constatados por el clínico o por la presencia documental de una prueba con resultado positivo a COVID-19. En los casos confirmados, asigne el código **U07.1 COVID-19**.

Esta es una excepción a la normativa general de codificación en pacientes hospitalizados. En este contexto la confirmación clínica, no precisa documentación específica del tipo de pruebas realizadas, siendo suficiente la confirmación diagnóstica por parte del facultativo de que el individuo tiene COVID-19. Los resultados positivos de la prueba COVID-19 deben codificarse como confirmados.

Ejemplo

Paciente asintomático al que se le realiza PCR cuyo resultado es positivo para COVID-19

U07.1 COVID-19

Si el clínico documenta COVID-19 “sospechoso”, “posible”, “probable” o “no concluyente”, **no** asigne el código **U07.1**, asigne un código que explique el motivo del encuentro y secuencie a continuación el código **Z20.828 Contacto y (sospecha de) exposición a otras enfermedades víricas transmisibles**.

Ejemplo

Paciente diagnosticado de neumonía vírica por posible COVID-19,

J12.9 Neumonía vírica, no especificada

Z20.828 Contacto y (sospecha de) exposición a otras enfermedades víricas transmisibles

1. Secuencia de códigos

Cuando la infección por COVID-19 cumpla con la definición de diagnóstico principal, el código **U07.1 COVID-19**, debe secuenciarse **primero** seguido de los códigos necesarios para describir las manifestaciones asociadas. En caso de pacientes obstétricas deben seguirse las instruc-

ciones específicas que se indican en el apartado correspondiente al capítulo 15 Embarazo, parto y puerperio.

2. Enfermedad respiratoria aguda debido a COVID-19

- **Neumonía**

Para las neumonías confirmadas como debidas al nuevo coronavirus de 2019 (COVID-19), asigne los códigos **U07.1 COVID-19** y **J12.89 Otros tipos de neumonía vírica**.

- **Bronquitis aguda**

Para la bronquitis aguda confirmada como debida a COVID-19, asigne los códigos **U07.1 COVID-19** y **J20.8 Bronquitis aguda por otros organismos especificados**.

La bronquitis no especificada de otra manera (NEOM) debida a COVID-19 debe codificarse utilizando los códigos **U07.1** y **J40 Bronquitis, no especificada como aguda o crónica**.

- **Infección de las vías respiratorias inferiores**

Si el COVID-19 está documentado como asociado con una infección respiratoria inferior, no especificada de otra manera (NEOM), o una infección respiratoria aguda, NEOM, deben asignarse los códigos **U07.1** y **J22 Infección aguda del tracto respiratorio inferior, no especificada**.

Si el COVID-19 está documentado como asociado con una infección respiratoria NEOM, se deben asignar los códigos **U07.1** y **J98.8 Otros trastornos respiratorios especificados**.

- **Síndrome de dificultad respiratoria aguda (distrés respiratorio)**

Para el síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) debido a COVID-19, asigne los códigos **U07.1** y **J80 Síndrome de dificultad respiratoria aguda [distrés respiratorio]**.

- **Sepsis grave por COVID-19**

La secuencia de códigos dependerá de las circunstancias del ingreso. Si la causa del ingreso es una sepsis grave/shock séptico por coronavirus COVID-19, secuencie en primer lugar el código **U07.1 COVID-19**. A continuación debe añadirse el código adecuado de la subcategoría **R65.2, R65.20 Sepsis grave** o **R65.21 Sepsis grave con shock séptico**.

Ejemplo

Paciente ingresado por sepsis grave secundaria a neumonía por COVID-19

U07.1 COVID-19

R65.20 Sepsis grave

J12.89 Otros tipos de neumonía vírica transmisibles

Si el paciente ingresa por una afección debida al COVID-19 y durante el ingreso evoluciona a sepsis, la secuencia de códigos adecuada será; **U07.1 COVID-19**, seguido del código de la afección desarrollada, y a continuación el código correspondiente de la subcategoría R65.2 y los códigos de fallo orgánico, si los hubiere.

Ejemplo

Paciente ingresado por neumonía secundaria a COVID-19 que se complica durante su ingreso con sepsis grave secundaria.

U07.1 COVID-19

J12.89 Otros tipos de neumonía vírica

R65.20 Sepsis grave

Exposición a COVID-19

El código **Z20.828 Contacto y (sospecha de) exposición a otras enfermedades víricas transmisibles**, debe usarse en pacientes que tienen una exposición conocida o sospechada a COVID-19, presentan signos o síntomas asociados al COVID-19, y los resultados de la prueba son negativos, no concluyentes o desconocidos (o la prueba no está disponible). Si el individuo expuesto da positivo por el virus COVID-19, debe codificarse como caso confirmado.

Paciente que acude por tos y fiebre, es dado de alta por posible infección por **COVID-19** (no se realiza test de laboratorio)

R05 Tos

R50.9 Fiebre no especificada

Z20.828 Contacto y (sospecha de) exposición a otras enfermedades víricas transmisibles

Paciente que acude por tos y fiebre con PCR + para **COVID-19**

U07.1 COVID-19

Los códigos **Z20** pueden usarse para pacientes que se encuentran en un área donde la enfermedad es epidémica. Por lo tanto, **debido a la actual pandemia** de COVID-19, cuando un paciente presenta signos/síntomas asociados con COVID-19 y se le realiza una prueba de detección de virus porque el facultativo sospecha que el paciente puede tener COVID-19, el código **Z20.828 puede asignarse sin documentación explícita de exposición o sospecha de exposición a COVID-19**.

Cribado para COVID-19

Para personas asintomáticas y que no han tenido una exposición conocida al virus, a las que se les estén realizando pruebas para detectar una infección por COVID-19 y los resultados de la prueba son desconocidos o negativos, asigne el código **Z11.59 Contacto para cribado de otras enfermedades víricas**. Si el estudio se realiza por una exposición posible o confirmada al COVID-19, ver apartado anterior: Exposición a COVID-19.

Si las pruebas de detección para COVID-19 dan un resultado positivo, debe codificarse como caso confirmado con el código **U07.1**

Signos y síntomas sin diagnóstico definitivo de COVID-19

Para los pacientes que presentan signos o síntomas asociados con COVID-19 (como fiebre, tos, anosmia, etc.) en los que no se ha establecido un diagnóstico definitivo, asigne los códigos apropiados para cada uno de los signos y síntomas, por ejemplo:

- **R05 Tos**
- **R43.0 Anosmia**
- **R50.9 Fiebre no especificada**

Si un paciente que presenta signos o síntomas asociados al COVID-19, ha tenido una exposición real o sospechada al virus, asigne el código **Z20.828 Contacto y (sospecha de) exposición a otras enfermedades víricas transmisibles**, como código adicional. Esto es una excepción a la norma general de los códigos de Contacto/Exposición, que indica que dichos códigos serán utilizados solo en ausencia de síntomas.

Individuos asintomáticos con test positivo para COVID-19

Para las personas asintomáticas que dan positivo en los test para COVID-19, asigne el código **U07.1 COVID-19**. Aunque el individuo es

asintomático, si el individuo ha dado positivo se considera que tiene la infección COVID-19.

Embarazo, parto y puerperio (O00-O9A)

Infección por COVID-19 en el embarazo, parto y puerperio

La infección por COVID-19, es una **enfermedad viral** que puede cursar con manifestaciones en diferentes sistemas orgánicos. Por ello, si durante el embarazo, el parto o el puerperio, una paciente es ingresada (o tiene un episodio de atención médica) por una afección debida a COVID-19, debe registrarse como diagnóstico principal, un código de la subcategoría **O98.5 Otras enfermedades virales que complican el embarazo, parto y puerperio**, seguido a continuación del código **U07.1 COVID-19** y los códigos apropiados para las manifestaciones asociadas. Los códigos del Capítulo 15 siempre tienen prioridad de secuencia.

Embarazada de 23 semanas que es ingresada por Neumonía debida a COVID-19

O98.512 Otras enfermedades virales que complican el embarazo, segundo trimestre

U07.1 COVID-19

J12.89 Otros tipos de neumonía vírica

Embarazada de 23 semanas que es ingresada por Neumonía por posible COVID-19

O99.512 Enfermedades del aparato respiratorio que complican el embarazo, segundo trimestre

J18.9 Neumonía, microorganismo no especificado

Z20.828 Contacto y (sospecha de) exposición a otras enfermedades víricas transmisibles

Para contactos asintomáticos durante el embarazo parto y puerperio debidos a COVID-19 o en los que no haya información acerca de las manifestaciones clínicas, se utilizará como diagnóstico principal el código correspondiente de la subcategoría **O98.5 Otras enfermedades virales que complican el embarazo, parto y puerperio**, seguido del código **U07.1 COVID-19**.

Embarazada de 23 semanas con posible exposición al COVID-19. La paciente está asintomática y acude para determinación de PCR, que es positiva a COVID-19.

O98.512 Otras enfermedades virales que complican el embarazo, segundo trimestre

U07.1 COVID-19

Documento de preguntas COVID-19.

Actualización 1 Julio 2020

1. U07.1 COVID-19, como código secundario. ¿Puede utilizarse el nuevo código U07.1 COVID-19, de la CIE-10-ES como código secundario?

RESPUESTA

Cuando el motivo de ingreso o contacto sea una infección por COVID-19, en cualquiera de sus manifestaciones, y esta infección cumpla los criterios de diagnóstico principal, el código **U07.1**, se debe secuenciar en primer lugar, excepto en el caso de pacientes durante el embarazo, parto y puerperio, que llevarán en primer lugar el código correspondiente de la subcategoría. **O98.5 Otras enfermedades virales que complican el embarazo, parto y puerperio.**

Si la infección por COVID-19 no ha sido la causa del ingreso o si dicha infección se desarrolla estando el paciente ingresado, el código **U07.1 COVID-19**, se secuenciará como diagnóstico secundario.

2. Retroactividad del código U07.1. ¿Se debe utilizar el nuevo código U07.1 con carácter retroactivo para las altas confirmadas por COVID-19 antes del 1 de julio de 2020?

RESPUESTA

No, el código **U07.1 COVID-19**, no se debe aplicar con carácter retroactivo. Para la codificación del COVID-19 en altas anteriores al 1 de julio de 2020 debe aplicarse la normativa publicada correspondiente a dicho periodo.

3. COVID-19 negativo. En los casos en que hay una enfermedad respiratoria, una neumonía por ejemplo y le han hecho la prueba del COVID-19 siendo esta negativa ¿hay que codificar aparte de la neumonía el Z03.818 Contacto para observación por sospecha de exposición a otros agentes biológicos descartada?

RESPUESTA

La categoría **Z03** tiene una nota que indica: “*Esta categoría se utiliza cuando en una persona sin diagnóstico se sospecha una afección anormal, sin signos ni síntomas, requiriendo por ello estudio; pero después del reconocimiento médico y observación se descarta la afección*”.

Además, en el Manual de Codificación de Diagnósticos en el punto A.4.2.b Codificación de una enfermedad sospechada y descartada se explica que esta categoría se usará cuando la atención se efectúa ante un paciente asintomático. En el ejemplo que usted plantea el paciente es diagnosticado de una neumonía, por lo que no procede la asignación del código **Z03.818**.

4. Falso negativo. En el caso de pacientes que han dado negativo en la prueba de COVID-19 pero tienen neumonía, y el médico indica en su informe que sospecha que se encuentra ante un falso negativo. ¿Cómo debemos proceder en ese caso?

RESPUESTA

Dependerá de lo que el clínico refleje en el informe o de la información que figure en la documentación clínica. Algunos de los supuestos que se puede encontrar son:

- **Neumonía por COVID-19 (test de COVID-19 negativo (falso negativo)):** en ese caso debe codificarlo como una Neumonía por COVID-19, según la normativa de codificación.

U07.1 COVID-19

J12.89 Otros tipos de neumonía vírica

Al igual que ocurre con el VIH, gripe A, gripe aviar y virus Zika solo deben codificarse los casos confirmados. En este contexto “confirmación” no requiere la documentación acerca de las pruebas realizadas; la confirmación del diagnóstico realizada por el clínico es suficiente.

- **Posible neumonía por COVID-19 (test de COVID-19 negativo que puede ser un falso negativo):** en estos casos en los que no hay certeza ni en las pruebas diagnósticas ni en el juicio clínico, codifique la neumonía en función de la información disponible (neumonía vírica, neumonía no especificada, etc.). Además, puesto que el paciente se encuentra en una zona donde la enfermedad es epidémica debe añ-

dir el código **Z20.828 Contacto y (sospecha de) exposición a otras enfermedades víricas transmisibles.**

5. Posible coronavirus. ¿Cómo se codifica, en la actual situación de pandemia, una posible infección respiratoria por COVID-19?

RESPUESTA

En este caso debe codificar la infección respiratoria diagnosticada por el médico y añadir el código **Z20.828 Contacto y (sospecha de) exposición a otras enfermedades víricas transmisibles.**

6. Embarazo y COVID-19 +. ¿Cómo debemos codificar a una embarazada con una neumonía o infección respiratoria por COVID-19?

RESPUESTA

En el caso de una embarazada con una infección respiratoria secundaria a COVID-19, debe utilizar en primer lugar el código que corresponda de la subcategoría **O98.5 Otras enfermedades virales que complican el embarazo, parto y puerperio**, a continuación, el código **U07.1 COVID-19** y seguidamente los códigos correspondientes al tipo de infección respiratoria (neumonía, bronquitis aguda, infección respiratoria de vías bajas, etc.).

En el caso de una embarazada COVID-19 + pero asintomática o en el caso de que no dispongamos de información acerca de las manifestaciones clínicas utilizaremos el código correspondiente de la subcategoría **O98.5 Otras enfermedades virales que complican el embarazo, parto y puerperio**, seguido del código **U07.1 COVID-19**.

7. Test positivo pendiente de confirmación. ¿Cómo debemos codificar el siguiente juicio diagnóstico “Neumonía por SARS-CoV-19 (caso probable) CURB-65 0”? Se trata de un paciente con el siguiente resultado de laboratorio: PCR SARS-coronavirus-2 (2019): Screening positivo, pendiente de PCR de confirmación.

RESPUESTA

Codifíquelo como confirmado con los códigos:

U07.1 COVID-19

J12.89 Otros tipos de neumonía vírica

La normativa indica que, para poder codificar un diagnóstico de COVID-19, la infección debe estar confirmada. En este contexto la confirmación puede realizarse con un diagnóstico clínico, en cuyo caso no es precisa la constatación de las pruebas realizadas. En el caso del COVID-19 además, los resultados positivos en los test de determinación diagnóstica para COVID-19, también deben codificarse como casos confirmados. En el caso que usted plantea, hay diagnóstico clínico de neumonía y además también un test diagnóstico positivo, por lo tanto, debe considerarse como infección confirmada.

Si el facultativo documenta “sospecha de”, “posible” o “probable” COVID-19, y no hay constancia de ninguna prueba positiva, debe asignarse un código que explique el motivo del contacto (por ejemplo, fiebre o exposición a la enfermedad).

8. Sepsis grave por COVID-19. ¿Cómo debemos codificar la sepsis grave y el shock séptico por COVID-19?

RESPUESTA

La asignación de códigos dependerá de las circunstancias del ingreso. Puede consultar la normativa publicada al respecto de la codificación de las sepsis.

En el caso de un paciente que ingresa por sepsis grave/shock séptico la secuencia de códigos será:

U07.1 COVID-19

R65.20 Sepsis grave/R65.21 Sepsis grave con shock séptico.

9. EPOC con neumonía por COVID-19. Tengo informes de pacientes que ingresan por una neumonía por COVID-19 y tienen EPOC. ¿Se puede codificar como diagnóstico principal el código J44.0, seguido de los diagnósticos secundarios U07.1 y J12.89?

RESPUESTA

No, como indica la normativa en vigor desde el 1 de julio, debe utilizarse como diagnóstico principal el código **U07.1 COVID-19**, seguido de todas las manifestaciones.

U07.1 COVID-19

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

J12.89 Otros tipos de neumonía vírica

10. *Neumonía intersticial por COVID-19*. En muchos informes aparece la expresión “Neumonía intersticial por COVID-19”. El código de la neumonía vírica tiene una nota Excluye para la neumonía intersticial. ¿Cómo debemos codificarlo?

RESPUESTA

En las neumonías virales por COVID-19 es frecuente encontrar en los informes clínicos que la neumonía cursa con un patrón radiológico de neumonía intersticial, pero la codificación debe realizarse en base a la etiología de la enfermedad, en este caso una etiología viral por COVID-19.

U07.1 COVID-19

J12.89 Otros tipos de neumonía vírica

11. *Z03.818 y Z20.828*. ¿Cuál es la diferencia de uso entre el código Z03.818, y el código Z20.828, en relación con el COVID-19?

RESPUESTA

El código **Z03.818 Contacto para observación por sospecha de exposición a otros agentes biológicos descartada**, debe usarse para pacientes asintomáticos en los que existe una posible exposición a COVID-19 y dicha infección queda descartada tras la evaluación del paciente. Según la nota de instrucción que hay bajo la categoría **Z03**, los códigos de esta categoría solo se pueden usar si un paciente no tiene signos o síntomas.

El código **Z20.828 Contacto y (sospecha de) exposición a otras enfermedades víricas transmisibles**, debe usarse en pacientes que tienen una exposición conocida o sospechada a COVID-19, presentan signos o síntomas asociados al COVID-19, y los resultados de la prueba son negativos, no concluyentes o desconocidos (o la prueba no está disponible).

Los códigos **Z20** pueden usarse para pacientes que se encuentran en un área donde la enfermedad es epidémica. Por lo tanto, debido a la actual pandemia de COVID-19, cuando un paciente presenta signos/síntomas asociados con COVID-19 y se le realiza una prueba de detección de virus porque el facultativo sospecha que el paciente puede tener COVID-19, el código **Z20.828 puede asignarse sin documentación explícita de exposición o sospecha de exposición a COVID-19**. Si el test diagnóstico resulta positivo debe codificarse como caso confirmado, en lugar de con un código **Z20.828**.

12. Resultados pendientes en el momento del alta. ¿Cómo se debe codificar un diagnóstico clínico de infección por COVID-19 cuando los resultados de la prueba no están disponibles en el momento del alta?

RESPUESTA

La codificación debe realizarse en base a la documentación disponible y al diagnóstico clínico que haya registrado el facultativo. Si el clínico indica un diagnóstico de sospecha pendiente de confirmación, deberá actualizarse la codificación, una vez que los resultados estén disponibles y el diagnóstico sea definitivo. Si se ha realizado una prueba y los resultados que llegan tras el alta son positivos para COVID-19, entonces el episodio debe codificarse como COVID-19 confirmado.

13. Diagnóstico clínico de infección por COVID-19. ¿Cómo se debe codificar un diagnóstico clínico de infección por COVID-19 cuando los resultados de la prueba son negativos?

RESPUESTA

Si el clínico confirma la infección por COVID-19 a pesar de que los resultados de las pruebas sean negativos, debe codificarse como infección confirmada. En este contexto “confirmación” no requiere la documentación acerca de las pruebas realizadas; la confirmación del diagnóstico realizada por el clínico es suficiente.

14. Fractura de cadera y COVID-19. ¿Qué código debe utilizarse para un paciente que tuvo un ingreso hace un mes por COVID-19, y que ahora acude al hospital por una fractura de cadera? El paciente en la

actualidad es negativo para COVID-19. ¿Se utiliza en este caso un código de historia personal?

RESPUESTA

Si el paciente ya no es positivo para COVID-19 y no realiza ningún tratamiento para dicha enfermedad, el código que debe utilizar es **Z86.19 Historial personal de otras enfermedades infecciosas y parasitarias**.

15. *Traslado de paciente COVID-19.* Paciente que ingresa en un primer centro por fiebre y cuadro respiratorio, siendo diagnosticado de neumonía por COVID-19 tratada, entre otros fármacos, con antirretrovirales. El último control es negativo. Se deriva a un segundo centro para seguir 6 días más de tratamiento y medidas de aislamiento. El segundo centro le da el alta por curación. ¿Cuál sería el diagnóstico principal del ingreso en este segundo centro?

RESPUESTA

El paciente continúa con tratamiento activo para la neumonía por COVID-19 por lo que el diagnóstico principal sería el **U07.1 COVID-19** seguido del **J12.89 Otros tipos de neumonía vírica**.

16. *Diagnóstico radiológico de probable neumonía por COVID-19.* Paciente dado de alta con el diagnóstico de neumonía bilateral en probable relación a COVID-19. PCR indeterminada. La radiografía de tórax se informa como opacidades bilaterales en vidrio deslustrado en probable relación con infección por SARS-CoV-2 y el tratamiento que le ponen es amoxicilina-clavulánico e Hidroxicloroquina. ¿Cómo debemos codificarlo?

RESPUESTA

La normativa de codificación nos indica que los diagnósticos de “probable” “posible” “sospecha de” COVID-19 no se codifiquen como ciertos. En este caso no existe un diagnóstico de confirmación por parte del clínico ni nos indican que ningún test diagnóstico sea positivo. Debe codificarse con el código correspondiente a la neumonía según la información que aparezca en la documentación (neumonía no especificada, neumonía vírica), añadiendo el **Z20.828 Contacto y (sospecha de) exposición a otras enfermedades víricas transmisibles**.

17. Administración de Tocilizumab. ¿Qué código debemos emplear para la administración de Tocilizumab en pacientes con infección por SARS-CoV-2?

RESPUESTA

Aunque produzca una acción antiinflamatoria el Tocilizumab es un agente inmunosupresor, inhibidor de la IL-6, autorizado para el tratamiento de la artritis reumatoide y el síndrome de liberación de citoquinas asociado al tratamiento con CART. Su uso en pacientes con COVID-19 debe codificarse de la siguiente manera:

3E0*3WL Introducción en * de inmunoterapia, inmunosupresión, abordaje percutáneo

* puede administrarse en vena periférica o central.

18. Contacto para PCR tras ingreso por neumonía por COVID-19. Paciente que fue dado de alta con el diagnóstico de neumonía por COVID-19 una vez completado el tratamiento de la misma. Al alta la PCR seguía siendo positiva por lo que se le cita para una nueva determinación tras 14 días de aislamiento. Acude a realizarse la prueba siendo el resultado de la nueva PCR negativo. ¿Qué código debemos utilizar para este contacto?

RESPUESTA

En este caso se trata de un examen de seguimiento médico por lo que el código a utilizar es el **Z09 Contacto para reconocimiento médico de seguimiento después de finalizar tratamiento de afecciones distintas de neoplasia maligna.**

Utilice también el código **Z86.19 Historia personal de otras enfermedades infecciosas y parasitarias.**

19. Síndrome de liberación de citoquinas. ¿Cómo debe codificarse el síndrome de liberación de citoquinas que acompaña en algunos casos a la infección por COVID-19?

RESPUESTA

El síndrome de liberación de citoquinas o “tormenta de citoquinas” (CRS por sus siglas en inglés) es un síndrome causado por una respuesta inflamatoria sistémica mediada por citoquinas que puede desencadenarse por

una variedad de factores como infecciones y algunos medicamentos. Se caracteriza por una reacción inmunitaria defensiva potencialmente mortal que consiste en una retroalimentación positiva entre las citoquinas y las células inmunitarias, con un elevado número de aquellas. En la actualidad no hay código específico para esta afección, debiendo utilizarse el código **D89.89 Otros trastornos especificados que afectan al mecanismo inmunológico, no clasificados bajo otro concepto.**

20. Recién nacido asintomático y madre COVID-19 +. Se trata de un recién nacido de madre COVID-19 + que ingresa para observación. El recién nacido no presenta síntomas y la PCR es negativa descartándose la infección actual por COVID. ¿Cuáles son los códigos apropiados para este ingreso?

RESPUESTA

Utilice el código **Z05.1 Observación y evaluación del recién nacido por sospecha de patología infecciosa que se descarta**, y el código **Z20.828 Contacto y (sospecha de) exposición a otras enfermedades víricas transmisibles.**

21. Administración de oxígeno con reservorio. Estamos viendo que en muchos pacientes con neumonía por COVID-19 e insuficiencia respiratoria se está utilizando la administración de oxigenoterapia con reservorio. ¿Cómo debe codificarse? ¿Cómo una “Introducción desustancia” en la sección 3 Administración? ¿O con un código de “Asistencia” en la sección 5 Asistencia y Soporte Extracorpóreos o Sistémicos? ¿3E0F7SF o bien el 5A0935Z?

RESPUESTA

Los procedimientos de Asistencia consisten en “asumir” una parte de una función fisiológica por medios extracorpóreos. En el caso de la oxigenoterapia con reservorio no hay un equipamiento o dispositivo que asuma la función de ventilación del paciente. Se trata de un sistema de bajo flujo, pero de alta capacidad y con el que se pueden conseguir FiO₂ muy altas, próximas al 90% en condiciones óptimas. Por tanto, el tipo de procedimiento correcto es “Introducción” en la sección 3 Administración.

3E0F7SF Introducción en tracto respiratorio de gas, otro gas, abordaje orificio natural o artificial.

22. Diarrea por SARS-CoV-2. Estamos viendo en los informes de alta la expresión “Diarrea secundaria a SARS-CoV-2” o “Diarrea debida a SARS-CoV-2”? ¿Cómo debemos codificarlo?

RESPUESTA

Las entradas en el Índice Alfabético de Enfermedades nos dirigen a:

Diarrea, diarreico (enfermedad) (infantil) (inflamatoria) R19.7

- debida a

- - virus –*véase* Enteritis, viral

Diarrea, diarreico (enfermedad) (infantil) (inflamatoria) R19.7

- viral –*véase* Enteritis, viral

Diarrea, diarreico (enfermedad) (infantil) (inflamatoria) R19.7

- debida a

- - microorganismo especificado NCOC A08.8

- - - vírica A08.39

- especificada

- - virus NCOC A08.39

Enteritis (aguda) (diarreica) (hemorrágica) (no infecciosa) K52.9

- viral, vírica A08.4

- - virus especificado NCOC A08.39

Por lo tanto, los códigos a utilizar para una diarrea debida a SARS-CoV-2 son:

U07.1 COVID-19

A08.39 Otras enteritis virales

23. Secuela de infección por COVID-19. Se trata de un paciente ingresado en otro centro hospitalario por neumonía COVID-19 (PCR positiva) desde el 20/03/2020 al 01/04/2020. Alta a domicilio con PCR negativa. Ingresa en nuestro hospital, en cirugía torácica por hidroneumotórax como secuela de COVID-19, según especifican en el informe de alta, con PCR negativa. Lo hemos codificado con los siguientes códigos: J94.8 Otros problemas pleurales especificados, y B94.8 Secuelas de otras enfermedades infecciosas y parasitarias especificadas.

RESPUESTA

Una secuela es la afección residual producida después de que haya terminado la fase aguda de una enfermedad o lesión. No hay límite de tiempo para poder utilizar un código de secuela. El efecto residual puede ser evidente en una etapa precoz, como ocurre en un infarto cerebral, o puede aparecer meses o años más tarde, tal como sucede en las que se asocian a una lesión traumática previa.

La sección B90-B94 SECUELAS DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS, clasifica las secuelas causadas por enfermedades infecciosas y parasitarias de las categorías **A00 Cólera - B89 Enfermedad parasitaria, no especificada**. El código de la afección residual se secuenciará en primer lugar seguido del código correspondiente de secuela. Estos códigos no se pueden utilizar para codificar infecciones crónicas, solo se deben emplear cuando la infección ha sido tratada y ya no está presente, pero ha dejado un efecto residual en el paciente. Debe confirmar en la documentación clínica que efectivamente se trata de una secuela y que la afección no guarda relación con algún procedimiento realizado en el ingreso anterior o con patología previa del paciente. Si efectivamente se trata de una secuela la codificación que propone es correcta:

J94.8 Otros problemas pleurales especificados

B94.8 Secuelas de otras enfermedades infecciosas y parasitarias especificadas

Aunque el código **U07.1 COVID-19**, no se encuentra en el rango **A00-B89** identifica una enfermedad infecciosa y de momento debemos codificar sus secuelas bajo el código **B94.8**

24. Serología COVID-19. En los informes de alta estamos viendo que el clínico especifica los resultados de los anticuerpos IGG e IGM para el COVID-19. Tengo dudas si tenemos que tener en cuenta esos resultados para codificar el COVID-19. Les pongo un ejemplo: paciente que ingresa por un TEP y tiene una radiografía compatible con COVID-19. DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Tromboembolismo Pulmonar. DIAGNÓSTICO SECUNDARIO: Neumonía COVID-19, 2 PCR negativas. Serología positiva: IGG positiva. IGM negativa.

RESPUESTA

El codificador no debe interpretar los resultados de las pruebas diagnósticas. Es el clínico el que debe darles el valor correspondiente en función de la clínica del paciente. En el ejemplo que nos plantea debe codificar el tromboembolismo pulmonar y la neumonía COVID-19. En caso de que el juicio clínico le plantee dudas debe consultar con el médico responsable del paciente.

25. PCR negativa en pacientes ingresados. En los hospitales se está realizando la PCR para COVID-19 a los pacientes que ingresan por otro motivo, sin síntomas asociados a COVID-19 (por ejemplo mujeres que vienen a dar a luz, pacientes con IAM, pacientes que ingresan para poner un marcapasos, etc.) ¿Debemos utilizar en estos pacientes el código Z03.818 Contacto para observación por sospecha de exposición a otros agentes biológicos descartada?

RESPUESTA

No. No debemos utilizar el código **Z03.818** en estos pacientes. En estos casos la determinación de la PCR forma parte del protocolo de actuación del centro en la actual situación de pandemia.

26. Descartar COVID-19 para intervención o internamiento en residencia. Paciente que ingresa con dolor abdominal agudo. Se diagnostica hernia inguinal incarcerada. Antes de subirlo a planta le hacen la prueba del COVID-19 para elegir el circuito de ingreso adecuado (la prueba es negativa).

RESPUESTA

La actual determinación de la PCR en cualquier paciente que ingresa en un centro hospitalario forma parte del protocolo de actuación de los centros, en la actual situación de pandemia y no es preciso codificarla.

27. Pacientes con un ingreso por patología diferente a COVID-19, previamente al alta a residencia de ancianos, se les realiza nueva PCR para poder proceder a su traslado.

RESPUESTA

Este caso también puede ser considerado como protocolo de actuación habitual ante un ingreso en residencia y tampoco es necesario codificarlo.

28. Plasma de pacientes inmunizados. ¿Cómo debemos codificar la infusión de plasma de pacientes inmunizados en enfermos por COVID-19?

RESPUESTA

La infusión de plasma convaleciente en pacientes infectados por COVID-19 debe codificarse de la siguiente manera:

302(3,4)3S1 Transfusión en (vena periférica, vena central) de globulina, no autólogo, abordaje percutáneo.

29. Paciente que acude para determinación de anticuerpos para COVID-19. ¿Cómo debemos codificar los siguientes supuestos?

Paciente con diagnóstico previo confirmado de infección por COVID-19, ya resuelta, con PCR negativa, que acude para test rápido de anticuerpos y serología para conocer estado de inmunidad.

RESPUESTA

En este caso se trata de un examen de seguimiento médico por lo que el código a utilizar es el **Z09 Contacto para reconocimiento médico de seguimiento después de finalizar tratamiento de afecciones distintas de neoplasia maligna**. Utilice también el código **Z86.19 Historia personal de otras enfermedades infecciosas y parasitarias**.

30. Serología COVID-19. Paciente sano que no ha presentado signos ni síntomas de infección por COVID-19, pero que actualmente vive en una zona donde la enfermedad es epidémica, y que acude para test rápido/determinación de serología para COVID-19 para conocer estado de inmunidad.

RESPUESTA

En este caso debemos utilizar el código **Z01.84 Contacto para prueba de respuesta a anticuerpos**.

31. Síndrome de Distrés Respiratorio del Adulto (SDRA) e Insuficiencia Respiratoria Aguda (IRA). En muchos informes de pacientes ingresados por neumonía por SARS-CoV-2, en los diagnósticos secundarios ponen que el paciente presenta Insuficiencia Respiratoria Aguda y Síndrome de Distrés Respiratorio del Adulto. Ambos códigos no son excluyentes de forma bilateral en CIE-10-ES Diagnósticos. La Insuficiencia Respiratoria Aguda tiene un excluye 1 para el SDRA, pero el SDRA no tiene un excluye 1 para la IRA. Quisiera saber si se pueden codificar ambos en el mismo paciente.

RESPUESTA

Si el paciente en un mismo episodio y por una misma causa presenta ambas afecciones (el distrés como evolución de la insuficiencia respiratoria) codifique solo éste último con el código **J80 Síndrome de dificultad respiratoria [distrés respiratorio]**.

32. Código B97.21. Nos surgen dudas sobre cuando utilizar el código B97.21 Coronavirus asociado al SARS como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto. En la actual situación de pandemia por SARS-CoV-2 hemos visto informes donde nos indican: Neumonía COVID-19. Síndrome respiratorio agudo severo asociado (SARS).

RESPUESTA

El código **B97.21 Coronavirus asociado al SARS como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto**, hace referencia a la infección por el coronavirus SARS-CoV. SARS-CoV fue el agente responsable del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS) que causó un brote en 2002 y 2003 en la provincia de Guandong (China). Este virus, en 2003, causó más de 8000 casos en 27 países con una mortalidad del 10% y desde entonces no se ha vuelto a detectar en humanos.

Por tanto el código **B97.21 Coronavirus asociado al SARS como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto**, debe utilizarse cuando el SARS-CoV sea el agente responsable de la patología del paciente y no debe aplicarse en aquellos casos de infección por SARS-CoV-2 (COVID-19).

En los pacientes con infección COVID-19 que desarrollan un síndrome de dificultad respiratoria aguda (distrés respiratorio) asigne los códigos **U07.1** y **J80 Síndrome de dificultad respiratoria aguda [distrés respiratorio]**.

Actualización monográfico 2016. Procedimientos de reconstrucción mamaria

Jesús Trancoso Estrada

Unidad Técnica CIE-10-ES. Servicio Andaluz de Salud

Monográfico: Procedimientos de Reconstrucción Mamaria¹

La publicación de la tercera edición de CIE-10-ES en enero de 2020 y de los nuevos manuales de codificación de diagnósticos y procedimientos ha supuesto novedades en la codificación de la mastectomía, procedimiento de especial relevancia.

En el capítulo del Manual de Codificación de Procedimientos (2020) donde se hace referencia al tipo de procedimiento Sustitución, se explica que la mastectomía es una excepción a la norma general: “Aunque los procedimientos de sustitución ya implican la retirada o el reemplazo de la estructura anatómica y ésta no debe ser codificada con otro procedimiento, en el caso de mastectomías con sustitución simultánea, deben codificarse tanto la resección como la sustitución. Esta modificación se debe a un cambio en la normativa original americana y tiene la ventaja de facilitar el análisis estadístico y la comparabilidad con los países de nuestro entorno, por ser la mastectomía un indicador de especial relevancia”.

Por todo ello nos ha parecido de interés actualizar el Monográfico publicado en el Cuaderno de Codificación nº 1 del primer semestre de 2016.

¹ Los textos resaltados en gris en este monográfico, son para identificar los cambios que se han producido con respecto al documento de 2016.

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

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

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

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

1. Objetivo del Procedimiento

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

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

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

2. Tipo de material o Dispositivo

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

2.1. Dispositivos artificiales o sintéticos

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

2.2. Tejido autólogo

- **Colgajo libre:** la mama es sustituida por un colgajo separado de su pedículo vascular y obtenido de la propia paciente. Esto significa que hay que extraerlo, es decir cortarlo de su sitio y llevarlo a la zona receptora. Su objetivo es sustituir a la mama, en este caso con un tejido de sustitución autólogo. Pueden ser miocutáneos, en los que se obtiene piel, grasa y músculo, o solo de piel y grasa como los de arterias perforantes, que van ganando relevancia ya que al no cortarse ni extraerse el músculo de la zona donante éste permanece intacto y con toda su funcionalidad. Los más frecuentemente utilizados son:

- Colgajo miocutáneo del dorsal ancho.
- Colgajo miocutáneo transverso del recto abdominal (TRAM).
- Colgajo de perforantes de la arteria epigástrica inferior profunda (DIEP). Colgajo libre de piel y grasa.
- Colgajo de la arteria epigástrica inferior superficial (SIEA). Colgajo de piel y grasa.
- Colgajo perforante de arteria glútea. Incluye piel y grasa.

Los colgajos libres tienen la consideración de “Dispositivo” para CIE-10-ES Procedimientos.

- **Colgajo pediculado:** en este caso el colgajo miocutáneo obtenido de la propia paciente no es separado de su pedículo, lo que quiere decir que no se corta ni se extrae, sino que se prepara en la zona donante y se traslada a la zona receptora unido a su pedículo. Su objetivo también es sustituir la mama. El más frecuentemente utilizado en las reconstrucciones mamarias es el colgajo miocutáneo transverso del recto abdominal, en el que se transfiere piel, grasa y músculo.

Los colgajos pediculados no tienen la consideración de “Dispositivo” para CIE-10-ES Procedimientos.

2.3. Tejido no autólogo

- **Colgajo libre:** menos frecuente que los anteriores, consiste en la colocación de un injerto o colgajo libre procedente de persona diferente de la paciente. En este caso hablamos de sustituto de tejido no autólogo.
- **Malla dérmica acelular:** se trata de una matriz colágena de tejido dérmico acelular, generalmente de origen porcino (malla Braxon) o bovino. Se utiliza para reforzar el polo inferior del músculo pectoral en la reconstrucción mamaria con implante, proporcionando un soporte estructural para la prótesis y facilitando su fijación sobre el músculo pectoral. Dado que su origen suele ser porcino o bovino, hablamos de un tipo de tejido NO autólogo. Se codifica como SUPLEMENTO DE MAMA CON SUSTITUTO DE TEJIDO NO AUTÓLOGO.

3. Tiempo quirúrgico

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

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

3.1. Reconstrucción en un tiempo quirúrgico

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

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

- **Resección de mama y reconstrucción con expansor de tejido mamario temporal:** se quita la mama y se coloca un dispositivo temporal (para crear el espacio necesario para una prótesis definitiva) que no sustituye la mama. Son necesarios dos códigos, “RESECCIÓN” DE MAMA (mastectomía), más “INSERCIÓN” en mama del “EXPANSOR TISULAR” en la sexta posición del código.
- **Resección de mama y reconstrucción con prótesis mamaria definitiva más matriz dérmica acelular:** se extirpa la mama y se sustituye con un implante que se coloca **junto** con la malla dérmica acelular. Son necesarios tres códigos, “RESECCIÓN” DE MAMA, “SUSTITUCIÓN” DE MAMA CON SUSTITUTO SINTÉTICO y “SUPLEMENTO” DE MAMA CON SUSTITUTO DE TEJIDO NO AUTÓLOGO.

Tabla 1. Mastectomía con reconstrucción en un solo tiempo quirúrgico

Tipo de Intervención	Número de Códigos	Tipo(s) procedimiento(s) y Localización Anatómica (Tercera y cuarta posición)	Dispositivo (Sexta posición)	Codificación
Prótesis Definitiva	2	T RESECCIÓN (Mama) + R SUSTITUCIÓN (Mama)	J Sustituto Sintético	0HT(TU)0ZZ + 0HR(TU)*JZ
Prótesis Definitiva con Matriz Dérmica Acelular	3	T RESECCIÓN (Mama) + R SUSTITUCIÓN (Mama) + U SUPLEMENTO (Mama)	J Sustituto Sintético K Sustituto de Tejido No Autólogo	0HT(TU)0ZZ + 0HR(TU)*JZ + 0HU(TU)*KZ
Expansor Definitivo	2	T RESECCIÓN (Mama) + R SUSTITUCIÓN (Mama)	J Sustituto Sintético	0HT(TU)0ZZ + 0HR(TU)*JZ
Colgajo Libre	3	T RESECCIÓN (Mama) + R SUSTITUCIÓN (Mama) + B ESCISIÓN (Músculo) o B ESCISIÓN (Tejido Subcutáneo)	7 Sustituto de Tejido Autólogo	0HT(TU)0ZZ + 0HR(TU)*7* + 0KB**ZZ o 0JB**ZZ
Colgajo Pediculado (TRAM)	2	T RESECCIÓN (Mama) + X TRANSFERENCIA (Músculo)	Z Ninguno	0HT(TU)0ZZ + 0KX(KL)*Z6

Colgajo Pediculado (Dorsal Ancho y otros)	2	T RESECCIÓN (Mama) + X TRANSFERENCIA (Músculo)	Z Ninguno	0HT(TU)0ZZ + 0KX(FG)*Z*
Expansor Temporal	2	T RESECCIÓN (Mama) + H INSERCIÓN (Expansor)	N Expansor Tisular	0HT(TU)0ZZ + 0HH(TU)*NZ

3.2. Reconstrucción en un segundo tiempo quirúrgico

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

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

su aporte vascular. Solo se necesita un código: “TRANSFERENCIA” DE MÚSCULO.

- **Reconstrucción con prótesis mamaria definitiva más malla dérmica acelular:** la mastectomía ya se realizó, ahora se implanta la prótesis con la malla dérmica acelular. Son necesarios dos códigos, “SUSTITUCIÓN” DE MAMA CON SUSTITUTO SINTÉTICO y “SUPLEMENTO” DE MAMA CON SUSTITUTO DE TEJIDO NO AUTÓLOGO.

Tabla 2. Reconstrucción mama 2º tiempo quirúrgico

Tipo de Intervención	Número de Códigos	Tipo(s) procedimiento(s) y Localización Anatómica (Tercera y cuarta posición)	Dispositivo (Sexta posición)	Codificación
Prótesis Definitiva	1	R SUSTITUCIÓN (Mama)	J Sustituto Sintético	0HR(TU)*JZ
Prótesis Definitiva con Matriz Dérmica Acelular	2	R SUSTITUCIÓN (Mama) + U SUPLEMENTO (Mama)	J Sustituto Sintético K Sustituto de Tejido No Autólogo	0HR(TU)*JZ + 0HU(TU)*KZ
Expansor Definitivo	1	R SUSTITUCIÓN (Mama)	J Sustituto Sintético	0HR(TU)*JZ
Colgajo Libre	2	R SUSTITUCIÓN (Mama) + B ESCISIÓN (Músculo) o B ESCISIÓN (Tejido Subcutáneo)	7 Sustituto de Tejido Autólogo	0HR(TU)*7* + 0KB**ZZ o 0JB**ZZ
Colgajo Pediculado (TRAM)	1	X TRANSFERENCIA (Músculo)	Z Ninguno	0KX(KL)*Z6
Colgajo Pediculado (Dorsal Ancho y otros)	1	X TRANSFERENCIA (Músculo)	Z Ninguno	0KX(FG)*Z*
Expansor Temporal	1	H INSERCIÓN (Mama)	N Expansor Tisular	0HH(TU)*NZ
Sustitución de Expansor por Prótesis	2	P RETIRADA (Mama) + R SUSTITUCIÓN (Mama)	N Expansor Tisular J Sustituto Sintético	0HP(TU)*NZ + 0HR(TU)*JZ

3.3. Revisiones de dispositivos o tejidos implantados

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

- **Recambio de una prótesis o de un expansor definitivo (se considera prótesis):** se retira una prótesis implantada y se coloca otra nueva. Necesitamos dos códigos, “RETIRADA” EN MAMA DE SUSTITUTO SINTÉTICO, más “SUSTITUCIÓN” DE MAMA CON SUSTITUTO SINTÉTICO. La colocación de una prótesis sigue considerándose una sustitución, pues el objetivo del procedimiento persiste. No debe confundirse con el tipo de procedimiento Cambio (quitar o retirar un dispositivo de una estructura anatómica y volver a colocar un dispositivo idéntico o similar en, o dentro de, la misma localización anatómica sin cortar ni perforar la piel ni las mucosas).
- **Extracción sin sustitución de una prótesis o expansor definitivo:** solo se extrae una prótesis, no se coloca nada nuevo. Solo se necesita un código: “RETIRADA” EN MAMA DE SUSTITUTO SINTÉTICO.
- **Recambio o sustitución de un expansor temporal:** se quita uno y se coloca otro en su lugar. Se necesitan dos códigos: “RETIRADA” EN MAMA DE EXPANSOR TISULAR, más “INSERCIÓN” EN MAMA DE EXPANSOR TISULAR. No confundir con el tipo de procedimiento Cambio.
- **Extracción sin sustitución de un expansor temporal:** solamente se extrae el expansor, no se coloca uno nuevo. Solo se necesita un código: “RETIRADA” EN MAMA DE EXPANSOR TISULAR.
- **Extracción de colgajo libre:** Se retira el sustituto de tejido propio. Solo se necesita un código, “RETIRADA” EN MAMA DE SUSTITUTO DE TEJIDO AUTÓLOGO, o bien en su caso RETIRADA DE SUSTITUTO DE TEJIDO NO AUTÓLOGO (si el colgajo libre no procediera del paciente). Otras combinaciones en relación con el tratamiento subsiguiente a la retirada de colgajos no las incluimos dada la variabilidad con muy diferentes posibilidades, y deben ser codificadas según la información quirúrgica disponible de cada caso concreto.

- **Actuación sobre cualquier implante sintético sin retirarlo ni reemplazarlo:** corregir su posición, retirar o colocar una parte del mismo para optimizar su función. En ningún caso se retira o recambia el dispositivo completo. Se utilizará el tipo de procedimiento “REVISIÓN”:

Tabla 3. Revisión de procedimientos de cirugía reconstructiva

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

3.4. Otras situaciones

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

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

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

Tabla 4. Otras situaciones en la reconstrucción de mama

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

4. Ejercicios

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

0KXK0Z6 Transferencia de músculo de abdomen, lado derecho, con colgajo miocutáneo transverso del recto abdominal, abordaje abierto

0HRU075 Sustitución de mama, izquierda, con sustituto de tejido autólogo, colgajo miocutáneo de dorsal ancho, abordaje abierto

0KBG0ZZ Escisión de músculo tronco, lado izquierdo, abordaje abierto

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

0HRT077 Sustitución de mama, derecha, con sustituto de tejido autólogo, colgajo de perforantes de la arteria epigástrica inferior profunda, abordaje abierto

0JB80ZZ Escisión de tejido subcutáneo y fascia, abdomen, abordaje abierto

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

0HTU0ZZ Resección de mama, izquierda, abordaje abierto

0HHU0NZ Inserción en mama, izquierda, de expansor tisular, abordaje abierto

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

0HTU0ZZ Resección de mama, izquierda, abordaje abierto

0HHU0NZ Inserción en mama, izquierda, de expansor tisular, abordaje abierto

Mastectomía total de mama derecha con reconstrucción inmediata con prótesis envuelta en malla dérmica acelular porcina.

0HTT0ZZ Resección de mama, derecha, abordaje abierto

0HRT0JZ Sustitución de mama, derecha, con sustituto sintético, abordaje abierto

0HUT0KZ Suplemento en mama, derecha, con sustituto de tejido no autólogo, abordaje abierto

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

0HPPT0JZ Retirada en mama, derecha, de sustituto sintético, abordaje abierto

0HRT0JZ Sustitución de mama, derecha, con sustituto sintético, abordaje abierto

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

0HRW07Z Sustitución de pezón derecho, con sustituto de tejido autólogo, abordaje abierto

0HB8XZZ Escisión de piel, nalga, abordaje externo

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

0HTU0ZZ Resección de mama, izquierda, abordaje abierto

0KXL0Z6 Transferencia de músculo abdomen, lado izquierdo, con colgajo miocutáneo transverso del recto abdominal, abordaje abierto

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

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

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

0HTT0ZZ Resección de mama derecha, abordaje abierto

0HRT0JZ Sustitución de mama derecha, con sustituto sintético, abordaje abierto

Paciente intervenida de mastectomía izquierda hace dos meses. Se interviene con implantación de prótesis y malla dérmica acelular en polo inferior.

0HRU0JZ Sustitución de mama, izquierda, con sustituto sintético, abordaje abierto

0HUU0KZ Suplemento en mama, izquierda, con sustituto de tejido no autólogo, abordaje abierto

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

0HPU0NZ Retirada en mama, izquierda, de expansor tisular, abordaje abierto

0HRU0JZ Sustitución de mama, izquierda, con sustituto sintético, abordaje abierto

Preguntas a la Unidad

1. Operación de Mumford. Se trata de un paciente con artrosis acromio-clavicular hombro izquierdo. La intervención que le hacen se denomina operación de Mumford y consiste en reseca el extremo distal de la clavícula. A la hora de codificar el procedimiento tenemos una duda. No sabemos si codificar una escisión en hueso clavícula, o una escisión en articulación acromio-clavicular, ya que en CIE-10 se ha de codificar el procedimiento según la finalidad del mismo.

RESPUESTA

En la artrosis acromioclavicular (AC) se produce un desgaste del cartílago que recubre la superficie articular del acromion y de la clavícula, causando dolor. La operación de Mumford consiste en introducir un artroscopio (también se puede realizar con abordaje abierto) en el hombro, identificar la articulación AC y con rasuradores y fresas de entre 4 a 8 mm limpiar las superficies articulares de la articulación, sobre todo de la clavícula, donde, cuando se utiliza el abordaje artroscópico, suele ser suficiente el fresado de 5 a 10 mm del extremo distal.

El objetivo del procedimiento es liberar la articulación. El código a emplear es:

0RN(G,H)(0,4)ZZ Liberación de articulación acromioclavicular (derecha, izquierda), abordaje (abierto, endoscópico percutáneo)

El fresado de la superficie articular para conseguir la liberación articular está incluido en el código. Solo si se lleva a cabo una escisión más amplia del extremo distal de la clavícula la codificaremos aparte como una Escisión de Hueso.

2. Eventroplastia con malla intraperitoneal. ¿Cómo debemos codificar una eventroplastia con malla intraperitoneal realizada en una hernia incisional? ¿Es suficiente codificarlo como suplemento de pared abdominal o debemos codificarlo de otra manera ya que están entrando en cavidad peritoneal?

RESPUESTA

Las eventraciones son soluciones de continuidad de la pared anterolateral del abdomen. Aparecen en el 10-23% de las laparotomías y entre un 3 a 8% de las laparoscopias. Su frecuencia aumenta si existió infección de la herida quirúrgica. Son más frecuentes en mujeres.

La pared anterior y lateral del abdomen consta de los siguientes planos: piel y tejido celular subcutáneo, fascia superficial, fascia profunda, músculo, fascia extraperitoneal y peritoneo. Cuando se realiza una eventroplastia con malla, ésta puede colocarse a diferentes niveles que de dentro a afuera serían: intraperitoneal, preperitoneal, retromuscular o premuscular subaponeurótica, supraaponeurótica o bien la malla se sutura a los bordes del defecto herniario.

La reparación de una eventroplastia, independientemente del plano de la pared abdominal donde se coloque la malla se codifica en la sección **0** Médico Quirúrgica, en el sistema orgánico **W** Regiones Anatómicas Generales, con el tipo de procedimiento **U** Suplemento y localización anatómica **F** Pared Abdominal, eligiendo el valor de abordaje y dispositivo en función de la documentación clínica. Respecto al dispositivo, si solo se especifica el término “malla” se aplicará el valor **J Sustituto Sintético**.¹

3. Electrodo de desfibrilador subcutáneo. ¿Me podrían indicar cómo se codifica el implante o inserción de un desfibrilador totalmente subcutáneo? Está clara la codificación de la inserción del generador o pila, pero el electrodo es subcutáneo también y no está contemplado como tal en la CIE-10-ES Procedimientos.

RESPUESTA

El desfibrilador subcutáneo consta de un generador y un electrodo que se implantan ambos en tejido subcutáneo. Está indicado en determinados casos con acceso vascular difícil o imposible, como pueden ser algunos tipos de cardiopatías congénitas en los que la utilización de los dispositivos tradicionales está limitada. También es una alternativa válida al sistema convencional endovenoso para pacientes seleccionados. Este tipo de dispositivos disminuyen las complicaciones tanto agudas como crónicas de los electrodos transvenosos.

Actualmente la clasificación no dispone del valor adecuado, específico, de Dispositivo en la tabla **OJH** para codificar la inserción del electrodo subcutáneo. Hasta que dispongamos de ese valor más específico utilizaremos el valor **P Dispositivo Relacionado con el Ritmo Cardíaco**, para codificar la inserción del electrodo subcutáneo de un desfibrilador.

4. Administración de surfactante pulmonar. En recién nacidos con síndrome de distrés respiratorio, ¿sería correcto codificar el tratamiento con surfactante mediante ventilación mecánica no invasiva (técnica también conocida por sus siglas en inglés MIST, Minimal Invasive Surfactant Therapy) con el código de procedimiento 3E0F7GC Introducción en tracto respiratorio de otra sustancia terapéutica, otra sustancia, abordaje orificio natural o artificial?

RESPUESTA

La administración de surfactante mediante técnica mínimamente invasiva, conocida como MIST por sus siglas en inglés (Minimal Invasive Surfactant Therapy) es un procedimiento que permite administrar el surfactante estando el paciente conectado a ventilación no invasiva (VNI). Cada vez más utilizada en las unidades neonatales, permite reducir el número de intubaciones y la patología asociada a la misma, a la vez que no se priva de la administración de surfactante a los pacientes que lo necesitan. Durante la realización de la técnica el paciente se encuentra en todo momento en VNI. Bajo laringoscopia directa se coloca un catéter que se introduce de 1 a 1,5 cm en la tráquea. Posteriormente se retira el laringoscopio, inmovilizando el catéter sujetándolo. Entonces se administra el surfactante a través del mismo en bolos (de 2 a 4 de 15-30 segundos cada uno). Tras ello se retira el catéter y se continúa con la VNI.²

Para su codificación se deben utilizar los siguientes códigos:

3E0F7GC Introducción en tracto respiratorio de otra sustancia terapéutica, otra sustancia, abordaje orificio natural o artificial

5A09[*]5[7,8] Asistencia de ventilación, respiratorio, con presión positiva respiratoria (continua/intermitente) de duración*

5. Angiosarcoma radio inducido. Una paciente con historia de adenocarcinoma de sigma tratado con cirugía, quimioterapia y radioterapia, presenta en la actualidad un angiosarcoma, radio inducido, en mama derecha. Su codificación nos plantea duda. Lo hemos codificado de la siguiente manera y nos gustaría saber si es correcto:

C50.911 Neoplasia maligna de localización no especificada de mama femenina derecha

W88.1XXS Exposición a otras radiaciones ionizantes, secuela

9120/3 Hemangiosarcoma

RESPUESTA

Asigne los siguientes códigos:

C50.911 Neoplasia maligna de localización no especificada de mama femenina derecha

9120/3 Hemangiosarcoma

Y84.2 Procedimiento radiológico y de radioterapia como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento

Añadiendo los códigos correspondientes para reflejar el adenocarcinoma de sigma en función de la documentación (código de historia personal o código de enfermedad actual).

6. Recién nacido a término (41+1). ¿Cómo debe codificarse la siguiente información que aparece en el informe de alta de la madre? “Recién nacido a término (41+1 semanas) de peso adecuado a la edad gestacional. Peso RN 3390 gr”. ¿Debemos considerarlo “a término” como indica el clínico? ¿O considerarlo “postérmino” como indica el Manual de Codificación?

RESPUESTA

A la hora de codificar la historia de la madre debe seguir la normativa de codificación que aparece en el capítulo 15 del Manual de Diagnósticos 2020, donde en el punto 15.1.2 CRONOLOGÍA DEL EMBARAZO, aparece una tabla que indica cómo debe codificarse el embarazo en función de las semanas de gestación. Según dicha tabla se considera Postérmino (40 + 1 día a 42 semanas de gestación).

7. Admisión para aspiración de óvulo. ¿Cómo ha de codificarse una mujer que ingresa para aspiración de óvulo por factor masculino? ¿Sería correcto asignar los siguientes códigos y en este orden?

Z31.83 Contacto para ciclo de fertilidad de reproducción asistida

Z31.81 Contacto por infertilidad en una paciente mujer, por factor masculino

RESPUESTA

la codificación que propone es correcta. El diagnóstico principal es el código **Z31.83 Contacto para ciclo de fertilidad de reproducción asistida**. Dicho código tiene una nota de instrucción que indica utilizar un código adicional para identificar el tipo de infertilidad. En este caso y al ser la infertilidad debida a factor masculino debe añadirse el código **Z31.81 Contacto para infertilidad en una paciente mujer, por factor masculino**.

8. Dedo en gatillo. Se trata de un paciente con pulgar de la mano derecha en gatillo al que realizan un “destechamiento de polea A1 a primer dedo de la mano derecha. Prolene 5/0”. ¿Sería correcto codificarlo como liberación de articulación falange o liberación de tendón?

RESPUESTA

La tenosinovitis estenosante, también conocida como tendinitis estenosante, dedo en gatillo o en resorte es una patología que provoca que uno o más dedos de la mano queden bloqueados en posición de flexión.

Cada uno de los tendones flexores pasa a través de un túnel en la palma y en los dedos, lo que le permite deslizarse sin problemas a medida que se flexiona y estira el dedo. Este túnel se llama “vaina del tendón”. A lo largo de la vaina del tendón, bandas de tejido transversales, llamadas “poleas” sostienen los tendones flexores cerca de los huesos de los dedos. Los tendones pasan a través de las poleas a medida que se mueve el dedo. La polea en la base del dedo se llama “polea A1”. En la mayoría de los casos, esta es la polea afectada en el dedo en gatillo.

En un paciente que tiene dedo en gatillo, la polea A1 se inflama o engrosa, lo que dificulta que el tendón flexor se deslice a través de ella

cuando se flexiona el dedo. Con el transcurso del tiempo, el tendón flexor también se puede inflamar y puede formarse un pequeño nódulo en la superficie.

El tratamiento quirúrgico consiste en dividir (cortar) la polea A1 para liberar el tendón flexor y que pueda deslizarse con libertad.

Esta técnica se codifica con el tipo de procedimiento Liberación en el sistema orgánico L Tendones y localización anatómica (en este caso) 7 Tendón Mano, Derecha. El código correcto sería:

0LN7*ZZ Liberación de tendón mano, derecha, abordaje*

9. Proctocolectomía total. ¿Qué códigos debemos utilizar para codificar la colectomía total hecha por laparotomía? ¿Y una proctocolectomía total hecha también por laparotomía? Nos surgen dudas a la hora de codificar estos procedimientos. En la tabla 0DT tenemos el valor de localización anatómica E Intestino Grueso, ¿en ese valor está incluido el recto? ¿O hace referencia exclusivamente al colon?

RESPUESTA

El intestino grueso está compuesto por el ciego, el colon ascendente, el colon transversal, colon descendente y por el sigma. El recto y el ano no forman parte del intestino grueso.

Cuando en el procedimiento aparece el término colectomía, colectomía total o completa se codificará con el valor “E”, Intestino Grueso, en la localización anatómica.

En la posición del abordaje debemos utilizar el valor “0” Abierto.

0DTE0ZZ Resección de intestino grueso, abordaje abierto

Siempre que se reseca el ciego (en una cecectomía, hemicolectomía derecha, o colectomía total), se incluye parte del íleon terminal y el apéndice, pero es inherente al procedimiento y no se añadirá ni la escisión de íleon ni la resección del apéndice.

En la proctocolectomía total, también llamada panproctocolectomía se realiza una colectomía total además de una resección de recto. En ese caso utilizaremos dos códigos:

0DTE0ZZ Resección de intestino grueso, abordaje abierto

0DTP0ZZ Resección de recto, abordaje abierto

No siempre el clínico refleja en el informe de alta si le han realizado una colostomía o una ileostomía, en todos los casos se debe revisar la hoja quirúrgica y añadir el código de la ostomía si ésta se ha realizado.

10. Fallo renal agudo en trasplante renal. En un paciente trasplantado renal, en el que el facultativo indica explícitamente que tiene un fallo renal agudo ¿Se debe considerar como una complicación del trasplante y por tanto codificarlo como T86.19 + N17.9? ¿o por el contrario asignaríamos únicamente el código N17.9 asumiendo que no tiene relación?

RESPUESTA

El tema de las complicaciones de un órgano trasplantado se aborda en varios epígrafes del Manual de Codificación de Diagnósticos, edición 2020. En concreto, en el punto 19.3.3b Complicaciones del trasplante renal, dice: “Los pacientes que han sido sometidos a trasplante de riñón pueden presentar alguna forma de enfermedad renal crónica (ERC) debido a que el trasplante de riñón puede no restaurar completamente la función renal. No se debe asumir que una enfermedad renal leve o moderada sea una complicación o un fallo del riñón trasplantado, a menos que así lo especifique la documentación clínica.

En estos casos debemos codificar la ERC actual con el código adecuado de la categoría **N18** y el estado de trasplante, **Z94.0 Estado de trasplante renal**.

Si un riñón trasplantado presenta alguna complicación como fallo o rechazo u otra complicación diferente, debemos asignar un código **T86.1- Complicaciones de trasplante de riñón**. Si la documentación no es clara en cuanto a si el paciente tiene una complicación del trasplante, debe consultar al clínico.

Para aquellas condiciones, excepto la ERC, que afectan a la función del riñón trasplantado, se debe asignar un código de la subcategoría **T86.1 Complicaciones de trasplante de riñón**, y un código secundario que identifique la complicación”.

En este caso un fracaso renal agudo es una afección que afecta a la función del riñón trasplantado y por tanto debe codificarse con el código que corresponda de la subcategoría **T86.1-**, en función de la etiología de la insuficiencia renal aguda. Si no existe documentación acerca de la causa de la misma el código por defecto a utilizar es el **T86.19 Otra complicación de trasplante renal**.

11. Mastectomía con reconstrucción inmediata. Según la nueva normativa (enero 2020) una mastectomía con reconstrucción inmediata (ya sea mediante prótesis o mediante injerto libre de tejido autólogo) se debe codificar ahora con dos códigos: uno para la Resección de mama y otro para la Sustitución de la misma con el dispositivo elegido. ¿Es así?

RESPUESTA

Efectivamente así es. Tal como está recogido en el Manual de Codificación de Procedimientos es necesario recoger también mediante un código separado la Resección de la mama, aunque el tipo de procedimiento Sustitución ya incluya en su definición y explicación la eliminación de la estructura nativa.

Por este motivo, lo publicado en el primer cuaderno de codificación, en el año 2016, respecto a la codificación de la mastectomía con reconstrucción inmediata no se ajusta a la normativa vigente. Puede consultar la actualización de dicho monográfico en este mismo Cuaderno de Codificación.

12. Translocación bacteriana. ¿Qué código CIE-10-ES Diagnósticos debemos utilizar para la translocación bacteriana?

RESPUESTA

La translocación bacteriana consiste en el paso de bacterias viables desde la propia luz intestinal, sin rotura de la integridad de la mucosa intestinal, a sitios extraintestinales como los ganglios linfáticos mesentéricos, la sangre, el líquido ascítico o el páncreas. Este fenómeno tiene implicaciones clínicas ya que contribuye al desarrollo de infecciones (por ejemplo la peritonitis bacteriana espontánea en pacientes cirróticos).

La aparición de translocación bacteriana supone una pérdida de la función de barrera que la pared intestinal ejerce frente a la propia flora de la luz intestinal. Se han implicado tres tipos de mecanismos necesarios para que se produzca la translocación bacteriana: las alteraciones de la flora intestinal, en concreto el sobrecrecimiento bacteriano por bacilos aerobios gram negativos, las alteraciones en la barrera intestinal y las alteraciones en los mecanismos de defensa inmunológica.

No existe en CIE-10-ES un código para este mecanismo patogénico y debe codificarse la infección a la que dé lugar.³

13. *Disbacteriosis*. ¿Qué código debemos emplear para codificar la *disbacteriosis* o *sobrecrecimiento bacteriano*?

RESPUESTA

El *sobrecrecimiento bacteriano* del intestino delgado (conocido como SIBO por sus siglas en inglés) es un síndrome de proliferación patológica de bacterias de tipo colónico en el intestino delgado. No existe una única causa para este síndrome. Anormalidades en la anatomía del intestino delgado (como pueden ser obstrucciones, divertículos o fístulas), anomalías en la motilidad (bien primarias o secundarias a una enfermedad sistémica, radiación o fármacos), alteración del pH (hipoclorhidria) o alteraciones inmunitarias contribuyen a la proliferación de bacterias coliformes y a la aparición de este síndrome.

La presentación clásica del SIBO es la esteatorrea, la distensión abdominal y la pérdida de peso, pero esta presentación es poco frecuente. Más comúnmente los pacientes se quejan de distensión, flatulencia, dolor abdominal y diarrea. En los casos más graves pueden experimentar malabsorción que conduce a la malnutrición.⁴

No existe código específico ni entrada en el IAE para este trastorno. De momento utilizaremos el código **K90.89 Otros tipos de malabsorción intestinal**.

14. *Apendicitis flemonosa*. ¿Cómo se debe codificar la expresión diagnóstica “*apendicitis flemonosa*” con CIE10ES? “*Flemonosa*” no es un modificador esencial y por tanto se codificaría como K37. Pero el término “*flemón*” en CIE10ES dice “véase Absceso”. Así que creo que se podría entender que se trata de una “*apendicitis con absceso peritoneal*” K35.33. Lo mismo se podría aplicar para las “*apendicitis agudas flemonosas*” pero agradecería que aclararan si “*flemonosa*” se considera o no equivalente a absceso y cómo se codificaría por tanto la “*apendicitis flemonosa*”.

RESPUESTA

El término *flemonosa* hace referencia a uno de los cuatro estadios evolutivos de la *apendicitis aguda* que son los siguientes:

- **Catarral o mucosa:** se caracteriza por hiperemia, edema y erosiones de la mucosa, junto a un infiltrado inflamatorio en la submucosa. El aspecto macroscópico del apéndice es normal.

- **Flemonosa o supurativa:** el aumento de presión intraluminal condiciona una isquemia de la pared que favorece la proliferación bacteriana en todas las capas. Se observan ulceraciones en la mucosa, infiltrado inflamatorio en submucosa y muscular y una serosa hiperémica recubierta de exudado fibrinoso.
- **Purulenta:** el exudado de la luz se torna purulento apareciendo microabscesos en el espesor de la pared. El apéndice está distendido pudiendo existir un exudado purulento periapendicular.
- **Gangrenosa:** aparecen zonas de necrosis que provocan la perforación y contaminación purulenta de la cavidad abdominal. Una vez producida la perforación apendicular puede producirse una peritonitis circunscrita o una peritonitis aguda difusa.

Los términos “catarral”, supurativa o “gangrenosa” son modificadores no esenciales de la entrada **Apendicitis** –aguda.

No es correcto equiparar apendicitis flemonosa a apendicitis con absceso peritoneal. La apendicitis aguda flemonosa debe codificarse como una apendicitis aguda con el código **K35.80 Apendicitis aguda no especificada**.

15. Escisión de lesión en piel de escroto, pene o vulva. ¿Cómo debemos codificar la escisión de una lesión (por ejemplo, un quiste) en piel de pene, escroto o vulva? En preguntas publicadas previamente al respecto se ha dado la siguiente respuesta: “Si la lesión está localizada en piel y en la documentación se especifica que la escisión se realiza sobre la piel del escroto debe utilizarse la tabla 0HB con la localización anatómica A Piel, Genitales. Si solo se especifica que la escisión es en escroto utilizaremos la tabla 0VB y la localización anatómica 5 Escroto”.

En la edición 2020 de CIE-10-ES ha desaparecido el valor “Piel, Genitales” (que veníamos utilizando en cirugía menor ambulatoria), y ahora ha pasado a denominarse “Piel, Inguinal”.

¿Cómo debemos codificar ahora una escisión de quiste en piel de pene?

RESPUESTA

Efectivamente se ha producido una modificación en el valor de localización anatómica **A Piel, Genitales**, en el sistema orgánico **H Piel y Mama**, que ha pasado a denominarse **A Piel, Inguinal**.

Lo publicado anteriormente sobre como codificar las lesiones que asientan en la piel sigue siendo válido y se ajusta a lo que nos indica la norma B4.2, pero con la modificación actual hecha en la clasificación nos encontramos con que no existe ningún valor de localización anatómica en el sistema orgánico H que englobe la piel de los genitales. Por ello, de momento tendremos que utilizar la localización anatómica de la estructura completa (pene, escroto, vulva) en sus correspondientes Sistemas Orgánicos.

16. *Biopsia transrectal de próstata.* En el Manual de Codificación de Procedimientos 2020 hemos visto que hace referencia a la codificación de la biopsia transrectal de próstata utilizando el abordaje 7 Orificio Natural o Artificial. Antes la codificábamos con abordaje percutáneo. ¿Existe un cambio en la normativa acerca de cómo codificar estas biopsias?

RESPUESTA

Efectivamente se ha producido un cambio en la normativa acerca de cómo codificar la biopsia transrectal de próstata. A partir de enero de 2020 se debe codificar con abordaje **7 Orificio Natural o Artificial**. Este cambio permitirá diferenciar estas biopsias de las que se realizan mediante punción por vía transperineal (que se codificarán con abordaje percutáneo).

La biopsia transrectal guiada por ecografía (técnica clásica) se realiza introduciendo una sonda de ecógrafo por el recto y guiados por esta ecografía se punciona la próstata a través del recto para tomar pequeños fragmentos de diferentes zonas de la próstata.

Codificación: 0VB07ZX Escisión de próstata, diagnóstico, abordaje orificio natural o artificial

Puede añadirse la ecografía si se desea: **BV49ZZZ Ecografía de próstata y vesículas seminales**

17. *Biopsia de próstata por fusión.* Tenemos dudas sobre cómo se codifica la biopsia de próstata por fusión. ¿Es una técnica percutánea a través de perineo? ¿Y qué códigos secundarios habría que añadir? ¿RMN y ECO?

RESPUESTA

La biopsia perineal guiada mediante Fusión de Resonancia Magnética Nuclear (RMN) y ecografía es una técnica que se ha desarrollado en los últimos años y que permite diagnosticar un número más elevado de cánceres agresivos que hubieran pasado desapercibidos con la biopsia clásica. Se realiza inicialmente una RMN multiparamétrica de próstata y si se detectan zonas sospechosas se ofrece al paciente la realización de una biopsia prostática guiada por fusión de imagen RMN-Ecografía. En el momento de la biopsia se introduce una sonda de ecógrafo a través del recto. Con la ecografía captamos las imágenes de la próstata en tiempo real. El ecógrafo debe de disponer de un sistema informático –software de fusión– que permita superponer las imágenes obtenidas con la RMN y las obtenidas por la ecografía. Esta fusión de imágenes nos ofrece una imagen en 3D de la próstata muy precisa y permite dirigir la aguja para puncionar las zonas sospechosas de presentar carcinoma. Así se puncionan solo las zonas sospechosas y con precisión.⁵

Codificación: 0VB03ZX Escisión de próstata, diagnóstico, abordaje percutáneo

Puede añadirse la ecografía de próstata si se desea: **BV49ZZZ Ecografía de próstata y vesículas seminales**

En general la RMN suele hacerse previamente al momento de la biopsia, en un episodio o contacto previo. Debe codificarse por tanto en el momento de realizarse (no en el episodio de la biopsia si ha sido hecha con anterioridad).

(BV33Z Imagen por resonancia magnética (rm) de próstata)**

18. Retractores de iris. Se trata de un paciente al que se opera de cataratas y por presentar mala midriasis tienen que utilizar retractores de iris. ¿Se codifica su utilización? Si se codifica mi propuesta sería 08U(-C,D)3JZ como suplemento en iris y la mala midriasis como H57.04.

RESPUESTA

Para poder realizar la faecoemulsificación y conseguir la correcta colocación y estabilidad de la lente intraocular (LIO) es preciso que la dilatación pupilar sea la adecuada. Obtener una buena midriasis reduce significativamente el riesgo de complicaciones y permite al cirujano realizar

una facoemulsificación más segura. Los ganchos retractores de iris son dispositivos de dilatación mecánica que se utilizan en ocasiones cuando no se ha conseguido obtener una adecuada midriasis preoperatoria por otros métodos.

Estos ganchos retractores forman parte del instrumental necesario para realizar la cirugía, se retiran al terminar la misma, y por lo tanto, no precisan codificación añadida.

En cuanto al diagnóstico debe buscar en la documentación clínica la causa responsable de la mala midriasis y codificarla en función de la misma (síndrome del iris flácido, causas farmacológicas, pseudoexfoliación, etc.).

19. Colocación de yeso pelvipédico. ¿Cuál sería la codificación correcta para la colocación de yeso pelvipédico en una fractura desplazada de tercio medio de fémur derecho en un lactante de 2 meses? En teoría se inmovilizan ambas extremidades inferiores y pelvis, pero ¿el objetivo sería la inmovilización del muslo derecho en este caso, para que se forme un callo de consolidación? es decir, ¿sin realizar una reducción cerrada de la fractura? ¿Podría ser este un código válido: 2W3NX2Z?

RESPUESTA

El tratamiento de las fracturas de fémur en niños es diferente al de los adultos ya que se trata de un hueso en crecimiento y variará en función de la edad, grado de desplazamiento y complejidad de la fractura. Por tanto debe revisarse muy bien la documentación para poder saber qué es lo que se ha hecho para tratarla.

En los casos de una fractura desplazada en la que se realiza una reducción de la misma y después se inmoviliza con un yeso solo se codifica la reducción con el tipo de procedimiento REPOSICIÓN, estando el yeso o escayola incluida en el procedimiento y no precisando codificación aparte.

Si no se ha realizado la reducción de la fractura y la colocación del yeso o escayola es el tratamiento realizado utilizaremos un código de la sección 2 Colocación, y tipo de procedimiento 3 Inmovilización.

El yeso pelvipédico incluye generalmente ambos miembros inferiores, y respeta la zona perineal. Suele alcanzar hasta la rodilla en el miem-

bro inferior sano y hasta el tobillo en el miembro fracturado, dejando el pie libre.⁶ En el caso que usted plantea el objetivo es inmovilizar el fémur derecho que es el fracturado por lo que el valor de localización anatómica que debemos elegir es N Muslo, Derecho, y el código a aplicar:

2W3NX2Z Inmovilización de muslo, derecho, con escayola.

20. *Polipectomía con Versapoint.* Paciente que ingresa para histeroscopia por pólipos endometriales. Se realiza histeroscopia quirúrgica más polipectomía con Versapoint y legrado uterino. Tenemos dudas a la hora de codificar el procedimiento de polipectomía endometrial, ya que la Escisión (0UB98ZZ) nos lleva a utilizar como localización anatómica “útero” (no hay endometrio) y puede confundirse con la escisión de miomas. Otra posibilidad sería codificarlo como Extracción (0UDB8ZZ) o Destrucción (0U5B8ZZ).

RESPUESTA

El generador bipolar Versapoint es un microelectrodo de 5 Fr (1,6 mm) de diámetro y una longitud de 36 cm. La electrocirugía es la aplicación de una corriente alterna de alta frecuencia que crea un efecto térmico en los tejidos. Según la temperatura alcanzada se obtiene un efecto de corte o coagulación. El pólipo es escindido mediante corte, por lo que el tipo de procedimiento adecuado es Escisión y la localización anatómica adecuada en este caso es **9 Útero (0UB98ZZ Escisión de útero, abordaje orificio natural o artificial endoscópico)**, si además realizan como se indica en su pregunta un legrado uterino, tendrán que codificar también el procedimiento de Extracción **0UDB8Z* Extracción de endometrio, abordaje orificio natural o artificial endoscópico** (*eligiendo el valor de calificador que corresponda en función de si el legrado es diagnóstico o no).

21. *Entradas a un código en el Índice Alfabético.* Tengo dificultades a la hora de localizar a través del índice alfabético la entrada para el código de la hipertrofia de cornetes. Sé que el código es J34.3 Hipertrofia de los cornetes nasales. ¿Cómo puedo conocer las entradas del Índice Alfabético?

RESPUESTA

La aplicación eCIEmaps dispone de la función “búsqueda libre”. A través de esta herramienta podrá localizar las entradas existentes para un código.

Para ello introduzca en el campo de búsqueda el código deseado, en este caso **J34.3** y a continuación pinche la opción “búsqueda libre”. La aplicación le devolverá todas las entradas que existen en el Índice Alfabético para localizar el código.

22. Barro biliar. Es habitual encontrarse en los informes con el diagnóstico de “barro biliar”, o con procedimientos en los que indican que solo encuentran barro biliar. ¿Cómo debe codificarse el diagnóstico de barro biliar? ¿Cómo una coledocistitis? ¿Cómo otro trastorno de la vía biliar? ¿Y la extracción mediante CPRE de barro biliar?

RESPUESTA

El barro biliar está formado por partículas microscópicas de colesterol, sales de calcio, bilirrubina y otros materiales que no llegan a formar cálculos. Ocurre habitualmente como resultado de la concentración de bilis en la vesícula biliar. El lodo biliar a menudo afecta a pacientes embarazadas o a pacientes obesas que han sufrido una rápida pérdida de peso (incluso como resultado de una cirugía) o después de la administración de nutrición parenteral total (NPT).

El barro en la vesícula biliar se codifica con el código **K82.8 Otras enfermedades especificadas de vesícula biliar**, y si es en vías biliares con el código **K83.8 Otras enfermedades especificadas de tracto biliar**.

La CPRE para extracción de barro biliar se realiza con el objetivo de eliminar una sustancia de desecho. El tipo de procedimiento adecuado es Extirpación.

0FC*8ZZ Extirpación en (localización anatómica), abordaje orificio natural o artificial endoscópico

23. Aféresis para terapia CART. ¿Cuál sería el código correcto para la aféresis de linfocitos T necesaria para la terapia CART?

RESPUESTA

La terapia de células CAR-T (Chimeric Antigen Receptor T-Cell o receptor de antígeno quimérico de células T) consiste en extraer linfocitos T del paciente (células del sistema inmunitario) mediante aféresis, una técnica que permite la separación de los componentes de la sangre y la obtención de una determinada cantidad de linfocitos. Estos son modificados posteriormente para que reconozcan y ataquen las células tumorales, y se vuelven a transferir al cuerpo del paciente para que, tras ser reprogramados, puedan reconocer, atacar y destruir las células cancerosas.

Los linfocitos T son un tipo de leucocito. La aféresis se realiza mediante un sistema de recogida (leucaféresis) por el que se obtienen los glóbulos blancos de la sangre, incluyendo las células T. Estas células son enviadas para ser modificadas y posteriormente criopreservadas.⁷

El código adecuado para la aféresis de linfocitos T es el siguiente:

6A55(0,1)Z1 Aféresis, circulatorio, de leucocitos, (único o múltiple)

24. Catarata madura. Nos encontramos con frecuencia en los informes de alta de cirugía oftalmológica con un término clínico empleado para describir la catarata y que no es modificador esencial ni no esencial, es el caso de catarata madura. Si en un informe clínico solo especifica catarata madura sin más información. ¿Qué código de diagnóstico sería el adecuado?

RESPUESTA

Las cataratas en los adultos se clasifican en inmaduras, maduras e hiper-maduras. El cristalino que aún mantiene áreas claras se denomina catarata inmadura. Una catarata madura es completamente opaca, mientras que la catarata hipermadura tiene una superficie líquida que se filtra a través de la cápsula y puede causar inflamación de otras estructuras en el ojo. El concepto por tanto de catarata madura tiene que ver más con la evolución de la catarata que con el tipo específico de la misma. Si bien en la clasificación (y en índice alfabético) la catarata hipermadura sin otra especificación, es considerada como catarata relacionada con la edad tipo Morgagni, en el caso de la catarata madura sin otro tipo de información deberá codificarla como catarata inespecífica.

Bibliografía

1. Martín M del C, Marín J, Gallardo A, Marrero S, Fernández A, Galindo A. Hernia primaria-incisional de pared abdominal. Tipos de reparaciones protésicas abiertas. Cirugía Andaluza [Internet]. 2013 [citado 15 junio 2020];(24):263-266. Disponible en: <https://bit.ly/3d2jnII>
2. Canals F, Vizcaíno C, Ferrández M, Serrano M, Vázquez C, Quiles J. Terapia con surfactante con técnica mínimamente invasiva: experiencia en un hospital terciario. Anales de Pediatría [Internet]. 2016 [citado 15 junio 2020];(2):79-84. Disponible en: DOI: 10.1016/j.anpedi.2015.04.013
3. Soriano G, Guarner C. Prevención de la translocación bacteriana mediante probióticos y prebióticos. Gastroenterología y Hepatología [Internet]. 2003 [citado 15 junio 2020];(S1):23-30. Disponible en: <https://bit.ly/3hyd0sm>
4. Papponetti M. ¿Qué es el SIBO? Sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado [Internet]. IntraMed. 2020 [citado 15 junio 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3homCY1>
5. Rodríguez-Vela L. Biopsia de próstata por fusión RMN-Ecografía [Internet]. Instituto Urología y Medicina Sexual. 2020 [citado 15 junio 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2MZGPFw>
6. García-Albea R, Sánchez-Martos M, Farrington-Rueda D, Almeida-González C. Uso de yeso pelvipédico inmediato en fracturas femorales pediátricas. Revista de la Sociedad Andaluza de Traumatología y Ortopedia [Internet]. 2014 [citado 15 junio 2020];(31):45-52. Disponible en: <https://bit.ly/2B6ev1F>
7. Inmunoterapia CAR-T 19 [Internet]. Sant Joan de Déu-Hospital-Barcelona. 2020 [citado 15 junio 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2YDXVOy>

Información y dudas sobre codificación

Se autoriza la reproducción total o parcial de los Cuadernos de Codificación CIE-10-ES siempre que sea para uso no comercial y haciendo referencia al documento: “Subdirección General de Información Sanitaria. Cuadernos de Codificación CIE-10-ES. Madrid. Ministerio de Sanidad”.

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: <https://eciemaps.mscbs.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:

<https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/question/question.html>

Para otras informaciones, puede dirigirse al Servicio de Información de Actividad Sanitaria Subdirección General de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad. Pº del Prado, 18-20. 28014 MADRID. E-mail: icmbd@mscbs.es



GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD

www.mscbs.gob.es