

CODIFICACIÓN CLÍNICA CON LA CIE-9-MC

ACTUALIZACIÓN EN LA CODIFICACIÓN
DEL DOLOR Y DE LOS
PROCEDIMIENTOS EN COLUMNA

UNIDAD TÉCNICA DE LA CIE-9-MC PARA
EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Boletín número 37

Año XVI

Marzo, 2012



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

Codificación Clínica con la CIE-9-MC

Actualización en la
codificación del dolor y de los
procedimientos en columna

Coordinación editorial:

Mercedes Álvarez Bartolomé

Dolores Pastor Sanmillán

Realizado por:

María Soledad Acedo Gutiérrez. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Esther González García. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Sira Rodríguez Sánchez. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Lorenza Vicente Fatela. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Daniel Samper Bernal. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona.

M. Gloria Rey García. Unidad de Codificación. C.H.U. de Vigo.

José A. Falagán Mota. Servicio de Doc. Clínica de Gestión. C.H. de Pontevedra.

María L. Chorén Durán. Unidad de Codificación. Hospital Povisa de Vigo.

Representantes de la Unidad Técnica:

Araceli Díaz Martínez (Andalucía). M^a Dolores del Pino Jiménez (Aragón). Ana Rocés Fernández (Asturias). M^a José Santos Terrón (Baleares). M^a Coromoto Rodríguez del Rosario (Canarias). Ángel Río Varona (Cantabria). M^a Paz Parras Partido (Castilla-La Mancha). Teresa Santos Jiménez (Castilla y León). Rosa Montoliú Valls (Cataluña). Belén Beneitez Moralejo (Extremadura). Guillermo Rodríguez Martínez (Galicia). Lorenzo Echeverría Echarri (La Rioja). Sara Hernández Gutiérrez (Madrid). M^a Gala Gutiérrez Miras (Murcia). Blanca Salcedo Muñoz (Navarra). M^a Isabel Mendiburu Pérez (País Vasco). Jorge Renau Tomás (Valencia). Carmen Salido Campos (Ministerio de Sanidad). Arturo Romero Gutiérrez (Ministerio de Sanidad). Isabel de La Riva Jiménez (SEDOM).

Secretaría:

M^a José Aguilera Molina

Ester Salmador Baraibar

Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

Secretaría General Técnica

Centro de Publicaciones

Paseo del Prado, 18. 28014 Madrid

NIPO en línea: 680-12-052-X

Imprime: MIJÁN, Industrias Gráficas Abulenses

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

Índice

Prólogo	7
I. Codificación clínica del dolor	9
1. Introducción	
2. Codificación de diagnósticos: normas generales de codificación	9
3. Dolor agudo	10
4. Dolor crónico	13
5. Dolor postraumático o debido a traumatismo	14
6. Dolor postoperatorio	15
7. Dolor debido a dispositivos, implantes e injertos	16
8. Dolor oncológico o relacionado con neoplasia	17
9. Dolor neuropático	18
10. Síndrome de dolor crónico	22
11. Dolor psicógeno	23
12. Otros tipos de dolor	23
13. Dolor de origen musculoesquelético en la columna vertebral	25
14. Codificación de procedimientos	34
Autores y Bibliografía	58
II. Procedimientos sobre la columna vertebral	61
1. Procedimientos sobre el disco intervertebral	61
2. Procedimientos sobre la vértebra	70
3. Procedimientos de conservación de la movilidad de la columna	92
Autores y Bibliografía	103
III. Preguntas a la unidad	105
IV. Información y dudas sobre codificación	125

El Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) debe recoger con la máxima fiabilidad y exactitud lo acontecido en el episodio clínico-asistencial. Esta es la razón primordial de las actualizaciones periódicas no sólo de la CIE9MC sino también de las publicaciones monográficas en forma de Boletines de Codificación.

La transcripción del lenguaje clínico contenido en los informes de alta a códigos es, en ocasiones, una tarea difícil por la dificultad que tiene la incardinación de los dos ámbitos, la codificación y la clínica. La Unidad Técnica de la CIE9MC ha conseguido la colaboración entre documentalistas expertos y especialistas que se materializa en monografías específicas.

Con esta filosofía, en este boletín se aborda la compleja codificación del dolor haciendo hincapié en las definiciones, criterios de inclusión con ejemplos clarificadores de la aplicación de las normas de codificación de manera que se facilite la recogida de la información. Este trabajo ha sido elaborado por miembros de la Unidad del dolor del Hospital 12 de Octubre de Madrid en colaboración con la Sociedad Española del Dolor.

Además se incluye una revisión exhaustiva de los procedimientos sobre la columna vertebral realizada colaborativamente por los responsables de los servicios de documentación clínica de los hospitales CHU de Vigo, C.H. de Pontevedra y Hospital Povisa de Vigo con el asesoramiento del Jefe de Servicio de Traumatología del CHU de Vigo.

Desde la Unidad Técnica queremos agradecer una vez más, el trabajo desinteresado de todos los profesionales que nos ayudan en la tarea, siempre difícil, de la generación de materiales divulgativos relacionados con la codificación clínica.

I. Codificación Clínica del Dolor

1. Introducción

La IASP¹ define el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño.” Esta es la definición hoy por hoy más aceptada. El dolor es siempre subjetivo. Cada individuo aprende el significado de la palabra a través de experiencias relacionadas con un daño en las etapas iniciales de la vida. Desde un punto de vista biológico, el estímulo que produce el dolor indica que su causa podría dañar los tejidos, es por tanto una información del sistema nervioso sobre todo lo que suponga una amenaza para la vida. Pero no es solo una sensación subjetiva, sino que al ser esa sensación siempre desagradable se convierte en una experiencia emocional, en sufrimiento. Esta definición incluye el dolor no originado por un daño tisular o sin causa patológica, esto es, el dolor psicógeno, ya que al ser una sensación subjetiva, no se puede diferenciar de la provocada por daño tisular.

Existen varios sistemas de clasificación, entre ellos el basado en los criterios de la IASP o en los de la OMS (CIE-9). Estas clasificaciones permiten disponer de un lenguaje normalizado permitiendo que los clínicos e investigadores puedan realizar análisis comparativos con los mismos criterios, pero no reflejan aspectos psicopatológicos, es decir, criterios que engloben trastornos cognitivo-conductuales, medioambientales, sociales, etc. que acompañan muchas veces al dolor, ni la terminología que se utiliza actualmente en la clínica.

¹ La IASP (International Association for the Study of Pain) se crea en el año 1975 como Asociación Mundial de los Especialistas en Dolor y su órgano de expresión es la revista Pain, cuyo capítulo en español fue creado en el año 1990. El desarrollo y adopción de nuevas definiciones, la revisión de términos universalmente aceptados y la clasificación de los síndromes dolorosos están entre los objetivos más importantes de la IASP. Por ello se creó el Subcomité de Taxonomía presidido por H. Menskey y un sistema de codificación centrado, sobre todo, en las manifestaciones físicas del dolor.

Cuando se comienza a codificar el dolor como enfermedad, las primeras dificultades que se encuentran con la CIE9MC es que no existía ninguna categoría específica que englobara todos los aspectos del mismo (aspectos biológicos, fisiológicos, conductuales, medioambientales y sociales). La CIE9MC permitía localizar la estructura anatómica afectada por el dolor, pero no aportaba información sobre las características del mismo, es decir, no se podía referenciar si trataba de un dolor agudo o crónico, o de si estaba relacionado con una neoplasia o con un proceso postquirúrgico. Para clasificar estos y otros aspectos relacionados con el dolor, la ICD9CM incorporó en el año 2006 (6ª edición CIE9MC 2008 en España) la categoría 338, “Dolor no clasificado bajo otros conceptos”, incluida en el Capítulo 6 de Enfermedades del Sistema Nervioso y Órganos de los Sentidos (320-389).

Con este monográfico se quiere facilitar a los profesionales la codificación del dolor, tanto en su vertiente diagnóstica como terapéutica y unificar criterios, para intentar utilizar un mismo lenguaje y poder realizar análisis que reflejen la realidad de la práctica clínica.

2. Codificación de diagnósticos: Normas Generales de Codificación

2.1. Información general sobre la codificación del dolor

- Los códigos de la categoría 338, a menos que se indique expresamente lo contrario, se deben utilizar en combinación con códigos de otras categorías y capítulos para documentar mejor la información sobre el dolor agudo y crónico y el dolor neoplásico.
- Si el dolor no se especifica como agudo o crónico, no deben asignarse códigos de la categoría 338, excepto para el dolor postorotomía, el dolor postoperatorio, el dolor neoplásico o el síndrome de dolor central.
- No se debe asignar un código de las subcategorías **338.1 Dolor agudo** o **338.2 Dolor crónico** cuando se conoce el diagnóstico

de la patología subyacente que lo produce y de la cual el dolor forma parte de sus síntomas habituales, a menos que la consulta o el ingreso se realicen para el tratamiento o control del dolor o que durante dicho contacto sanitario el dolor haya precisado una evaluación o un tratamiento específico.

2.2. Secuencia de los códigos de la categoría 338

- Los códigos de la categoría 338 se utilizarán como diagnóstico principal cuando el control o tratamiento del dolor, sea la razón del ingreso o consulta. La patología subyacente del dolor en estos casos, deberá ser registrada como un diagnóstico secundario.

Paciente con intenso dolor agudo de espalda debido a hernia de disco intervertebral lumbar.
Acude a la consulta del dolor para bloqueo epidural con esteroides y anestésicos locales.

338.19 Otro dolor agudo

722.10 Desplazamiento de disco intervertebral lumbar sin mielopatía

03.91 Inyección de anestésico en el conducto espinal para analgesia

03.92 Inyección de otro agente en canal espinal

99.23 Inyección de esteroide

- Cuando el motivo del ingreso o consulta es la realización de un procedimiento cuyo objetivo sea el tratamiento de la patología subyacente que produce el dolor (ej: fusión espinal por fractura vertebral), se debe asignar el código de dicha patología como el diagnóstico principal no debiendo asignarse códigos de la categoría 338, salvo que durante el ingreso, necesite tratamiento específico distinto a la analgesia habitual para el control del dolor.
- Cuando el motivo del ingreso o consulta es el tratamiento de la patología subyacente y durante el ingreso es preciso realizar un tratamiento o procedimiento (p.e. neuroestimulador) para el control del dolor, se asignará como diagnóstico principal el código de la patología subyacente y como diagnóstico secundario el código de dolor correspondiente.

Paciente que ingresa para tratamiento quirúrgico de hernia discal lumbar, durante el ingreso presenta cuadro de dolor agudo que precisa la inserción de un neuroestimulador para control del mismo, descartándose la intervención quirúrgica.

722.10 Desplazamiento de disco intervertebral lumbar sin mielopatía

338.19 Otro dolor agudo

V64.3 Procedimiento quirúrgico o de otro tipo no realizado por otros motivos

86.96 Inserción o sustitución de neuroestimulador generador de pulsos

03.93 Colocación o sustitución de cable(s) de neuroestimulador medula

- Cuando un paciente ingresa o consulta para la realización de un procedimiento para el tratamiento del dolor se asignará como diagnóstico principal el código de dolor correspondiente.

Paciente que ingresa para inserción de un neuroestimulador de un solo electrodo para control de dolor lumbar crónico por desplazamiento de disco intervertebral sin mielopatía.

338.29 Otro dolor crónico

722.10 Desplazamiento de disco intervertebral lumbar sin mielopatía

86.94 Inserción o sustitución de neuroestimulador generador de pulsos de un solo electrodo, no especificado como recargable

03.93 Colocación o sustitución de cable(s) de neuroestimulador medular

2.3. Uso de los códigos de la categoría 338 en combinación con códigos de localización específica del dolor

Los códigos de la categoría 338 se deben usar junto con códigos que identifiquen la localización del dolor (incluyendo códigos del capítulo 16) para completar la información, por ejemplo, si un código describe el lugar del dolor, pero no describe completamente si el dolor es agudo o crónico. La secuencia de los códigos de la categoría 338 con los códigos de localización específica del dolor (incluyendo los códigos del capítulo 16), dependerá del motivo del ingreso o consulta de la manera siguiente:

- Si el motivo de consulta o ingreso es el control del dolor, se asignará el código correspondiente de la categoría 338 seguido por el código que identifique el lugar específico del dolor.

- Si el ingreso o la consulta están motivados por cualquier otra razón diferente al tratamiento o control del dolor y no se ha establecido un diagnóstico definitivo relacionado, se asigna el código de localización específica del dolor en primer lugar, seguido por el código correspondiente de la categoría 338.

Paciente que presenta dolor abdominal generalizado crónico de origen no establecido. Ingresa para diagnóstico y evaluación de la enfermedad, no llegándose a un diagnóstico definitivo y quedando pendiente de pruebas diagnósticas.

789.07 Dolor abdominal generalizado

338.29 Otro dolor crónico

3. Dolor agudo

El dolor agudo es el desencadenado por la lesión de los tejidos y por la activación de los nociceptores en el sitio del daño local. El dolor agudo dura un lapso de tiempo relativamente limitado y por lo común desaparece cuando se resuelve la alteración que lo provocó. Se observa después de traumatismos, intervenciones quirúrgicas y algunos cuadros patológicos (ej. inflamaciones).

Dentro de la categoría 338, el código correspondiente al dolor agudo es el 338.1. Siempre debe utilizarse un quinto dígito que identifique el origen del dolor:

338.11 Dolor agudo debido a trauma

338.12 Dolor agudo postoracotomía

338.18 Otro dolor agudo postoperatorio

338.19 Otro dolor agudo. (Excluye el relacionado con neoplasia 338.3)

4. Dolor Crónico

El dolor crónico suele definirse como aquel que se mantiene durante más de tres meses (para algunos autores más de seis) o perdura más allá de su curso habitual. El dolor crónico es aquel que persiste y es despro-

porcionado al proceso que lo origina, no evolucionando a la curación. En el paciente con dolor crónico el síntoma es la enfermedad, con el tiempo el dolor no sólo no desaparece sino que se desarrolla un cuadro de sensibilización no existiendo a menudo una correspondencia entre el sufrimiento experimentado y la magnitud de la lesión. No hay un tiempo claramente definido para que el dolor se convierta en crónico, debiendo estar documentada dicha condición en el informe clínico. El dolor crónico se clasifica en la subcategoría 338.2.

Al igual que en el dolor agudo, es necesario utilizar siempre un quinto dígito:

338.21 Dolor crónico debido a trauma

338.22 Dolor crónico postoracotomía

338.28 Dolor crónico postoperatorio

338.29 Otro dolor crónico. (Excluye el relacionado con neoplasia 338.3)

5. Dolor postraumático o debido a traumatismo

Es el dolor que resulta de traumatismos graves, como por ejemplo traumatismo, torácico, abdominal o pélvico, quemaduras, fracturas óseas. El dolor se encuentra habitualmente de manera constante desde el momento de la lesión hasta la corrección de la misma (a menudo por medios quirúrgicos) y desde el momento que comienza la rehabilitación hasta que se recupera el funcionamiento normal. Así pues existe una fase aguda o de recuperación y otra de rehabilitación o crónica.

El dolor postraumático se codifica 338.11 si es agudo y 338.21 si es crónico. Se considerará diagnóstico principal si el dolor es el motivo de la consulta o el ingreso. Debe añadirse un código adicional para especificar el tipo de traumatismo.

Ingreso para control y tratamiento de dolor agudo secundario a aplastamiento vertebral lumbar tras traumatismo.

338.11 Dolor agudo debido a trauma.

805.4 Fractura de columna vertebral lumbar sin mención de lesión medular.

E928.9 Accidentes no especificados.

Ingreso para control de dolor crónico localizado en muñeca secundario a fractura de Colles hace 9 meses.

338.21 Dolor crónico debido a trauma

719.44 Dolor articular en mano

905.2 Efecto tardío de fractura de extremidad superior.

E989 Efectos tardíos de lesión, sin determinarse si fue infligido de forma accidental o intencionada

6. Dolor postoperatorio

Es el dolor que se produce después de una cirugía. El dolor quirúrgico origina una respuesta endocrina que se traduce en una mayor secreción de corticoides, catecolaminas y otras hormonas propias de una respuesta de estrés, que puede influir en la morbilidad y la mortalidad perioperatoria.

El dolor postoracotomía y otros dolores postoperatorios se clasifican en las subcategorías 338.1 y 338.2, dependiendo de si el dolor es agudo o crónico. Por defecto, los dolores postoperatorios no especificados como agudos o crónicos, se codifican como agudos.

- Dolor postoperatorio no asociado con complicación postoperatoria específica.

Al dolor postoperatorio no asociado con una complicación postoperatoria específica se le asigna el código de dolor postoperatorio correspondiente de la categoría 338.

- Dolor postoperatorio asociado con complicación postoperatoria específica.

El dolor postoperatorio asociado con una complicación postoperatoria específica se codificará con el código correspondiente a la complicación que se haya producido, añadiéndose el código apropiado de la categoría 338 para identificar el dolor agudo o crónico.

Paciente que presenta dolor inguinal crónico por suturas metálicas de la malla permanentes tras reparación de hernia inguinal izquierda.

998.89 Otras complicaciones especificadas

338.28 Otro dolor crónico postoperatorio

789.04 Dolor abdominal, cuadrante inferior izquierdo

E878.8 Otras intervenciones y técnicas quirúrgicas especificadas

- **Dolor postoperatorio como diagnóstico principal.**
El dolor postoperatorio será registrado como diagnóstico principal cuando el motivo del ingreso o consulta sea el tratamiento o control de dicho dolor.
- El dolor postoperatorio habitual o esperado inmediatamente después de una cirugía no debe codificarse. Sin embargo, cuando el paciente desarrolla dicho dolor postoperatorio con inusual o desproporcionada intensidad y así es documentado por el médico responsable, sí debe ser codificado.

7. Dolor debido a dispositivos, implantes e injertos

El dolor asociado con dispositivos, implantes o injertos colocados en un lugar quirúrgico (por ejemplo prótesis de cadera dolorosa) precisa de dos códigos, uno el código del capítulo 17 para describir la complicación y se utilizará además un código de la categoría 338 para identificar el tipo de dolor. Debe añadirse además un código V para identificar la localización anatómica en la que se encuentra el dispositivo, prótesis etc.

Dolor agudo en rodilla secundario a subluxación de prótesis de rodilla.

996.42 Luxación de prótesis articular

338.18 Dolor agudo postoperatorio

719.46 Dolor articular en pierna

V43.65 Estado de sustitución de articulación de rodilla

E878.1 Intervención quirúrgica con implante de dispositivo como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de accidente en el momento de la intervención.

Dolor crónico en cadera secundario a prótesis de cadera dolorosa, se decide intervención quirúrgica para recambio de prótesis.

996.77 Otra complicación por prótesis interna de articulación

338.28 Otro dolor crónico postoperatorio

719.45 Dolor articular en cadera

E878.1 Intervención quirúrgica con implante de dispositivo como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de accidente en el momento de la intervención.

V43.64 Estado de sustitución de articulación de cadera.

8. Dolor oncológico o relacionado con neoplasia

El dolor oncológico es el producido por una neoplasia, cáncer o tumor. Incluye el dolor que depende de la evolución de la enfermedad y el debido a los tratamientos.

El dolor documentado como relacionado, asociado o debido a una neoplasia maligna tanto primaria como secundaria (metástasis) tiene código propio y se asigna tanto para el dolor agudo como crónico, **338.3 Dolor (agudo) (crónico) relacionado con una neoplasia.**

Este código se asignará como diagnóstico principal cuando el motivo del ingreso o consulta esté documentado como manejo o control del dolor y la neoplasia debe ser registrada como un diagnóstico adicional.

Cuando la razón del ingreso o consulta sea para tratamiento, diagnóstico o seguimiento de una neoplasia y el dolor asociado con la misma también esté documentado, el código 338.3 se asignará como diagnóstico secundario. El código del dolor por sitio no se debe asignar ya que la topografía de la neoplasia proporciona información de la localización del dolor.

Ingreso para control de dolor crónico oncológico localizado a nivel abdominal secundario a carcinoma de páncreas.

338.3 Dolor (agudo)(crónico) relacionado con una neoplasia

157.9 Neoplasia maligna de páncreas de localización no especificada.

M8010/3 Carcinoma NEOM

Ingreso para estudio por dolor agudo en fémur derecho en paciente en tratamiento de adenocarcinoma prostático, siendo diagnosticado de metástasis ósea en fémur. Durante el ingreso precisa la valoración y tratamiento por la unidad del dolor.

198.5 Neoplasia maligna secundaria de huesos y médula ósea

M8140/6 Adenocarcinoma metastásico

338.3 Dolor (agudo)(crónico) relacionado con una neoplasia

185 Neoplasia maligna de próstata

M8140/3 Adenocarcinoma NEOM

9. Dolor Neuropático

El dolor neuropático es el causado por una lesión o disfunción del sistema de transmisión del dolor, es decir del sistema nervioso, bien a nivel del sistema nervioso central, periférico o del sistema simpático. La codificación del dolor neuropático sigue los criterios definidos en las normas generales (punto 1.1) que son aplicables a todas las entidades que se describen a continuación.

Dolor neuropático de origen central

Es el dolor iniciado o causado por una lesión primaria o disfunción del sistema nervioso central. La lesión se puede localizar a nivel de la médula espinal, denominándose dolor central por lesión medular o dolor mielopático, cuya causa puede ser por ejemplo una sección medular (apareciendo dolor por debajo de la lesión), una mielitis transversa en una esclerosis múltiple o una siringomielia. También la lesión puede localizarse a nivel cerebral, por encima de la unión bulbomedular, tanto a nivel de la corteza como del tálamo (dolor talámico), cuya etiología suele ser vascular (ictus).

Existe un código específico para el dolor de origen central, el **338.0 Síndrome de dolor central**. Se debe añadir un segundo código que indique la patología subyacente.

Dolor crónico neuropático central debido a siringomielia.

338.0 Síndrome de dolor central

336.0 Siringomielia y siringobulbia

Dolor neuropático de origen periférico

Es el dolor iniciado o causado por una lesión primaria o disfunción del sistema nervioso periférico, es decir, raíces nerviosas, plexos nerviosos y nervios.

- La **radiculopatía** o radiculitis es el dolor provocado por la distensión de las raíces cervicales o lumbares debido, por ejemplo, a la compresión de un disco o una prominencia ósea. Es un dolor distribuido por un dermatoma, se acentúa con las maniobras de estiramiento, se acompaña de hipoestesia y a veces de pérdida de fuerza.

IAE

Dolor(es) (de), doloroso (a)

- radicular

- raíz

Radiculopatía

Radiculitis

Los códigos varían según la localización:

- Braquial o cervical (Síndrome radicular de miembros superiores) 723.4
- Torácica 724.4
- Lumbar/lumbosacra (Síndrome radicular de miembros inferiores) 724.4
- No especificada 729.2

Se excluyen las producidas por espondilosis (721.0-721.9), trastornos del disco intervertebral (722.0-722.9) o por vértebras colapsadas (codificar según causa).

- La **plexopatía** hace referencia a la lesión de un plexo nervioso. A nivel de las extremidades, las ramas anteriores de los nervios espinales forman unas complejas redes nerviosas, llamadas plexos nerviosos, distinguiéndose el plexo cervical, braquial y lumbosacro. Aparece dolor en el territorio de inervación del plexo correspondiente, asociándose alteraciones sensitivas y motoras. La etiología puede ser postraumática, por compresión, post-radioterapia, entre otras.

IAE

Plexitis braquial 353.0

Plexo braquial, síndrome de 353.0

Lesión

- plexo lumbosacro 353.1

- La **neuritis o neuralgia** se define como el dolor en el territorio de distribución de uno o varios nervios. En general, si se afecta un solo nervio se habla de mononeuritis y si se afectan varios de polineuropatía o polineuritis.
 - Las **mononeuritis**, dolor en el territorio de un solo nervio, se encuentran codificadas en las categorías **354 Mononeuritis de miembro superior y mononeuritis múltiple** y **355 Mononeuritis de miembro inferior y sitio no especificado**. Excluyen la neuralgia o neuritis del nervio ciático o comúnmente conocida como ciática (724.3). Algunos ejemplos, frecuentes en la práctica clínica, son:
 - Neuritis del nervio mediano, de la palma de la mano o palmar 354.1
 - Neuralgia ilioinguinal 355.8
 - Meralgia parestésica 355.1
 - Neuralgia, neuroma o metatarsalgia de Morton (lesión del nervio plantar) 355.6
 - Neuralgia intercostal 353.8
 - Neuralgia occipital 723.8
 - Neuralgia postherpética 053.19. (Excluye neuralgia del trigémino postherpética 053.12)
- Las **polineuropatías** se clasifican en la categoría **357 Neuropatía inflamatoria y tóxica**. Cuando la polineuropatía se debe a una enfermedad o condición subyacente, ésta debe ser secuenciada antes que la polineuropatía.

Consulta para tratamiento de dolor crónico neuropático secundario a una polineuropatía diabética por DM2.

338.29 Otro dolor crónico

250.60 Diabetes tipo 2 o no espec. con manifestaciones neurológicas

357.2 Polineuropatía en diabetes

Dolor crónico neuropático secundario a una polineuropatía por alcoholismo crónico

338.29 Otro dolor crónico

357.5 Polineuropatía alcohólica.

303.90 Alcoholismo crónico

Ingresa para tratamiento de dolor agudo neuropático en paciente con polineuropatía producida por tratamiento con quimioterapia.

338.19 Otro dolor agudo

357.6 Polineuropatía por fármacos

E933.1 Fármacos antineoplásicos o inmunosupresores

- Las **neuralgias de los pares craneales** se encuentran codificadas en las categorías 350-352. Algunos ejemplos que aparecen frecuentemente en la práctica clínica son:
 - Neuralgia del trigémino 350.1
 - Algia facial atípica 350.2
 - Neuralgia glossofaríngea 352.1

El dolor de nervio o el dolor de raíz o radicular no especificado se codifica con el código **729.2. Neuralgia, neuritis y radiculitis no especificada.**

Otros dolores neuropáticos

Existen algunos síndromes de dolor neuropático con entidad propia que se describen a continuación:

- **Síndrome de dolor regional complejo tipo I.** Este síndrome es un trastorno doloroso que agrupa a una serie de entidades tales como la atrofia de Sudeck, la distrofia neurovascular refleja, la algodistrofia o la distrofia simpático refleja. Suele surgir después de un hecho nocivo desencadenante (inmovilización prolongada, fractura, intervención), apareciendo dolor en un territorio que no se limita a la distribución de un solo nervio periférico y sin proporción con el hecho desencadenante. Se acompaña de edema y cambios vasomotores, entre otros. Aunque en la definición actual se trata de un mismo cuadro clínico, el índice alfabético proporciona códigos distintos dependiendo de que su origen sea o no postraumático:

IAE

Distrofia

- simpática postraumática 337.20
- - especificada NCO 337.29
- - miembro inferior 337.22
- - miembro superior 337.21

Algoneurodistrofia 733.7

Síndrome

- Sudeck, de 733.7

- **Síndrome de dolor regional complejo tipo II**, antes conocido como causalgia. Se caracteriza por la presencia de dolor de características quemantes y urentes, ante estímulos no dolorosos como el roce (alodinia), después de una lesión traumática sobre un nervio, asociada a menudo con disfunción vasomotora y cambios tróficos posteriores.

IAE

Causalgia 355.9

- miembro inferior 355.71
- miembro superior 354.4

Si está suficientemente documentado el origen, postraumático o postquirúrgico, y el curso, agudo o crónico, se asignan los códigos de dolor correspondiente.

- **Síndrome del miembro fantasma doloroso o dolor fantasma.** El síndrome del miembro fantasma doloroso hace alusión al dolor percibido en una parte del cuerpo que falta y aparece aproximadamente en el 50-80% de todos los amputados, siendo más intenso en las porciones más distales del miembro fantasma.

IAE

Síndrome

- miembro fantasma 353.6

10. Síndrome de dolor crónico

Es el dolor crónico asociado con una disfunción psicosocial importante. Se caracteriza por:

- Persistente (+ de 6 meses) o recurrente

- Poca respuesta al tratamiento
- Provocar un deterioro significativo y progresivo de las capacidades funcionales y relacionales del paciente en sus actividades de la vida diaria, tanto en su domicilio o en el trabajo.

No se debe confundir la expresión “dolor crónico”, con el **Síndrome de dolor crónico, 338.4**. Esta entidad solo debe usarse cuando en el informe clínico se documente específicamente esta condición.

11. Dolor Psicógeno

Se considera que existe dolor psicógeno cuando no es posible identificar un mecanismo nociceptivo o neuropático y hay suficientes síntomas psicológicos para cumplir con los criterios de afección con dolor somatiforme, depresión y otros de la categoría diagnóstica DSM-IV que se relaciona con las quejas de dolor. No hay que olvidar que el dolor psicógeno es real y que precisa tratamiento específico. Una situación diferente es la presencia de dolor asociado con factores psicológicos, no atribuido exclusivamente a ellos.

IAE

Dolor

- psicógeno 307.80

12. Otros tipos de dolor

Se describen a continuación algunos cuadros que aparecen en la práctica clínica y que no se han incluido en apartados anteriores.

12.1. Dolor en cicatriz

La cicatriz dolorosa, se codifica con el código **709.2. Estados cicatriciales y fibrosis de la piel**

IAE

Dolor

- cicatriz NCOC

Cicatriz, cicatrización (adherente) (contraída) (dolorosa)(viciosa)

709.2

Si la cicatriz es queloide el código a utilizar es el 701.4.

12.2. Síndrome de dolor miofascial

Se caracteriza por la presencia de puntos hipersensibles, llamados “gatillo”, en el interior de uno o más músculos o en el tejido conectivo circundante, que se asocian a dolor a la palpación y espasmo, rigidez y limitación del movimiento. El dolor por lo general se irradia a una zona distante desde el punto gatillo. El código correspondiente es **729.1 Mialgia, miositis, fibromiositis no especificada.**

IAE

Dolor

- músculo 729.1

12.3. Fibromialgia

La fibromialgia es un síndrome clínico que se caracteriza por dolor difuso (por encima y por debajo de la cintura, y de forma bilateral) de tipo crónico y puntos múltiples de sensibilidad. Asocia otros síntomas como fatiga, alteración del sueño, ánimo depresivo, ansiedad.

IAE

Fibromialgia 729.1

12.4. Síndrome de la boca quemante o glosodinia

Es el dolor urente de la mucosa intrabucal que no se asocia a ninguna enfermedad que lo provoque.

IAE

Síndrome de la boca quemante, glosodinia o glosopirosis 529.6

13. Dolor de origen musculoesquelético en la columna vertebral

El dolor musculoesquelético es el motivo de consulta por dolor más frecuente, y concretamente el dolor localizado en la columna vertebral. Así mismo es el que requiere la utilización de más recursos (procedimientos) diagnósticos y terapéuticos. La codificación del dolor musculoesquelético, se debe realizar teniendo en cuenta la normativa general explicada anteriormente en todas las entidades que se describen en este apartado.

El dolor musculoesquelético es el que se produce como consecuencia de enfermedades o disfunciones de alguno de los componentes del aparato locomotor (huesos, articulaciones, ligamentos, músculos o tendones). Provocan este tipo de dolor las enfermedades degenerativas osteoarticulares que son las más frecuentes del género humano y cuyo síntoma cardinal es el dolor. También son causa de este tipo de dolor, un número importante de enfermedades inflamatorias y disfunciones. En la mayoría de los casos la evolución de la enfermedad provocará impotencia funcional, ocasionando un gran impacto sobre la salud y la calidad de vida de la población.

13.1. Descripción de la columna vertebral

La columna vertebral constituye el eje de nuestro cuerpo sobre el que se articulan las extremidades mediante la cintura pélvica (pelvis) y la escapular (hombro). Se distinguen las siguientes regiones: cervical (7 vértebras), torácica o dorsal (12 vértebras), lumbar (5 vértebras), sacro (5 vértebras fusionadas) y cóccix (3-5 vértebras). La columna presenta una forma sinuosa con curvaturas laterales que aumentan la resistencia y favorecen la estática. En las regiones cervical y lumbar, la curvatura es anterior y se denomina lordosis; mientras que en las regiones torácica y sacra, la curva es posterior y se llama cifosis.

La vértebra tipo es un hueso corto formado por varias partes. El primer detalle a destacar es el cuerpo de la vértebra que forma el pilar anterior de la columna. El cuerpo tiene dos caras intervertebrales para

articularse mediante un disco intervertebral con las dos vértebras contiguas. En la parte posterior, se encuentra un arco vertebral con tres apófisis: dos laterales, las apófisis transversas, y una dorsal, la apófisis espinosa. La parte del arco que está entre las apófisis transversas y la espinosa se denomina lámina vertebral. El arco vertebral se une con el cuerpo mediante los pedículos. De ellos salen dos apófisis articulares superiores (para articularse con la vértebra superior) y dos apófisis articulares inferiores (con la vértebra inferior), denominadas zigoapofisarias. Todo este conjunto forma el pilar posterior de la columna.

Entre el arco vertebral y la cara posterior del cuerpo de la vértebra se forma un agujero por donde pasa la médula espinal, llamado foramen vertebral. Tiene forma triangular y constituye a lo largo de toda la columna el canal vertebral. Los pedículos tienen una escotadura vertebral superior y otra inferior, que al articularse forman el foramen intervertebral o agujero de conjunción, por donde salen los nervios espinales.

En la columna vertebral existen una serie de patologías específicas que cursan con dolor, que se describen a continuación.

13.2. Espondiloartrosis y espondilosis

La artrosis es la enfermedad reumática más común y se caracteriza por la alteración del cartílago articular. La espondiloartrosis es la artrosis que se localiza en la columna vertebral y se trata de un proceso degenerativo que afecta a las articulaciones discovertebrales e interapofisarias de las vértebras, y que puede aparecer de forma aislada o, lo que es más frecuente, formando parte de un proceso degenerativo articular generalizado. Se denomina síndrome facetario al proceso degenerativo de las articulaciones interapofisarias posteriores. Se denomina espondilosis cuando afecta a las articulaciones discovertebrales y simplemente artrosis cuando afecta a las interapofisarias. Los discos que soportan más peso (L4, L5, S1) son los que se afectan con mayor frecuencia. La presencia de osteofitos vertebrales que se introducen hacia el interior del conducto vertebral puede dar lugar a cuadros de dolor radicular por compresión e irritación de las raíces nerviosas. En casos extremos puede estenosarse el canal raquídeo produciéndose mielopatía.

La entrada en el índice alfabético se realiza a través de espondilosis y los términos espondiloartrosis y espondilartrosis nos llevan a él por referencia cruzada. El código varía según la localización en la columna y según la presencia o no de mielopatía. Ni la localización de la artrosis “intravértebra” ni la presencia de radiculopatía varían el código.

IAE

Espondilartrosis (*véase además* Espondilosis) 721.90

Espondilosis 721.90

- con mielopatía NCOC 721.91
- cervical, cervicodorsal 721.0
- - con mielopatía 721.1
- inflamatoria 720.9
- lumbar, lumbosacra 721.3
- - con mielopatía 721.42

13.3. Espondilolisis y Espondilolistesis

Las vértebras se unen a través de las apófisis articulares superior e inferior, denominándose esta unión “pars interarticularis”. El término espondilolisis describe un defecto de la parte interarticular. La espondilolistesis es una alteración causada por la espondilolisis, en la que una vértebra se desliza hacia delante en relación con la inferior. La localización más frecuente es L5 sobre S1 o L4 sobre L5. Existen diversos grados, según el desplazamiento, y en ocasiones se produce atrapamiento de las raíces nerviosas lumbares, lo que origina dolor neuropático de tipo radicular. Puede ser congénita o adquirida, secundaria a fracturas por fatiga, traumatismo o degeneración discal. El dolor forma parte habitual de la sintomatología de estas dos entidades. Tanto la espondilólisis como la espondilolistesis asocian dolor y tienen entrada directa por el índice alfabético.

IAE

Espondilolisis (congénita) 756.11

- adquirida 738.4
- cervical 756.19
- región lumbosacra 756.11
- - - que afecta al feto o al recién nacido 763.1

Espondilolistesis (congénita) (lumbosacra) 756.12

- adquirida 738.4

- degenerativa 738.4

-traumática 738.4

13.4. Hernia discal

Los cuerpos vertebrales de la columna se articulan entre sí mediante los llamados discos intervertebrales, compuestos por dos porciones: una gelatinosa central, el núcleo pulposo, y otra circunferencial, el anillo fibroso. El prolapso o desplazamiento del disco intervertebral es lo que se denomina hernia de disco. Las manifestaciones clínicas de la herniación de un disco son: a) dolor (neuropático) en las extremidades, inferiores o superiores dependiendo de la localización, y b) entumecimiento o debilidad en las mismas, con una distribución por dermatomas, denominándose radiculopatía. Así mismo, aunque menos frecuente, puede dañarse la médula espinal, apareciendo síntomas de mielopatía, que varían según la localización de la lesión. En el concepto diagnóstico de hernia discal se incluyen manifestaciones clínicas como el dolor, neuritis, radiculitis o ciática, por lo que cualquiera de estos síntomas quedaría recogido al codificar la hernia. La entrada por el I.A. debe realizarse buscando el término desplazamiento.

IAE

Hernia, herniario (adquirida) (recurrente) 553.9

- disco, intervertebral - *véase* Desplazamiento, disco intervertebral

Desplazamiento, desplazado

- disco intervertebral (con neuritis, radiculitis, ciática u otro dolor) 722.2

- - con mielopatía 722.70

- - cervical, cervicodorsal, cervicotorácico 722.0

- - - con mielopatía 722.71

13.5. Síndrome de cirugía fallida de espalda

Este síndrome, también denominado síndrome postlaminectomía, se refiere al dolor crónico, persistente o recurrente, posterior a uno o más procedimientos quirúrgicos de columna. Su prevalencia es superior al 25% y es proporcional al número de intervenciones quirúrgicas realizadas sobre la columna. La etiología más frecuente es la selección incorrecta de los pacientes, seguida por el dolor debido a daño irreversible del nervio antes de la intervención, una técnica quirúrgica mal realizada y la presencia de fibrosis postquirúrgica perirradicular, entre otras. Tiene entrada directa en el índice alfabético por Síndrome postlaminectomía y el código varía según la localización anatómica:

IAE

Síndrome

- postlaminectomía 722.80
- - Cervical, cervicotorácico 722.81
- - Lumbar, lumbosacra 722.83
- - Torácica, toracolumbar 722.82

13.6. Estenosis del canal

Es un síndrome que consiste en el estrechamiento del canal raquídeo, que crea un compromiso sobre los elementos neurales. La localización más frecuente es la lumbar. Puede ocurrir como consecuencia de diversas alteraciones que pueden ser: congénitas o adquiridas (artrosis de las articulaciones interapofisarias, osteofitos, protrusión discal, espondilolisis y espondilolistesis, iatrogénica por laminectomía, artrodesis).

La expresión clínica de la estenosis del canal raquídeo es la claudicación neurógena de la marcha. Esta se define como un dolor que se percibe en la región del glúteo, los muslos o piernas, al estar de pie o caminar y que se alivia descansando en posición de sentado. A veces, aunque poco frecuente, puede presentarse un síndrome de cola de caballo (alteraciones de los esfínteres, trastornos sexuales).

IAE

Estenosis

- espinal 724.00
- - cervical 723.0
- - lumbar, lumbosacra 724.02
- - nervio (raíz) NCOC 724.9
- - región especificada NCOC 724.09
- - torácica, toracolumbar 724.01

El síndrome de cola de caballo tiene entrada en el índice alfabético como síndrome cauda equina, sin mención de vejiga neurógena 344.60 y con mención de vejiga neurógena 344.61.

13.7. Coccigodinia

Se caracteriza por dolor en “la punta terminal” de la columna vertebral o coxis, con irradiación a la parte inferior del sacro y el perineo. En el índice alfabético tiene entrada directa, siendo su código el 724.79.

13.8. Anomalías congénitas raquídeas

Las malformaciones congénitas de la columna vertebral son más frecuentes en las regiones dorsal inferior, lumbar y sacra. No existe evidencia de que las anomalías congénitas causen dolor por sí mismas.

IAE

Anomalía (congénita)

- espina dorsal, espinal 756.10

13.9. Desviaciones de la columna vertebral

Las desviaciones de la columna vertebral se buscan en el índice alfabético por el término “Deformidad espina”

IAE

Deformidad 738.9

- espina (adquirida) NCOC 738.5

- - cifoscoliótica (véase además Cifoscoliosis) 737.30
- - cifótica (véase además Cifosis) 737.10
- - congénita 756.10

13.10. Esguince cervical

Se define como el dolor cervical ocasionado por una acción que provoca una súbita aceleración y desaceleración de la cabeza y cuello respecto al tronco. Frecuentemente se produce en accidentes de tráfico con impacto posterior. El dolor vertebral puede ser causado por una o varias lesiones que afectan a la columna cervical.

Tiene entrada directa en el índice alfabético por “Esguince cervical, cervicodorsal, cervicotorácico” y también por “Latigazo, traumatismo o síndrome de”, y el código correspondiente es el 847.0.

13.11. Otras enfermedades que afectan a la columna vertebral

La columna vertebral puede verse afectada por diversas patologías, que incluyen enfermedades óseas metabólicas, enfermedades sistémicas y procesos infecciosos, que pueden producir dolor. En muchas ocasiones será necesario utilizar más de un código, para describir la patología subyacente.

Enfermedades óseas metabólicas

- **Osteoporosis.** La OMS define la osteoporosis como «enfermedad caracterizada por una baja masa ósea y deterioro de la microarquitectura del tejido óseo, que conduce a un aumento de la fragilidad del hueso y en consecuencia el riesgo de fractura».

La osteoporosis tiene entrada directa por el índice alfabético y se codifica según el tipo, independientemente de la localización (lumbar, dorsal, cervical). Los principales tipos de osteoporosis y sus códigos correspondientes son:

- **733.00 Osteoporosis (generalizada) no especificada**
- **733.01 Osteoporosis postmenopáusica o senil**

- **733.02 Osteoporosis idiopática**
- **733.03 Osteoporosis por desuso**
- **733.09 Otra** (Osteoporosis inducida por drogas o fármacos, en éstas es preciso utilizar código E adicional para identificar el fármaco).

Las fracturas vertebrales se definen como la pérdida de un 15% o más de la altura del cuerpo vertebral, y pueden producirse de forma espontánea o con mínimos esfuerzos. La codificación del dolor producido por una fractura vertebral secundaria a osteoporosis, se realizará teniendo en cuenta las circunstancias de consulta o ingreso:

- Si el ingreso se produce a consecuencia de la fractura, el diagnóstico principal será la osteoporosis seguido del código de fractura patológica y a continuación el código de dolor correspondiente. Como salvedad, si el ingreso se realiza para el tratamiento de la fractura y la enfermedad de base ya está previamente diagnosticada, se codificará en primer lugar la fractura patológica.
- Si la consulta se realiza para el tratamiento del dolor, el dolor será el diagnóstico principal, añadiendo a continuación el código correspondiente a la osteoporosis y a la fractura patológica.

Ingreso por fractura aplastamiento vertebral espontáneo, debido a osteoporosis idiopática. Intenso dolor agudo en las primeras horas que no cede con analgesia habitual por lo que se decide cursar interconsulta a Unidad de dolor.

733.02 Osteoporosis idiopática

733.13 Fractura patológica de vertebras

338.19 Otro dolor agudo

- **Hiperparatiroidismo.** Es un trastorno del metabolismo del calcio, los fosfatos y el hueso por aumento de la secreción de la hormona paratiroidea. Se produce un recambio óseo elevado dando lugar a una disminución del hueso cortical y la resistencia ósea, aumentando el riesgo de fractura. Los pacientes pueden experimentar dolores óseos, pudiendo aparecer dolor asociado a fracturas de los cuerpos vertebrales. La artropatía secundaria que puede aparecer en este cuadro se clasifica con

el código **713.0. Artropatía asociada con otros trastornos endocrinos y metabólicos**. Este código precisa la descripción de la patología subyacente que deberá secuenciarse en primer lugar. Si además se asocia una fractura patológica de la vértebra también deberá añadirse el código, 733.13.

- **Enfermedad ósea de Paget**. Es un trastorno óseo que afecta a zonas del esqueleto debido a un mayor remodelamiento del hueso, resultando un hueso mal estructurado, más susceptible a deformidades y fracturas. El 60% de los pacientes presentan afectación de la columna lumbar y huesos de la pelvis. El dolor es el síntoma de presentación más común y aparece en la región del hueso o huesos afectados. La entrada en el índice alfabético se realiza buscando los términos de enfermedad hueso o bien osteítis deformante.

IAE

Enfermedad (de), enfermo - *véase además* Síndrome
- hueso 733.90
- - Paget (osteítis deformante) 731.0

Osteítis

- deformante (de Paget) 731.0

Enfermedades sistémicas que afectan a la columna vertebral

Son una serie de enfermedades que pueden ocasionar dolor musculoesquelético y que pueden afectar no sólo a la columna vertebral sino a otras regiones del organismo.

A continuación se describen algunas de estas enfermedades.

- **Enfermedades reumatológicas**. Muchas enfermedades reumáticas inflamatorias con afectación del raquis lumbar cursan con dolor lumbar como síntoma predominante. Entre ellas destacan la espondilitis anquilosante y la artritis reumatoide vertebral, ambas entidades se codifican con el código **720.0 Espondilitis anquilosante**.
- **Enfermedades gastrointestinales**. Algunas enfermedades inflamatorias intestinales **como la colitis ulcerosa NEOM (556.9) o la enfermedad de Crohn NEOM (555.9)** pueden cursar con artropatía asociada (713.1).

- **Enfermedades neurológicas.** Algunas enfermedades neurológicas pueden asociar artropatía (artropatía neuropática) que afecte a la columna vertebral. Por ejemplo la **enfermedad de Charcot-Marie-Tooth (356.1)** o la **poliomielitis (045.0-045.9)**. Es preciso asociar el código de la artropatía asociada (713.5).

Procesos infecciosos que afectan a la columna vertebral

Las infecciones que afectan a la columna vertebral se pueden localizar a nivel de hueso (osteomielitis), musculatura paravertebral, articulaciones (artritis séptica) y discos intervertebrales (discitis). Pueden ser agudas o crónicas y dar lugar a secuelas que cursan con dolor.

El dolor crónico puede ser la secuela resultante de una infección aguda o crónica y debe codificarse siguiendo la normativa de efectos tardíos.

Consulta a Unidad de dolor para tratamiento de dolor crónico de cadera secundario a artropatía de cadera derecha, secuela de enfermedad de Lyme ya resuelta.

338.29 Otro dolor crónico

719.45 Dolor articular región pélvica

139.8 Efecto tardío de otras enfermedades infecciosas o parasitarias

711.85 Artropatía asociada con otras enfermedades infecciosas y parasitarias, región pélvica

14. Codificación de procedimientos

Para el tratamiento del dolor se utilizan una serie de procedimientos que no se encuentran referidos en ningún capítulo específico de la CIE9MC, sino que aparecen contemplados en diversos capítulos de la lista tabular de procedimientos. Debido a ello, en este monográfico se ha tomado como base el Catálogo de procedimientos de las Unidades de Dolor crónico realizado por el Panel de Expertos de la Sociedad Madrileña del Dolor y que coinciden con los incluidos en el documento editado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, sobre “Estándares y recomendaciones en las Unidades de Dolor”.

En este apartado del monográfico se describe: el procedimiento, la técnica para su realización y su codificación. La descripción se ha realizado agrupando los procedimientos en tres grandes grupos:

1. Procedimientos no invasivos
2. Procedimientos mínimamente invasivos
3. Procedimientos invasivos y quirúrgicos

14.1. Procedimientos no invasivos

Iontoforesis

Es una técnica empleada para introducir fármacos en el organismo a nivel local. Se realiza aplicando corriente continua o galvánica para que el medicamento ionizado pase a través de la piel.

Técnica:

El sistema está formado por un generador de corriente que funciona con una pila, del que salen uno o dos pares de cables que terminan en dos electrodos (positivo y negativo) a los que se adhieren los parches almohadillados cargados con medicación. Estos se fijan a la piel del paciente en la zona de tratamiento.

IAP

Iontoforesis, 99.27

Estimulación eléctrica transcutánea (TENS)

Es una técnica no invasiva que consiste en estimular fibras nerviosas de la piel mediante la aplicación de una corriente eléctrica, con la intensidad adecuada para no estimular las terminaciones nerviosas que conducen la sensibilidad dolorosa y sí otras terminaciones nerviosas sensoriales, como las táctiles.

Técnica:

El TENS consta básicamente de un generador portátil, que emite impulsos eléctricos con una intensidad, frecuencia y anchura de pulso prefijadas. A través de uno o dos pares de cables, está conectado a un

electrodo positivo y otro negativo que se adhieren a la piel del paciente mediante un parche conductor colocado sobre la zona a tratar. Existe otro dispositivo compuesto por dos electrodos, que lleva integrada una batería con autonomía para 500 horas.

IAP

Estimulación (electrónica)- véase además Implante. Estimulador electrónico

- nervio

- - periférico o médula espinal, transcutánea 93.39

Parche cutáneo de capsaicina al 8%

Consiste en la aplicación tópica, directamente sobre la zona de dolor, de parches de capsaicina al 8% con el fin de bloquear el estímulo doloroso. La exposición de los nociceptores a altas dosis de capsaicina produce la desfuncionalización de los mismos y la reducción de la densidad de las fibras nerviosas epidérmicas.

Técnica:

La manipulación y administración de este parche exige unas medidas de precaución y la supervisión médica. Se delimita la zona a tratar y se aplica sobre ella una capa de pomada anestésica. Cuando el anestésico ha hecho efecto (60 minutos), se aplica el parche de capsaicina al 8%, y se deja actuar entre 30 y 60 minutos.

Las aplicaciones tópicas no tienen código CIE.

Terapia psicológica

La psicoterapia es la elaboración consciente de los conflictos psíquicos; busca mejorar la salud mental y, como consecuencia, la salud física.

Existen varias escuelas pero lo más importante es emplear la terapia adecuada a las necesidades del paciente. Las técnicas cognitivo-conductuales son las más empleadas en el tratamiento del dolor y se nutren de la investigación científica, dando un enfoque metodológico a la solución de los problemas psicológicos.

La psicoterapia se encuentra codificada en la subcategoría **94.3 Psicoterapia individual**. En la práctica clínica las técnicas más utilizadas son:

- hipnosis 94.32

- terapia de comportamiento (cognitivo-conductual) individual 94.33
- otra psicoterapia individual (biofeedback) 94.39

14.2. Procedimientos mínimamente invasivos

Estimulación eléctrica percutánea

Esta técnica consiste en la administración de corriente eléctrica directamente en los tejidos profundos con el fin de estimular las fibras sensitivas próximas a la zona patológica origen del dolor.

Técnica:

El sistema está formado por un generador que emite impulsos con una intensidad y un periodo de tiempo establecidos. Del generador sale un cable de conexión, que varía de forma según la región a tratar y sirve de guía para colocar los 10 electrodos de los que consta el sistema. El electrodo termina en un filamento de acero inoxidable que se introduce en la dermis para alcanzar la zona de tratamiento.

Codificación:

Se utiliza el mismo código que para la estimulación transcutánea, 93.39.

Terapia parenteral

Consiste en la administración subcutánea, intramuscular o intravenosa de diversos fármacos. En el tratamiento del dolor se utilizan analgésicos, incluidos opioides, corticoides, bifosfonatos y anestésicos locales, entre otros.

Técnica:

Con una aguja o catéter del calibre y longitud adecuados se accede a la zona de inyección y se procede a la infusión del medicamento previamente cargado en jeringa o bolsa dosificadora.

Codificación:

La administración de fármacos antiálgicos por vía parenteral se codifica en la subcategoría **99.2 Inyección o infusión de otra sustancia terapéutica o profiláctica**. Incluye: inyección o infusión, de acción local o

sistémica, realizada por jeringuilla hipodérmica, vía intramuscular, vía intravenosa.

Los códigos apropiados para esta terapia son:

- **99.23 Inyección de esteroide**
- **99.29 Inyección o infusión de otra sustancia terapéutica o profiláctica.**

En este código se pueden registrar la inyección de analgésicos, incluidos opioides, la infusión intravenosa de lidocaína y otros anestésicos, test intravenoso con lidocaína o infusión de bifosfonatos.

IAP

Inyección (dentro de) (hipodérmica) (intramuscular) (intravenosa) (de acción local o generalizada)

- agente terapéutico NCOC 99.29
- esteroide NCOC 99.23

En ocasiones se utilizan bombas de infusión, que son sistemas que facilitan la administración de medicación por vía subcutánea o intravenosa, manteniendo una dosis y un flujo constantes. Una bomba de infusión externa consta de un cassette que se carga con la dosis de medicación establecida; se programa con los parámetros adecuados y se conecta al catéter correspondiente. El sistema PCA permite al paciente autoadministrarse dosis extras de medicación pulsando un botón del dispositivo, dentro de unos parámetros prefijados. No existe ningún código en la CIE9MC para codificar las bombas externas (PCA) (analgésia controlada por el paciente), por lo que se codifica sólo la inyección o infusión vía parenteral.

Infiltraciones

Consiste en la inyección local de un medicamento con el fin de reducir la inflamación y/o el dolor en la zona a tratar. Entre los fármacos más utilizados están corticoides, anestésicos locales, ácido hialurónico o toxina botulínica.

Técnica:

Tras la identificación del punto de punción se introduce la aguja para alcanzar la zona de inyección. La infiltración se puede realizar a diversos niveles anatómicos: articulaciones, bursa sinovial, fascia, ligamentos, tendones, músculos, puntos gatillo.

Codificación:

Existen códigos específicos según la estructura a infiltrar, no influyendo el fármaco empleado.

- **81.92 Inyección de sustancia terapéutica en articulación o ligamento**
- **83.96 Inyección de sustancia terapéutica en bolsa sinovial**
- **82.94 Inyección de sustancia terapéutica en bolsa sinovial de mano**
- **83.97 Inyección de sustancia terapéutica en tendón**
- **82.95 Inyección de sustancia terapéutica en tendón de mano**
- **83.98 Otra inyección de sustancia terapéutica de acción local en otro tejido blando.** Excluye inyección subcutánea o intramuscular (99.29), como sería el caso de la toxina botulínica que se inyecta en el músculo.
- **82.96 Otra inyección de sustancia terapéutica de acción local en tejido blando de mano.** Excluye inyección subcutánea o intramuscular (99.29)
- **76.96 Inyección de sustancia terapéutica en articulación temporomandibular** (ej. Ácido hialurónico)

IAP

Inyección (dentro de) (hipodérmica) (intramuscular) (intravenosa) (de acción local o generalizada)

- articulación (agente terapéutico) 81.92
- - temporomandibular 76.96
- bolsa sinovial (agente terapéutico) 83.96
- - mano 82.94
- fascia 83.96
- - mano 82.96
- ligamento (articulación) (sustancia terapéutica) 81.92

Introducción

- sustancia terapéutica (de acción local o generalizada) NCOC 99.29
- - articulación 81.92
- - - temporomandibular 76.96

Tratamiento con radioisótopos

Para el tratamiento del dolor óseo metastático se pueden utilizar radioisótopos, como el Samario 153 o el Estroncio 89.

Técnica:

Consiste en la inyección intravenosa del isótopo bajo medidas de radioprotección y con control gammagráfico.

IAP

- Inyección** (dentro de) (hipodérmica) (intramuscular) (intravenosa) (de acción local o generalizada)
- radioisótopos (intracavitaria) (intravenoso) 92.28

Acupuntura

La acupuntura consiste en la inserción de finas agujas metálicas en lugares concretos del cuerpo humano llamados meridianos, con el fin de estimularlos o desbloquearlos. El objetivo es liberar endorfinas y otros neurotransmisores para reducir la inflamación y disminuir el dolor.

Técnica:

Dependiendo del diagnóstico se seleccionan las agujas, los puntos de acupuntura y el tiempo que deben permanecer insertadas las agujas. Las inserciones se realizan siguiendo un orden establecido de arriba hacia abajo, de la izquierda hacia la derecha, de adelante hacia atrás y penetrando la aguja más o menos profundamente según la enfermedad.

IAP

- Acupuntura** 99.92
- con moxa ardiente 93.35

14.3. Procedimientos invasivos y quirúrgicos

Bloqueos farmacológicos del sistema nervioso

El bloqueo nervioso consiste en la introducción de una sustancia (anestésico local, corticoide o neurolítico) en la proximidad de los nervios con objeto de interrumpir la conducción nerviosa.

Se pueden realizar a tres niveles:

- Sistema nervioso periférico
- Sistema nervioso central
- Sistema nervioso simpático

- **Bloqueo nervioso periférico de plexo, tronco o nervio**

Consiste en la denervación de las áreas dolorosas actuando sobre el sistema nervioso periférico. Este sistema está formado por: a) los nervios que emergen del sistema nervioso central (cerebro y médula espinal) y recorren todo el cuerpo y b) los ganglios nerviosos que se encuentran en el trayecto de los nervios. Del tronco cerebral surgen los nervios llamados pares craneales. De la médula espinal salen 31 pares de nervios espinales que se conectan entre sí dando lugar a complejas redes nerviosas, llamadas plexos nerviosos. De cada uno de estos plexos resultan los troncos nerviosos que se extienden dando lugar a nervios periféricos.

Técnica:

Consiste en inyectar un medicamento (anestésico local, corticoide o neurolítico) en cualquiera de las estructuras del sistema nervioso periférico (plexo, tronco o nervio) para interrumpir la conducción nerviosa con fines diagnósticos, pronósticos, terapéuticos o profilácticos. Para colocar la aguja en el lugar exacto a veces se utilizan estimuladores de nervios periféricos o ecografía y una vez localizado el punto de inyección se infiltra la dosis adecuada de medicación.

Codificación:

Los bloqueos nerviosos periféricos se encuentran codificados en la subcategoría **04.8 Inyección dentro de nervio periférico:**

- **04.80 Inyección de nervio periférico, no especificada de otra manera**
- **04.81 Inyección de anestésico dentro del nervio periférico con fines analgésicos**, en este código están incluidos los siguientes tipos de bloqueos:
 - Bloqueo del ganglio de Gasser
 - Bloqueo nervio intercostal
 - Bloqueo del nervio trigémino

- Bloqueo nervioso periférico múltiple
- Bloqueo de nervios craneales
- Bloqueo nervioso de plexos
- Bloqueo troncular
- Bloqueo facetario (del ramo medial post. vert.)
- Bloqueo sacroiliaco
- Bloqueo coxofemoral
- Otros bloqueos NCOC

El bloqueo por agente neurolítico se codifica con el código

04.2, Destrucción de nervios craneales y periféricos.

IAP

Bloqueo

- nervio (craneal) (periférico) NCOC 04.81
- - intercostal 04.81
- - periférico 04.81
- - trigémino 04.81

Inyección (dentro de) (hipodérmica) (intramuscular) (intravenosa) (de acción local o generalizada)

- nervio (craneal) (periférico) 04.80
- - agente NCOC 04.89
- - - alcohol 04.2
- - - anestésico para analgesia 04.81

Si se trata de un bloqueo nervioso continuo, se codificará además la implantación del catéter correspondiente.

• **Bloqueo central espinal**

Consiste en la denervación del neuroeje por vía intrarraquídea inyectando medicación bien en el espacio epidural, subaracnoideo o subdural.

Técnica:

Consiste en inyectar un medicamento (anestésico local, corticoide o neurolítico) en el espacio epidural, subaracnoideo o subdural para interrumpir la conducción nerviosa con fines diagnósticos, pronósticos, terapéuticos o profilácticos.

El bloqueo espinal más usado en dolor es el bloqueo epidural que consiste en introducir un medicamento, anestésico local y/o corticoide, en el espacio epidural con fines analgésicos. Con una

aguja de Tuohy y mediante la técnica de la gota suspendida de Gutiérrez o mediante la técnica de pérdida de resistencia se localiza el espacio epidural lumbar, dorsal o cervical, donde se introduce la medicación.

Codificación:

En este apartado se incluyen las siguientes técnicas:

- Bloqueo epidural cervical, dorsal, lumbar o caudal.
- Bloqueo intratecal (intradural o subaracnoideo) cervical, dorsal o lumbar.
- Bloqueo espinal diferencial.

IAP

Inyección (dentro de) (hipodérmica) (intramuscular) (intravenosa) (de acción local o generalizada)

- espinal (canal) NCOC 03.92
 - - agente
 - - - anestésico para analgesia 03.91
 - - - destructivo NCOC 03.8
 - - - neurolítico NCOC 03.8
 - - alcohol 03.8
 - - esteroide 03.92
 - - fenol 03.8

Se excluye la inyección de anestésico en el conducto espinal para la anestesia operatoria, debiendo omitirse el código.

• **Bloqueo nervioso simpático**

Consiste en la denervación y/o interrupción de las vías del sistema nervioso autónomo, que es en gran parte responsable de la nocicepción visceral. Las vías simpáticas pueden ser interrumpidas en diversos sitios: espacio subaracnoideo, espacio epidural, regiones paravertebral y prevertebral, los nervios periféricos y las terminaciones de los axones postganglionares.

Técnica:

Consiste en inyectar medicación (anestésico local, corticoide o neurolítico) en cualquiera de las estructuras del sistema nervioso simpático para interrumpir la conducción nerviosa con fines diagnósticos, pronósticos, terapéuticos o profilácticos.

Codificación:

El bloqueo simpático se codifica en la subcategoría **05.3 Inyección en nervio o ganglio simpático:**

- **05.31 Inyección de anestésico en nervio simpático con fines analgésicos** incluye el bloqueo simpático cervico-torácico o del ganglio estrellado, el bloqueo simpático torácico-paravertebral, el bloqueo simpático lumbar y el bloqueo simpático hipogástrico.
- **05.32 Inyección de agente neurolítico en ganglio simpático,** incluye el bloqueo neurolítico paravertebral simpático, el bloqueo neurolítico del plexo celiaco, y el bloqueo neurolítico del plexo hipogástrico superior.

Si estos tratamientos se realizan con un bloqueo simpático continuo, se codifica además la implantación del catéter correspondiente.

IAP

Inyección (dentro de) (hipodérmica) (intramuscular) (intravenosa) (de acción local o generalizada)

- nervio
 - - simpático 05.39
 - - - agente neurolítico 05.32
 - - - alcohol 05.32
 - - - anestésico para analgesia 05.31
 - - - fenol 05.32
- ganglio
 - - simpático 05.39
 - - estrellado paravertebral 05.39

Destrucción

- nervio
 - - simpático, por inyección de agente neurolítico 05.32

Infusión de medicación a través de catéter espinal

• Inserción del catéter espinal

Consiste en colocar en el canal espinal (espacio epidural, subaracnoideo o subdural) un catéter largo, flexible y radiopaco a través del cual se introduce medicación bien con una jeringa,

bien conectándole a una bomba de infusión externa, a un reservorio o a una bomba de infusión interna.

Técnica:

Se localiza el espacio correspondiente con una aguja de Tuohy y a través de ella se introduce el catéter. Una vez colocado el catéter en el sitio deseado se retira el fiador metálico y la aguja de Tuohy.

Codificación:

Se debe codificar además cualquier implantación o bomba de perfusión (código 86.06).

IAP

Inserción

- catéter canal espinal, espacio (epidural) (subaracnoideo) (subdural) para infusión (continua o intermitente) de sustancia terapéutica o paliativa 03.90

• **Tunelización del catéter**

Es un procedimiento para mejorar la fijación del catéter, introduciéndolo en el tejido celular subcutáneo.

Técnica:

Se pasa la aguja haciendo un túnel bajo el tejido subcutáneo adyacente y, a través de él, se pasa el catéter.

Codificación:

El código correspondiente es **86.99 Otras operaciones sobre piel y tejido subcutáneo.**

IAP

Túnel, subcutáneo (antetorácico) 42.86

- cable conductor del generador de impulsos 86.99

- - con procedimiento inicial - omitir código

• **Infusión de medicación a través de catéter espinal**

Es la administración intrarraquídea de medicación (cloruro mórfico, anestésicos, otros) a través de un catéter espinal.

Técnica:

Se puede realizar mediante:

- Inyección directa de la medicación, con jeringuilla, a través del catéter
- Una bomba de infusión externa que se conecta al catéter
- La implantación de un reservorio subcutáneo, que se conecta al catéter espinal, y se compone de una cápsula cilíndrica con una membrana de silicona que permite el acceso a través de punción cutánea para la inyección o infusión de medicación
- La implantación de una bomba de infusión interna, conectada al catéter espinal.

Codificación:

- **03.91 Inyección de anestésico en el conducto espinal para analgesia**
- **03.92 Inyección de otro agente en canal espinal**

No existe ningún código en la CIE9MC para la bomba de infusión externa ni para el reservorio subcutáneo cuando se conecta a un catéter situado en el canal espinal, como sí tienen los reservorios conectados a una vía vascular. Es preciso codificar también cualquier cateterización asociada (03.90).

Bomba de infusión interna

- **Implante de bomba de infusión interna**

La bomba de infusión interna se implanta en el tejido celular subcutáneo y se conecta con el canal espinal a través de un catéter tunelizado. Pueden ser de flujo variable programable por telemetría o de flujo fijo. Son de titanio y en su interior hay una cavidad que se recarga con medicación, a través de un botón de silicona accesible por medio de punción cutánea. La medicación se va liberando, a un flujo continuo y prefijado, a través del catéter conectado con el canal espinal.

Técnica:

Mediante punción lumbar con una aguja de Tuohy se introduce un catéter en el espacio intradural y se tuneliza hasta la línea media axilar. Posteriormente se implanta la bomba en un bolsillo subcutáneo realizado en el abdomen, conectada con otro catéter que también se tuneliza. Finalmente ambos catéteres se

conectan entre si y queda establecido el flujo entre la bomba y el espacio intradural.

Codificación:

El código apropiado es el **86.06 Inserción de bomba de infusión totalmente implantable**. Se debe codificar además cualquier cateterización asociada.

IAP

Implante

- bomba de infusión 86.06

Inserción

- infusión, bomba de 86.06

- **Relleno y programación de bomba de flujo fijo o variable**

Antes de que la medicación que contiene la bomba se termine, hay que recargarla y revisar su funcionamiento, bien midiendo unos parámetros (flujo fijo), bien conectándola a un ordenador por telemetría (flujo variable).

Técnica:

Con el paciente en decúbito supino y a través de la piel, se palpa y pincha con una aguja especial el septum (botón de silicona) de la bomba, procediéndose a extraer la medicación sobrante y a recargar de nuevo el sistema. Las bombas de flujo variable llevan una antena para programar la dosis de infusión con un ordenador desde el exterior.

Codificación:

Incluye la administración de corticoides, cloruro mórfico, baclofeno, zicotidine Los códigos correspondientes son:

- **03.91 Inyección de anestésico en el conducto espinal para analgesia**
- **03.92 Inyección de otro agente en canal espinal**

- **Explante de bomba interna**

Consiste en la retirada de la bomba de forma definitiva o para sustituirla por otra bomba de infusión.

Técnica:

Se realiza una incisión para acceder al bolsillo abdominal, se libera la bomba de los puntos de sujeción y de la conexión al catéter y se procede a su extracción.

Codificación:

el código apropiado es **86.05 Incisión con extracción de cuerpo extraño o dispositivo de piel y tejido celular subcutáneo.**

- **Retirada de catéter**

Consiste en la retirada parcial o total del catéter, bien por estar deteriorado, bien porque ya no es necesario.

Técnica:

Dependiendo de la porción a explantar, se realizan incisiones en las zonas de conexión entre catéteres y/o en la conexión bomba-catéter.

Codificación:

Se codifica como **03.99 Otras operaciones sobre la médula espinal y estructuras del conducto espinal.**

Bomba de infusión interna	
Implante	86.06 + 03.90
Relleno y programación	03.91 Inyección de anestésico en el conducto espinal para analgesia O 03.92 Inyección de otro agente en canal espinal
Explante de bomba interna	86.05 Incisión con extracción de cuerpo extraño o dispositivo de piel y tejido celular subcutáneo
Retirada de catéter	03.99 Otras operaciones sobre la médula espinal y estructuras del conducto espinal.

Radiofrecuencia sobre estructuras nerviosas

La radiofrecuencia es una técnica que consiste en producir un bloqueo nervioso empleando corrientes eléctricas de alta frecuencia lo que permite, controlando los parámetros eléctricos y las características del electrodo, crear una lesión controlada, circunscrita y predecible. El equipo se compone de un generador de radiofrecuencia y un fino elec-

trodo. La destrucción del tejido nervioso ocurre por el calor que se genera en la punta del electrodo.

Se puede realizar a diversos niveles: pares craneales, raíces nerviosas, nervios periféricos, entre otros.

Técnica:

Se introduce un fino electrodo en el lugar deseado con la ayuda de técnicas radiológicas. Al aplicársele corriente eléctrica se calienta, destruyendo por quemadura las fibras nerviosas que transmiten la sensación dolorosa.

Codificación:

El código varía según la estructura donde se produce la lesión por radiofrecuencia. Así cabe destacar:

- Gangliólisis por radiofrecuencia percutánea del trigémino 04.02
- Rizotomía percutánea por radiofrecuencia 03.1
- Denervación percutánea de facetas por radiofrecuencia 03.96
- Neuroablación por radiofrecuencia 04.2

IAP

Destrucción

- lesión

- - nervio (craneal) (periférico) (por radiofrecuencia) 04.2

Denervación

- faceta, percutánea (radiofrecuencia) 03.96

Ganglionotomía, trigémino (radiofrecuencia) 04.02

Neuroablación

- radiofrecuencia 04.2

Rizotomía (radiofrecuencia) (espinal) 03.1

Los bloqueos por radiofrecuencia que no se encuentran con entrada en el índice alfabético, se codificaran como los bloqueos nerviosos.

Electroestimulación o neuroestimulación

La neuroestimulación se utiliza para el tratamiento de diferentes síndromes que cursan con dolor crónico. Puede realizarse en distintas localizaciones: medular, intracraneal o periférica. Los neuroestimuladores se componen de un generador de pulsos y de uno o más electrodos.

Procedimiento de implantación del neuroestimulador

• Implante del generador interno o neuroestimulador

Tras un periodo de prueba, si el resultado es favorable, se procede a internalizar el sistema, colocando el neuroestimulador subcutáneo.

Técnica:

Se realiza quirúrgicamente un bolsillo subcutáneo en la pared abdominal y se implanta un neuroestimulador programable mediante un sistema de telemetría. Por tunelización se conecta a los electrodos.

Codificación:

El implante del generador se codifica con los mismos códigos con independencia de si la neuroestimulación es medular, intracraneal o periférica. El código varía según el número de electrodos que se utilicen y si el neuroestimulador es o no recargable (86.94-86.98). La retirada del neuroestimulador con sustitución simultánea del mismo tiene la misma codificación que el implante inicial.

86.94 Inserción o sustitución de neuroestimulador generador de pulsos de un solo electrodo, no especificado como recargable.

86.95 Inserción o sustitución de neuroestimulador generador de pulsos de doble electrodo, no especificado como recargable.

86.96 Inserción o sustitución de otro neuroestimulador generador de pulsos.

86.97 Inserción o sustitución de neuroestimulador generador de pulsos recargable de electrodo único.

86.98 Inserción o sustitución de neuroestimulador generador de pulsos recargable de doble electrodo.

IAP

Implante

- neuroestimulador
- - generador de pulso 86.96
- - - disposición dual 86.95
- - - - recargable 86.98
- - - disposición sencilla 86.94
- - - - recargable 86.97

Es preciso codificar además la implantación de los electrodos asociados (02.93 intracraneal, 03.93 medular, 04.92 periférico).

IAP

Implante

- neuroestimulador
- - electrodo
- - - cerebro 02.93
- - - intracraneal 02.93
- - -médula espinal 03.93
- - -nervio periférico 04.92
- - -nervio sacro 04.92

• **Programación del neuroestimulador**

Consiste en establecer, desde un ordenador externo, por telemetría, los parámetros adecuados para realizar la electroestimulación deseada.

Técnica:

Se programan los parámetros en el ordenador externo. El paciente dispone de un mando externo para conectar y desconectar el sistema y para modificar el voltaje de la corriente entre los límites programados por telemetría.

Codificación:

No existe código para la programación del neuroestimulador.

• **Extracción de neuroestimulador**

Consiste en la retirada del neuroestimulador; puede ser definitiva o para su sustitución por otro sistema.

Técnica:

Se realiza una incisión sobre el bolsillo de la pared abdominal para acceder al generador, se liberan los puntos de fijación y la conexión con los electrodos y se procede a su extracción o recambio.

Codificación:

La retirada del neuroestimulador con sustitución simultánea del mismo tiene la misma codificación que el implante inicial (86.94-86.98). Para el explante definitivo se utiliza el código

86.05 Incisión con extracción de cuerpo extraño o dispositivo de piel y tejido subcutáneo independientemente de si tiene uno o dos electrodos asociados.

IAP

Extracción

- neuroestimulador
- - generador de pulso (disposición sencilla, disposición dual) 86.05
- - - con sustitución simultanea 86.96
- - - - disposición dual 86.95
- - - - disposición sencilla 86.94
- - - - electrodo doble 86.95
- - - - - recargable 86.98
- - - - electrodo único 86.94
- - - - - recargable 86.97

- **Implante de electrodos**

Consiste en la colocación de uno o varios electrodos en el espacio epidural, cerebro o zona deseada.

- **Extracción de electrodos**

Es la retirada de los electrodos bien porque se han dejado de utilizar, bien para sustituirlo/s por otro/s.

Tipos de neuroestimulación

- **Neuroestimulación medular**

La neuroestimulación medular se utiliza para obtener un efecto analgésico mediante la estimulación eléctrica de determinadas zonas medulares (cordones posteriores). La estimulación medular bloquearía la transmisión del impulso nervioso mediado por las fibras que conducen el dolor (C y A-delta), debido a la estimulación de fibras de conducción rápida, no portadoras de información dolorosa, inhibiendo así la transmisión del dolor, creando parestesias en la zona dolorosa. Los neuroestimuladores se componen fundamentalmente de un generador de pulsos y de uno o más electrodos.

Técnica:

A través de una aguja de Tuohy colocada en el espacio epidural se introducen unos electrodos que se hacen progresar en dirección cefálica hasta alcanzar la zona de predominio del dolor. Esta se localiza porque el electrodo está conectado a un estimulador externo y el paciente va describiendo sus sensaciones. Finalmente se tuneliza la conexión externa temporal y se procede a realizar un programa de estimulación durante varias horas al día y en distintas situaciones de actividad (caminar, sentarse, subir escaleras...).

Codificación:

Implante de electrodo espinal: El código apropiado es el **03.93 Colocación o sustitución de cable(s) de neuroestimulador medular**. Hay que tener en cuenta que la extracción del electrodo con la sustitución simultánea del mismo tiene el mismo código.

IAP

Implante

- electrodos
- - espina dorsal 03.93
- neuroestimulador
- - electrodos
- - - médula espinal 03.93
- Implante de neuroestimulador (ver implante neuroestimulador).
- Extracción de neuroestimulador (ver extracción neuroestimulador).

Extracción del electrodo espinal: Es la retirada del electrodo bien porque se ha dejado de utilizar, bien para sustituirlo por otro. Se localizan los puntos de conexión del electrodo con el neuroestimulador y se procede a su extracción o sustitución.

IAP

Extracción

- electrodos
- - espinales 03.94
- - - con sustitución simultánea 03.93

- neuroestimulador
- - electrodos
- - - medular 03.94
- - - - con sustitución simultánea 03.93

- **Neuroestimulación intracraneal**

La estimulación cerebral profunda trabaja mediante la estimulación eléctrica de estructuras diana en el cerebro relacionadas con la transmisión del dolor.

Técnica:

Se implanta un electrodo quirúrgicamente en el cerebro y se conecta a un neuroestimulador implantado cerca de la clavícula, mediante una extensión tunelizada por debajo de la piel. El estímulo eléctrico se puede ajustar de manera no invasiva hasta alcanzar las necesidades individuales de cada paciente.

Codificación:

Se codifican las distintas etapas del proceso:

- Implante de electrodo intracraneal: 02.93. Incluye la extracción con sustitución simultánea.
- Retirada de electrodo intracraneal: 01.22. Excluye: extracción con reemplazamiento simultáneo 02.93.

IAP

Implante

- electrodo
- - cerebro 02.93
- - intracraneales 02.93

Extracción

- electrodo
- - cerebro 01.22
- - intracraneales 01.22
- - - con sustitución simultánea 02.93

- **Neuroestimulación periférica**

Consiste en el implante de electrodos a nivel subcutáneo, radicular o de nervios periféricos, conectados a un neuroestimulador. Para localizar correctamente la zona del implante se utiliza un estimulador de nervios periféricos.

Técnica:

Tras implantar el electrodo en la zona deseada, se procede a su tunelización y conexión con el neuroestimulador.

Codificación:

Se codifican las distintas etapas del proceso:

- Implante de electrodo periférico: 04.92. Incluye la extracción con sustitución simultánea.
- Implante de neuroestimulador (ver implante neuroestimulador).
- Extracción de neuroestimulador (ver extracción neuroestimulador).
- Retirada de electrodo periférico: 04.93. Excluye la extracción con reemplazamiento simultáneo 04.92.

IAP**Implante**

- electrodo
- - nervio periférico 04.92

Extracción

- electrodo
- - nervio periférico 04.93
- - - con sustitución simultánea 04.92

14.4. Otras técnicas invasivas

Técnicas de punción muscular profunda para tratamiento con toxina botulínica

Consiste en la infiltración de la musculatura profunda, como el músculo psoas, cuadrado lumbar, piriforme... con toxina botulínica. La toxina botulínica es una neurotoxina que interfiere la contracción muscular, produciendo una relajación de la contractura muscular, con reducción del dolor.

Técnica:

Mediante control radiológico se localiza el músculo a tratar y se inyecta mediante la aguja adecuada el fármaco.

Codificación:

Tiene entrada por el índice como:

- Inyección** (intramuscular)
- agente terapéutico 99.29

Vertebroplastia y cifoplastia

La vertebroplastia y la cifoplastia se usan para tratar el dolor causado por la fractura-aplastamiento de los cuerpos vertebrales, debida generalmente a osteoporosis o neoplasias.

Técnica:

Consiste en inyectar una mezcla de cemento especial a través de una aguja hueca (trocar óseo) dentro del hueso fracturado. En la cifoplastia, se inserta primero un balón a través de la aguja en un intento de aumentar la altura del cuerpo vertebral. El cemento se inyecta en el vacío que queda tras la retirada del globo.

Codificación:

Tiene entrada por el índice como:

- **Vertebroplastia percutánea**, 81.65
- **Cifoplastia**, 81.66

Ozonoterapia

La ozonoterapia es la administración de ozono mezclado con oxígeno en el organismo con fines terapéuticos. La de mayor interés es la discolisis por ozono, que se basa en introducir en el disco una mezcla de oxígeno y ozono que actúa desecando el disco vertebral, con lo que comprime la hernia y la hace desaparecer. También se puede utilizar a nivel muscular.

Técnica:

La discolisis consiste en localizar el disco a tratar, mediante medios radiológicos, e inyectar el ozono.

Codificación:

La discolisis tiene entrada directa por el índice alfabético y el código apropiado es el 80.52.

Epidurolisis o adhesiolisis

Es un procedimiento que intenta eliminar las adherencias, las reacciones cicatriciales y fibróticas postquirúrgicas.

Técnica:

Se puede realizar introduciendo un catéter junto a la raíz afectada a través del que se infunde metilprednisolona y suero hipertónico, o bien por radiofrecuencia.

Codificación:

Se utiliza el código **03.6 Lisis de adherencias de médula espinal y raíces de nervios espinales**. Se debe codificar además cualquier aplicación o administración de una sustancia antiadherencia (99.77).

IAP

Adhesiolisis- véase además Lisis, adherencias

Lisis

- adherencias
- - espinales (médula) (meninges) (raíces de nervios) 03.6
- - meninges (espinales) 03.6

Epiduroscopia

Método endoscópico para visualizar el espacio epidural, útil en el diagnóstico y tratamiento de síndromes dolorosos de la médula espinal.

Técnica:

Se introduce en el espacio epidural un endoscopio flexible y direccionable o un epiduroscopio para visualizar y tratar las estructuras lesionadas.

Codificación:

El código adecuado es **03.39 Otros procedimientos diagnósticos sobre la médula espinal y estructuras del conducto espinal**.

Discografía

La discografía o discograma es una herramienta de diagnóstico que se utiliza para determinar la integridad estructural de los discos intervertebrales.

Técnica:

Se realiza una punción percutánea y bajo radioscopia se inyecta contraste en el disco intervertebral a estudio.

Codificación:

Tiene entrada por el índice como:

IAP

Discograma, 8721.

Autores

María Soledad Acedo Gutiérrez. Médico Adjunto de la Unidad del Dolor. Hospital Universitario 12 de Octubre.

Esther González García. DUE. Enfermera Consultora, Sistemas de Información y Control de Gestión. Hospital Universitario 12 de Octubre.

Sira Rodríguez Sánchez. DUE. Enfermera Consultora de la Unidad del Dolor. Hospital Universitario 12 de Octubre.

Lorenza Vicente Fatela. Jefa de la Unidad del Dolor. Hospital Universitario 12 de Octubre. Profesora asociada de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.

Daniel Samper Bernal. Jefe Clínico de Anestesiología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. Vocal Junta Directiva de la SED.

Comité Científico de la Sociedad Española del Dolor (SED).

Bibliografía

Bonica JJ. The need of taxonomy. Pain 1979; 6: 247-252.

Bonica JJ. Definitions and taxonomy of pain. En: Bonica JJ, editor. The management of pain. 2ª ed. Philadelphia: Lea & Febrieger; 1.990. p. 18-27.

Clasificación Internacional de Enfermedades. 9ª revisión. Modificación clínica, 7ª ed. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política social. Secretaria General Técnica; Enero 2010.

- De la Calle JL, Abejón D, et al y Panel de expertos de la Sociedad Madrileña del Dolor. Estándares de calidad asistencial y catálogo de procedimientos de las Unidades de dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor* 2010; 17(2): 114-133.
- De la Riva I, Vara Lorenzo A, et al. Codificación Clínica con la CIE-9. Monográfico de Traumatología. Boletín nº 14 año V. Octubre 1999.
- ICD-9-CM Official Guidelines for Coding and Reporting. Effective October 1, 2009.
- Manual del usuario. Normativa de Codificación. Ministerio de Sanidad y Consumo. 4ª edición. 1997.
- Merskey H. The definition of pain. *Enr J Psychiatry* 1.997; 6: 153-159.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estándares y recomendaciones en las Unidades de Dolor. En prensa 2011.
- Turk DC, O. A. Terminología y taxonomía del dolor. En: Loeser JD, editor. *Bonica Terapéutica del Dolor*. 3ª ed. Mexico D.F.: McGraw-Hill Interamericana; 2003. p. 19-29.
- Turk DC, R. TE. The robustness of an empirically derived taxonomy of chronic pain patients. *Pain* 1990; 43: 27-35.
- Vicente Fatela L, Acedo Gutiérrez MS et al. Codificación del dolor crónico con la clasificación Internacional de enfermedades –9ª revisión– Modificación clínica (CIE-9-MC). *Rev Soc Esp Dolor* 2006; 14: 95-103.

II. Procedimientos sobre la columna vertebral

1. Procedimientos sobre el disco intervertebral

1.1. Discectomía

Es una técnica para operar las hernias discales. Consiste en extraer el material discal herniado.

Vía operatoria:

Cervical: abordaje abierto vía anterior, disecando la musculatura prevertebral anterior, hasta exponer los cuerpos vertebrales.

Dorsal (torácica): abordaje abierto vía lateral, ya que los abordajes posteriores (como los realizados para la hernia discal lumbar), comprometen la medula espinal. En ocasiones es necesario reseca la costilla y la apófisis transversa. Puede realizarse por toracoscopia.

Lumbar: abordaje abierto vía posterior, resección de una porción más o menos reducida de la lámina (hemilaminectomía parcial unilateral) y resección del ligamento amarillo (flavectomía = extirpación del ligamento flavo).

- La resección de costilla y apófisis transversa en el caso de las hernias dorsales y la hemilaminectomía parcial y la flavectomía en las hernias lumbares, constituyen la vía operatoria y, por lo tanto, no se codifican (omitir código).
- En el caso de que la raíz esté atrapada y sea preciso ampliar el agujero de conjunción para que el nervio quede libre (foramen intervertebral, a través del cual sale el nervio del canal espinal), se denomina al procedimiento **discectomía con foraminotomía**, y no modifica la asignación de código.

- Si es necesario extirpar las facetas articulares al mismo nivel, el procedimiento se denomina **discectomía con facetectomía**, y no modifica la asignación de código.
- En el caso de que sea necesario ampliar al mismo nivel el canal para permitir una descompresión generosa del saco dural o de raíces, el procedimiento se denomina **discectomía con laminotomía (hemilaminectomía)**, y no modifica la asignación de código.

Codificación:

80.51 Escisión de disco intervertebral.

- Aquella con descompresión de raíz de nervio espinal al mismo nivel
- Aquella mediante laminotomía o hemilaminectomía
- Discectomía
- Extracción de núcleo pulposo herniado
- Niveles
 - cervical
 - lumbar (lumbosacral)
 - torácico

Codificar también cualquier fusión espinal coincidente (81.00-81.08)

Codificar además cualquier reparación del anillo fibroso (80.53-80.54)

Requiere código adicional para cualquier descompresión concomitante de la raíz del nervio espinal a **diferente nivel** de la localización de la escisión (03.09).

Debe añadirse el código adicional 03.09 si, tras la discectomía, se realiza cualquier descompresión concomitante de la raíz del nervio espinal. La necesidad de este código adicional se debe a que, en estos casos, se realiza un tratamiento descompresivo a nivel diferente del sitio del procedimiento y no constituye vía operatoria.

Cuando la CIE9MC utiliza el término “descompresión concomitante de la raíz del nervio espinal a diferente localización de la escisión”, no se debe entender que se refiere exclusivamente a una raíz distinta a un nivel distinto al de la escisión, ya que cuando (por ejemplo), se realiza una discectomía L4-L5 se explora la raíz L5. Si tras la discectomía, se comprueba que la raíz (L5) sigue atrapada, hay que ampliar la descompresión hacia arriba (hacia el nivel L3-L4) o hacia abajo (hacia el nivel L5-S1). En este caso, se realiza una descompresión de la misma raíz (L5) sobre la que

se está haciendo la discectomía, pero a un nivel distinto (nivel L3-L4 o L5-S1), al de la escisión del disco (que fue el nivel L4-L5).

Se asignará un código de laminotomía descompresiva (03.09) para cada nivel vertebral descomprimido (ej. L3-L4 y L5-S1 = dos niveles).

*Excluye: aquella con corporectomía (vertebral) (80.99)
aquella para inserción (no fusión) de dispositivo de sustitución de disco intervertebral (84.60-84.69)
laminectomía para exploración del canal intraespinal (03.09)
laminotomía para descompresión de la raíz del nervio espinal solo (03.09)
quimionucleolisis intervertebral (80.52)*

IAP

Discectomía intervertebral 80.51

Escisión

- Disco intervertebral
- - herniado (núcleo pulposos) 80.51

Hernia de disco intervertebral L4-L5. Laminectomía con escisión de disco intervertebral.

722.10 Desplazamiento de disco intervertebral lumbar, sin mielopatía

80.51 Escisión de disco intervertebral.

1.2. Microdiscectomía

Es la discectomía que se realiza utilizando un microscopio o gafas lupa, para mejor visualización del campo operatorio.

La vía de abordaje y la técnica quirúrgica es la misma que en la discectomía.

Conceptualmente, es una discectomía que se realiza usando un microscopio, con una incisión y manipulación quirúrgica más pequeña.

En los casos que realmente deben ser operados, y cuando es técnicamente posible usar esta técnica, la microdiscectomía es el procedimiento de elección, pues obtiene los mismos resultados que los de la discectomía, pero permite mejor visualización del campo operatorio y facilita la manipulación quirúrgica.

Codificación:

80.51 Escisión de disco intervertebral

IAP

Discectomía intervertebral 80.51

Paciente de 33 años de edad con historia de dolor lumbar. La resonancia magnética lumbar, realizada antes de la admisión, mostró progresiva hernia discal izquierda lumbosacra. Se realizó una microdiscectomía lumbosacra para la herniación que sobresalía del disco lumbosacro, que también tenía una protuberancia subligamentosa.

722.10 Desplazamiento de disco intervertebral lumbar, sin mielopatía

80.51 Escisión de disco intervertebral

1.3. Procedimientos sobre el núcleo pulposo

- **Quimionucleolisis con quimiopapaína**

Consiste en inyectar una sustancia denominada quimiopapaína en el interior del disco. Esta sustancia destruye el núcleo pulposo disminuyendo la presión del disco y consecuentemente la compresión sobre la raíz nerviosa. Además, destruye las sustancias que contiene el núcleo pulposo y desencadenan la inflamación neural.

Los estudios científicos realizados han demostrado que esta técnica es menos eficaz que la discectomía, ya que actúa más por destrucción de las sustancias que provocan la inflamación neural que por reducción del volumen de la hernia. De hecho, en el 70% de los pacientes en los que la técnica es eficaz, el volumen del material herniado permanece inalterado.

Aunque se puede controlar, existe el riesgo de reacción alérgica a la quimiopapaína que puede llegar a ser letal. Ese riesgo, y el desarrollo de la microdiscectomía, han hecho que actualmente la quimionucleolisis se realice menos frecuentemente aunque puede estar indicada en algunos casos adecuadamente seleccionados.

- **Discolisis con ozono**

Inicialmente se desarrolló para el tratamiento de la hernia discal y consiste en inyectar un gas (ozono) en el interior del disco.

La discolisis por ozono actúa desecando el disco vertebral, con lo que se puede reducir el tamaño de la hernia. El ozono produce importantes reacciones antioxidantes y bioquímicas que consiguen la deshidratación del núcleo pulposo herniado y provoca un fuerte estímulo de la circulación sanguínea en la raíz nerviosa.

La discolisis percutánea con ozono, en el tratamiento de las hernias de disco, es una técnica mínimamente invasiva que se basa en la inyección de ozono tanto a nivel del disco herniado como en la musculatura paravertebral.

El ozono inyectado en el disco acelera la degradación de los polisacáridos en el núcleo pulposo, con lo que disminuye el volumen del material herniado.

- **Inyección de etanol gelificado (DiscoGel®)**

El DiscoGel®, es un producto indicado para el tratamiento de las hernias discales.

Es un compuesto de etanol gelificado con celulosa y nanopartículas de tungsteno. El tungsteno es un componente radio opaco que permite visualizar la progresión del gel en el disco bajo control radiológico.

La intervención consiste en una inyección percutánea de DiscoGel® en el disco enfermo bajo control radiológico en quirófano.

Esta técnica puede realizarse sin anestesia general, simplemente con sedación ligera y anestesia local.

Reduce el dolor muy rápidamente por descompresión de los nervios periféricos, pero aún hay que esperar unos días para que los resultados sean más evidentes. El disco sufre una deshidratación y al cabo de 6 meses se puede hacer control con RMN y verificar que la hernia disminuyó de tamaño.

Codificación:

80.52 Quimionucleolisis intervertebral.

IAP

Destrucción

- disco intervertebral NEOM 80.50

- - por inyección 80.52

Inyección

- espacio intervertebral para disco herniado 80.52

Quimionucleolisis (núcleo pulposo) 80.52

1.4. Reparación del anillo fibroso

El annulus, es el anillo duro externo que contiene el núcleo pulposo del disco intervertebral.

El anillo fibroso es una estructura compuesta por 7 capas concéntricas de fibras colágenas que “encierran” al Núcleo pulposo, estructura esférica compuesta por agua, colágeno, sulfato de condroitina, etc, y que sirve para el reparto de presiones. Este sistema está en estado de pretensión, lo que le confiere unas propiedades especiales de viscoelasticidad y resistencia. Cuando el disco soporta un esfuerzo vertical, la fuerza actúa sobre el Núcleo Pulposo y éste, al estar encerrado por el Anillo Fibroso, transmite dicha fuerza en un sentido horizontal, de manera que el Núcleo Pulposo soporta el 75% de la carga y el Anillo Fibroso el 25% de la carga.

Tradicionalmente el defecto anular se dejaba curar por sí solo. Sin embargo, la no reparación de dicho defecto puede contribuir a una hernia de disco recurrente a través de la abertura del anillo fibroso, una mayor frecuencia de reintervenciones y peores resultados en los pacientes.

La reparación anular se considera ahora un procedimiento que merece la pena para mejorar los resultados. Las opciones actuales de tratamiento incluyen la reparación por sutura microquirúrgica con injerto autólogo, reparación por reaproximación de tejido blando con bandas de tensión o reparación mediante malla quirúrgica. Estos procedimientos limitan que el material del núcleo se vuelva a sobresalir, reduce la inflamación y la formación de cicatrices y permite una extirpación de disco menos extensa.

Codificación:

80.53 Reparación del anillo fibroso con injerto o prótesis

Codificar además cualquier:

- aplicación o administración de una sustancia antiadherencia, si se realiza (99.77)

- discectomía intervertebral, si se realiza (80.51)
- fascia recogida localmente para injerto (83.43)

80.54 Otra reparación del anillo fibroso y la no especificada (Para la reparación del anillo fibroso tras la discectomía).

Codificar además cualquier:

- aplicación o administración de una sustancia antiadherencia, si se realiza (99.77)
- discectomía intervertebral, si se realiza (80.51)

IAP

Reparación

- anillo fibroso 80.54
- - con injerto o prótesis 80.53

Un paciente con un núcleo pulposo herniado en L4-L5 fue ingresado para discectomía en L4-L5 con descompresión de la raíz nerviosa L5 y colocación de un implante de malla de polietileno a través del defecto para reforzar el anillo fibroso.

722.10 Desplazamiento de disco intervertebral lumbar, sin mielopatía.

80.51 Escisión de disco intervertebral

80.53 Reparación del anillo fibroso con injerto o prótesis

1.5. Otras discectomías

• Discectomía percutánea endoscópica

Es un procedimiento para extracción del disco espinal afectado. Este procedimiento difiere de la cirugía tradicional del disco en que no hay disección del músculo, extracción o fusión de hueso. Solo hay una pequeña incisión. Puede reducir algunas de las complicaciones que se presentan con cirugía abierta, ya que son eliminadas con éste procedimiento. Se utiliza un endoscopio y diversos instrumentos quirúrgicos que se introducen a través de un retractor tubular colocado sobre el espacio discal.

Los instrumentos incluyen mini-micro forceps, curetas, bisturís y sondas láser y de discectomía. La sonda láser se utiliza para deshacer porciones del disco.

- **Nucleotomía percutánea**

Consiste en extraer el núcleo pulposo del disco intervertebral a través de una pequeña incisión en la piel. Bajo control radiológico y con una pequeña incisión se introduce un tubo hueco en el espacio discal, a través del cual se pasan los instrumentos quirúrgicos necesarios para la nucleotomía.

- **IDET (electrotermocoagulación intradiscal)/Anuloplastia percutánea intradiscal**

Es una técnica desarrollada para el tratamiento del dolor originado en el disco intervertebral. Consiste en colocar unos electrodos en el disco intervertebral y calentarlos, con el fin de quemar los nervios responsables de transmitir el dolor originado en él y, eventualmente, unir las fibras de la envuelta fibrosa del disco (en los casos de fisura discal).

La terapia electrotérmica intradiscal (IDET) es una modalidad de tratamiento mínimamente invasivo para pacientes con dolor de espalda discogénico.

La IDET es usada principalmente para tratar pacientes con protuberancia del disco. Proporciona tratamiento al disco sin destrucción de tejido y minimiza los riesgos asociados a cirugía vertebral abierta.

Se inserta un catéter dentro del disco. El catéter proporciona energía térmica (calor) directamente dentro de la parte externa del disco (annulus) y del núcleo del disco mediante una bobina caliente. El calor es aplicado en más de 17 minutos alcanzando temperaturas superiores a 90° centígrados. El calor hace que el colágeno reaccione y la energía térmica rompe las uniones entre las fibras de colágeno causando un colapso de las mismas ocupando menos espacio y disminuyendo la presión dentro del disco. Cuando las fibras cicatrizan, continúan encogidas y apretadas. Este apretamiento de las fibras del disco puede también ayudar a estabilizar el espacio interdiscal. Esto proporciona funcionalidad al disco y alivia el dolor discogénico. La cirugía es considerada reparativa, ya que el calor radiotérmico repara o remodela el disco.

Actualmente su uso está bastante desacreditado ya que algunos estudios randomizados no lo han demostrado superior al placebo.

Codificación:

80.59 Otra destrucción de disco intervertebral (discectomía percutánea endoscópica, nucleotomía percutánea e IDET)

IAP

Discectomía intervertebral

- Percutánea 80.59

Destrucción

- disco intervertebral NEOM 80.50

- - por otro método especificado 80.59

Paciente diagnosticado de neuropatía lumbar L4-L5 y dolor discogénico que es propuesto para, anuloplastia electrotérmica intradiscal (IDET). En la sala de radiología se inserta un catéter dentro del disco y se activa el sistema de calor para reducir el volumen de materia del disco que causa la irritación nerviosa.

80.59 Otra destrucción de disco intervertebral.

La IDET implica sólo al disco y no la raíz nerviosa.

1.6. Discectomía con corpectomía

Corpectomía/Corporectomía: Es extirpar el cuerpo de una o más vértebras.

La Discectomía con Corpectomía consiste en extirpar el cuerpo vertebral y los discos intervertebrales adyacentes para descomprimir la médula espinal y los nervios espinales.

En el espacio dejado tras la discectomía con corpectomía se coloca luego un injerto óseo (previamente extraído de la cresta ilíaca), el cual se fija con una placa atornillada en la cara anterior de los cuerpos vertebrales para estabilizar la columna.

Se usa para los casos de Mielopatía cervical espondilótica (compresión de la médula espinal en su trayecto por la columna cervical, debida a cambios degenerativos del disco intervertebral y de los procesos articulares, con formación de pinzamientos, osteofitos e hipertrofia de láminas, que acaban por estrechar el canal raquídeo). El abordaje para esta técnica quirúrgica es por vía anterior.

Codificación:

80.99 Otra escisión de articulación, columna vertebral

IAP

Corpectomía (vertebral) 80.99

- con discectomía 80.99

Discectomía intervertebral

- con corpectomía 80.99

2. Procedimientos sobre la vértebra

2.1. Artrodesis vertebral

La **artrodesis** es una técnica quirúrgica que se utiliza para fusionar las vértebras.

Fusionar significa juntar dos huesos de manera permanente, de tal forma que ya no se pueda producir movimiento entre ellos.

El objetivo en los procedimientos de fusión espinal es obtener un hueso sólido entre dos o más niveles de la columna vertebral. Cuando esto no se produce completamente a lo largo del área en que se intenta la fusión espinal, nos encontramos ante una no-uniión o fallo de unión en el desarrollo de una fusión de hueso.

El tratamiento de estos fallos de fusión consiste en la revisión quirúrgica y el procedimiento comprende una eliminación exhaustiva del tejido fibroso del área de la pretendida fusión y la adición de nuevo injerto óseo. Es lo que se denomina **Refusión**.

Este procedimiento (fusión o refusión), se trata, por tanto, de un sistema de **fijación** entre las vértebras para anular el movimiento en el segmento vertebral fusionado.

La Artrodesis puede realizarse de distintas formas:

- a) Utilizando injerto de hueso
- b) Utilizando cajetines para la fusión intersomática
- c) Utilizando tornillos, barras o placas

a) Con injerto de hueso

Utilizando injerto de hueso que se pone entre las vértebras, en la parte anterior o posterior de la columna vertebral.

El injerto de hueso que se utiliza es el que se extrae de las láminas, pedículos y apófisis espinosas de las vértebras en los casos en que se realiza una laminectomía (cirugías con abordaje posterior).

Si este hueso no es suficiente, se accede a la cresta ilíaca del paciente para extraer hueso esponjoso de la parte posterior de la pelvis.

También se puede utilizar hueso de banco.

b) Con cajetines para la fusión intersomática

Utilizando cajetines para la fusión intersomática de los cuerpos vertebrales. Estos cajetines también se rellenan de hueso.

Esto es lo que se conoce como PLIF (Fusión Intersomática Lumbar Posterior).

El PLIF se complementa con el empleo de barras y tornillos (PLIF + TLIF).

c) Con tornillos y barras o placas

Utilizando tornillos y barras o placas, conjuntamente con injerto de hueso.

Estas barras y tornillos, se utilizan para impedir que las vértebras se muevan hasta que el injerto óseo haya consolidado completamente formando un bloque óseo entre las vértebras.

Los tornillos que se colocan en los cuerpos vertebrales, se introducen en el cuerpo de la vértebra a través de los “pedículos” y estos tornillos se fijan luego con barras. Esta es la llamada **Artrodesis Transpedicular**.

Algunas veces, se utilizan tornillos pediculares en una fusión espinal para agregarle soporte y resistencia adicionales a dicha fusión mientras consolida.

Los tornillos pediculares se colocan en las vértebras que van a ser artrodesadas y se utiliza una barra para conectarlos, lo cual impide el movimiento y permite que el injerto óseo consolide. Después de que la fusión esté completamente consolidada, se pueden retirar los tornillos y la varilla, aunque esto no es necesario, a menos que le causen molestia al paciente.

2.2. Abordaje

Una fusión intersomática es una fusión de la columna anterior de la columna vertebral.

En la cirugía tradicional de fusión vertebral, la columna anterior se puede fusionar con una técnica anterior, lateral o posterior. La fusión de la columna posterior puede llevarse a cabo mediante una técnica posterior, posteolateral o lateral transversa. La técnica utilizada y la parte anatómica de la columna fusionada pueden afectar a la asignación del código correcto.

Los abordajes clásicos para la fusión vertebral son:

a) Abordaje anterior

Requiere de una incisión en el cuello o el abdomen y la fusión que se realiza desde la parte delantera de las vértebras a través de la parte anterior del anillo.

- **Fusión Intersomática Lumbar Anterior ALIF o FILA**

Este procedimiento es similar al PLIF, pero se hace desde el frente del cuerpo (anterior), generalmente a través de una incisión en el área abdominal baja o en un costado. Esta incisión puede incluir cortar completamente, y después reparar, los músculos del abdomen bajo.

Codificación:

81.02 Otra fusión cervical de la columna anterior, técnica anterior

81.32 Refusión de otras vértebras cervicales, columna anterior, técnica anterior

Artrodesis a nivel de C2 o por debajo:

fusión anterior intersomática

técnica anterolateral

81.04 Fusión dorsal y dorsolumbar de la columna anterior, técnica anterior

81.34 Refusión vertebral dorsal y dorsolumbar, de la columna anterior, técnica anterior

Artrodesis de la región torácica o toracolumbar:

fusión anterior intersomática
técnica extracavitaria

81.06 Fusión lumbar y lumbosacra, de la columna anterior, técnica anterior

81.36 Refusión vertebral lumbar y lumbosacra, de la columna anterior, técnica anterior

Artrodesis de la región lumbar o lumbosacra:

fusión anterior intersomática

retroperitoneal

transperitoneal

técnica anterolateral

Fusión intersomática lateral directa (DLIF)

Fusión intersomática lateral extrema (XLIF)

Fusión intersomática lumbar anterior (FILA)

IAP

Fusión

- vertebral NEOM (con injerto) (con fijación interna)
(con instrumentación) 81.00

- - cervical (nivel C2 o inferior) NCOC 81.02

- - - columna anterior (intersomática), técnica anterolateral (anterior) 81.02

- - - - para pseudoartrosis 81.32

- - dorsal, dorsolumbar NCOC 81.05

- - - columna anterior (intersomática), técnica anterolateral (anterior) (extracavitaria) 81.04

- - - - para pseudoartrosis 81.34

- - - intersomática lumbar

- - - - anterior (FILA) 81.06

- - lumbar lumbosacra NCOC 81.08

- - - columna anterior (intersomática)

- - - - técnica anterolateral (anterior) 81.06

- - - - para pseudoartrosis 81.36

Artrodesis (compresión) (con injerto de hueso) (con dispositivo de fijación) (extraarticular) (intraarticular) 81.20

- espinal (*véase además* Fusión, vertebral) 81.00

- lumbosacra, lumbar NCOC 81.08

- - - columna anterior (intersomática)

- - - técnica anterolateral (anterior) 81.06
- - FILA (fusión intersomática lumbar anterior) 81.06

b) Abordaje posterior

Implica una incisión en la espalda del paciente directamente sobre las vértebras.

- **Fusión Intersomática Lumbar Posterior PLIF O FILP**

En esta técnica de fusión se llega hasta las vértebras a través de una incisión en la espalda del paciente (posterior).

Dependiendo del número de niveles a fusionar, se hace una incisión en la espalda del paciente y se separan los músculos espinales para permitir el acceso al disco vertebral. Después se quita la lámina (laminectomía) para poder ver y tener acceso a las raíces nerviosas. Las carillas articulares, que están directamente encima de las raíces nerviosas, pueden cortarse para abrir un espacio adicional para las raíces nerviosas. Se retira el disco afectado y el tejido circundante y se preparan las superficies óseas de las vértebras adyacentes para la fusión.

Una vez que está preparado el espacio discal, se inserta dentro del mismo el injerto óseo, el aloinjerto o BMP con una rejilla, para promover la fusión entre las vértebras. En este momento puede usarse también instrumentación adicional (como barras o tornillos) para dar mayor estabilidad a la columna.

- **Fusión Intersomática Lumbar Transforaminal TLIF o FILT**

Esta cirugía de fusión es una variante del procedimiento PLIF. La técnica de TLIF implica abordar la columna de manera similar que en el abordaje de PLIF, pero más desde un costado del canal medular a través de una incisión de línea media en la espalda del paciente. Este abordaje reduce considerablemente la magnitud de la disección muscular quirúrgica y minimiza la manipulación nerviosa requerida para llegar a las vértebras, los discos y los nervios.

Codificación:

81.03 Otra fusión cervical de la columna posterior, técnica posterior

81.33 Refusión de otras vértebras cervicales, columna posterior, técnica posterior

Artrodesis de nivel C2 o inferior, técnica posterolateral

81.05 Fusión dorsal y dorsolumbar de la columna posterior, técnica posterior

81.35 Refusión vertebral dorsal y dorsolumbar, columna posterior, técnica posterior

Artrodesis de la región torácica y toracolumbar, técnica posterolateral

81.08 Fusión lumbar y lumbosacra de la columna anterior, técnica posterior

81.38 Refusión vertebral lumbar y lumbosacra de la columna anterior, técnica posterior

Artrodesis de la región lumbar o lumbosacra, fusión posterior intersomática técnica posterior (intersomática)

Fusión intersomática lumbar axial (AxiaLIF)

Fusión intersomática lumbar posterior (FILP)

Fusión intersomática lumbar transforaminal (FILT)

IAP

Fusión

- vertebral NEOM (con injerto) (con fijación interna)
(con instrumentación) 81.00
- - cervical (nivel C2 o inferior) NCOC 81.02
- - - columna posterior
(intersomática), técnica posterolateral (posterior)
81.03
- - - - para pseudoartrosis 81.33
- - dorsal, dorsolumbar NCOC 81.05
- - - para pseudoartrosis 81.35
- - - columna posterior (intersomática), técnica
posterolateral (posterior) 81.05
- - - - para pseudoartrosis 81.35
- - lumbar, lumbosacra NCOC 81.08
- - -columna anterior (intersomática)

- - - técnica posterior 81.08
- - - para pseudoartrosis 81.38
- Artrodesis** (compresión) (con injerto de hueso) (con dispositivo de fijación) (extraarticular) (intraarticular) 81.20
- espinal (véase además Fusión, espinal) 81.00
- lumbosacra, lumbar NCOC 81.08
- - FILP (fusión intersomática lumbar posterior) 81.08
- - FILT (fusión intersomática lumbar transforaminal) 81.08
- - - técnica posterior 81.08

c) Abordaje lateral-transverso

El abordaje lateral-transverso implica una incisión en el costado del paciente y las vértebras se abordan a través de la lámina.

Codificación:

81.07 Fusión lumbar y lumbosacra, de la columna posterior, técnica posterior

81.3X Refusión vertebral lumbar y lumbosacra, columna posterior, técnica posterior

- Fusión de superficie articular
- Técnica posterolateral
- Técnica de apófisis transversa

IAP

Fusión

- vertebral NEOM (con injerto) (con fijación interna) (con instrumentación) 81.00
- - lumbar, lumbosacra NCOC 81.08
- - - columna posterior, técnica posterior (posterolateral) (apófisis transversa) **81.07**
- - - - para pseudoartrosis **81.37**
- - superficie articular **81.07**

Artrodesis (compresión) (con injerto de hueso) (con dispositivo de fijación) (extraarticular) (intraarticular) 81.20

- espinal (véase además Fusión, espinal) 81.00
- lumbosacra, lumbar NCOC **81.08**
- - superficie articular **81.07**
- - técnica de apófisis lateral transversa **81.07**

RESUMEN DE PROCEDIMIENTOS DE FUSIÓN VERTEBRAL

Fijación:

Se insertan los tornillos (1), a través de los pedículos de dos vértebras adyacentes (2) y se fijan rígidamente con barras longitudinales (3)

Fusión:

Se extrae el disco entre los dos cuerpos vertebrales y se sustituye por una caja (4) y por un injerto óseo (5) por vía posterior, o por un abordaje anterior separado.

- ALIF implica una fusión de la columna anterior y media a través de un abordaje anterior.
- La PLIF implica una fusión de la columna anterior y media a través de un abordaje posterior.
- El TLIF implica una fusión intersomática lateral transversa a través de un abordaje posterior.
- Los códigos 81.06 y 81.36 incluyen la ALIF.
- Los códigos 81.08 y 81.38 incluyen PLIF y TLIF.

Tabla 1. Resumen de Procedimientos

Nivel vertebral	Columna	Técnica	Fusión	Refusión
Cervical	Anterior	Anterior	81.02	81.32
	Posterior	Posterior / Posterolateral	81.03	81.33
Dorsal y Dorsolumbar	Anterior	Anterior		81.34
		Anterior/Anterolateral	81.04	
	Posterior	Posterior / Posterolateral	81.05	81.35
Lumbar	Anterior	Anterior		81.36
		Anterior/Anterolateral	81.06	
Lumbar/ Lumbosacra	Posterior	Posterior / Posterolateral / Transversa	81.07	81.37
	Anterior	Posterior	81.08	81.38

2.3. Normas específicas de las categorías 81.0 y 81.3

Las categorías **81.0 Fusión vertebral**, y **81.3 Refusión vertebral**, presentan las siguientes instrucciones de codificación:

- a) Codificar además cualquier escisión simultánea de hueso recogido (localmente) para injerto (77.70-77.79)
- b) Codificar además cualquier inserción de dispositivo de fusión vertebral intersomática (84.51)
- c) Codificar además cualquier inserción de proteína recombinante ósea morfogenética (84.52)
- d) Codificar además el número total de vértebras fusionadas (81.62-81.64)

a) Codificar además cualquier escisión simultánea de hueso recogido (localmente) para injerto (77.70-77.79)

Codificación:

La escisión de hueso donante de la zona de fusión (ejemplo: costillas, laminas, pedículos...) no se codifica. La utilización de hueso de banco no se codifica. La escisión de hueso diferente a las anteriores, se codifica con un código de la categoría **77.7 Escisión de hueso para injerto**, con un 4º dígito que identifica la localización del hueso extraído.

IAP

Injerto

- hueso
- - con
- - - artrodesis – véase Artrodesis

Artrodesis (compresión) (con injerto de hueso) (con dispositivo de fijación) (extraarticular) (intraarticular) 81.20

- lumbosacra, lumbar 81.08

Escisión

- hueso
- - para injerto (autoinjerto) (homoinjerto) – véase categoría 77.7

b) Codificar además cualquier inserción de dispositivo de fusión vertebral intersomática (84.51)

El dispositivo de fusión intersomático fue diseñado para estabilizar y fusionar los espacios discales degenerativos y proporcionar una estabilidad inmediata del segmento fusionado y el alivio de los síntomas.

El procedimiento con cajetín de fusión intervertebral utiliza un cilindro hueco de fibra de carbono o de titanio enroscado para fusionar dos vértebras. Se extrae el disco dañado y se colocan los cajetines intervertebrales en la abertura de donde se ha extraído dicho disco.

Estos cajetines se llenan con injerto óseo y el hueso crece a través de los orificios en los cajetines fusionando las vértebras.

También se llama jaula o caja de fusión intersomática, caja enroscada, caja sintética, clavija ósea o arandela.

Si la inserción de un dispositivo de fusión es realizada con una fusión o refusión espinal hay que asignar también el código **84.51**

Codificación:

84.51 Inserción de dispositivo de fusión vertebral intersomático

Inserción de:

- cajas (carbono, cerámica, metal, plástico o titanio)
- caja de fusión intersomática
- espaciadores o cajas sintéticas
- trozos de hueso roscado

Codificar además la fusión vertebral (81.00-81.08)

Codificar además la refusión vertebral (81.30-81.39)

IAP

Inserción

- columna vertebral
- - caja (BAK) 84.51
- - dispositivo de fusión vertebral intersomática 84.51
- - espaciador 84.51
- - espaciador (cemento) (articulación) (metilmetacrilato) 84.56
- - vértebra 84.51
- vértebra
- - caja (BAK) 84.51
- - espaciador 84.51

c) Codificar además cualquier inserción de proteína recombinante ósea morfogénica (84.52)

La proteína recombinante ósea morfogénica (BMP), es una proteína que estimula células primitivas para crear hueso. La BMP ha sido probada para su uso en producir crecimiento óseo en fusiones espinales, retraso de uniones y no uniones de fracturas de hueso. La BMP se implanta quirúrgicamente. En caso de fusiones espinales, la BMP es usada en el lugar del injerto óseo. Se aplica con una esponja de colágeno reabsorbible o en un dispositivo de fusión intersomática que es luego implantado en el lugar de la fusión.

Codificación:

84.52 Inserción de proteína morfogénica ósea recombinante

A través de esponja de colágeno, coral, cerámica y otros portadores rhBMP

Codificar además el procedimiento principal realizado:

Fusión vertebral (81.00-81.08)

Refusión vertebral (81.30-81.39)

Reparación de fractura (79.00-79.99)

IAP

Inserción

- proteína morfogénica ósea (Infuse®) (OP-1®) (recombinante) (rh-BMP) 84.52

d) Codificar además el número total de vértebras fusionadas (81.62-81.64)

El número de vértebras fusionadas o refusionadas se clasifica con los códigos:

81.62 Fusión o refusión de 2-3 vértebras

81.63 Fusión o refusión de 4-8 vértebras

81.64 Fusión o refusión de 9 o más vértebras

Para una correcta asignación de estos códigos hay que identificar claramente los diferentes niveles de fusión:

- **Fusión de un nivel.** Une o fusiona dos vértebras en cualquier lado del disco afectado. Por ejemplo, la fusión de L1-L2 es un nivel de fusión que afecta dos vértebras: la L1 y la L2.
- **Fusión de dos niveles.** Une o fusiona juntas tres vértebras con dos discos. Por ejemplo, una fusión de L1-L3 es una fusión a dos niveles que afecta tres vértebras: la L1, la L2 y la L3

IAP

Fusión

- vertebral (con injerto) (con fijación interna) (con instrumentación) 81.00
- - número de vértebras – véase códigos 81.62-81.64

Paciente de 47 años de edad que cayó desde una escalera sufriendo una fractura conminuta de L2 hace diez meses. En ese momento, al estar neurológicamente estable, fue tratado de manera conservadora. Posteriormente comienza progresivamente con dolor de espalda y debilidad en piernas. La RNM de seguimiento de la columna revela estenosis vertebral grave, deformidad cifósica, pérdida de altura del cuerpo vertebral y fragmentos óseos retropulsados con compromiso del canal del 20%, por lo que se realiza intervención quirúrgica. Se llevó a cabo primero la exposición retroperitoneal (anterior) de la columna vertebral lumbar a fin de llegar a los cuerpos vertebrales. El paciente fue luego sometido a corporectomía de L2 con discectomía, foraminotomía bilateral de L1-L2 y L2-L3 y artrodesis de L1-L2 y L2-L3 con instrumentación con uso de jaulas de titanio expandibles y rellenas de autoinjerto y reducción abierta de la deformidad cifósica.

724.02 Estenosis vertebral, excepto cervical, región lumbar.

737.19 Cifosis (adquirida), Otra.

905.1 Efecto tardío de fractura de columna y tronco sin mención de lesión de médula espinal.

(La deformidad cifósica y la estenosis vertebral son secuelas de la fractura.)

81.06 Fusión lumbar y lumbosacra, técnica anterior, para la artrodesis con instrumentación de L1-L2 y L2-L3

84.51 Inserción de dispositivo de fusión intersomático vertebral, para la inserción de las jaulas de titanio

81.63 Fusión o refusión de 4-8 vértebras, para identificar el número específico de cuerpos vertebrales fusionados

80.99 Otra escisión de articulación, otros sitios especificados, para la corporectomía

03.53 Reparación de fractura vertebral, para la reducción abierta de la deformidad cifósica.

La discectomía es integrante de la corporectomía y está incluida en la asignación del código para la misma. La foraminotomía de L2-L3 no debe codificarse separadamente.

Paciente que presenta una espondilosis lumbar sintomática refractaria al tratamiento conservador. El cirujano realiza fusión lumbar intersomática posterior L3-L4 y L4-L5 con el sistema OptiMesh², discectomía de L3-L4 y L4-L5, relleno del espacio intervertebral con hueso autólogo que se recoge de la cresta ilíaca, y la instrumentación con tornillo pediculares.

81.08 Fusión lumbar y lumbosacra, técnica posterior, (para la fusión lumbar intersomática posterior utilizando el sistema de OptiMesh).

80.51 Escisión de disco intervertebral,

77.79 Escisión de hueso para injerto, Otros,

81.62 Fusión o refusión de 2-3 vértebras, (también deben ser asignados para describir la discectomía, la recolección de un injerto de hueso autólogo y el número de vértebras fusionadas.)

2.4. Fusiones espinales mínimamente invasivas

- a) Fusión intersomática extremo lateral (XLIF®)
- b) Fusión intersomática lateral directa (DLIF)
- c) Fusión intersomática axial lumbar (AxiaLIF®)

La columna anterior se puede fusionar usando una técnica anterior, lateral, posterior, combinado (anterolateral) (posterolateral) o una percutánea.

Una fusión de la columna posterior se puede realizar utilizando una técnica posterior, percutánea, posterolateral o lateral transversa.

El DLIF y XLIF® se llevan a cabo a través de un abordaje lateral, que es más hacia la parte trasera (posterior) que la frontal (anterior).

El AxiaLIF® se realiza por vía percutánea cerca del sacro.

- a) Fusión intersomática extremo lateral (XLIF®)

La fusión intervertebral extremo lateral es una opción quirúrgica mínimamente invasiva que reduce los riesgos asociados con los abordajes anteriores.

² **OptiMesh** es una bolsa de malla de tres dimensiones que se implanta en los defectos esqueléticos. La bolsa se implanta a través de un tubo pequeño. Una vez que la bolsa está en la ubicación deseada, se despliega a su tamaño completo. Durante el procedimiento se retira el disco y la bolsa OptiMesh se inserta en el espacio de disco, logrando una fusión posterior intersomática. La bolsa OptiMesh o saco se llena con injerto de hueso fragmentado para apoyar la columna vertebral.

El XLIF ha mostrado ser un abordaje seguro y efectivo para la artrodesis anterior de la columna toracolumbar.

La fusión intersomática extremo lateral (XLIF®) es una cirugía de columna innovadora menos invasiva de la columna anterior. El XLIF® es una de varias opciones para la cirugía de la columna y trata problemas específicos, tales como enfermedad degenerativa del disco lumbar, espondilolistesis y escoliosis, así como desplazamiento recurrente discal lumbar y estenosis espinal lumbar. Sin embargo, el procedimiento puede no ser apropiado para algunas situaciones en los niveles más bajos de la columna lumbar (por ejemplo, L4-L5 y L5-S1).

La fusión puede ser llevada a cabo por vía percutánea o por medio de un retractor de tubo circular a través de un abordaje lateral. Se realizan pequeñas incisiones en el costado lateral, con una mínima displaceración de los tejidos circundantes.

El disco es eliminado y un espaciador de polietileno (PEEK) se inserta en el espacio del disco.

La posición y colocación del espaciador se controla mediante fluoroscopia junto con el control neurofisiológico.

b) Fusión intersomática lateral directa (DLIF)

Este procedimiento se utiliza para realizar una fusión de la degeneración o deslizamiento del disco (espondilolistesis) en la columna lumbar media y alta.

El abordaje clásico ha sido realizado a través de una gran incisión en el flanco, los recientes avances en la tecnología han permitido llevarlo a cabo a través de una pequeña incisión.

La fusión lumbar lateral directa (DLIF) es una alternativa mínimamente invasiva a la fusión espinal convencional.

Se realiza a través de un abordaje lateral, que permite la interrupción limitada de tejidos blandos. Un aloinjerto se implanta lateralmente por el lado derecho o izquierdo del espacio de disco. El procedimiento sólo se puede realizar en L4-L5 o en los niveles superiores y requiere la disección a través del músculo psoas. A continuación de la discectomía, se coloca el aloinjerto y se inserta a continuación una placa de titanio o tornillos.

c) Fusión intersomática axial lumbar (AxiaLIF®)

La fusión lumbar axial (AxiaLIF®) es una fusión percutánea de la columna anterior en L5-S1.

El sistema de AxiaLIF® incluye los dispositivos implantables de titanio y los instrumentos fabricados con materiales biocompatibles. En este procedimiento, se accede a la columna lumbar a través de una incisión percutánea junto al hueso sacro. Este enfoque reduce la necesidad de que el cirujano incida músculos y ligamentos. El disco es eliminado y la fusión se logra mediante la inserción de material de crecimiento óseo. Este material estimula el crecimiento óseo en el tiempo con el objetivo de fusionar y estabilizar la columna vertebral.

Codificación:

81.06 Fusión lumbar y lumbosacra de la columna anterior, técnica anterior

81.36 Refusión vertebral lumbar y lumbosacra, columna anterior, técnica anterior

Artrodesis de la región lumbar o lumbosacra:

fusión anterior intersomática

retroperitoneal

transperitoneal

técnica anterolateral

Fusión intersomática lateral directa (DLIF)

Fusión intersomática lateral extrema (XLIF)

Fusión intersomática lumbar anterior (FILA)

IAP

Fusión

-vertebral NEOM (con injerto)(con fijación interna)(con instrumentación) 81.00

- - fusión intersomática lateral directa (DLIF) 81.06

- - fusión intersomática lateral extremada (XLIF®) 81.06

Artrodesis (compresión) (con injerto de hueso) (con dispositivo de fijación) (extraarticular) (intraarticular) 81.20

- espinal (véase además Fusión, espinal) 81.00

- lumbosacra, lumbar NCOC 81.08

- - fusión intersomática lateral directa (DLIF) 81.06

- - fusión intersomática lateral extrema (XLIF®) 81.06

81.08 Fusión lumbar y lumbosacra de la columna anterior, técnica posterior

81.38 Refusión vertebral lumbar y lumbosacra, columna anterior, técnica posterior

Artrodesis de la región lumbar o lumbosacra, fusión posterior intersomática

Fusión intersomática lumbar axial (AxiaLIF)

Fusión intersomática lumbar posterior (FILP)

Fusión intersomática lumbar transforaminal (FILT)

IAP

Fusión

- vertebral NEOM (con injerto) (con fijación interna) (con instrumentación) 81.00

- - fusión intersomática lumbar axial (AxiaLIF®) 81.08

Artrodesis (compresión) (con injerto de hueso) (con dispositivo de fijación) (extraarticular) (intraarticular) 81.20

- espinal (*véase además* Fusión, vertebral) 81.00

- lumbosacra, lumbar NCOC 81.08

- - fusión intersomática lumbar axial AxiaLIF® 81.08

Paciente intervenido de fusión intersomática lateral extrema (XLIF®), L3-L4 con un implante intersomático CoRoent XL, proteína morfogenética ósea, discectomía Vitoss, y fijación segmentaria de carilla lateral directa en L3-L4.

¿Cuáles son los códigos apropiados para estos procedimientos?

81.08 fusión lumbar y lumbosacra, técnica posterior, para la XLIF®.

80.51 escisión de disco intervertebral.

84.51 Inserción de dispositivo de fusión vertebral intersomático.

84.52 para la inserción de la proteína morfogenética ósea recombinante.

81.62 fusión o refusión de 2-3 vértebras

2.5. Artrodesis circunferencial

Una artrodesis circunferencial o de 360 grados, es una fusión de las porciones anterior y posterior de la columna realizada durante el mismo acto operatorio a través de una incisión única, por lo general a través de abordaje lateral transverso. Para la codificación de este procedimiento,

el codificador debe revisar cuidadosamente la documentación y determinar si es una fusión o una refusión.

También hay que determinar si el procedimiento es una fusión intersomática lumbar anterior (ALIF), una fusión intersomática lumbar posterior (PLIF), o una fusión lumbar transforaminal (TLIF).

Un **AxiaLIF® 360°** se refiere a la combinación de un procedimiento AxiaLIF® realizado en la columna anterior junto con una fusión de la columna posterior que puede incluir el uso de tornillos de pedículo o tornillos de faceta. Se utiliza para proporcionar una fusión percutánea de 360°.

Paciente ingresado para tratamiento quirúrgico de una enfermedad degenerativa del disco L5-S1. Se realiza un procedimiento AxiaLIF®.

La cirugía incluyó la escisión del disco, fusión intersomática axial lumbar con tornillos de fijación en L5-S1, fusión de la columna posterior (fusión de facetas percutáneas) con proteína morfogenética ósea (BMP), fijación percutánea con tornillos del pedículo L5-S1 utilizando el sistema Sextan® y NIMS de monitorización.

80.51 Escisión de disco intervertebral

81.08 Fusión lumbar y lumbosacra, técnica posterior, para el procedimiento AxiaLIF® de la columna anterior

81.07 Fusión lumbar y lumbosacra, técnica de procedimiento lateral transversa para la fusión de la columna posterior

84.52 Inserción de proteína morfogenética ósea recombinante.

81.62 Fusión o refusión de 2-3 vértebras

00.94 Monitorización neurofisiológica intraoperatoria

No es apropiado asignar un código para la instrumentación. La nota de instrucción en la categoría 81.0 indica que la fijación interna se incluye con el código de la fusión espinal.

2.6. Vertebroplastia

La vertebroplastia es un tratamiento mínimamente invasivo, guiado por imágenes, que se hace para fortalecer una vértebra fracturada que ha sido debilitada por osteoporosis. Sirve para tratar el dolor de origen vertebral, debido a fracturas por aplastamiento osteoporóticas o metastásicas. Son muy efectivas y por ello mejoran la calidad de vida de los pacientes ya que estos dolores son muy incapacitantes.

La técnica consiste en la inyección a presión de un cemento en el interior del cuerpo vertebral de la vértebra o vértebras afectadas. Es una técnica que puede realizarse con carácter ambulatorio.

Técnica:

A través de una pequeña incisión, y con la ayuda de fluoroscopia, mediante una aguja hueca se atraviesan los músculos de la espalda hasta que la punta queda colocada dentro de la vértebra. Luego se realiza un examen llamado flebografía intraósea para cerciorarse de que la aguja está en un lugar no peligroso en el cuerpo vertebral. Una vez verificada la posición correcta de la aguja, se inyecta el cemento ortopédico, que se seca rápido, en 10 a 20 minutos. Al final del procedimiento se podrá hacer una TAC para revisar la distribución del cemento.

ARCUATE™ XP. El sistema de ARCUATE™ XP utiliza un dispositivo mecánico, el osteotomo ARCTM, para cortar los arcos en el hueso esponjoso dentro del cuerpo vertebral. Los arcos creados con el osteótomo permiten luego la dispersión de los materiales óseos de cemento, cuando posteriormente se inyecta en el cuerpo vertebral. Ni hueso ni médula ósea se extrae o compacta dentro del cuerpo vertebral. Esta es una variación del procedimiento de vertebroplastia percutánea. No se crea cavidad o vacío antes de la inyección de relleno óseo.

Codificación:

81.65 Vertebroplastia percutánea

IAP

Vertebroplastia (percutánea) 81.65

Inserción

- columna vertebral
- - relleno de hueso óseo 84.55
- - - con vertebroplastia percutánea 81.65

2.7. Cifoplastia

La cifoplastia es un procedimiento similar a la vertebroplastia en algunos aspectos. Es mínimamente invasiva y utiliza cemento para aumentar y estabilizar la fractura, lo que se traduce en una reducción del dolor óseo.

Técnica:

A diferencia de la vertebroplastia, la cifoplastia utiliza, antes de inyectar el cemento, un balón ortopédico que es colocado dentro de la vértebra aplastada para restablecer su estructura. El balón es inflado varias veces hasta que la vértebra alcance su posición correcta. Esta técnica produce una cavidad dentro de la vértebra aplastada que es rellena posteriormente con un cemento más consistente de una manera similar a la vertebroplastia.

La cifoplastia tiene un doble beneficio: el uso de PMMA más espeso reduce de una manera significativa la incidencia de extravasación del cemento y, además, al introducir el balón dentro de la vértebra aplastada crea una cavidad en la misma que hace que, al inyectar después el cemento, se restaure la altura del cuerpo vertebral que se había reducido debido a la fractura aplastamiento.

Vesselplastia. Variante de la cifoplastia en la que se introduce un “balón” de un material sintético biocompatible, ligeramente poroso, en el que se inyecta directamente el cemento PMMA, con el que se consigue restaurar la altura del cuerpo vertebral, proporcionando inmediata estabilidad y aliviando el dolor.

Aumento vertebral percutáneo con OptiMesh®. La vertebroplastia y cifoplastia han proporcionado excelente alivio del dolor por fractura de compresión vertebral (VCF), pero con una alta incidencia de complicaciones: la fuga de polimetilmetacrilato (PMMA) en el canal espinal o el sistema vascular, complicaciones cardiopulmonares y fracturas vertebrales adyacentes.

Un sistema de aumento vertebral percutáneo con un saco de malla de polietileno (OptiMesh® Spineology, Inc., Stillwater, Minnesota) e injerto óseo fragmentado, se ha diseñado, desarrollado y utilizado para el tratamiento de la fractura de compresión vertebral VCF.

Codificación:

81.66 Aumento vertebral percutáneo

IAP

Cifoplastia 81.66

Inserción

- columna vertebral
- - relleno de hueso óseo 84.55
- - - con aumento vertebral percutáneo 81.66

Realización de una biopsia vertebral durante el procedimiento de la cifoplastia,

81.66 Cifoplastia

77.49 Biopsia de hueso, otra. (La biopsia no es parte inherente del procedimiento y debe codificarse por separado si se realiza).

Si una biopsia vertebral se lleva a cabo durante un procedimiento de cifoplastia, hay que asignar los códigos: **81.66 Aumento vertebral percutáneo**, y **77.49 biopsia de hueso, otros**.

La biopsia no es una parte inherente de la cifoplastia y debe ser codificada por separado, si se realiza.

2.8. Laminectomía/Laminotomía descompresiva

Consiste en extirpar el arco posterior de las vértebras afectadas para descomprimir la médula o las raíces nerviosas.

Mediante un abordaje posterior de la columna cervical, dorsal o lumbar, se extirpan una (hemilaminectomía), o las dos láminas (laminectomía completa), junto con las apófisis espinosas y los recesos laterales si es necesario, en uno o múltiples niveles. Generalmente se completa con una artrodesis para fijar el segmento espinal descomprimido, ya que la eliminación del arco posterior provoca “inestabilidad vertebral” si no se procediera a la fijación. Se usa en casos de estenosis espinal, para descomprimir la médula o las raíces nerviosas

La estenosis del canal espinal es una obliteración parcial o total del canal cervical, dorsal o lumbar, primordialmente causada por procesos degenerativos crónicos, lo que provoca una compresión de la médula espinal o de las raíces nerviosas. La **laminotomía** consiste en llegar hasta la raíz nerviosa y la hernia discal abriendo el espacio que hay entre las láminas de dos vértebras yuxtapuestas. Al ampliar el agujero de conjunción, se descomprime la raíz nerviosa.

En algunas ocasiones es necesario ampliar el procedimiento de laminectomía descompresiva con una foraminotomía, denominándose a este procedimiento **laminectomía con foraminotomía** y consiste en la ampliación del “foramen intervertebral” extirpando los restos de ligamentos o de hueso que comprimen la raíz a ese nivel. La foraminoto-

mía libera la presión de un nervio en la columna vertebral y le permite moverse más fácilmente. Se puede llevar a cabo en cualquier nivel de la columna vertebral.

Si la laminectomía descompresiva se amplía con una facetectomía se denomina **laminectomía con facetectomía**, que consiste en extirpar además (parcialmente), las facetas articulares hipertrofiadas para descomprimir la raíz nerviosa en todo su recorrido por el canal espinal.

Codificación:

Se asigna el código **03.09** para la laminectomía realizada con la finalidad de la exploración o la descompresión del canal espinal. Incluye la laminectomía con foraminotomía y la laminectomía con facetectomía.

03.09 Otra exploración y descompresión del conducto espinal.

Codificar además cualquier aplicación o administración de una sustancia antiadherencia (99.77)

Codificar además cualquier inserción, sustitución y revisión simultánea de dispositivo(s) de conservación de la movilidad vertebral posterior, si se realiza (84.80-84.85)

Como acceso operatorio –omitir código–. La laminectomía realizada para la extirpación de la hernia de disco representa la vía de acceso de la operación y no se codifica.

IAP

Laminectomía (descompresión) (para exploración) 03.09

- con

- - escisión de disco intervertebral herniado (núcleo pulpos) 80.51

- como vía operatoria – omitir código

- reapertura de sitio de 03.02

Laminotomía (descompresión) (para exploración) 03.09

- como vía operatoria – omitir código

- reapertura de sitio de 03.02

Foraminotomía 03.09

Paciente con una estenosis vertebral grave con radiculopatía que se sometió a una laminotomía descompresiva L3-L4 con estabilización con Mersilene. Después de lograda la descompresión, se quitó la faceta sacándola por la pared del pedículo. Se utilizó una cureta angulada y una pinza para extirpar el ligamento amarillo. Se usó Mersilene de 3 mm para reconstituir el ligamento intraespinal usando una sutura en figura de ocho.

03.09 Otra exploración y descompresión del conducto espinal

(La colocación de las suturas Mersilene es inherente al procedimiento total. Las suturas se utilizan para el refuerzo adicional. El Mersilene es una sutura de fibra de poliéster que minimiza la rotura y se utiliza para la aproximación y la ligadura en procedimientos quirúrgicos.)

Laminoplastia cervical expansiva en paciente con estenosis espinal cervical con mielopatía.

03.09 Otra exploración y descompresión del canal espinal, para la laminoplastia expansiva.

La **laminoplastia cervical expansiva** fue ideada para descomprimir la médula espinal, tratando de evitar las desventajas de la laminectomía. Las láminas vertebrales se cortan en diferentes sitios recolocándolas para aumentar el calibre del canal medular. Este procedimiento es realizado normalmente para la estenosis espinal cervical. El cirujano incide la lámina vertebral a nivel del pedículo para aliviar la presión, sin embargo, no se extirpa ningún tejido.

2.9. Rizolisis por radiofrecuencia

Conceptualmente, la rizolisis pretende destruir los nervios que están en la articulación facetaria, es decir fuera del canal espinal, para eliminar la sensación de dolor. Se suele hacer habitualmente quemándolos por radiofrecuencia. Obviamente sólo se plantea en los casos en los que el dolor se debe a la activación de esos nervios por la afectación de la articulación facetaria.

La radiofrecuencia es un procedimiento físico –térmico y electromagnético– (termocoagulación) utilizado para provocar una lesión selectiva de las ramas del nervio medial que inervan las facetas articulares, mediante el calor generado por radiofrecuencia.

Son varios los términos empleados para describir la lesión percutánea del nervio por radiofrecuencia.

Sinónimos:

- Rizolisis percutánea por radiofrecuencia.
- Denervación facetaria percutánea por radiofrecuencia.
- DPAFL por radiofrecuencia (denervación percutánea de las articulaciones facetarias lumbares).

Codificación:**03.96 Denervación percutánea de faceta****IAP****Denervación**

- faceta, percutánea (radiofrecuencia) 03.96

3. Procedimientos de conservación de la movilidad de la columna vertebral

Los pacientes con estenosis vertebral o enfermedad degenerativa del disco pueden ser tratados con medidas conservadoras, incluyendo terapia física y tratamiento del dolor. La descompresión quirúrgica puede ser un tratamiento alternativo al tratamiento conservador cuando no proporciona un alivio. La **descompresión quirúrgica (03.09)** incluye la extracción del hueso y/o tejido que causa la presión sobre la médula espinal o las raíces nerviosas. Los procedimientos comunes de la descompresión quirúrgica incluyen laminotomía, laminectomía, discectomía, foraminotomía y facetectomía medial. El segmento de la columna vertebral puede considerarse inestable dependiendo de la extensión de los huesos y los tejidos extirpados durante el procedimiento de descompresión. La estabilización del segmento vertebral se logra principalmente con la fusión vertebral. Sin embargo se han desarrollado técnicas de conservación del movimiento espinal que proporcionan estabilización vertebral sin la restricción de movimiento asociada a la fusión.

La “estabilización dinámica de la columna vertebral” consiste en la colocación de dispositivos funcionalmente dinámicos, con el objetivo de estabilizar el segmento lumbar tras una discectomía o laminectomía, limitando la flexión y la extensión. De esta forma se consigue estabilizar las apófisis articulares y mantener la altura del espacio intervertebral.

3.1. Dispositivos de estabilización dinámica

a) Dispositivos entre las apófisis espinosas:

X-Stop™ Wallis®
Coflex™ DIAM

b) Dispositivos de estabilización dinámica pedicular:

Dynesis® M-Brace™.
TOPS NZ Stabilimax

c) Dispositivos de sustitución facetaria:

- Sistema de Artroplastia Total de Faceta ®
- Sistema de Sustitución Artificial de Faceta ®

Los códigos de los dispositivos de estabilización dinámica incluyen cualquier facetectomía sincrona (parcial o total) realizadas en el mismo nivel.

Si se realiza una descompresión quirúrgica sincrona (foraminotomía, laminectomía, o laminotomía), debe ser asignado como un código adicional el código **03.09, otra exploración y descompresión del canal espinal**, para cada nivel vertebral descomprimido.

a) Dispositivos entre las apófisis espinosas

Los dispositivos interespinosos posteriores se han diseñado como una alternativa de tratamiento para la claudicación neurógena y el dolor atribuido a enfermedad de las facetas articulares.

Al mantener la columna vertebral en una posición bastante flexionada, los dispositivos interespinosos aumentan el tamaño del canal total y de los agujeros, descomprimiendo la cauda equina responsable de la claudicación neurógena.

Este tipo de dispositivo permite la descompresión nerviosa con una cantidad mínima de resección de tejido, haciendo el procedimiento menos invasivo. Los dispositivos están destinados a ser implantados sin una laminectomía y funcionando a través de la descompresión indirecta, evitando así el riesgo de la anestesia epidural la cicatrización y pérdida de líquido cefalorraquídeo. Además, estos dispositivos limitan la extensión de la columna vertebral, descargan la articulación facetaria, y alivian el dolor atribuido a la enfermedad de la faceta.

Los implantes interespinosos son espaciadores de titanio o PEEK que se colocan entre las apófisis espinosas de dos vértebras adyacentes. Una ligera distracción segmentaria abre el espacio para la salida de la raíz nerviosa y extiende los ligamentos del canal vertebral, proporcionando así más espacio para los nervios raquídeos. Esta técnica está indicada para la estenosis espinal leve.

- **Dispositivo X-Stop**

Está indicado en ciertos casos de estenosis espinal. Consiste en colocar un pequeño implante entre las apófisis espinosas de las vértebras a través de una pequeña incisión en la espalda del paciente. Su objetivo es mantener separada la porción posterior de las vértebras y abrir el canal espinal.

- **Dispositivo Wallis**

En 1986, fue introducido en Europa el primer dispositivo interespinoso, el Sistema Wallis (Abbott Spine). Ha sido desarrollado por SENEGAS y tiene una larga historia. El diseño original del dispositivo fue un bloque de titanio que se insertaba entre los procesos adyacentes y se sujetaba con una cuerda o cinta plana Dacron envuelta alrededor de la apófisis espinosa por encima y por debajo del bloque. Después de que esta primera generación de dispositivo mostrase resultados positivos, se ha desarrollado una segunda generación de implantes Wallis.

El principal cambio fue en el material utilizado para construir el bloque interespinoso, se cambió de titanio a PEEK, un duro polímero como plástico que tiene más elasticidad y por tanto es menos rígido que el material utilizado anteriormente. Un aspecto importante del implante Wallis se encuentra en su diseño y material, lo que minimiza la necesidad de resección del hueso y evita la restricción sobre el hueso. Tiene muescas para adaptarse a la forma fisiológica de la columna vertebral. El implante consta de un separador central, que se coloca entre las apófisis espinosas del segmento afectado de la columna vertebral, y dos bandas, que pasan alrededor de las apófisis espinosas y se aseguran de nuevo a la cámara espaciadora.

El espaciador está fabricado con PEEK, un material biocompatible que es similar en su “elasticidad” al hueso y más indulgen-

te de lo que sería el metal. Las bandas están hechas de poliéster tejido, que ha sido utilizado durante muchos años en otros implantes quirúrgicos.

Limitan el movimiento excesivo no deseado, o la inestabilidad, que se produce en la degeneración del disco. Las bandas también ayudan a asegurar el implante en su lugar.

- **Dispositivo Coflex**

El Coflex es un dispositivo en forma de U, de aleación de titanio. Está indicado para uso en pacientes con estenosis moderada o grave. Su gran aportación es el de apoyo a la estabilización.

- **Dispositivo DIAM**

El sistema de estabilización de la columna vertebral DIAM es una nueva tecnología para tratar problemas de espalda sin la necesidad de la cirugía de fusión.

El sistema DIAM está diseñado para aliviar el dolor en pacientes con estenosis degenerativa

El DIAM actúa como un espaciador restaurando la altura natural del disco mientras elimina la presión del disco intervertebral y de las estructuras asociadas, permitiendo que el nervio salga libremente del conducto espinal manteniendo el movimiento normal de la columna.

El dispositivo está fabricado de silicona dura cubierta con polietileno y tiene dos ligaduras que permiten su fijación.

Codificación de los Dispositivos interespinosos:

84.80 Inserción o sustitución de dispositivo(s) interespinoso

Dispositivo(s) de descompresión interespinoso

Dispositivos de distracción interespinoso

84.81 Revisión de dispositivo(s) interespinoso

Reparación de dispositivo(s) interespinoso insertado previamente

IAP

Inserción

- columna vertebral

- - dispositivo(s) de conservación de la movilidad posterior – véase categoría 84.8

- - dispositivo de descompresión interespinoso 84.80
- - dispositivo de estabilización sin fusión – véase categoría 84.8
- X Stop® 84.80

Revisión

- prótesis
- - vertebral
- - - dispositivo interespinoso 84.81

Sustitución

- dispositivo(s) de conservación de la movilidad vertebral
- - dispositivo interespinoso 84.80

b) Dispositivos de estabilización dinámica pedicular

- **Dispositivo DYNESYS**

Es un sistema de neutralización dinámica, sistema alternativo a la fijación lumbar para neutralizar fuerzas de rotación y flexo-extensión indicada en las enfermedades discales degenerativas con conservación de las articulaciones facetarias (recidivas herniarias, inestabilidad segmentaria...) a través de tornillos pediculares unidos con una banda elástica.

- **Dispositivo M-Brace™**

Es un sistema dinámico de estabilización posterior flexible, fijado por medio de tornillos de pedículo tradicionales. El dispositivo proporciona una estabilidad sin fusión después de la cirugía de descompresión.

El M-Brace System™ es implantado posteriormente en la columna lumbar para proporcionar la estabilización dinámica. El sistema controla y apoya el movimiento en flexión, extensión y flexión lateral.

- **Implante TOPS**

El TOPS está anclado por medio de dispositivos similares a los tornillos pediculares mediante un abordaje posterior estándar. Los elementos posteriores se eliminan y el dispositivo se implanta, ocupando la misma posición.

Se trata de un dispositivo unitario compuesto, superior e inferior, construido con titanio con un núcleo de enclavamiento de

poliuretano flexible conectando los componentes inferior y superior. El interior de la cubierta de poliuretano es un “para-choques” que permite, pero al mismo tiempo limita, el alcance del movimiento en flexión, la inclinación lateral, y la extensión.

- **Implante NZ Stabilimax**

Al igual que con los dispositivos anteriores, está anclado en el lugar a través de la fijación del pedículo. El movimiento se logra por dos muelles concéntricos independientes en cada lado, que se incorporan al sistema a través de bielas.

Codificación de los Dispositivos de estabilización dinámica pedicular:

84.82 Inserción o sustitución de dispositivo(s) de estabilización dinámica pedicular.

84.83 Revisión de dispositivo(s) de estabilización dinámica pedicular.

Reparación de dispositivo(s) de estabilización dinámica pedicular insertado previamente.

IAP

Inserción

- columna vertebral
- - dispositivo de estabilización sin fusión – véase categoría 84.8.
- - dispositivo(s) de estabilización dinámica pedicular 84.82.
- Dinesys® 84.82
- MBrace® 84.82

Revisión

- prótesis
- - vertebral
- - - dispositivo(s) de estabilización dinámica pedicular 84.83

Sustitución

- dispositivo(s) de conservación de la movilidad vertebral
- - dispositivo(s) de estabilización dinámica pedicular 84.82

Estos dispositivos no deben confundirse con los tornillos pediculares usados en la fusión espinal (omitir código) o en la sustitución de tornillos pediculares utilizados en dicha fusión (**78.59**).

Paciente con estenosis vertebral lumbar grave debido a un disco herniado a nivel de L4 con radiculopatía. Fue sometido a laminectomía total, escisión del disco herniado y estabilización mediante tornillos pediculares dinámicos Dynesys de L3-L4 y L5-S1.

722.10 Desplazamiento del disco intervertebral torácico o lumbar sin mielopatía, disco intervertebral lumbar sin mielopatía.

84.82 Inserción o sustitución de dispositivo(s) de estabilización dinámica pedicular, para la inserción de dispositivo de estabilización Dynesys

80.51 Escisión de disco intervertebral, para la escisión de disco a nivel de L4.

(Aunque se ha conseguido una estabilización intervertebral, esto no es una fusión. La intervención no comprende artrodesis o fusión (intersomática) vertebral.)

Paciente con estenosis vertebral grave de L4-L5 con inestabilidad y espondilolistesis degenerativa adquirida de grado 1 no respondiendo a tratamiento conservador.

Fue sometido a laminotomía descompresiva e inserción de sistema de estabilización vertebral Dynesys.

724.02 Estenosis espinal, salvo la cervical, región lumbar.

738.4 Espondilolistesis adquirida.

84.82 Inserción o sustitución de dispositivo(s) de estabilización dinámica pedicular, para la inserción del dispositivo de estabilización Dynesys

03.09 Otra exploración y descompresión de conducto espinal, para la laminotomía descompresiva.

c) Dispositivos de sustitución de las facetas articulares

El sistema de remplazo total de Faceta es una nueva tecnología emergente diseñada para restaurar funcionalmente las carillas articulares. Hasta hace poco, el enfoque en el disco intervertebral se ha traducido en una subestimación de las articulaciones como un generador potencial de dolor, y poco se sabe acerca de la patogénesis de la enfermedad de la faceta. La literatura contemporánea se centra en el fracaso de la columna anterior, como elemento que conduce a la degeneración posterior, con estenosis posterior e inestabilidad segmentaria. Sin embargo, el dolor facetogénico puede ocurrir en la ausencia o combinada con la degeneración significativa del disco. Por esta razón, el reemplazo de las facetas y la artroplastia total puede ser un tratamiento potencial análogo a la artroplastia total de disco para el dolor discogénico.

La segunda indicación para la artroplastia total de las facetas podría ser para la reconstrucción de la columna vertebral iatrogénicamente desestabilizada. En algunos casos, la resección amplia con facetectomía es necesaria para tratar la estenosis lumbar y receso lateral. La artroplastia total de la faceta se convertiría en un complemento interesante para estas cirugías, lo que reduce la probabilidad de desestabilización iatrogénica preservando al mismo tiempo una faceta potencialmente funcionante y evitar la necesidad de una artrodesis.

El tercer papel potencial de la artroplastia total de faceta sería para aumentar la artroplastia total de disco para completar la reconstrucción funcional de la columna.

- **TFAS® Sistema de Artroplastia Total de Faceta.** TFAS sustituye las articulaciones degenerativas con los implantes de las articulaciones protésicas, con los que tiene previsto restaurar la estabilidad y el movimiento normal de la columna vertebral, eliminando la necesidad de fusión.
- **AFRS® Sistema de Sustitución Artificial de Faceta®.** La degeneración de las articulaciones a menudo conduce a la estenosis espinal y como la degeneración continúa, muchos pacientes requieren cirugía para recuperar la estabilidad espinal y obtener alivio del dolor. Un tratamiento quirúrgico más común es la eliminación de hueso de la zona afectada seguida de una fusión espinal, lo que limita el movimiento normal. AFRS es un tratamiento que preserva el movimiento normal y es una alternativa a la fusión vertebral lumbar para pacientes con estenosis espinal lumbar.

Codificación de los dispositivos de sustitución facetaria:

84.84 Inserción o recambio de dispositivo(s) de sustitución de superficie articular

Artroplastia facetaria

84.85 Revisión de dispositivo(s) de sustitución de superficie articulares

Reparación de dispositivo(s) de sustitución de superficie articular insertado previamente

IAP:

Inserción

- columna vertebral

- - dispositivo(s) de sustitución de superficie articular 84.84

Revisión

- prótesis
- - vertebral
- - - dispositivo(s) de sustitución de superficie articular 84.85

Sustitución

- dispositivo(s) de conservación de la movilidad vertebral
- - dispositivo(s) de sustitución de superficie articular 84.84

3.2. Sistemas de sustitución de discos intervertebrales y de reparación de disco

Prótesis de disco intervertebral

Los dispositivos o prótesis de disco intervertebral implican la sustitución de cualquier disco intervertebral completo o del núcleo del disco con los nuevos dispositivos diseñados para restablecer la altura del disco en pacientes con enfermedad degenerativa del mismo.

- **Prótesis discales parciales:** Hace referencia al dispositivo de sustitución del núcleo y está diseñado para sustituir el núcleo degenerado y restablecer la funcionalidad y anatomía de un disco normal. La implantación del dispositivo requiere primero una nucleotomía completa por vía de una pequeña anulotomía. La anulotomía es realizada usando un abordaje anterior, lateral o posterior de la columna. Se usa un balón para determinar el tamaño del espacio discal. El balón se inserta en el espacio discal y se llena con contraste, seguido de una evaluación fluoroscópica intraoperatoria. Se coloca el balón en el espacio discal y se llena con un polímero inyectable, llenando el espacio nuclear. El polímero se deja puesto formando por tanto un implante específico a medida del paciente. El balón se pega al polímero y permanece en su lugar después de la retirada del catéter.
- **Prótesis discal total:** La prótesis discal total es un dispositivo consistente en dos placas hechas de aleación de cromo y cobalto de alta calidad. Se usan unos dientes de anclaje en los bordes

para sujetarse a los platillos de los cuerpos vertebrales. Se coloca un núcleo deslizante de polietileno entre las placas. La prótesis discal está diseñada para imitar la función de un disco sano. El procedimiento quirúrgico para la implantación de una prótesis discal total usa un abordaje anterior. El anillo anterior es extirpado y se realiza una discectomía hasta el ligamento longitudinal posterior. Entonces es impactada la prótesis en su lugar.

La inserción de una prótesis de disco intervertebral se lleva a cabo para reemplazar el núcleo del disco degenerado y restaurar o mantener la función normal del disco.

Codificación:

Para codificar estos procedimientos correctamente, es importante determinar:

- El tipo de prótesis (parcial o total)
- El segmento vertebral tratado:
 - Cervical
 - Prótesis parcial **84.61**
 - Prótesis total **84.62**
 - Torácico **84.63**
 - Lumbosacro
 - Prótesis parcial **84.64**
 - Prótesis total **84.65**

Hay que tener en cuenta que para la columna torácica, las prótesis parciales y totales se incluyen en el mismo código **84.63**. La CIE9MC diferencia las prótesis parciales y totales de disco para la columna cervical y lumbosacra con códigos específicos. Se asignará el código no específico **84.60**, si la información adicional no está disponible.

La colocación de una prótesis de disco intervertebral implica una discectomía previa. El procedimiento discectomía está incluido en los códigos 84.60-84.65. Los códigos **84.66-84.69** de revisión y sustitución se utilizan para informar de la reparación o eliminación de la prótesis de disco artificial con la inserción sincrónica de una nueva prótesis. Estos códigos especifican la parte de la columna tratada, pero no distinguen entre prótesis parciales y totales.

Tabla 2. Prótesis de disco

Localización	Tipo Prótesis (Inserción)		Revisión o sustitución
	Parcial	Total	
No especificada	84.60		84.69
Cervical	84.61	84.62	84.66
Torácica	84.63		84.67
Lumbosacra	84.64	84.65	84.68

IAP**Inserción**

- prótesis, dispositivo protésico
- - columna vertebral
- - - disco artificial, NCOC 84.60
- - - - cervical
- - - - - núcleo 84.61
- - - - - parcial 84.61
- - - - - total 84.62
- - - - lumbar, lumbosacra 84.65
- - - - - núcleo 84.64
- - - - - parcial 84.64
- - - - - total 84.65
- - - - torácica (parcial) (total) 84.63

Un paciente es ingresado con un dolor persistente en la espalda debido a degeneración discal de L5-S1. Se realizó una disectomía L5-S1 anterior con inserción de un dispositivo discal artificial.

722.52 Degeneración de disco intervertebral lumbar o lumbosacral, para la degeneración discal

84.65 Inserción de prótesis total de disco intervertebral, lumbosacra, para la disectomía y la sustitución de disco intervertebral.

(No asigne el código 80.51 Escisión de disco intervertebral, ya que la disectomía está incluida en el código 84.65).

Autores

Rey García, Gloria M. Unidad de Codificación. C.H.U. de Vigo.

Falagán Mota, José A. Servicio de Doc. Clínica y Control de Gestión.
C.H. de Pontevedra

Chorón Durán, María L. Unidad de Codificación. Hospital Povisa de
Vigo

CONSULTOR CLÍNICO:

Casal Moro, Roberto I. Jefe del Servicio Traumatología C.H.U. de Vigo

Bibliografía

Boletines de codificación diagnóstica de la Comunidad Autónoma de Galicia. Unidad de Referencia de la Codificación Diagnóstica de Galicia. Secretaría General. Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de la Información. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.

Brown, F. ICD-9-CM Coding Handbook, with answers. American Hospital Publishing, Inc. 2011.

CIE-9-MC 8ª edición en castellano. Ministerio de Sanidad y Política Social, Madrid enero 2012.

Codificación Clínica con la CIE-9-MC. Unidad Técnica de la CIE-9-MC para el Sistema Nacional de Salud. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Política Social.

Coding Clinic for ICD-9-CM, A quarterly publication of the Central Office on ICD-9-CM. AHA.

Herkowitz, Harry N. Rothman-Simeone La Columna 2Vol 5ª Ed. Elsevier España. 2007.

Manual de aprendizaje. Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª revisión Modificación Clínica. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1991.

Manual del usuario. Normativa de Codificación. Ministerio de Sanidad y Consumo. 4ª edición. 1997.

Navarro Utrilla, Pedro. Aprendizaje y Resolución de Ejercicios de Codificación de Diagnósticos y Procedimientos. Proyecto DOSIS 2000. 2002.

Yasargil M.G. Microsurgical operation of herniated lumbar disk. Advances in Neurosurgery, 4:81-81, 1997.

III. Preguntas a la unidad

Generalidades CIE9MC

- 1. Nos encontramos el problema de que en la CIE9MC, no aparecen los diagnósticos que tengo que codificar a diario y lo mismo ocurre con algunos procedimientos.**

Como ya venimos observando cada 2 años hay una modificación de la CIE9MC. ¿Tendríamos nosotros la posibilidad de la inclusión de ciertos diagnósticos que no aparecen actualmente en la CIE?

La CIE9MC provee códigos para clasificar las enfermedades, los signos, síntomas, hallazgos anormales, circunstancias sociales y causas externas de daños o enfermedad. Resulta inviable registrar en una clasificación todas y cada una de las entidades nosológicas con un código específico para cada una de ellas y por eso algunos códigos agrupan varias patologías o circunstancias.

Las clasificaciones solo pueden ser modificadas por los propietarios de las mismas, en el caso de CIE9MC, los responsables del comité para coordinación y actualización de dicha clasificación son un representante del National Center for Health Statistics (NCHS) y otro del Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)

Pueden realizarse propuestas para la revisión e inclusión de nuevos códigos que son valoradas por dicho comité debiendo presentar además la documentación que justifique adecuadamente dicha propuesta. La dirección a la que deben dirigirse es:

www.cdc.gov/nchs/icd/icd9cm_maintenance.htm

Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos

- 1. Se adjunta informe resumido de un mieloma, politratado y en recaída, en el que aparecen nódulos cutáneos y masas anexiales que se biopsian y resultan ser infiltradas dichas zonas (ovario y**

piel) por un mieloma múltiple de iguales características que el tumor primitivo. ¿Debería considerarse como metástasis o como parte del tumor primitivo de células plasmáticas, dado lo atípico de la localización de la progresión de la enfermedad? Mujer de 63 años. NAMC que ingresa para biopsia de masa pélvica guiada por TAC y cutánea.

Antecedentes personales: Hipertensa, no DM, no DL.

Enfermedad oncohematológica: Diagnosticado de Mieloma Múltiple IgA lambda estadio III-A ISS-1 con afectación ósea severa y aplastamientos vertebrales D10-D12. Recibió tratamiento con Radioterapia 20 Gy sobre columna D9-L2 y 6 ciclos VAD+Zometa mensual. Se consolidó con autotrasplante. Acondicionamiento con MELFALAN 200 mg/m² en situación de VGPR. Ingresó en diciembre del por progresión de mieloma con insuficiencia renal aguda (Cr:13). Se demuestra además la presencia múltiples plasmocitomas y lesiones líticas. Durante el ingreso recibió primer ciclo de quimioterapia tipo PAD con buena tolerancia aunque presentó una Neumonía bilateral sin documentación microbiológica con buena resolución. Se realizó TAC con evolución radiológica favorable de los hallazgos tumorales, negativización de paraproteína en suero y orina y mejoría de función renal. De forma ambulatoria se continúa con ciclos de PAD. Actualmente acaba de recibir el quinto se estaba realizando reevaluación de enfermedad. Desde XXX independencia de la diálisis. Aparición de nódulos subcutáneos.

Evolución: Se realiza procedimiento (biopsia de masa anexial izda) y de nódulo cutáneo sin incidencias, se ha trasfundido 1 concentrados de hemáties.

TAC toraco abdomino pélvico (sin contraste): En el parénquima pulmonar no se aprecian lesiones significativas. No hay adenopatías hiliares ni mediastínicas de tamaño significativo. Persisten las lesiones líticas múltiples del esqueleto axial, sin cambios llamativos. Las lesiones nodulares perirrenales también persisten sin cambios sobre todo la del riñón derecho. Lesión adrenal izquierda sin cambios. En pelvis, gran masa de localización anexial izquierda de 79 x 38 mm y otra en anejo derecho de 21 mm, ambas de nueva aparición. No hay adenopatías significativas inguinales. Hemograma: hg 8.4 g/dl , resto normal.

Anatomía patológica (resumida): tejido conectivo laxo infiltrado por un mieloma con atipia celular moderada. Nódulo cutáneo: infiltración dérmica profunda por mieloma múltiple.

El concepto de metástasis es propio de las neoplasias sólidas. En el caso de la hematología oncológica no se habla de metástasis sino de afectación “x” por la misma enfermedad.

El monográfico de codificación de neoplasias, Boletín nº 18 de 2001 pag. 12 dice lo siguiente:

“En las neoplasias del tejido linfático y hematopoyético las células malignas circulan y pueden afectar varias localizaciones en estos mismos tejidos. Estas se consideran como neoplasias primarias, no como secundarias, por lo que se puede afirmar que a diferencia de los tumores sólidos no diseminan a distancia.”

Enfermedades del aparato circulatorio

- 1. A la hora de codificar la RCP y la parada cardiaca nos asalta la siguiente duda: Paciente que ingresa por ICC, realiza parada cardiaca, se realiza RCP pero el paciente finalmente es exitus. Estaría correcta la siguiente codificación: D1: 428.0; D2: 427.5; P1:99.60**

Le remitimos la referencia existente en el boletín de codificación clínica para CIE9MC de Cardiología, Hipertensión Arterial y Enfermedad Cerebrovascular. Boletín número 30 Año XII Octubre, 2008, pág. 22.

“El paro cardiaco (427.5), solo podrá ser DP cuando, habiendo el paciente ingresado por esta causa, no se hubiera llegado al diagnóstico causal, bien por fallecimiento precoz o por traslado a otra institución o alta antes de completar el estudio. Además, el código 427.5 no se utilizará nunca para establecer que un paciente ingresado por cualquier causa haya sido éxitus durante el episodio de hospitalización, función que es propia en el CMBD del ítem “Motivo de Alta”. Podrá ser diagnóstico secundario únicamente cuando se realicen tratamientos destinados a su resucitación mediante la utilización de maniobras avanzadas, sean estas efectivas o no, debiendo asimismo clasificar los procedimientos realizados.”

Enfermedades del aparato digestivo

- 1. Tenemos la siguiente duda de codificación. Se trata de un paciente que ingresa por hematemesis y se le diagnostica de varices esofágicas sangrantes, cirrosis hepática por VHB, infección pasada. Hipertensión portal y descompensación hidrópica. ¿Nos pueden decir la secuencia de códigos?**

Entendemos que cuando dicen “se le diagnostica de varices esofágicas sangrantes”, el diagnóstico que han determinado los clínicos como causa del ingreso es el de hematemesis debida a varices esofágicas sangrantes. La normativa de codificación indica en estos casos que:

Tanto la cirrosis (u otra hepatopatía crónica) como las complicaciones derivadas de ella pueden ser diagnóstico principal, excepto:

- Las varices esofágicas, que en estos casos siempre serán diagnóstico secundario.
- Los signos y síntomas que acompañan a las hepatopatías crónicas y que se clasifican en el Capítulo 16 de la CIE9MC “Síntomas, signos y síntomas mal definidos”. Estos sólo se codificarán cuando supongan una mayor gravedad o necesidad de cuidados como diagnósticos secundarios (Boletín nº 8. Octubre 1997).

En el caso de que la única causa de la cirrosis sea una hepatitis vírica, la hepatitis vírica se codificará primero.

Ejemplo: Cirrosis por hepatitis C crónica

070.54 Hepatitis C crónica sin mención de coma hepático

571.5 Cirrosis hepática sin mención de alcohol

Para que se produzca una cirrosis por virus hepatotropos es necesaria una infección crónica y el diagnóstico de **Cirrosis hepática por VHB, infección pasada**, nos plantea algunas dudas que sería necesario aclarar con el clínico para saber si se refiere a una infección curada o a una etapa aguda pasada y ahora cronificada, serología negativa, etc.

La codificación del proceso variará en función de las circunstancias anteriormente mencionadas:

Cirrosis por VHB crónica 070.32 + 571.5

Cirrosis por VHB, ya no tiene hepatitis crónica. Sólo es un hallazgo serológico. 571.5 + V02.61

La codificación de todo el episodio se deberá secuenciar de la siguiente manera:

DP: Cirrosis hepática por VHB: (codificación A o B o C o D)

DS: Hematemesis por VE sangrantes: 456.20

HT portal: 572.3

Descompensación hidrópica: averiguar si se trata de ascitis (789.59) o edemas (782.3) o ambos.

Enfermedades del aparato genitourinario

- 1. Hematuria por autorretirada de la sonda vesical Cuando un paciente se autorretira la sonda vesical y a causa de ello se produce una hematuria, ¿cuál sería la forma correcta de codificarlo?**

867.0 Traumatismo de vejiga y uretra, sin mención de traumatismo abierto de cavidad abdominal + **599.71** Hematuria macroscópica (Verificar si es macroscópica, o no especificada 599.70)

Si el arrancamiento de la sonda ocurre de forma accidental (enredos con ropa de cama etc.), se codificará con el código **E928.9** Accidentes no especificado.

Complicaciones de la gestación, parto y puerperio

- 1. Motivo de Ingreso: Metrorragia de 2º trimestre. Amenorrea 18+6 semanas. Ha consultado varias veces por metrorragia durante esta gestación.**

Pruebas Complementarias: Analítica normal. Eco abdominal: Gestación gemelar 1º feto en transversa izq. con latido y movimientos positivos 2º feto en transversa izq. con latido y movimientos positivos. Placenta posterior previa. LA: oligoamnios. Eco TV: cx largo. Placenta con lengüeta que cubre OCI en la que se visualiza zona de despegamiento.

Procedimientos. El día 07/02/11 se realiza cesárea por desprendimiento de placenta y placenta previa en gestación gemelar con

ambos fetos en situación transversa, no viables y oligoamnios severo. El postoperatorio cursa con normalidad.

Opción 1	Opción2
Dp. 641.21 Separación placenta.	O por tener menos de 22 semanas de gestación se debe considerar un aborto?
658.01 Oligoamnios	
651.01 Embarazo gemelar	
644.21 parto prematuro	
640.81 hemorragia especificada fase temprana del embarazo. <i>¿Se puede añadir este código para reflejar la fase temprana del embarazo?</i>	
V27.4 mortinatos	
Pr 74.1 88.78	

Al ser anterior a las 22 semanas de gestación se trata de un aborto y ese debe ser el diagnóstico principal al que habrá que añadir como causas, todas las circunstancias que ha presentado pero con quinto dígito 3. La normativa de codificación especifica que deben usarse códigos de las categorías 640-649 y 651-659 con quinto dígito “3” como códigos adicionales para indicar la complicación causante del aborto. La codificación del episodio quedaría por tanto de la siguiente forma:

634.92 Aborto espontáneo

641.23 Separación de placenta

658.03 Oligoamnios

651.03 Embarazo gemelar

El procedimiento correspondiente es el 74.91 Histerotomía para terminar embarazo.

Enfermedades del aparato muscular y esquelético y de los tejidos conectivos

- 1. ¿Cómo se codifica la luxación de la porción larga del bíceps? No lo tengo muy claro ya que entiendo que la luxación abarca hueso, ligamento y articulación.**

El tendón de la porción larga del bíceps se inserta en el borde superior de la cavidad glenoidea y desde ahí, bordeando por encima la cabeza del húmero, se introduce en un canal óseo entre el troquín y el troquíter, que se convierte en un auténtico túnel al cubrirse por una estructura fibrosa conocida como ligamento intertuberositario. Los trastornos del tendón del bíceps pueden ser el resultado de choque o como un hecho aislado de una lesión inflamatoria.

En el caso que nos plantea no existe entrada en el IA para luxación de tendón. La normativa general de codificación dice que cuando el índice alfabético no proporciona el término exacto del diagnóstico o del procedimiento que buscamos, deberemos localizar otro término alternativo.

I.A.

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

- tendón 727.9

- - región del hombro 726.10

L.T.

726.1 Síndrome del manguito de los músculos rotadores del hombro y trastornos conexos

726.10 Trastornos de bolsas y tendones en la región del hombro, no especificados

Síndrome del manguito de los rotadores NEOM

Síndrome supraespinoso NEOM

2. ¿Cómo se codifica la lesión de Hill-Sachs y la de Bankart, cuando no se refieren a fractura?

Las lesiones de partes blandas tipo Bankart incluyen un amplio espectro de anomalías traumáticas que pueden afectar al labrum, al periotio, a la cápsula, a los ligamentos gleno-humerales, y al cartílago articular. En la lesión de Bankart clásica existe rotura o desinserción del labrum ántero-inferior. La lesión de Hill Sachs es un defecto óseo o fractura compresiva de la cabeza humeral. La presencia de ambas se asocia a la luxación anterior de hombro y a la inestabilidad del mismo.

La codificación dependerá del motivo de consulta y la búsqueda podrá realizarla en el **I.A.** bajo los términos, luxación, fractura-luxación o inestabilidad dependiendo de las lesiones que se hayan producido.

Síntomas, signos y estados mal definidos

- 1. Diagnóstico: alteración del lenguaje por posible crisis parciales vs AIT** Paciente que ingresa por episodio de alteración del lenguaje, asintomática al ingreso, pasa a observación y sufre una repetición de corta duración durante el mismo. Todas las pruebas realizadas durante el ingreso son normales. El médico en el apartado diagnóstico expone: **Alteración transitoria del lenguaje que plantea diagnóstico diferencial entre crisis parciales versus A.I.T. En antecedentes personales hay una referencia a la existencia de una disfunción del nodo sinoauricular asintomática, corregido desde 2006 mediante la implantación de un marcapasos cardiaco. Codificación A: 784.3 + 427.81 + 780.39 + 435.9 Codificación B: 784.3 + 435.9 + 345.5 ¿Cuál sería la codificación correcta? Gracias anticipadas**

Cuando un síntoma es atribuible a dos o más enfermedades sin que haya podido establecerse un diagnóstico diferencial definitivo entre ellas durante el episodio, debe codificarse el síntoma como diagnóstico principal y los diagnósticos alternativos se reflejarán como secundarios. En este caso la codificación apropiada sería:

784.5 Otras alteraciones del habla

345.50 Epilepsia y síndromes epilépticos relacionados con la localización (focal) (parcial) con crisis parciales simples

435.9 Isquemia cerebral transitoria no especificada

V45.01 Marcapasos cardiaco

Si el síntoma es debido simultáneamente a dos enfermedades coexistentes, aun expresadas en términos de probabilidad, se codifican ambas enfermedades y el síntoma no se codificará salvo que cumpla con los requisitos necesarios (especial relevancia, etc.), en cuyo caso será siempre diagnóstico secundario.

2. ¿Bajo qué código debe clasificarse un Sinus pericranii?

El IA remite al 742.0, pero buscando seno dice véase Fístula y entrando a fístula cerebro arteriovenosa congénita lleva 747.81. Realmente dónde debe clasificarse ya que un sinus pericranii: es una comunicación entre el sistema venoso intracraneal y el extracraneal.

La instrucción “Véase además o véase también” a continuación de un término principal, indica que puede haber otro término principal donde encontrar información más específica. Deberá consultarse siempre que no se halle el término que buscamos entre los modificadores esenciales o no esenciales. En este caso tenemos un modificador esencial que si proporciona directamente el código apropiado por lo que no es necesario seguir la referencia.

IAE

Seno - véase además Fístula
- pericraneal **742.0**
- piel

3. El motivo de escribirles es para aclarar una duda que tengo. Un paciente que viene por una lumbalgia en relación con aplastamientos vertebrales múltiples. Los aplastamientos vertebrales no se de donde vienen. ¿Cómo pongo los aplastamientos vertebrales?

El término aplastamiento vertebral se utiliza habitualmente para referirse a las fracturas por compresión. En una fractura vertebral por compresión, puede verse afectada más de una vértebra y las causa más habituales son:

- Osteoporosis (la causa más común)
- Traumatismo en la espalda
- Tumores primarios o metastásicos

Dependiendo del tipo de fractura que sea (patológica o traumática), la codificación será distinta. Las fracturas patológicas requieren codificación múltiple secuenciando primeramente la patología de base y a continuación un código de la subcategoría 733.1 Fractura patológica (con el 5º dígito del lugar anatómico), excepto cuando el paciente ingrese

exclusivamente para el tratamiento de la fractura y la enfermedad de base esté previamente diagnosticada, en cuyo caso se codificará en primer lugar la fractura patológica.

El diagnóstico principal estará en función de las circunstancias del ingreso.

Lesiones y envenenamientos

1. Me gustaría saber si tienen algún código en la CIE 9 para la violencia de género.

En CIE9MC, la violencia de género está clasificada como malos tratos. Los malos tratos infligidos a niños y adultos se codifican en las subcategorías **995.5** Síndrome de malos tratos de niños y **995.8** Otros efectos adversos, especificados, no clasificados bajos otros conceptos, la subclasificación de 5º dígito indica el tipo de maltrato. Deben utilizarse códigos adicionales que identifiquen las lesiones asociadas (si las hay), y códigos de causa externa para identificar la naturaleza de los malos tratos (apaleamiento, instrumento cortante, envenenamiento...) y el autor de los mismos.

Códigos E

1. Cuando un paciente ingresa múltiples veces debido a traumatismo ocular, en el que cada vez presenta diagnósticos distintos, ¿se debe poner siempre el traumatismo ocular seguido de los diagnósticos con los Códigos E o simplemente la patología que presenta en el momento de ingreso con los Códigos E?

Se asignará el código E apropiado únicamente para contactos iniciales en el tratamiento de lesiones (excepto tratamientos activos de fracturas), envenenamientos o efectos adversos de medicamentos, pero no para tratamientos subsiguientes.

Códigos V

1. El código V58.44 se incorporo a la 5ª edición de la CIE (año 2006). En la descripción de dicho código aparece lo siguiente: “El código V58.44 está dirigido a pacientes que reciben un órgano trasplantado y están siendo vistos de manera rutinaria para evaluar el funcionamiento del nuevo órgano. Debe usarse un código adicional de estado de trasplante (V42.0-V42.9) con el código V58.44 para proporcionar información adicional referente al órgano específico trasplantado” (Boletín nº 25 Actualización de la CIE 9 MC 2006. Comentarios y normativa de Codificación. Octubre 2005).

Normalmente la realización de una biopsia en un órgano trasplantado se realiza por dos motivos:

- Porque se haya detectado un deterioro en la función del órgano trasplantado
- De forma rutinaria, para evaluar el funcionamiento del trasplante. Esta última situación es la que se da en el caso de los trasplantes cardiacos, a los que de forma protocolizada se les realizan biopsias endomiocárdicas con una periodicidad establecida.

Antes de la aparición de este código (V58.44) la admisión para una biopsia cardiaca programada cuyo resultado era normal se codificaba con el código V67.09 Examen de seguimiento después de otra intervención quirúrgica (Coding Clinic 3º Trimestre de 2003).

Las preguntas son dos:

- a) ¿Debemos cambiar la utilización de un código de seguimiento por uno de cuidados posteriores y utilizar el V58.44 para codificar la admisión para biopsia cardiaca programada, cuando no se objetivan signos de rechazo en la misma?
- b) ¿Este código se puede seguir utilizando para estos ingresos independientemente del tiempo que haya pasado tras el trasplante (en ocasiones más de 5 años)?

En el cambio de la 4ª a la 5ª edición de la CIE-9-MC (Enero 2006) aparecieron estos dos nuevos códigos V en relación con órganos trasplantados. Uno es un código de estado para pacientes que esperan un órgano para trasplante (**V49.83**). El otro código es para cuidado posterior tras el trasplante (**V58.44**).

El código **V58.44** está dirigido a pacientes que reciben un órgano trasplantado y están siendo vistos de manera rutinaria para evaluar el funcionamiento del nuevo órgano. Tiene una instrucción de utilizar un código adicional de estado de trasplante (V42.0-V42.9) con el código V58.44 para proporcionar información adicional referente al órgano específico trasplantado. Su uso debe siempre que el paciente contacte para seguimiento de dicho trasplante, independientemente del tiempo transcurrido tras el mismo.

Antes de la aparición de este código el seguimiento de los órganos trasplantados se hacía, efectivamente, con el código **V67.09 Examen de seguimiento después de otra intervención quirúrgica**, pero con la aparición de este nuevo código V58.44, este es el destinado a tal seguimiento rutinario, siempre y cuando no se encuentre un rechazo del órgano, en cuyo caso ese sería el DP y ya no se codificaría el V42, siguiendo la norma de incompatibilidad de usar códigos V42 y 996.8 juntos en el mismo episodio.

2. Se debe codificar como código principal el V58.11 en un paciente que acude a quimioembolización hepática, o el código principal será el tumor hepático?

La referencia para la codificación del procedimiento de la quimioembolización se puede encontrar en el Boletín nº 31 de la Unidad Técnica para la CIE9MC de Radiología Vasculare e Intervencionista (página 53):

2.9.5. Quimioembolización

Conlleva la combinación de la embolización con la quimioterapia. Este procedimiento se realiza cubriendo con medicamentos de quimioterapia a las partículas de embolización antes de la inyección o administrando quimioterapia directamente en la arteria a través de un catéter y luego tapando la arteria. A través de la arteria femoral se realiza un cateterismo de la arteria hepática, haciendo llegar el

catéter hasta la arteria que irriga el tumor.

Un vez que se ha hecho llegar el catéter a la arteria que alimenta el tumor, se inyecta una combinación de fármacos de quimioterapia y pequeñas partículas.

La quimioterapia mata las células tumorales, mientras que las partículas embolizan, bloquean, la arteria y disminuyen el flujo de sangre hacia el tumor, originando su desaparición. Además, la disminución de flujo causada favorece un mayor contacto entre los fármacos de quimioterapia y las células tumorales. Debido a que los fármacos son administrados directamente en el tumor, pueden utilizarse dosis menores que cuando la quimioterapia se administra por una vena del brazo de forma estándar.

De este modo también se reducen algunos de los efectos colaterales, no deseados, de la quimioterapia, ya que los fármacos quedan atrapados en el tumor en lugar de circular por todo el cuerpo.

Codificación:

Se asigna el código 99.25 Inyección o infusión de sustancia quimioterápica contra el cáncer, para indicar la quimioembolización, y se utilizará el código 38.91 Cateterismo arterial para indicar el método. Aunque el I.A. lleve directamente al código 99.25, e incluso debajo del mismo en el tabular aparezca el término de inclusión quimioembolización. Debajo de la subcategoría 99.2 existe la orden de “Emplear código adicional para: Inyección (en); o Perfusión:” para todo lo que no sea inyección con jeringuilla hipodérmica, ni vía intramuscular o intravenosa, por lo que sí se debe añadir un código adicional para indicar el método de la administración de la QT (al igual que se debe añadir el 03.92 para la QT intratecal, por ejemplo)

En cuanto a la codificación de diagnósticos se debe asignar el código **V58.11** Quimioterapia, como diagnóstico principal, con el código de la neoplasia maligna como diagnóstico adicional.

3. Nuestra duda es con los pacientes que ingresan para hacerse una desensibilización. La aspirina es un ejemplo.

El paciente es ingresado en UCI de manera profiláctica.

Sería correcto poner de diagnóstico principal V07.1, pero es un código que en hospital de agudos solo puede ir de secundario. Al

menos eso indica el boletín número 22 de Octubre de 2004. El V727 es cuando ingresa para hacerse pruebas alérgicas. ¿Qué código deberíamos de poner?

Efectivamente es correcto utilizar el código **V07.1** como diagnóstico principal. La Entrada del índice Alfabético: Desensibilización a alérgenos, remite a ese código y en la tabla de códigos V actualizada (guidelines americanas 2010) consta que puede ser utilizado como diagnóstico principal o secundario.

Procedimientos

1. ¿Cómo se debe codificar esta extracción de malla con sustitución? Por índice no se llega.

Paciente que en su día operaron de hernia inguinal, e ingresa tras la reiteradas molestias en la zona el paciente refiere dolor e inflamación. Es intervenido quirúrgicamente: Exploración de conducto inguinal, cordón espermático y pared posterior (muy laboriosa, por adherencias tras hernioplastia previa a malla de PPL + APL integrada), sin hallar recidiva de hernia inguinal a ningún nivel. Cordón espermático correcto, libre, que no alberga saco herniario ni contiene grasa preperitoneal. Tampoco se aprecia atrapamiento que pueda generar neuralgia.

Se procede a la colocación de nueva malla de PPL + monocryl, paliando la posible alteración de hernioplastia previa por manipulación, que se fija con prolene n° 00.

Cierre de aponeurosis con daxon n° 00. Subcutáneo con daxon n° 00. Piel con grapas.

D: 568.0+ E878.8

P:¿?

La información aportada plantea dudas acerca del motivo del ingreso y en función de ellas las alternativas de codificación son distintas. Entre otras cosas habría que constatar, la estructura afectada por las adherencias, siendo poco probable que estas sean peritoneales, lo habitual en estos casos son las adherencias del cordón espermático o de los vasos y nervios próximos.

- a) El dolor es el motivo del ingreso y de la intervención y no puede determinarse su causa.

338.28 Dolor crónico postoperatorio

789.04 Dolor abdominal cuadrante inferior izquierdo

XXX. X Adherencias estructura afectada

E878.2 Intervención quirúrgica con anastomosis, derivación o injerto como causa de reacción anormal del paciente

- b) La reacción fibrótica de la malla es la causante del dolor

996.79 Otras complicaciones por dispositivo protésico interno, implante e injerto de otro tipo

XXX. X Adherencias estructura afectada

338.28 Dolor crónico postoperatorio

E878.2 Intervención quirúrgica con anastomosis, derivación o injerto como causa de reacción anormal del paciente

Procedimientos:

54.72 Otra reparación de pared abdominal y extracción de cuerpo extraño(malla)

54.0 Incisión de pared abdominal.

2. Las reparaciones de párpado con lo que llaman “pesa de oro” y su retirada cuando surge cualquier complicación como infección...Nosotros estamos poniendo estos códigos:

* **Si ponen la pesa de oro: 08.38**

* **Si quitan la pesa de oro: 08.09**

La codificación de ambos procedimientos es correcta. Estos procedimientos se utilizan en la corrección del lagofthalmos, afección caracterizada por una retracción de párpado que imposibilita el cierre completo del ojo, siendo apropiado para su reparación, el código **08.38** Corrección de

retracción del párpado y para la extracción de la pesa, el código **08.09** Otra incisión del párpado, al no existir otro código más específico.

3. Consulta: Radiofrecuencia ganglios raíces dorsales ¿Cómo se codifica la radiofrecuencia de los ganglios de la raíz dorsal L4 y L5 derechos para el tratamiento de las lumbalgias en la Unidad del Dolor?

La radiofrecuencia es una técnica que consiste en producir un bloqueo nervioso empleando corrientes eléctricas de alta frecuencia lo que permite, controlando los parámetros eléctricos y las características del electrodo, crear una lesión controlada, circunscrita y predecible. Dependiendo del procedimiento que se realice (rizotomía o denervación) y de la estructura donde se realice, el código variará.

IAP

Denervación

- faceta, percutánea (radiofrecuencias) 03.96

Rizotomía (radiofrecuencia) (espinal) 03.1

4. ¿Cómo se codifica la osteotomía tipo AKIN (osteotomía en cuña que se realiza en la falange proximal del 1er dedo pie)? ¿Es correcto el código 77.54?

La técnica de Akin está indicada en el hallux valgus leve-moderado y permite una corrección del ángulo de hallux valgus y del ángulo articular de la falange (DASA). Consiste en realizar una osteotomía de cierre de la primera falange con posterior fijación mediante grapa térmica o tornillo.

La entrada de osteotomía para la reparación de hallux valgus proporciona el código 77.54 para la corrección del bunionete y nos obliga a consultar la entrada de bunionectomía. El bunionete, bunionette o juanetillo de sastre es la subluxación metatarso-falángica del 5º dedo, mientras que el hallux valgus o bunion, es la subluxación metatarsofalángica del 1er dedo.

IAP

Osteotomía (aducción) (angulación) (bloqueo) (desrotatoria) (desplazamiento) (parcial) (rotatoria) 77.30

- dedo del pie 77.39

-- cuña 77.29

--- para reparación de

---- bunionete 77.54

---- hallux valgus - véase Bunionectomía

---- juanete - véase Bunionectomía

-- para reparación de

--- bunionete 77.54

--- hallux valgus - véase Bunionectomía

--- juanete - véase Bunionectomía

La búsqueda en el IA de bunionectomía, proporciona el código 77.59

Bunionectomía (escisión de juanete) radical 77.59

Con

- artrodesis 77.52

- corrección de tejido blando NCOC 77.53

- osteotomía del primer metatarsiano 77.51

- resección de articulación con implante protésico 77.59

En las primeras traducciones de la ICD9CM, bunionette, se tradujo por hallux valgus en vez de por juanetillo y esa es la causa por la que en la Lista tabular de procedimientos el código **77.54**, tenga el literal de Escisión o corrección de hallux valgus, en vez de Escisión o corrección de juanetillo de sastre o bunionette, y lo mismo ocurre en la entrada del IA del término Corrección, sin embargo las entradas de Bunionectomía, Reparación y Exostectomía proporcionan el código apropiado que es el **77.59**.

- 5. Estimados compañeros, en el Coding clinic de 1999 3rd Quarterp. 21, dice que la embolización transcater de la arteria uterina se codifica en 99.29. En el Boletín 31 de Radiología Vasculare Intervencionista dice que se codificara 39.79 Otra reparación endovascular (de aneurisma) de otros vasos, para la codificación de la embolización de los miomas uterinos y en el Coding Clinic**

de 2010 1º trimestre vuelven a realizar la pregunta de si se codifica en 39.79 o en 99.29 y la respuesta sigue siendo que se codificara en 99.29.

Respuesta

Embolizaciones

- El acceso siempre es endovascular mediante cateterismo selectivo y supraselectivo para embolizar lo más próximo al lugar deseado.
- El procedimiento es independiente del material utilizado sea éste coils metálicos o microesferas, gelfoam, alcohol, pegamentos tisulares, etc.
- No son infusiones percutáneas transcáteter en sentido estricto.

Codificación:

39.79 Otros procedimientos endovasculares sobre otros vasos

Atendiendo a los excluyes correspondientes

IAP

Embolización (por catéter)

- adhesiva (pegamento) 39.79
- - cabeza y cuello 39.72
- arteria (selectiva) 38.80
- - por
- - - acceso endovascular 39.79
- - - - vasos de cabeza y cuello 39.72
- - - infusión transcáteter percutánea 99.29
- - - - espirales bioactivas 39.76
- - - - espirales descubiertas 39.75

Y demás modificadores esenciales

Evolución histórica de la categoría 39.7:

- En las ediciones en castellano aparece con la 4º edición, aunque previamente existió en la 1ª y 2ª edición aunque con el literal Simpatectomía periarterial y desapareció en la 3ª edición pasando la simpatectomía al 05.25.
- En la edición americana aparece con la edición correspondiente al FY 2001, vigente desde el 01 de octubre de 2000.
- Los Coding Clinic anteriores al año 2001 asignan las embolizaciones al código 99.29 y el correspondiente al primer trimestre de

2001 tiene dos ejemplos. Uno de una embolización con microcoils de la arteria renal, asignándole el código 99.29 al procedimiento y otro sobre la embolización de una MAV cerebral al que asigna el “nuevo” código 39.79 y hace especial mención a que se solicita que se incluya expresamente en la subcategoría 39.79. Hasta ese momento en la lista tabular no consta explícitamente la embolización en esa subcategoría.

- Será en el año 2002 cuando se modifiquen los incluye de la subcategoría 39.79 constanding explícitamente las embolizaciones. A su vez se crea una subcategoría específica para incluir las embolizaciones de vasos de cabeza y cuello y la solicitada MAV.
- Por lo tanto, será a partir de ese momento 1 de octubre de 2002 (FY 2003 americano), cuando su utilización está refrendada por la lista tabular.
- En el Coding Clinic del primer trimestre de 2010 aparece un ejemplo de embolización **percutánea** transcáteter de la arteria uterina y asigna el código 99.29 y evidentemente es una asignación correcta si se siguen las instrucciones del Índice Alfabético. La única duda razonable es si la técnica consiste verdaderamente en que se acceda a la arteria uterina percutáneamente.

Información y dudas sobre codificación

La normativa vigente en España para la codificación de los registros hospitalarios con CIE9MC, es la que consensua y aprueba la Unidad Técnica CIE9MC y que es publicada en boletines, notas y manuales por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Las publicaciones sobre codificación clínica realizadas por otros organismos, cumplen las funciones de orientación y ayuda, pero en ningún caso deben sustituir a la normativa oficial.

Para cualquier información, duda o consulta dirigirse a:

Servicio de Información de Actividad Sanitaria
Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
Pº del Prado, 18-20.
28014 MADRID.
Telf.: 91 596 15 65 - 91 596 40 89.
E-Mail: icmbd@msssi.es

Autorización de uso: Se autoriza su reproducción total o parcial para uso no comercial, siempre que se haga referencia al documento.

Cita sugerida: Codificación clínica con la CIE9MC: Actualización en la codificación del dolor y de los procedimientos en columna. Instituto de Información Sanitaria. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.

Disponible en Centro de Publicaciones:
publicaciones@msssi.es.

Internet: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/boletines/home.htm>.

