

Cuadernos de Codificación CIE-10-ES

Complicaciones de cuidados
médicos y quirúrgicos:
generalidades y complicaciones
por sistema corporal específico

Preguntas a la Unidad

NÚMERO 14. 2º SEMESTRE 2022

UNIDAD TÉCNICA DE CODIFICACIÓN CIE-10-ES

MINISTERIO DE SANIDAD

Cuadernos de Codificación CIE-10-ES

Complicaciones de cuidados
médicos y quirúrgicos:
generalidades y complicaciones
por sistema corporal específico

Preguntas a la Unidad

NÚMERO 14. 2º SEMESTRE 2022

UNIDAD TÉCNICA DE CODIFICACIÓN CIE-10-ES

MINISTERIO DE SANIDAD

EQUIPO EDITORIAL

COORDINACIÓN EDITORIAL

Susana PATO ALONSO

Colaboradora ISDEFE. Subdirección General de Información Sanitaria. MINISTERIO DE SANIDAD

Antonio RUIZ POLONIO

Colaborador ISDEFE. Subdirección General de Información Sanitaria. MINISTERIO DE SANIDAD

AUTORES

A. Complicaciones de cuidados médicos y quirúrgicos

Fernando MARÍA VARELA NOREÑA

Representante de la Comunidad Autónoma de Baleares en la UT-CIE-10-ES

B. Preguntas a la Unidad

Unidad Técnica de Codificación CIE-10-ES

UNIDAD TÉCNICA DE CODIFICACIÓN CIE-10-ES

Jesús TRANCOSO ESTRADA

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

M^a Dolores DEL PINO JIMÉNEZ

Representante de la Comunidad Autónoma de Aragón en la UT-CIE-10-ES

Aránzazu PISANO BLANCO

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

Fernando María VARELA NOREÑA

Representante de la Comunidad Autónoma de Baleares en la UT-CIE-10-ES

Balbina SANTANA EXPÓSITO

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

Ángel RÍO VARONA

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

Carmen VERDE LÓPEZ

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

Paula ASENSIO VILLAHOZ

Representante de la Comunidad Autónoma de Castilla y León en la UT-CIE-10-ES

Elisa ASENSIO BLASCO

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

Belén BENÉITEZ MORALEJO

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

Guillermo RODRÍGUEZ MARTÍNEZ

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

M^a de los Ángeles MORENO JIMÉNEZ

Representante de la Región de Murcia en la UT-CIE-10-ES

Ana GARIJO LARAÑA

Representante de la Comunidad Foral de Navarra en la UT-CIE-10-ES

Idoia ANSO BORDA

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

Montserrat SÁNCHEZ FUENTES

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

Sara HERNÁNDEZ GUTIÉRREZ

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

Juan José PIRLA CARVAJAL

Representante de la SEDOM en la UT-CIE-10-ES

M^a Carmen SALIDO CAMPOS.

Colaborador MINISTERIO DE SANIDAD. UT-CIE-10-ES

Susana PATO ALONSO

Colaboradora MINISTERIO DE SANIDAD. UT-CIE-10-ES

Antonio RUIZ POLONIO

Colaborador MINISTERIO DE SANIDAD. UT-CIE-10-ES

Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD. CENTRO DE PUBLICACIONES

Paseo del Prado, 18. 28014 Madrid

NIPO en línea: 133-20-057-2

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

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

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

Cuadernos de Codificación CIE-10-ES

Complicaciones de cuidados
médicos y quirúrgicos:
generalidades y complicaciones
por sistema corporal específico

Preguntas a la Unidad



GOBIERNO
DE ESPAÑA MINISTERIO
DE SANIDAD

Las actualizaciones normativas contenidas en este cuaderno tienen vigencia para la codificación de altas con fecha a partir del 01-01-2023

Índice

Presentación	9
A. Complicaciones de cuidados médicos y quirúrgicos	11
Introducción	11
1. Definición de complicación	12
2. Generalidades y normativa de codificación	17
3. Códigos de causa externa	22
4. Clasificación de las complicaciones en CIE-10-ES	24
4.1. Complicaciones por sistemas corporales específicos	24
4.1.1. Subcategorías comunes en todos los sistemas orgánicos	27
4.1.2. Otras complicaciones específicas de cada sistema orgánico	33
4.1.3. Complicaciones de estomas	52
Bibliografía	57
B. Preguntas a la unidad	59
Enfermedades infecciosas y parasitarias	59
Enfermedades del sistema nervioso	60
Enfermedades del aparato circulatorio	62
Enfermedades del aparato digestivo	65
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	67
Enfermedades del sistema musculoesquelético y del tejido conectivo	68
Enfermedades del aparato genitourinario	71
Embarazo, parto y puerperio	73
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	75

Lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas	76
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios	77
Miscelánea	79
Bibliografía	87

Presentación

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

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

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

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

Mercedes Alfaro Latorre
Subdirectora General de Información Sanitaria

A. Complicaciones de cuidados médicos y quirúrgicos

Introducción

La codificación de las complicaciones de cuidados médicos y quirúrgicos siempre ha supuesto un reto para el codificador. Para poder llevarla a cabo de forma correcta es importante conocer qué se considera complicación a la hora de codificar. También es fundamental contar con una documentación clínica completa y detallada donde se especifiquen las afecciones que presenta el paciente y su posible relación con los cuidados médicos y quirúrgicos proporcionados al mismo.

El objetivo de este monográfico es recopilar la normativa publicada al respecto en los Manuales y Cuadernos de Codificación, y unificar criterios a la hora de considerar como complicaciones a distintas circunstancias que se presentan a lo largo de la asistencia sanitaria. Para ello se repasará la definición de complicación de cuidado médico o quirúrgico y su normativa de codificación, así como la manera de identificar los códigos adecuados para cada situación.

En este documento se abordarán las generalidades sobre complicaciones de cuidados médico-quirúrgicos y las que se encuentran clasificadas en los capítulos correspondientes a los distintos sistemas corporales (con excepción de las complicaciones de procedimientos obstétricos ya tratadas en el correspondiente monográfico, Cuaderno de Codificación nº 10). Esperamos que este monográfico sirva de ayuda y facilite el trabajo de los codificadores.

Fernando María Varela Noreña

Representante de la Comunidad Autónoma
de Baleares en la UT-CIE-10-ES

1. Definición de complicación

Podemos definir complicación de las actuaciones médico-quirúrgicas, ya sean éstas diagnósticas o terapéuticas, como **toda aquella circunstancia no esperada, que se presenta como consecuencia de dichas actuaciones y puede dar lugar a alguna o todas de entre las siguientes posibilidades:**

- Alargamiento de la estancia del paciente, o incluso ingreso si éste no estaba previsto.
- Mayor consumo de recursos (tratamientos, reintervenciones, etc.).
- Mayor riesgo de morbi-mortalidad.
- Aparición de secuelas permanentes.

Para que cualquier circunstancia que suceda durante, o tras una actuación médico-quirúrgica, pueda ser considerada como una complicación, deben cumplirse simultáneamente dos premisas:

1. En general, debe tratarse de una condición no esperada, o que exceda a las que rutinariamente puedan ocurrir. En estas situaciones lo habitual es que se afecte el cuidado del paciente precisando de:

- Tratamientos adicionales, ya sean médicos o quirúrgicos.
- Procedimientos diagnósticos dirigidos a la complicación.
- Alargamiento de la estancia hospitalaria.
- Aumento de cuidados de enfermería y/o mayor vigilancia.

No deberán considerarse como complicaciones aquellas circunstancias sin repercusión clínica, es decir, que no precisen de actuaciones especiales y que se consideren esperadas después de un procedimiento.

- Por ejemplo, una pérdida más o menos importante de sangre es previsible en la cirugía protésica articular; en ese caso no debe ser considerada una complicación a menos que tal pérdida sanguínea sea particularmente excesiva y así lo haga constar el clínico.
- Tampoco deberían considerarse complicaciones pequeños hematomas en lugares de punción que se resuelven con presión local, el dolor posprocedimiento que se resuelve con las medidas protocolizadas, una hematuria autolimitada después de una cirugía prostática, etc.

CIE-10-ES también engloba en las categorías de “complicaciones y trastornos posprocedimiento” algunas situaciones previsibles o esperables que son inherentes a algunas cirugías o tratamientos, por ejemplo, el hipotiroidismo después de una tiroidectomía o la hipoinsulinemia después de una pancreatectomía.

E89 Complicaciones y trastornos endocrinos y metabólicos posprocedimiento, no clasificados bajo otro concepto

Excluye 2: complicaciones intraoperatorias de órgano o estructura del sistema endocrino {E36.0-, E36.1 -, E36.8}

E89.0 Hipotiroidismo posprocedimiento

Hipotiroidismo posquirúrgico

Hipotiroidismo posirradiación

E89.1 Hipoinsulinemia posprocedimiento

Hiperglucemia pospancreatectomía

Hipoinsulinemia posquirúrgica

Utilice código adicional, si procede, para identificar:

ausencia adquirida de páncreas (Z90.41-)

diabetes mellitus (pospancreatectomía)
(posprocedimiento) (E13.-)

uso de insulina (Z79.4)

*Excluye 1: hiperglucemia transitoria
posprocedimiento (R73.9)
hipoglucemia transitoria
posprocedimiento (E16.2)*

2. Siempre debe establecerse, por parte del clínico, una relación causa-efecto entre el cuidado proporcionado y la condición, y así debe indicarlo el facultativo responsable.

En algunos casos, la relación causa-efecto parece implícita, como en el caso de complicaciones debidas a la presencia de un dispositivo interno, un implante, injerto o trasplante cuando así se mencione expresamente: infección de catéter, rotura de tornillo, desplazamiento de electrodo, dehiscencia de anastomosis de bypass aorto-ilíaco, etc. Sin embargo, la simple presencia del dispositivo no implica causa-

lidad. Por ejemplo, una infección urinaria en un portador de sonda vesical no debe considerarse complicación de la misma, salvo que así lo especifique el facultativo, o esté documentada la relación entre la sonda vesical y la infección.

Paciente portador de sonda vesical que acude a urgencias por fiebre siendo ingresado con el diagnóstico de infección urinaria.

N39.0 Infección de tracto urinario, localización no especificada

Z96.0 Presencia de implantes urogenitales

Paciente portador de sonda vesical que acude a urgencias por fiebre siendo ingresado con el diagnóstico de infección urinaria debida a la sonda vesical.

T83.511A Infección y reacción inflamatoria debidas a catéter uretral permanente, contacto inicial

N39.0 Infección de tracto urinario, localización no especificada

En otras situaciones, esta relación de causalidad entre la afección considerada como posible complicación y el cuidado médico o quirúrgico recibido, debe ser documentada por el médico a través de expresiones como: “debida a”, “asociada a”, “secundaria a”, “ocasionada por”, “a consecuencia de”, “originada por”, “durante la intervención”, “en el transcurso de la intervención”, “por intervención”, etc.

Términos más generales en los informes clínicos como “tras”, “después de”, “posprocedimiento”, “posoperatorio”, “posintervención”, “posquirúrgico”, etc. habrán de ser analizados con mayor detenimiento, pues pueden indicar una relación de temporalidad, o bien una relación de causalidad entre la afección en cuestión y el cuidado médico o quirúrgico proporcionado.

La asignación de códigos se basa en la relación establecida en la documentación clínica entre la complicación y los cuidados o el procedimiento recibidos. Por ello se debe consultar al clínico si la complicación no está claramente documentada y ofrece dudas al codificador.

Es importante resaltar que el término complicación, según se utiliza en CIE-10-ES, no implica que el problema sea consecuencia de un cuidado incorrecto o inadecuado.

No se define ningún límite de tiempo tras el procedimiento para considerar como tal una complicación: puede presentarse durante el propio episodio de hospitalización en el que el cuidado fue proporcionado, o bien días, semanas o incluso años más tarde, tras el alta.

En estos dos ejemplos la complicación ocurre durante el episodio de cuidados:

Paciente de 58 años diagnosticado de litiasis vesical, que ingresa para su extirpación mediante cistoscopia. Al alta se informa de una falsa vía uretral debida a punción uretral al retirar el cistoscopio.

N21.0 Cálculo en vejiga

N99.71 Punción y desgarro accidentales de un órgano o estructura del aparato genitourinario durante un procedimiento de aparato genitourinario (POA No)

N36.5 Vía uretral falsa (POA No)

Y65.4 Fallo en introducir o retirar otro tubo o instrumento

Paciente de 60 años ingresado para realizar una tiroidectomía total por un bocio multinodular. A las 24 horas de la cirugía presenta hemorragia del lecho quirúrgico que obliga a una reintervención.

E04.2 Bocio multinodular no tóxico

E89.810 Hemorragia posprocedimiento de órgano o estructura del sistema endocrino, después de un procedimiento en el sistema endocrino (POA No)

Y83.6 Extirpación de otro órgano (parcial) (total) como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento

Las categorías de complicaciones y trastornos intraoperatorios y posprocedimiento por aparatos y sistemas, que aparecen al final de cada capítulo, diferencian códigos según el momento en que se produce el trastorno o la complicación con respecto a la realización del procedimiento, y no en relación al momento en que se atiende al paciente. Así, hemos de tener en cuenta que estas complicaciones se codifican según en qué momento de la realización del procedimiento se produjeron. La relación temporal entre la complicación y el episodio de asistencia se reflejará en todo caso con el valor del POA.

Paciente al que se le dio de alta hace 6 horas tras realización de cistoscopia por litiasis vesical. Acude a urgencias por hematuria y dolor suprapúbico. Se realiza exploración que evidencia una falsa vía uretral relacionada con punción de la uretra durante la cistoscopia previa. Se coloca sonda vesical y se pautan lavados y analgesia.

N99.71 Punción y desgarro accidentales de un órgano o estructura del aparato genitourinario durante un procedimiento de aparato genitourinario (POA Si)

N36.5 Vía uretral falsa (POA Si)

Y65.4 Fallo en introducir o retirar otro tubo o instrumento

En el siguiente ejemplo la complicación ocurre años después de realizado el procedimiento:

Paciente de 82 años portador de prótesis total de rodilla derecha desde hace 5 años. Ingresa por presentar aflojamiento de la prótesis para revisión quirúrgica de la misma.

T84.032A Aflojamiento mecánico de prótesis interna de articulación de rodilla derecha, contacto inicial

En ocasiones la complicación del cuidado médico o quirúrgico puede dejar en el paciente una secuela, codificándose en ese caso según la normativa de codificación para “secuelas”:

Por ejemplo, si se trata de una secuela de una complicación que se clasificó en su momento con un código de las categorías T80 a T88, se codificará la secuela en sí seguida del código de la complicación que la originó, con 7º carácter “S Secuela”.

Escoliosis como secuela de antigua infección de tornillo de artrodesis lumbar.

M41.56 Otras escoliosis secundarias, región lumbar

T84.63XS Infección y reacción inflamatoria por (debida a) dispositivo de fijación interna de columna vertebral, secuela

2. Generalidades y normativa de codificación

A lo largo de los diferentes capítulos de la clasificación vamos a encontrar códigos para clasificar las complicaciones.

En los capítulos de la CIE-10-ES Diagnósticos que hacen referencia a sistemas corporales existen categorías destinadas a la codificación de las complicaciones intraoperatorias y posprocedimiento de ese sistema orgánico con códigos específicos para los órganos y estructuras de dicho sistema y para determinadas patologías.

Además, existe una sección entera en el capítulo 19 (T80 a T88 COMPLICACIONES DE LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA Y MÉDICA, NO CLASIFICADAS BAJO OTRO CONCEPTO) destinada a clasificar las complicaciones de la atención médica y quirúrgica que no están clasificadas en otros capítulos.

Los códigos de ambos sitios (capítulos de sistemas corporales y sección T80-T88 del capítulo 19) en general son compatibles y pueden utilizarse juntos en determinadas circunstancias ya que no existen notas de instrucción “excluye 1” que lo impidan. De hecho, al inicio de la sección T80-T88 existe un “excluye 2” para complicaciones intraoperatorias y posprocedimiento de sistemas corporales especificados (D78.-, E36.-, E89.-, G973.-, G974, H59.3.-, H59.-, H95.2.-, H95.3, I974.-, I975, J95.6.-, J95.7, K91.6.-, L76.-, M96.-, N99.-). Además, en los “excluye 2” al principio de las categorías que clasifican las complicaciones de los sistemas corporales específicos, se recogen patologías que no están incluidas en la misma y para las que precisaremos de codificación múltiple en caso de presentarse.

Por ejemplo:

197 Complicaciones y trastornos intraoperatorios y posprocedimiento de aparato circulatorio, no clasificados bajo otro concepto

Excluye 2: shock posprocedimiento (T81.1-)

K91 Complicaciones y trastornos de aparato digestivo intraoperatorios y posprocedimiento, no clasificados bajo otro concepto

*Excluye 2: absceso retroperitoneal tras procedimiento (de radiación) (K68.11)
colitis por radiación (K52.0)
complicaciones de abertura artificial de aparato digestivo (K94.-)
complicaciones de procedimientos bariátricos (K95.-)
gastroenteritis por radiación (K52.0)
proctitis por radiación (K62.7)
úlcera gastroyeyunal (K28.-)*

La normativa de codificación es de aplicación para cualquier complicación de la atención sanitaria, independientemente del capítulo en el que se encuentre clasificado el código. Para la correcta codificación de las complicaciones es preciso revisar cuidadosamente el índice alfabético para hacer una correcta indexación.

A la hora de codificar las complicaciones elegiremos uno de los códigos específicos de cada capítulo por sistema corporal salvo que haya una indexación específica para esa complicación que envíe a un código de las categorías **T80-T88 Complicaciones de la atención quirúrgica y médica, no clasificadas bajo otro concepto.**

Mujer de 74 años que presenta enfisema subcutáneo posprocedimiento, secundario a la intervención de un recambio de PTC (prótesis total de cadera).

T81.82XA Enfisema (subcutáneo) como resultado de un procedimiento, contacto inicial

Y83.1 Cirugía con implante de dispositivo interno artificial como causa de reacción anormal del paciente, o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento

El código T81.82XA, describe completamente la complicación y está indexado específicamente:

Enfisema (atrófico) (ampoloso) (crónico) (interlobular) (pulmón) (obstrutivo) (pulmonar) (senil) (vesicular) J43.9

- quirúrgico T81.82-
- subcutáneo (traumático) T79.7-
- - posintervención T81.82-
- - quirúrgico T81.82-

“Cuando para describir completamente una complicación de cuidados, sea necesario utilizar un código de complicación de sistema orgánico y otro de las categorías T80-T88, se secuenciará en primer lugar el código

que hace referencia a la complicación del sistema orgánico específico”. (*Manual de Codificación de Diagnósticos, ed. 2022, punto 19.9.1 COMPLICACIONES DE LA ATENCIÓN MÉDICA Y QUIRÚRGICA*).

Mujer en tratamiento de obesidad severa (IMC 38.4) sometida a cirugía bariátrica mediante gastrectomía tubular laparoscópica que ingresa por presentar fístula gástrica secundaria a la intervención.

K95.89 Otras complicaciones de otro procedimiento bariátrico

T81.83XA Fístula posprocedimiento persistente, contacto inicial

K31.6 Fístula de estómago y de duodeno

Y83.6 Extirpación de otro órgano (parcial) (total) como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento

E66.01 Obesidad mórbida (severa) por exceso de calorías

Z68.38 Índice de masa corporal (IMC) 38.0 a 38.9, adulto

“Si la complicación se clasifica dentro del grupo T80-T88 Complicaciones de la atención quirúrgica y médica, no clasificadas bajo otro concepto y el código carece de la especificidad necesaria para describir la complicación, se debe asignar un código adicional para la complicación específica”. (*Manual de Codificación de Diagnósticos, ed. 2022, punto A.5.6 COMPLICACIONES DE CIRUGÍA Y OTROS CUIDADOS MÉDICOS*).

Paciente de 53 años intervenido hace una semana de apendicectomía que acude a urgencias por fiebre y tumefacción de la herida quirúrgica en fosa iliaca derecha siendo diagnosticado de absceso subcutáneo en la zona de la incisión precisando drenaje y antibioterapia sistémica.

T81.41XA Infección después de un procedimiento, zona de incisión quirúrgica superficial, contacto inicial

L02.211 Absceso cutáneo en pared abdominal

Y83.6 Extirpación de otro órgano (parcial) (total) como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento

Además, en el Índice Alfabético de Enfermedades (IAE) existe la entrada principal “Posoperatorio” que dirige, mediante un “véase” a Complicación, posoperatorio, y la entrada “Posintervención” que contiene un “véase además Posoperatorio”.

Otras veces el IAE dispone de términos principales con el modificador esencial “posoperatorio” “posprocedimiento” o similar. Unas veces nos dirige a un código que pertenece a la sección o categoría que engloba las “Complicaciones y otros trastornos posprocedimiento” y otras a un código de otras categorías. Por ejemplo:

Delirio (agudo o subagudo) (no alcohólico o por fármacos) (con demencia) R41.0

-posintervención (posoperatorio) F05

Disritmia

-cardíaca I49.9

--posoperatorio I97.89

Fuga, derrame

- líquido cefalorraquídeo G96.00

-- craneal

--- posoperatoria G96.08

-- espinal

--- posoperatoria G96.09

Tromboflebitis

- posoperatoria T81.72

También en la lista tabular encontramos en el literal de algunos códigos el término “posprocedimiento”:

G89.18 Otros tipos de dolor agudo posprocedimiento

G89.28 Otros tipos de dolor crónico posprocedimiento

K66.0 Adherencias peritoneales (posprocedimiento) (posinfección)

K68.11 Absceso retroperitoneal posprocedimiento

N52.3- Disfunción eréctil posprocedimiento

R50.82 Fiebre posprocedimiento

I95.81 Hipotensión posprocedimiento

Es importante aclarar en la documentación si la afección en cuestión cumple o no la definición de complicación. Si es así, en algunos casos, deberemos utilizar un código de “Complicación” delante del que nos ofrece el IAE para clasificar de forma adecuada esa afección (en aquellas situaciones en los que el código en cuestión incluya otras afecciones o cuando la normativa de codificación nos indique que debemos utilizarlo).

Por ejemplo, el código **G96.09 Otra fuga de líquido cefalorraquídeo espinal** incluye, entre otros, la fuga posoperatoria de líquido cefalorraquídeo espinal, la fuga traumática de líquido cefalorraquídeo espinal, y otra fuga de LCR espinal. En el caso de que la fuga de LCR espinal sea debida o esté relacionada con un procedimiento y sea clínicamente significativa tendremos que utilizar primero un código que indique que se trate de una complicación.

Paciente que ingresa por referir náuseas y vómitos con dolor de cabeza posicional y rigidez del cuello, tras haber sido dado de alta por una intervención quirúrgica en la que le extirparon un quiste espinal lumbar. JD: Fuga de LCR posoperatoria secundaria a la intervención previa. Es ingresado para drenaje lumbar.

G97.82 Otras complicaciones posprocedimiento y trastornos del sistema nervioso

G96.09 Otra fuga de líquido cefalorraquídeo espinal

Y83.8 Otros procedimientos quirúrgicos como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento

En este caso el IAE nos envía al código G96.09, mediante la entrada:

Fuga, derrame

- líquido cefalorraquídeo G96.00
- craneal
- especificada NCOC G96.08
- espontánea G96.01
- posoperatoria G96.08
- traumática G96.08
- espinal
- especificada NCOC G96.09
- espontánea G96.02
- posoperatoria G96.09
- postraumática G96.09

Paciente que hace seis meses fue sometido a resección intestinal abierta por diverticulitis perforada. En la actualidad presenta cuadro obstructivo, siendo diagnosticado de oclusión intestinal por bridas posoperatorias.

K91.30 Obstrucción intestinal posprocedimiento, no especificada como parcial o completa

Y83.6 Extirpación de otro órgano (parcial) (total) como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento

En este caso el IAE nos envía al código K91.30, mediante la siguiente entrada:

Obstrucción, obstruido, obstructivo

- intestino K56.609
- posoperatoria K91.30

3. Códigos de causa externa

Los códigos de causa externa relacionados con las complicaciones de cuidados médicos y quirúrgicos se encuentran recogidos en 21 categorías del capítulo 20 CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD (V00-Y99), en concreto entre las categorías Y62-Y84.

COMPLICACIONES DE LA ATENCIÓN MÉDICA Y QUIRURGICA (Y62-Y84)

Incluye: complicaciones de dispositivos sanitarios procedimientos quirúrgicos y médicos como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de efecto adverso en el momento del procedimiento

Agrupados en tres secciones:

Y62-Y84 COMPLICACIONES DE LA ATENCIÓN MÉDICO QUIRÚRGICA	Y62-Y69	Accidentes en pacientes durante atención médica y quirúrgica
	Y70-Y82	Dispositivos sanitarios utilizados para el diagnóstico y tratamiento asociados con eventos adversos
	Y83-Y84	Otros procedimientos médicos y quirúrgicos como causa de reacción anómala del paciente, o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento

Existe un **excluye 1** entre los accidentes “**durante atención médica y quirúrgica**” (Y62-Y69) y aquellos “**sin mención de efecto adverso en el momento del procedimiento**” (Y83-Y84), pero en ambos casos existe un **excluye 2** con los códigos que hacen referencia a los “**dispositivos**” (Y70-Y82).

“Los códigos de causa externa nunca pueden ser diagnóstico principal, por lo que serán **siempre secundarios** a un código de otro capítulo donde se recoja la naturaleza de la lesión: entre A00.0-T88.9 o Z00-Z99. Aunque la mayor parte de las ocasiones acompañan a un diagnóstico principal del capítulo 19 LESIONES TRAUMÁTICAS, ENVENENAMIENTOS Y

OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS, pueden utilizarse con códigos de cualquier otro capítulo de la clasificación”.

“Los códigos de causa externa, son de uso obligatorio para todos los códigos del capítulo 19, **siempre que aporten información que no esté contenida en el propio literal del código de la lesión o complicación**. Las intoxicaciones no precisan código de causa externa, ya que el propio código informa sobre la sustancia y la intencionalidad de su uso.

Aunque se usan fundamentalmente en lesiones, también **son válidos para utilizar con otro tipo de enfermedades relacionadas con causas externas como** infecciones, enfermedades acaecidas durante una actividad física, o **accidentes relacionados con la atención médica o quirúrgica y sus complicaciones”**

(Manual de Codificación de Diagnósticos, ed. 2022, capítulo 20 CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD).

Por tanto, cuando el código de complicaciones de cuidados lleva implícito en el literal la causa externa que da origen a la complicación no es necesario añadir un código adicional de causa externa.

Con una finalidad didáctica, en algunos ejemplos de este documento, se han dejado reflejados los códigos de causa externa, indicando que su uso no es obligatorio.

Inflamación de reservorio intestinal tras colectomía total realizada por pancolitis ulcerosa.

K91.850 Reservoiritis

(El código de causa externa **Y83.4** Otra cirugía reconstructiva como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento, no aporta información adicional, por lo que su uso no es obligatorio)

Seroma en arteria femoral tras realización de cateterismo cardiaco (en relación con el mismo).

I97.640 Seroma posprocedimiento de un órgano o estructura del aparato circulatorio después de cateterismo cardíaco

(El código de causa externa **Y84.0** Cateterismo cardíaco como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento, no aporta información adicional, por lo que su uso no es obligatorio)

En el caso de las complicaciones de cuidados habrá que prestar especial atención, pues a veces los códigos de causa externa aclaran si hay mención o no de evento adverso en el momento de realizar el procedimiento.

4. Clasificación de las complicaciones en CIE-10-ES

A efectos organizativos analizaremos las complicaciones de procedimientos médico-quirúrgicos, con excepción de las debidas a procedimientos obstétricos o a la administración y/o intoxicación con fármacos, en cuatro grandes grupos:

- Las complicaciones recogidas en los sistemas corporales específicos.
- Complicaciones clasificadas en la sección T80-T88 COMPLICACIONES DE LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA Y MÉDICA, NO CLASIFICADAS BAJO OTRO CONCEPTO:
 - a. Complicaciones generales o que afectan o pueden afectar a cualquier localización y sistema clasificadas en las categorías T80, T81, y T88
 - b. Complicaciones de injertos y dispositivos (categorías T82 a T85)
 - c. Complicaciones de procedimientos quirúrgicos específicos: trasplante, amputaciones y reimplantaciones (categorías T86 y T87)

En el presente documento abordaremos el primer punto: las complicaciones recogidas en los sistemas corporales específicos.

4.1. Complicaciones por sistemas corporales específicos

Normalmente, al final de los capítulos relativos a los distintos sistemas anatómicos, existe una o varias categorías destinadas a recoger aquellas complicaciones **que se presentan en ese sistema orgánico**, durante o después de la realización de un procedimiento. En ambos casos el procedimiento puede haberse llevado a cabo sobre ese mismo sistema orgánico o sobre otro diferente.

Como ya hemos reflejado estos códigos de capítulos deben utilizarse para las complicaciones de cuidados, salvo que haya una indexación

específica que envíe a un código de las categorías T80-T88 Complicaciones de la atención quirúrgica y médica, no clasificadas bajo otro concepto.

“Los códigos de complicación, tanto de sistemas orgánicos como del capítulo 19 deben complementarse con otros adicionales, siempre que aporten información específica de la complicación” (*Manual de Codificación de Diagnósticos*, ed. 2022, punto 19.9.1 COMPLICACIONES DE CUIDADOS (T80-T88)).

Para elegir el código adecuado para clasificar la complicación debemos fijarnos en el sistema orgánico donde la complicación se produce, no en el sistema orgánico donde se ha realizado el procedimiento. Por ejemplo, si durante una hemicolectomía se produce una laceración del bazo, el código de complicación para reflejar ésta última debe ser del capítulo 3 ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN AL MECANISMO INMUNOLÓGICO (D50-D89), que es donde se incluyen las complicaciones intraoperatorias y posprocedimiento del bazo, y en el código reflejaremos que el procedimiento se ha realizado sobre otro órgano.

La dificultad estriba, en numerosas ocasiones, en definir el sistema exacto donde se localiza la complicación que no siempre coincide con el sistema corporal sobre el que se ha actuado.

Laceración esplénica durante hemicolectomía izquierda (el procedimiento se ha realizado sobre el colon y la complicación ocurre en el bazo).

D78.12 Punción y desgarro accidental del bazo durante otro procedimiento

(El código de causa externa **Y65.8** Otros eventos adversos especificados durante la atención quirúrgica y médica, no aporta información adicional, por lo que su uso no es obligatorio)

Hemorragia gástrica tras gastrectomía vertical laparoscópica. Laparotomía urgente y control de la hemorragia (**el procedimiento se ha realizado sobre el estómago y la complicación ocurre también en el estómago**).

K91.840 Hemorragia posprocedimiento de un órgano o estructura del aparato digestivo después de un procedimiento del aparato digestivo

Y83.6 Extirpación de otro órgano (parcial) (total) como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento

Hematoma subcutáneo tras artroplastia con colocación de prótesis de cadera izquierda que requiere drenaje abierto (el procedimiento se ha realizado sobre una articulación y la complicación aparece en el tejido subcutáneo).

L76.32 Hematoma posprocedimiento de la piel y del tejido subcutáneo después de otro tipo de procedimiento

Y83.1 Cirugía con implante de dispositivo interno artificial como causa de reacción anormal del paciente, o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento

Hematemesis debida al desprendimiento de escara esofágica relacionada con una ligadura de variz esofágica realizada tres días antes del ingreso actual. Se realiza hemostasia endoscópica.

K91.841 Hemorragia posprocedimiento de un órgano o estructura del aparato digestivo después de otro tipo de procedimiento

K92.0 Hematemesis

Y84.8 Otros procedimientos médicos como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención del evento adverso en el momento del procedimiento

Las categorías que recogen estas complicaciones por sistemas o aparatos son las siguientes:

D78 Complicaciones intraoperatorias y posprocedimiento del bazo.

E36 Complicaciones intraoperatorias del sistema endocrino.

E89 Complicaciones y trastornos endocrinos y metabólicos posprocedimiento, no clasificados bajo otro concepto.

G97 Complicaciones intraoperatorias y posprocedimiento del sistema nervioso, no clasificadas bajo otro concepto.

H59 Complicaciones y trastornos intraoperatorios y posprocedimiento de ojo y sus anexos, no clasificados bajo otro concepto.

H95 Complicaciones y trastornos intraoperatorios y posprocedimiento del oído y apófisis mastoides, no clasificados bajo otro concepto.

I97 Complicaciones y trastornos intraoperatorios y posprocedimiento de aparato circulatorio, no clasificados bajo otro concepto.

J95 Complicaciones y trastornos intraoperatorios y posprocedimiento de aparato respiratorio, no clasificados bajo otro concepto.

K91 Complicaciones y trastornos de aparato digestivo intraoperatorios y posprocedimiento, no clasificados bajo otro concepto.

K94 Complicaciones de apertura artificial de aparato digestivo.

K95 Complicaciones de los procedimientos bariátricos.

L76 Complicaciones intraoperatorias y posprocedimiento de la piel y del tejido subcutáneo.

M96 Complicaciones y trastornos intraoperatorios y posprocedimiento del aparato musculoesquelético, no clasificados bajo otro concepto.

N99 Complicaciones y trastornos intraoperatorios y posprocedimiento del aparato genitourinario, no clasificados bajo otro concepto.

4.1.1. Subcategorías comunes en todos los sistemas orgánicos

En todas las categorías mencionadas vamos a encontrar subcategorías con códigos para clasificar:

- **Hemorragia y hematoma durante un procedimiento.**
- **Punción y desgarro accidental durante un procedimiento.**
- **Hemorragia posprocedimiento.**
- **Hematoma posprocedimiento.**
- **Seroma posprocedimiento.**

Hemorragias y hematomas

Son códigos que además de reflejar el momento en que se produce la complicación, nos permiten distinguir si el procedimiento que ocasionó la complicación se realizó sobre ese aparato en concreto o sobre otro diferente.

Varón de 72 años que ingresa con diagnóstico de hemorragia intraparenquimatosa en lóbulo frontal derecho debido a inserción de DVP (Derivación ventrículo-peritoneal) realizada hace 24 horas por hidrocefalia obstructiva.

G97.51 Hemorragia posprocedimiento de órgano o estructura del sistema nervioso después de un procedimiento de sistema nervioso

I61.1 Hemorragia intracerebral no traumática en hemisferio, cortical

Y83.1 Cirugía con implante de dispositivo interno artificial como causa de reacción anormal del paciente, o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento

Paciente que ingresa por hematuria persistente y cuantiosa debida a biopsia endoscópica de vejiga realizada hace dos días.

N99.820 Hemorragia posprocedimiento de un órgano o estructura del aparato genitourinario tras procedimiento de aparato genitourinario

R31.0 Hematuria macroscópica

Y83.8 Otros procedimientos quirúrgicos como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento

Siempre se seleccionarán códigos del capítulo del órgano afectado, independientemente de que el procedimiento se haya llevado a cabo sobre ese sistema o sobre otro.

Perforación accidental de sigma durante resección laparoscópica de ovario izquierdo que requiere sutura.

K91.72 Punción y desgarro accidental de un órgano o estructura de aparato digestivo durante otro tipo de procedimiento

K63.1 Perforación de intestino (no traumática)

(El código **Y65.8** Otros eventos adversos especificados durante la atención quirúrgica y médica, no aporta información adicional, por lo que su uso no es obligatorio)

Se deben añadir códigos adicionales con los códigos de “hemorragia” (no traumática) en el caso de que aporten información: hemoptisis, epistaxis, melenas, hematuria, etc.

En este tipo de complicaciones los códigos de causa externa pueden aportar información sobre el tipo de procedimiento que ocasionó la complicación.

Existe un “*excluye 1*” entre **Hemorragia y hematoma durante un procedimiento** y hemorragia o hematoma debida a **Punción o desgarro accidental durante un procedimiento**, de forma que una hemorragia producida por la punción o desgarro de un órgano se codifica solo con el código de la punción o desgarro.

Procedimiento sobre	HEMORRAGIA DURANTE PROCEDIMIENTO		DESGARRO DURANTE PROCEDIMIENTO	
	Hemorragia en propio sistema	Hemorragia en otro sistema	Desgarro en propio sistema	Desgarro en otro sistema
Bazo	D78.01	D78.02	D78.11	D78.12
Endocrino	E36.01	E36.02	E36.11	E36.12
Nervioso	G97.31	G97.32	G97.41/G97.48	G97.49
Ojo	H59.11-	H59.12-	H59.21-	H59.22-
Oído	H95.21	H95.22	H95.31	H95.32
Circulatorio	I97.41-	I97.42-	I97.51	I97.52
Respiratorio	J95.61	J95.62	J95.71	J95.72
Digestivo	K91.61	K91.62	K91.71	K91.72
Piel y tejido subcutáneo	L76.01	L76.02	L76.11	L76.12
Músculo-esquelético	M96.810	M96.811	M96.820	M96.821
Genitourinario	N99.61	N99.62	N99.71	N99.72

*El 6º carácter en el capítulo 7 de Ojos recoge la lateralidad, mientras que en el capítulo 9 del Aparato Circulatorio, para los códigos de las hemorragias durante un procedimiento realizado en el propio sistema cardiovascular, sirve para especificar el tipo de procedimiento:

I97.410 Hemorragia y hematoma intraoperatorios de órgano o estructura de aparato circulatorio que complica un **cateterismo cardiaco**.

I97.411 Hemorragia y hematoma intraoperatorios de órgano o estructura de aparato circulatorio que complica una **derivación cardiaca**.

I97.418 Hemorragia y hematoma intraoperatorios de órgano o estructura de aparato circulatorio que complica **otro procedimiento de aparato circulatorio**.

Procedimiento sobre	HEMORRAGIA TRAS PROCEDIMIENTO		HEMATOMA TRAS PROCEDIMIENTO	
	Hemorragia en propio sistema	Hemorragia en otro sistema	Hematoma en propio sistema	Hematoma en otro sistema
Bazo	D78.21	D78.22	D78.31	D78.32
Endocrino	E89.810	E89.811	E89.820	E89.821
Nervioso	G97.51	G97.52	G97.61	G97.62
Ojo	H59.31-	H59.32-	H59.33-	H59.34-
Oído	H95.41	H95.42	H95.51	H95.52
Circulatorio	I97.61-	I97.620	I97.63-	I97.621
Respiratorio	J95.830	J95.831	J95.860	J95.861
Digestivo	K91.840	K91.841	K91.870	K91.871
Piel y tejido subcutáneo	L76.21	L76.22	L76.31	L76.32
Músculo-esquelético	M96.830	M96.831	M96.840	M96.841
Genitourinario	N99.820	N99.821	N99.840	N99.841

Paciente que acude tras ablación de nódulo pulmón izquierdo mediante aplicación de microondas. Debido a la intervención, la paciente presenta hemotórax que precisan drenaje y control clínico, mediante oxigenoterapia, antibioterapia y analgesia.

J95.830 Hemorragia posprocedimiento de un órgano o estructura del aparato respiratorio después de un procedimiento del aparato respiratorio

J94.2 Hemotórax

Y84.8 Otros procedimientos médicos como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento

Al igual que sucedía con las hemorragias durante un procedimiento cardiovascular, el 6º carácter en las hemorragias y hematomas posprocedimiento del sistema circulatorio sirve para especificar el tipo de procedimiento que las ha originado, generando así códigos específicos para cateterismos cardíacos y *bypass* coronarios:

I97.610 Hemorragia posprocedimiento de un órgano o estructura del aparato circulatorio después de **cateterismo cardíaco**.

I97.611 Hemorragia posprocedimiento de un órgano o estructura del aparato circulatorio después de **derivación cardíaca**.

I97.618 Hemorragia posprocedimiento de un órgano o estructura del aparato circulatorio después de **otro tipo de procedimiento del aparato circulatorio**.

I97.630 Hematoma posprocedimiento de un órgano o estructura del aparato circulatorio después de **cateterismo cardíaco**.

I97.631 Hematoma posprocedimiento de un órgano o estructura del aparato circulatorio después de **derivación cardíaca**.

I97.638 Hematoma posprocedimiento de un órgano o estructura del aparato circulatorio después de **otro tipo de procedimiento del aparato circulatorio**.

Sangrado persistente a nivel de punto de acceso en arteria femoral izquierda, para cateterismo cardíaco izquierdo, que no cede a la presión local, por lo que se procede a revisión quirúrgica.

I97.610 Hemorragia posprocedimiento de un órgano o estructura del aparato circulatorio después de cateterismo cardíaco

(En este caso el código **Y84.0** Cateterismo cardíaco como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento, no aporta información adicional, por lo que su uso no es obligatorio)

Importante insistir en que la localización de las hemorragias o hematomas posprocedimiento, en especial éstos últimos, no siempre coinciden con el tejido u órgano sobre el que se actuó: pueden verse afectados planos adyacentes al órgano o, en el caso de hematomas, que la sangre busque puntos declives para acumularse, en determinados espacios, ya sean reales o virtuales: espacio retroperitoneal, cavidad pélvica, etc.

Hematoma retroperitoneal como consecuencia de pieloplastia laparoscópica hace una semana.

K91.871 Hematoma posprocedimiento de un órgano o estructura del aparato digestivo después de otro tipo de procedimiento

K66.1 Hemoperitoneo

Y83.4 Otra cirugía reconstructiva como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento

Seromas

Un seroma es la acumulación de líquido transparente en el espesor de un tejido, un órgano o una cavidad corporal y, aunque son más frecuentes a nivel subcutáneo bajo la herida quirúrgica, pueden presentarse en cualquier zona. Se originan, bien por la necrosis grasa tras la lesión quirúrgica de la misma, o por la sección de vasos linfáticos y el acúmulo secundario de linfa.

En numerosas ocasiones se resuelven solos, pero en otros casos precisan de drenaje percutáneo con el fin de disminuir el riesgo de sobreinfección.

Procedimiento sobre	SEROMA TRAS PROCEDIMIENTO	
	Seroma en propio sistema	Seroma en otro sistema
Bazo	D78.33	D78.34
Endocrino	E89.822	E89.823
Nervioso	G97.63	G97.64
Ojo	H59.35-	H59.36-
Oído	H95.53	H95.54
Circulatorio	I97.64-	I97.622
Respiratorio	J95.862	J95.863
Digestivo	K91.872	K91.873
Piel y tejido subcutáneo	L76.33	L76.34
Músculo-esquelético	M96.842	M96.843
Genitourinario	N99.842	N99.843

Al igual que en cuadros anteriores el 6º carácter del código indica lateralidad en los códigos del capítulo de Ojos y especifica el tipo de procedimiento en aparato circulatorio (capítulo 9).

Además de los códigos para hemorragias, hematomas y seromas, al final de cada categoría existen una o dos subcategorías, con códigos inespecíficos, para recoger **otras complicaciones intraoperatorias o posprocedimiento** de ese sistema, normalmente acompañado de una nota *“Utilice código adicional, si procede, para especificar más el tipo de trastorno”*.

Se trata de un verdadero “comodín” que nos ayudará a otorgar la condición de “debida a procedimiento” a cualquier situación que lo precise y que carezca de código específico.

Neumonía neumocócica en relación con broncoscopia.

J95.89 Otras complicaciones y trastornos posprocedimiento de aparato respiratorio, no clasificados bajo otro concepto

J13 Neumonía por *Streptococcus pneumoniae*

Y84.8 Otros procedimientos médicos como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento

4.1.2. Otras complicaciones específicas de cada sistema orgánico

Además de las subcategorías mencionadas, las categorías de complicaciones por sistemas corporales se complementan con otros códigos específicos de complicaciones de estos sistemas, o bien con códigos residuales para complicaciones que no están específicamente recogidas.

– D78 Complicaciones intraoperatorias y posprocedimiento del bazo

En esta categoría además de hemorragias, hematomas, seromas y punción y desgarró accidental ya comentados, solo existe una subcategoría **D78.8 Otras complicaciones intraoperatorias y posprocedimiento del bazo**, con una nota “Utilice código adicional, si procede, para especificar mejor el tipo de trastorno”.

– E36 Complicaciones intraoperatorias del sistema endocrino

Al igual que en la anterior, solo existe un código **E36.8** para recoger **Otras complicaciones intraoperatorias del sistema endocrino** con una nota “Utilice código adicional, si procede, para especificar mejor el tipo de trastorno”.

– E89 Complicaciones y trastornos endocrinos y metabólicos posprocedimiento, no clasificados bajo otro concepto

Se recogen en esta categoría una serie de trastornos endocrinos que se presentan tras la realización de un procedimiento sobre las glándulas productoras de las hormonas en cuestión, o sobre las glándulas productoras de las hormonas intermedias que las estimulan. Por ejemplo, un hipotiroidismo puede ser secundario a cirugía sobre la glándula tiroidea o tratamiento con yodo radiactivo, o bien a una cirugía sobre la hipófisis.

Los códigos que proporciona esta categoría son:

E89.0 Hipotiroidismo posprocedimiento

E89.1 Hipoinsulinemia posprocedimiento

E89.2 Hipoparatiroidismo posprocedimiento

E89.3 Hipopituitarismo posprocedimiento

E89.4 Insuficiencia ovárica posprocedimiento

E89.40 Insuficiencia ovárica asintomática posprocedimiento

E89.41 Insuficiencia ovárica sintomática posprocedimiento

E89.5 Hipofunción testicular posprocedimiento

E89.6 Hipofunción corticosuprarrenal (-medular) posprocedimiento

No se trata de complicaciones en sentido estricto, sino más bien de hipofunciones o trastornos endocrinos esperados tras la escisión, resección o destrucción de la glándula, que se lleva a cabo en patologías hiperproductivas o tumorales.

Hipotiroidismo tras tiroidectomía total

E89.0 Hipotiroidismo posprocedimiento

Y83.6 Extirpación de otro órgano (parcial) (total) como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento

Por último, el código **E89.89** nos permite clasificar **Otras complicaciones y trastornos endocrinos y metabólicos posprocedimiento**, no recogidas en los anteriores códigos y que precisarán de código adicional para identificarlas.

– G97 Complicaciones intraoperatorias y posprocedimiento del sistema nervioso, no clasificadas bajo otro concepto

Los códigos específicos de esta categoría se centran en pérdidas de LCR (líquido cefalorraquídeo):

Ya sea una hipotensión intracraneal:

G97.2 Hipotensión intracraneal después de derivación de líquido cefalorraquídeo ventricular.

G97.83 Hipotensión intracraneal después de derivación de líquido cefalorraquídeo lumbar.

G97.84 Hipotensión intracraneal después de otro procedimiento, con un “Codifique además, si procede” la fuga de líquido cefalorraquídeo por punción espinal (G97.0) o la punción o desgarro accidental de duramadre durante un procedimiento (G97.41).

O fuga de líquido cefalorraquídeo:

G97.0 Fuga de líquido cefalorraquídeo por punción espinal.

Y un último código que hace referencia a otra reacción a punción espinal y lumbar:

G97.1 Otra reacción a punción espinal y lumbar (Dolor de cabeza debido a punción lumbar).

Las fugas de LCR posprocedimiento, se complementan con otros dos códigos de la categoría G96, que pueden ser utilizados tanto para fugas posprocedimiento como para fugas traumáticas:

G96.08 Otra fuga de líquido cefalorraquídeo craneal (Fuga posoperatoria de líquido cefalorraquídeo craneal).

G96.09 Otra fuga de líquido cefalorraquídeo espinal (Fuga posoperatoria de líquido cefalorraquídeo espinal).

Si son secundarias a un procedimiento, estos códigos deberán ir precedidos, según proceda, del correspondiente código de complicación,

G97.81 Otras complicaciones intraoperatorias de sistema nervioso, o **G97.82 Otras complicaciones posprocedimiento y trastornos del sistema nervioso**.

– **H59 Complicaciones y trastornos intraoperatorios y posprocedimiento de ojo y sus anexos, no clasificados bajo otro concepto**

En esta categoría se recogen una serie de trastornos específicos en relación con dos tipos de cirugía muy frecuentes: cataratas y glaucoma.

Son seis subcategorías que se desglosan en códigos finales para indicar lateralidad:

Complicaciones de cirugía de cataratas

H59.01- Queratopatía (afáquica bullosa) tras cirugía de catarata (Síndrome de (tacto) vítreo, síndrome vítreo corneal). Se trata de un edema corneal o bullas debidas a la entrada de humor acuoso tras la perforación corneal.

H59.02- Fragmentos de catarata (cristalino) en ojo tras cirugía de catarata. Son fragmentos de cristalino que migran tras rotura de la cápsula durante la facoemulsificación. En ocasiones las definirán como “masas” y no debemos confundirla ni con la luxación de la lente intraocular (LIO) (**T85.22 Desplazamiento de lente intraocular**), ni con la luxación o subluxación de cristalino (**H27.1 Luxación del cristalino**).

H59.03- Edema macular quístico tras cirugía de catarata. Es la acumulación anormal de líquido en la mácula (zona central de la retina).

H59.09- Otros trastornos del ojo después de cirugía de cataratas.

Complicaciones de trabeculectomía

H59.4- Inflamación (infección) de ampolla posprocedimiento. (Blebitis posterior a cirugía filtrante del glaucoma).

Complicaciones de reaplicamiento retiniano

H59.81- Cicatrices coriorretinianas tras cirugía por desprendimiento.

También hay códigos para otras complicaciones no clasificadas bajo otro concepto que, aunque no se acompañan de la nota “utilice código adicional para especificar el tipo de complicación”, si se conoce, puede añadirse:

H59.88 Otras complicaciones intraoperatorias de ojo y sus anexos, no clasificados bajo otro concepto.

H59.89 Otras complicaciones y trastornos posprocedimiento de ojo y sus anexos, no clasificados bajo otro concepto.

– **H95 Complicaciones, trastornos intraoperatorios y posprocedimiento del oído y apófisis mastoides, no clasificados bajo otro concepto**

Se clasifican en esta categoría una serie de trastornos específicos en relación con cirugía del colesteatoma y mastoidectomías.

La mastoidectomía es la vía habitual de abordaje para los procedimientos que se realizan en el oído medio, por ejemplo, para el tratamiento del colesteatoma y la realización de timpanoplastias. En ocasiones, puede ampliarse en caso de afectación de las celdillas mastoideas.

Son cinco subcategorías, que se desglosan en códigos para indicar lateralidad:

H95.0- Colesteatoma recurrente de cavidad posmastoidectomía, en este caso, la recurrencia del colesteatoma, si se localiza en la cavidad posmastoidectomía, se clasifica como “complicación”.

H95.11- Inflamación crónica de cavidad posmastoidectomía.

H95.12- Granulación de cavidad posmastoidectomía.

H95.13- Quiste mucoso de cavidad posmastoidectomía.

H95.19- Otros trastornos después de mastoidectomía.

Paciente intervenido de colesteatoma en oído izquierdo hace seis meses. Acude para ampliación de mastoidectomía por recidiva del colesteatoma.

H95.02 Colesteatoma recurrente de cavidad posmastoidectomía, oído izquierdo.

(En este caso el código **Y83.6** Extirpación de otro órgano (parcial) (total) como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento, no aporta información adicional, por lo que su uso no es obligatorio)

Además, se contemplan códigos para otras complicaciones y trastornos intraoperatorios y posprocedimiento de oído y apófisis mastoides:

H95.81- Estenosis de conducto auditivo externo **posprocedimiento**, con carácter final para recoger la lateralidad.

H95.88 Otras complicaciones y trastornos **intraoperatorios** del oído y apófisis mastoides, no clasificados bajo otro concepto.

H95.89 Otras complicaciones y trastornos **posprocedimiento** del oído y apófisis mastoides, no clasificados bajo otro concepto.

Pérdida de audición conductiva unilateral en paciente intervenido de timpanoplastia tipo I en oído derecho hace dos meses. Se comprueba presencia de importante esclerosis timpánica en relación con la intervención.

H95.89 Otras complicaciones y trastornos posprocedimiento del oído y apófisis mastoides, no clasificados bajo otro concepto

H74.01 Timpanoesclerosis, oído derecho

H90.11 Hipoacusia conductiva, unilateral, oído derecho, con audición contralateral conservada

Y83.2 Cirugía con anastomosis, derivación o injerto como causa de reacción anormal del paciente, o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento

– 197 Complicaciones y trastornos intraoperatorios y posprocedimiento de aparato circulatorio, no clasificados bajo otro concepto

La categoría **I97** engloba los códigos destinados a clasificar las complicaciones intra o posoperatorias del aparato circulatorio.

Dispone, como en otras categorías que hemos visto, de subcategorías para especificar las hemorragias y hematomas intraoperatorias y posprocedimiento, las punciones y desgarros accidentales que ocurren durante un procedimiento, y los seromas posprocedimiento.

Aunque damos por sentado que toda hemorragia se debe al sangrado de un vaso, solo utilizaremos los códigos de hemorragia de órgano o estructura de aparato circulatorio, durante (**I97.41-** o **I97.42**) o después (**I97.61-** o **I97.62-**) de procedimiento cuando la lesión vascular esté documentada, ya sea en el informe de alta o en el quirúrgico de reparación.

A modo de ejemplo, si en el informe mencionan “hemorragia gástrica tras gastrectomía parcial”, utilizaremos el código **K91.840 Hemorragia posprocedimiento de un órgano o estructura del aparato digestivo después de un procedimiento del aparato digestivo**. Pero si se menciona el “sangrado” o la “ligadura posterior” de la arteria gastroepiploica, lo codificaremos con **I97.620 Hemorragia posprocedimiento de un órgano o estructura del aparato circulatorio después de otro tipo de procedimiento**.

Cuestión distinta es la de los hematomas pues, independientemente del origen del sangrado, normalmente se localizan en puntos declives, en espacios virtuales o entre planos tegumentarios, por lo que es raro encontrarlos en los propios órganos cardiovasculares.

Los trastornos funcionales cardiacos son un grupo de trastornos sin base orgánica definida. Fundamentalmente son debidos a alteraciones de la conducción, de la contracción, o de la repolarización miocárdica y se van a traducir en alteraciones del ritmo y/o en insuficiencia cardíaca, pero pueden conducir a shock cardiogénico e incluso a una parada cardíaca.

Se clasifican en dos subcategorías, dependiendo de si se presentan después (**I97.1 Otros trastornos funcionales cardiacos posprocedimiento**) o durante la realización del procedimiento (**I97.7 Alteraciones funcionales cardiacas intraoperatorias**).

A su vez, estas dos subcategorías se subdividen dependiendo del tipo de disfunción, con un último carácter para describir si son debidas a cirugía cardíaca (0) o a otro tipo de cirugía (1).

Trastornos funcionales cardiacos posprocedimiento e intraoperatorios					
Posprocedimiento	I97.1	Hipofunción	I97.11	Cirugía cardíaca	I97.110
				Otra cirugía	I97.111
		Paro cardíaco	I97.12	Cirugía cardíaca	I97.120
				Otra cirugía	I97.121
		Insuficiencia cardíaca	I97.13	Cirugía cardíaca	I97.130
				Otra cirugía	I97.131
		Otros trastornos	I97.19	Cirugía cardíaca	I97.190
				Otra cirugía	I97.191
Intraoperatorios	I97.7	Paro cardíaco	I97.71	Cirugía cardíaca	I97.710
				Otra cirugía	I97.711
		Otros trastornos	I97.79	Cirugía cardíaca	I97.790
				Otra cirugía	I97.791

En caso de **Insuficiencia cardíaca posprocedimiento (I97.13)** usaremos código/s adicional/es de la categoría I50 para especificar el tipo de Insuficiencia cardíaca.

Paciente que ingresa para recambio mitral abierto por estenosis mitral reumática. Como consecuencia de la intervención, en el posoperatorio inmediato presenta una insuficiencia cardíaca aguda con fracción de eyección preservada.

I05.0 Estenosis mitral reumática

I97.130 Insuficiencia cardíaca posprocedimiento después de cirugía cardíaca (POA No)

I50.31 Insuficiencia cardíaca diastólica (congestiva), aguda (POA No)

Y83.1 Cirugía con implante de dispositivo interno artificial como causa de reacción anormal del paciente, o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento

Utilizaremos el **I97.19- Otros trastornos funcionales cardiacos posprocedimiento** para referirnos fundamentalmente a arritmias y otras disfunciones cardiacas y usaremos código/s adicional/es para especificar el tipo de trastorno.

Por ejemplo, en la lista tabular, para el código **I21.A9 Otro tipo de infarto de miocardio**, existe una nota “Codifique primero, si procede, infarto

de miocardio posprocedimiento después de cirugía cardíaca (I97.190), o infarto de miocardio durante cirugía cardíaca (I97.790)”.

Pero habrá que revisar la documentación y confirmar que el infarto es secundario a un trastorno funcional y no a cualquier otro tipo de complicación.

Paciente que ingresa para cirugía de doble bypass coronario por enfermedad coronaria multivaso no susceptible de revascularización hemodinámica. Durante la intervención presenta parada cardíaca que no se consigue revertir a pesar de maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada.

I25.10 Enfermedad cardíaca aterosclerótica de arteria coronaria nativa sin angina de pecho

I97.710 Parada cardíaca intraoperatoria durante cirugía cardíaca

(El código **Y65.8** Otros eventos adversos especificados durante la atención quirúrgica y médica, no aporta información, por lo que no es obligatorio su uso)

Otra patología que se clasifica bajo el código **I97.190 Otros trastornos cardíacos funcionales posprocedimiento después de cirugía cardíaca**, es el síndrome del marcapasos. Se debe a una sincronización inadecuada de la contracción auricular y la ventricular en pacientes con marcapasos, lo que origina una respuesta hemodinámica anormal. No se trata de una complicación del marcapasos ya que éste funciona correctamente, sino de un trastorno funcional que aparece tras su implante. Al código mencionado añadiremos el **I45.89 Otros trastornos de conducción especificados**.

Además de los trastornos funcionales existen códigos para recoger complicaciones específicas de sistema cardiovascular:

I97.0 Síndrome poscardiotomía. Se trata de una pericarditis que se presenta entre el segundo y el quinto día en el postoperatorio de cirugía cardíaca abierta, con una incidencia cercana al 1%. Al igual que en la pericarditis epistenocárdica o Síndrome de Dressler (**I24.1**), la etiología parece ser autoinmune, pero, en este caso, el factor desencadenante, en vez de ser el infarto agudo de miocardio, sería la cardiotomía.

I97.2 Síndrome de linfedema posmastectomía.

I97.3 Hipertensión posprocedimiento.

I97.8 Otras complicaciones intraoperatorias y trastornos posprocedimiento del aparato circulatorio, no clasificados bajo otro concepto.

Los códigos de esta subcategoría deben acompañarse, si procede, de otro código que especifique más el tipo de trastorno.

I97.81 Infarto cerebrovascular intraoperatorio.

I97.810 Infarto cerebrovascular intraoperatorio durante cirugía cardíaca.

I97.811 Infarto cerebrovascular intraoperatorio durante otra cirugía.

I97.82 Infarto cerebrovascular posprocedimiento.

I97.820 Infarto cerebrovascular posprocedimiento después de cirugía cardíaca.

I97.821 Infarto cerebrovascular posprocedimiento después de otra cirugía.

Ingreso para TAVI por estenosis aórtica degenerativa. Tras la sustitución valvular percutánea y al despertar en la reanimación se objetiva una hemiparesia derecha en relación con infarto cerebral de arteria cerebral media izquierda, probablemente embólico, durante la intervención quirúrgica.

I35.0 Estenosis (de la válvula) aórtica no reumática

I97.810 Infarto cerebrovascular intraoperatorio durante cirugía cardíaca (POA No)

I63.412 Infarto cerebral debido a embolia de arteria cerebral media izquierda (POA No)

G81.91 Hemiplejía no especificada que afecta a lado derecho dominante (POA No)

(El código **Y65.8** Otros eventos adversos especificados durante la atención quirúrgica y médica, no aporta información adicional, por lo que su uso no es obligatorio)

Y seguimos contando con los dos códigos inespecíficos al final de la categoría, que se pueden acompañar de códigos que describan otras complicaciones:

I97.88 Otras complicaciones intraoperatorias de aparato circulatorio, no clasificados bajo otro concepto.

I97.89 Otras complicaciones y trastornos posprocedimiento de aparato circulatorio, no clasificados bajo otro concepto.

– **J95 Complicaciones y trastornos intraoperatorios y posprocedimiento de aparato respiratorio, no clasificados bajo otro concepto**

Se contemplan en esta categoría aquellas complicaciones de órganos respiratorios, es decir, de fosas nasales, senos paranasales, faringe, laringe, tráquea, bronquios, pulmones, pleura y espacio pleural, cuya patología se clasifica con códigos del capítulo 10.

Las complicaciones de boca y garganta las incluiremos en la categoría K91 complicaciones y trastornos de aparato digestivo intraoperatorios y posprocedimiento, no clasificados bajo otro concepto, ya que la patología propia de esa zona se codifica con códigos del capítulo 11.

A modo de ejemplo, una hemorragia posamigdalectomía la codificaremos con el código **J95.830 Hemorragia posprocedimiento de un órgano o estructura del aparato respiratorio después de un procedimiento del aparato respiratorio**, mientras que para la codificación de una hemorragia tras palatoplastia utilizaremos el código **K91.840 Hemorragia posprocedimiento de un órgano o estructura del aparato digestivo después de un procedimiento del aparato digestivo**.

Los códigos específicos para las complicaciones respiratorias son:

J95.1 Insuficiencia pulmonar aguda después de cirugía torácica.

J95.2 Insuficiencia pulmonar aguda después de cirugía no torácica.

J95.3 Insuficiencia pulmonar crónica después de cirugía.

La insuficiencia pulmonar debida a cirugía se considera una condición indefinida en la que los criterios de insuficiencia respiratoria no están bien definidos.

Se define como la disminución de volúmenes ventilatorios y se determina mediante espirometría, a diferencia de la insuficiencia respiratoria que es la alteración gasométrica de oxígeno o CO₂ en sangre arterial superando unos valores establecidos.

J95.4 Neumonitis química debida a anestesia. Incluye la neumonía por aspiración posprocedimiento o Síndrome de Mendelson.

Precisa, si procede, de código adicional de efecto adverso para especificar el tipo de anestésico (T41.- con quinto o sexto carácter 5).

J95.5 Estenosis subglótica posprocedimiento, normalmente secundaria a la intubación, o a infección o inflamación después de un procedimiento a ese nivel.

J95.811 Neumotórax posprocedimiento y J95.812 Escape de aire posprocedimiento.

El **neumotórax** es el acúmulo de aire en el espacio pleural, entre las hojas visceral y parietal. Puede ser espontáneo (normalmente por la rotura de una bulla), traumático (por ejemplo, debido a fracturas costales), o iatrogénico, que sería el caso que nos ocupa.

El escape o fuga de aire es un término más amplio. La fuga aérea posoperatoria se debe a una disrupción alveolar, que puede darse por un inadecuado cierre parenquimatoso durante la cirugía, o bien por una reapertura postquirúrgica (fístula broncopleural). Ciertas particularidades del pulmón (inflamación, enfisema) irán a favor de la prolongación de la fuga de aire.

J95.821 Insuficiencia respiratoria aguda posprocedimiento y J95.822 Insuficiencia respiratoria aguda y crónica posprocedimiento. Recogen la forma de presentación de la IRA (insuficiencia respiratoria aguda) debida a un procedimiento, pero existe un excluye 1 que impide combinarlo con el J96.- para especificar el tipo de insuficiencia respiratoria.

J95.84 Lesión pulmonar aguda relacionada con transfusión (TRALI). Se trata de una complicación poco frecuente debida a la activación de neutrófilos en los pulmones.

Además, disponemos de tres códigos más para especificar las complicaciones del respirador:

J95.850 Complicación mecánica del respirador

J95.851 Neumonía asociada a ventilación mecánica, con código adicional para el germen: B95.-, B96.-, B97.-, pero no códigos J12 a J18 para la neumonía.

J95.859 Otras complicaciones por el respirador [ventilador], con código adicional para la complicación.

Traqueobronquitis aguda por *Klebsiella pneumoniae* debida a ventilación mecánica invasiva.

J95.859 Otras complicaciones por el respirador [ventilador]

J20.8 Bronquitis aguda por otros organismos especificados

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

También existen códigos para las complicaciones de traqueostomía (**J95.0-**) que se verán más adelante en este documento y, como en resto de categorías de complicaciones de sistemas orgánicos, códigos para hemorragias y hematomas durante (**J95.6-**) o después (**J95.83-**, **J95.86-**) de procedimiento sobre sistema respiratorio o sobre otros; y códigos para seromas.

No olvidemos tampoco la punción y desgarró accidental de un órgano o estructura del aparato respiratorio durante un procedimiento, que

se realice sobre aparato respiratorio (**J95.71**), o sobre otras estructuras (**J95.72**).

Por último, es preciso insistir en la presencia del **J95.88 Otras complicaciones intraoperatorias del aparato respiratorio, no clasificadas bajo otro concepto** y, sobre todo del **J95.89 Otras complicaciones y trastornos posprocedimiento de aparato respiratorio, no clasificados bajo otro concepto** que en esta ocasión es de gran importancia porque el tabular nos indica su utilidad para clasificar como posprocedimiento neumonías, cuando así lo mencione el clínico, como por ejemplo la neumonía por aspiración:

J95.89 Otras complicaciones y trastornos posprocedimiento de aparato respiratorio, no clasificados bajo otro concepto.

Utilice código adicional para identificar trastorno, tal como:

- neumonía bacteriana o vírica (J12-J18)
- neumonía por aspiración (J69.-)

Edema agudo de pulmón no cardiogénico de presión negativa por laringoespasmo en relación con y después de broncoscopia.

J95.89 Otras complicaciones y trastornos posprocedimiento de aparato respiratorio, no clasificados bajo otro concepto

J38.5 Espasmo de la laringe

J81.0 Edema agudo de pulmón

Y84.8 Otros procedimientos médicos como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento

– **K91 Complicaciones y trastornos de aparato digestivo intraoperatorios y posprocedimiento, no clasificados bajo otro concepto**

Existen una serie de códigos específicos para recoger complicaciones posquirúrgicas del aparato digestivo.

K91.0 Vómito poscirugía gastrointestinal.

K91.1 Síndromes poscirugía gástrica (Síndrome de vaciamiento gástrico rápido [dumping], Síndrome posgastrectomía, Síndrome posvagotomía).

La alteración del vaciamiento gástrico en pacientes sometidos a cualquier tipo de cirugía a este nivel puede deberse a:

- Causas funcionales: alteración de la motilidad antro-pilórica, en ocasiones debidas a los propios fármacos anestésicos.
- Causas mecánicas: lesiones obstructivas antro-píloro-duodenales, generalmente debidas a retracción cicatricial, a anastomosis deficientes o a la propia patología.

K91.2 Malabsorción posquirúrgica, no clasificada bajo otro concepto (Síndrome de asa ciega posquirúrgico).

Normalmente ocurre en resecciones intestinales amplias por disminución de la superficie de absorción. Aunque también puede presentarse tras gastrectomía, colecistectomía, pancreatctomía o en bypass gastroyeyunales en los que se deja un pie de asa, o asa digestiva común, excesivamente corta.

La obstrucción intestinal posprocedimiento, con tres códigos para definir el alcance de la misma. La no especificada como parcial o completa (**K91.30**), la parcial (**K91.31**), o la completa (**K91.32**) que incluye la producida por bridas o adherencias posquirúrgicas.

Por el contrario, el **íleo paralítico posprocedimiento** no tiene código específico, debiéndose utilizar codificación múltiple: **K91.89 Otras complicaciones y trastornos de aparato digestivo posprocedimiento** añadiendo el código **K56.0 Íleo paralítico**.

Recordar también que siempre que sea necesario su uso se debe utilizar el código correspondiente de las categorías Y83 o Y84 para identificar el tipo de procedimiento realizado.

K91.5 Síndrome poscolecistectomía. Se puede definir como la falta de mejoría o recurrencia de síntomas tras la extirpación de la vesícula biliar. La clínica se inicia en los 24 meses siguientes a la intervención y puede ser debido a estenosis, coledocolitiasis, cálculos en cístico, papilitis estenosante de la ampolla de Vater o discinesia biliar.

Tras colectomías totales, en las que se ha optado por realizar un reservorio ileoanal interno en vez de una ileostomía, pueden presentarse complicaciones para las que tenemos los códigos: **K91.850 Reservoiritis** (Inflamación) o **K91.858 Otras complicaciones de reservorio intestinal** (estenosis, dehiscencias, etc.) precisando en ese caso de un código adicional para describir ésta.

K91.86 Colelitiasis retenida después de colecistectomía ya sea en la cavidad peritoneal o en el espesor de la pared durante la disección o la extracción de la vesícula litíásica.

En la subcategoría de **Otras complicaciones y trastornos intraoperatorios y posprocedimiento de aparato digestivo (K91.8-)** existen además de los códigos vistos previamente, otros para recoger:

K91.82 Fallo hepático posprocedimiento.

K91.83 Síndrome hepatorenal posprocedimiento, que se define como el fracaso renal en pacientes con hepatopatía grave previa.

También en la subcategoría **K91.8-** disponemos de dos códigos inespecíficos para recoger otras complicaciones:

K91.81 Otras complicaciones intraoperatorias de aparato digestivo.

K91.89 Otras complicaciones y trastornos de aparato digestivo posprocedimiento, con una nota de instrucción para utilizar código adicional, si procede, para especificar más el tipo de trastorno.

Paciente al que se practicó hace seis días resección segmentaria de colon transverso seguida de anastomosis T-T. Acude nuevamente por dolor y distensión abdominal, con imagen radiológica de obstrucción completa posanastomótica. Se interviene de manera urgente mediante laparotomía, comprobándose estenosis de la anastomosis que se reseca y reanastomosa, seguida de ileostomía de protección.

K91.32 Obstrucción intestinal completa posprocedimiento

Y83.6 Extirpación de otro órgano (parcial) (total) como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento

Las complicaciones de estomas digestivos se agrupan en una categoría específica (**K94 Complicaciones de apertura artificial de aparato digestivo**), que se verán más adelante, junto con el resto de complicaciones de estomas.

– K95 Complicaciones de los procedimientos bariátricos

Se agrupan en dos subcategorías, dependiendo del tipo de procedimiento bariátrico llevado a cabo, que a su vez se subdividen en dos códigos finales, dependiendo de si la complicación es infecciosa o de otro tipo.

K95.0 Complicaciones de procedimiento de banda gástrica.

K95.01 Infección por procedimiento de banda gástrica.

Utilice código adicional para especificar el tipo de infección o microorganismo.

K95.09 Otras complicaciones del procedimiento de banda gástrica.

Utilice código adicional para especificar la complicación.

K95.8 Complicaciones de otro procedimiento bariátrico.

K95.81 Infección por otro procedimiento bariátrico.

Utilice código adicional para especificar el tipo de infección o microorganismo.

K95.89 Otras complicaciones de otro procedimiento bariátrico.

Utilice código adicional para especificar la complicación.

Paciente de 47 años con antecedentes de sleeve gástrico que presenta como complicación posterior reflujo gastroesofágico con esofagitis. Ingresó de forma programada para realizar conversión a bypass gástrico.

K95.89 Otras complicaciones de otro procedimiento bariátrico

K21.00 Enfermedad por reflujo gastroesofágico con esofagitis, sin hemorragia

Y83.6 Extirpación de otro órgano (parcial) (total) como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento

– L76 Complicaciones intraoperatorias y posprocedimiento de la piel y del tejido subcutáneo

Si bien en este capítulo no existen complicaciones específicas, si cobran especial relevancia las hemorragias y sobre todo seromas y hematomas posprocedimiento ya que el tejido subcutáneo es punto preferente de localización tras cirugía abierta.

Habrá que prestar especial atención también a la descripción que figure, tanto en el informe de alta, como en el informe quirúrgico para la resolución del cuadro.

También habrá que tener presente la definición de complicación, porque no se deben considerar como tales aquellos pequeños sangrados o hematomas tegumentarios tras abordajes abiertos o percutáneos que no precisan de mayor tratamiento que la simple compresión de la zona.

Complicaciones intraoperatorias y posprocedimiento de piel y tejido subcutáneo			
Intraoperatorias	Hemorragia y hematoma	Procedimiento dermatológico	L76.01
		Otro tipo de procedimiento	L76.02
	Punción y laceración accidental	Procedimiento dermatológico	L76.11
		Otro tipo de procedimiento	L76.12
Posprocedimiento	Hemorragia	Procedimiento dermatológico	L76.21
		Otro tipo de procedimiento	L76.22
	Hematoma	Procedimiento dermatológico	L76.31
		Otro tipo de procedimiento	L76.32
	Seroma	Procedimiento dermatológico	L76.33
		Otro tipo de procedimiento	L76.34

– **M96 Complicaciones y trastornos intraoperatorios y posprocedimiento del aparato musculoesquelético, no clasificados bajo otro concepto**

Al igual que en el resto de capítulos, tenemos una serie de códigos específicos de complicaciones del sistema musculoesquelético.

M96.0 Pseudoartrosis después de fusión o artrodesis.

Es el fracaso de consolidación de la fusión articular. En vez de un callo óseo se forma un callo fibroso móvil, sin calcificar, por lo que la articulación sigue manteniendo cierto grado de movilidad.

Tras una artrodesis, el proceso de consolidación puede ser alterado o perturbado por factores mecánicos, biológicos o una combinación de ambos. En general se aceptan como más decisivos para que se produzca una pseudoartrosis los siguientes:

- Movilidad del foco de la artrodesis por aflojamiento de fijación
- Escasez de suplemento óseo
- Infección

No se incluye en este código la pseudoartrosis que puede aparecer tras la realización de una osteotomía, para la que tampoco podríamos utilizar

el código de la fractura con séptimo carácter K Contacto sucesivo por fractura con fracaso de consolidación.

Sin más especificación una pseudoartrosis tras una osteotomía la codificaremos con el código **M96.89 Otras complicaciones y trastornos intraoperatorios y posprocedimiento del aparato musculoesquelético.**

Paciente intervenido hace dos meses de hallux valgus pie derecho mediante osteotomías de Weill a nivel de MTT y Akin a nivel de F1 con fijación interna. Ante no mejoría del dolor se realiza estudio radiológico que demuestra la presencia de pseudoartrosis a nivel de MTT, en relación con osteotomía previa.

M96.89 Otras complicaciones y trastornos intraoperatorios y posprocedimiento del aparato musculoesquelético

M89.8X7 Otros trastornos de hueso especificados, tobillo y pie

Y83.1 Cirugía con implante de dispositivo interno artificial como causa de reacción anormal del paciente, o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento

Si se menciona que la pseudoartrosis es debida algún tipo de complicación del dispositivo de fijación o del injerto óseo empleado en la osteotomía se utilizará el código correspondiente a la misma de las categorías T84 Complicaciones de prótesis, implantes e injertos ortopédicos internos, o T86 Complicaciones de órganos y tejido trasplantados.

M96.1 Síndrome poslaminectomía, no clasificado bajo otro concepto.

Consiste en la aparición o persistencia de dolor lumbar y/o radicular en un paciente que ha sufrido una operación en la columna para tratar un dolor de la misma distribución topográfica.

El síndrome poslaminectomía tiene varias causas, a veces difíciles de identificar en un caso concreto:

- Por selección inapropiada: el paciente no era candidato a cirugía por falta de indicación, o ésta fue prematura, o tardía.
- Cirugía incompleta, sin artrodesis.
- Cirugía complicada.
- Fibrosis postquirúrgica.

Existen además cuatro códigos para reflejar desviaciones anormales de la columna secundarias a procedimientos (aumento de la curvatura dorsal (cifosis), lumbar (lordosis), o aparición de una desviación lateral de la columna tras determinadas actuaciones sobre la misma (escoliosis):

M96.2 Cifosis posradiación.

M96.3 Cifosis poslaminectomía.

M96.4 Lordosis posquirúrgica.

M96.5 Escoliosis posradiación.

La radioterapia puede ocasionar necrosis aséptica, osteítis o reabsorción ósea, que serían la causa de la alteración de la estática vertebral.

M96.6- Fractura de hueso tras inserción de implante ortopédico, prótesis articular o placa ósea, con 5º carácter para el hueso afectado y 6º carácter para especificar lateralidad. Se incluyen aquí las fracturas intraoperatorias de hueso durante inserción de implante ortopédico, prótesis articular o placa ósea.

No debemos confundir la subcategoría M96.6- con la categoría M97.

La categoría **M97** clasifica las fracturas periprotésicas en torno a una prótesis articular interna (**M97 Fractura periprotésica en torno a prótesis articular interna**). Estas fracturas se producen en la proximidad de un implante protésico, bien por un traumatismo o por una afección patológica. No se consideran como una complicación de la prótesis ya que las prótesis en sí no se fracturan, sino el área que rodea la prótesis.

La codificación de las fracturas periprotésicas debe realizarse con la siguiente secuencia: primero el tipo específico de fractura (traumática o patológica), a continuación el código correspondiente a la fractura periprotésica, seguido del código de causa externa, si procede. (*Manual de Codificación de Diagnósticos, ed. 2022, punto 13.3.7 FRACTURAS PERIPROTÉSICAS*).

La categoría M97 tiene un excluye 2 con la subcategoría M96.6-.

Paciente con coxartrosis derecha que ingresa para inserción de prótesis total de cadera cementada. Durante la intervención se produce fractura oblicua de diáfisis femoral producida por el vástago del componente femoral.

M16.11 Artrosis primaria unilateral, cadera derecha

M96.661 Fractura de fémur tras inserción de implante ortopédico, prótesis articular o placa ósea, extremidad inferior derecha (POA No)

Paciente con coxartrosis derecha al que se implanta PTC cementada. A los doce días del alta acude a consulta por dolor agudo de dos días de evolución a nivel de la cadera intervenida a consecuencia de caída al mismo nivel. Tras estudio radiológico se comprueba fractura oblicua periprotésica de diáfisis femoral a nivel del vástago.

S72.331A Fractura oblicua desplazada de diáfisis de fémur derecho, contacto inicial por fractura cerrada

M97.01XA Fractura periprotésica en torno a prótesis articular interna de la cadera derecha, contacto inicial

W18.30XA Caída en el mismo nivel, no especificada, contacto inicial

Por último, un único código **M96.89** para **Otras complicaciones y trastornos intraoperatorios y posprocedimiento del aparato musculoesquelético**, que precisa de código adicional, si procede, para especificar mejor el tipo de trastorno.

Tenosinovitis secundaria a intervención quirúrgica de liberación de dedo 2º de mano derecha en resorte.

M96.89 Otras complicaciones y trastornos intraoperatorios y posprocedimiento del aparato musculoesquelético

M65.841 Otros tipos de sinovitis y tenosinovitis, mano derecha

Y83.8 Otros procedimientos quirúrgicos como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento

– N99 Complicaciones y trastornos intraoperatorios y posprocedimiento del aparato genitourinario, no clasificados bajo otro concepto

En esta categoría disponemos de los siguientes códigos específicos para determinadas complicaciones genitourinarias.

N99.0 Fallo renal (agudo) (crónico) posprocedimiento que debe acompañarse de un código de las categorías N17 o N18, para especificar el tipo de enfermedad renal.

N99.1 Estenosis uretral posprocedimiento.

N99.11 Estenosis de uretra masculina posprocedimiento.

N99.110 Estenosis de meato uretral posprocedimiento.

N99.111 Estenosis de uretra bulbar posprocedimiento, masculina.

N99.112 Estenosis de uretra membranosa posprocedimiento, masculina.

N99.113 Estenosis de uretra anterior bulbar posprocedimiento, masculina.

N99.114 Estenosis de uretra masculina posprocedimiento, no especificada.

N99.115 Estenosis de fosa navicular de la uretra posprocedimiento.

N99.116 Estenosis de uretra masculina posprocedimiento, localizaciones contiguas.

N99.12 Estenosis de uretra femenina posprocedimiento.

N99.2 Adherencias vaginales posprocedimiento. Se incluyen en este apartado las sinequias tras colporrafias con abordaje vaginal.

N99.3 Prolapso de cúpula vaginal posthisterectomía, tras histerectomías totales.

N99.4 Adherencias peritoneales pélvicas posprocedimiento.

N99.85 Síndrome posablación endometrial, independientemente de la técnica utilizada para eliminar endometrio.

Como siempre, no podemos olvidar los códigos **N99.81 Otras complicaciones intraoperatorias del aparato genitourinario** y **N99.89 Otras complicaciones y trastornos posprocedimiento del aparato genitourinario.** Además, junto a todos los códigos de complicación se han de añadir los códigos de causa externa cuando sea necesario.

4.1.3. Complicaciones de estomas

Un estoma es una comunicación creada quirúrgicamente con el propósito de unir el interior de una cavidad hueca o conducto corporal con el exterior, permitiendo el paso de aire, alimentos, heces u orina.

Se clasifican en la categoría correspondiente a las complicaciones propias del sistema orgánico al que pertenecen, con excepción de las complicaciones de estomas del tracto gastrointestinal, que se clasifican en otra categoría específica.

Los procedimientos quirúrgicos mediante los cuales los estomas son creados terminan en el sufijo “-ostomía”, y comienzan con un prefijo que denota el órgano que se comunica: traqueostomía, yeyunostomía, gastrostomía, colostomía, cistostomía, etc.

En lo relativo a complicaciones de los estomas, CIE-10-ES recoge las de los siguientes sistemas:

- Respiratorio

- Traqueostomía.

- Digestivo

- De alimentación: esofagostomía, gastrostomía, yeyunostomía (enterostomía).

- De eliminación: colostomía, ileostomía (enterostomía).

- Urinario

- Cistostomía.

- Estomas incontinentes: nefrostomía, Bricker, etc.

- Estomas continentes: neovejigas.

En todos los casos además de aquellas complicaciones sin especificar, recogerá las infecciones, hemorragias, mal funcionamiento y otras. El mal funcionamiento hace referencia a posibles estenosis, a complicaciones mecánicas y a obstrucción. En el caso de las complicaciones de traqueostomía habrá otro código adicional para la “Fístula traqueoesofágica”.

J95.0 Complicaciones de traqueostomía.

J95.00 Complicación no especificada de traqueostomía.

J95.01 Hemorragia del estoma de la traqueostomía.

J95.02 Infección del estoma de la traqueostomía.

J95.03 Mal funcionamiento del estoma de la traqueostomía.

J95.04 Fístula traqueoesofágica tras traqueostomía.

J95.09 Otras complicaciones de traqueostomía.

K94 Complicaciones de apertura artificial de aparato digestivo.

K94.0 Complicaciones de colostomía.

K94.00 Complicación de colostomía, no especificada.

K94.01 Hemorragia de colostomía.

K94.02 Infección de colostomía.

K94.03 Mal funcionamiento de colostomía.

K94.09 Otras complicaciones de colostomía.

K94.1 Complicaciones de enterostomía.

K94.10 Complicación de enterostomía, no especificada.

K94.11 Hemorragia de enterostomía.

K94.12 Infección de enterostomía.

K94.13 Mal funcionamiento de enterostomía.

K94.19 Otras complicaciones de enterostomía.

K94.2 Complicaciones de gastrostomía.

K94.20 Complicación de gastrostomía, no especificada.

K94.21 Hemorragia de gastrostomía.

K94.22 Infección de gastrostomía.

K94.23 Mal funcionamiento de gastrostomía.

K94.29 Otras complicaciones de gastrostomía.

K94.3 Complicaciones de esofagostomía.

K94.30 Complicaciones de esofagostomía, no especificadas.

K94.31 Hemorragia de esofagostomía.

K94.32 Infección de esofagostomía.

K94.33 Mal funcionamiento de esofagostomía.

K94.39 Otras complicaciones de esofagostomía.

N99.5 Complicaciones de estoma del tracto urinario.

Excluye 2: complicaciones mecánicas de sonda urinaria (T83.0-).

N99.51 Complicación de cistostomía. Aunque en realidad se trata de un estoma incontinente, CIE-10-ES las clasifica en una subcategoría independiente. Habrá que fijarse bien en la documentación para ver si la complicación es del estoma en sí, o del catéter, o de ambos.

N99.510 Hemorragia de cistostomía.

N99.511 Infección de cistostomía.

N99.512 Funcionamiento defectuoso de cistostomía.

N99.518 Otras complicaciones de cistostomía.

N99.52 Complicación de estoma incontinente del tracto urinario.

La orina se recoge en una bolsa recolectora que está en el exterior, adherida a la piel. Se consideran estomas incontinentes las nefrostomías y el Bricker.

N99.520 Hemorragia de estoma incontinente del tracto urinario.

N99.521 Infección de estoma incontinente del tracto urinario.

N99.522 Funcionamiento defectuoso de estoma incontinente del tracto urinario.

N99.523 Herniación de estoma incontinente del tracto urinario.

N99.524 Estenosis de estoma incontinente del tracto urinario.

N99.528 Otra complicación de estoma incontinente del tracto urinario.

N99.53 Complicación de estoma continente del tracto urinario.

Una urostomía continente es aquella que conecta una neovejiga interna con la pared abdominal por medio de una válvula encargada de mantener la orina en la bolsa (neovejiga) hasta que sea removida. La bolsa se tiene que vaciar de 4 a 5 veces al día por medio de un catéter.

Se incluyen aquí la Bolsa de Kock (íleon) y la Bolsa de indiana (ileocecal).

N99.530 Hemorragia de estoma continente del tracto urinario.

N99.531 Infección de estoma continente del tracto urinario.

N99.532 Funcionamiento defectuoso de estoma continente del tracto urinario.

N99.533 Herniación de estoma continente del tracto urinario.

N99.534 Estenosis de estoma continente del tracto urinario.

N99.538 Otra complicación de estoma continente del tracto urinario.

En el caso de las complicaciones de estomas urinarios las herniaciones parecen referirse al estoma en sí y no a la herniación de un asa intes-

tinal, por lo que no procede codificarlas con un código de la categoría K43 de hernia paraestomal.

Paciente portador de Bricker que acude por sangrado a nivel de estoma ileal.

N99.520 Hemorragia de estoma incontinente del tracto urinario

(El código **Y83.3** Cirugía con formación de estoma externo como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento, no aporta información adicional, por lo que su uso no es obligatorio)

Paciente con bolsa de Kock que acude a urgencias por referir escasa salida de orina en las últimas 24 horas. A la exploración se comprueba estenosis a nivel del estoma.

N99.534 Estenosis de estoma continente del tracto urinario

(El código **Y83.3** Cirugía con formación de estoma externo como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento, no aporta información adicional, por lo que su uso no es obligatorio)

Complicaciones estomas	Traqueostomía	DIGESTIVOS				URINARIOS		
		Colostomía	Enterostomía	Gastrostomía	Esofagostomía	Cistostomía	Estoma incontinente	Estoma continente
No especificada	J95.00	K94.00	K94.10	K94.20	K94.30			
Hemorragia	J95.01	K94.01	K94.11	K94.21	K94.31	N99.510	N99.520	N99.530
Infección	J95.02	K94.02	K94.12	K94.22	K94.32	N99.511	N99.521	N99.531
Mal funcionamiento	J95.03	K94.03	K94.13	K94.23	K94.33	N99.512	N99.522	N99.532
Fistula traqueoesofágica	J95.04							
Herniación							N99.523	N99.533
Estenosis							N99.524	N99.534
Otras	J95.09	K94.09	K94.19	K94.29	K94.39	N99.518	N99.528	N99.538

Bibliografía

1. García García C, Fernández Quintanilla MJ, Sánchez Villadangos R, Fernández López D, Fabo Navarro P, Díaz Fernández P, et al. Complicaciones de Cirugía y Cuidados médicos [Internet]. 2008 jun [citado 30 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/boletines/Codificacion_clinica_n29_08.pdf
2. Unidad Técnica de Codificación CIE-10-ES. Manual de codificación CIE-10-ES Diagnósticos. Edición 2022 [Internet]. 2022 [citado 30 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/Manual_Cod_CIE_10_ES_Diagn_4_Ed.pdf
3. Unidad Técnica de Codificación CIE-10-ES. Manual de Codificación CIE-10-ES Procedimientos. Edición 2022 [Internet]. 2022 [citado 30 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/Manual_Cod_CIE_10_ES_Proced_4_Ed.pdf
4. Unidad Técnica de Codificación CIE-10-ES. Manual de Codificación CIE-10-ES Diagnósticos. Edición 2020 [Internet]. 2020 [citado 30 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/Manual_Diagnost_3ed_31_01_2020.pdf
5. Unidad Técnica de Codificación CIE-10-ES. Manual de Codificación CIE-10-ES Procedimientos. Edición 2020 [Internet]. 2020 [citado 30 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/Manual_Proced_3ed_28_01_2020.pdf
6. Tranco Estrada J. Diagnósticos y procedimientos frecuentes en Cirugía Vascul ar [Internet]. 2019 [citado 30 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/2019_Cuaderno_8_Diag_proc_frec_cir_vascular.pdf
7. Tranco Estada J. Procedimientos frecuentes en cirugía urogenital [Internet]. 2018 [citado 30 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/CUADERNOS_CODIFICACION_CIE_10_ES_NUMERO_5_928823312208149909.pdf

B. Preguntas a la unidad

Enfermedades infecciosas y parasitarias

1. *Otomastoiditis por aspergilosis fúngica derecha.* ¿Cuál es la codificación correcta para una otomastoiditis por aspergilosis fúngica derecha? Dado que la otomastoiditis es una manifestación de la aspergilosis no la podemos poner como diagnóstico principal. ¿Serían correctos los siguientes códigos B99.8 Otras enfermedades infecciosas + H75.01 Mastoiditis en enfermedades infecciosas y parasitarias clasificadas bajo otro concepto, oído derecho?

RESPUESTA

Siguiendo el Índice Alfabético de Enfermedades (IAE) la entrada “Mastoiditis” nos lleva al siguiente código:

Mastoiditis (coalescente) (hemorrágica) (supurativa) H70.9-

- en (debida a)

-- enfermedad

--- infecciosa NCOC B99- [H75.0-]

El código a utilizar sería el **H75.01 Mastoiditis en enfermedades infecciosas y parasitarias clasificadas bajo otro concepto, oído derecho**, que es un código de manifestación y no puede ser utilizado como diagnóstico principal. Además, la categoría **H75 Otros trastornos del oído medio y mastoides en enfermedades clasificadas bajo otro concepto**, contiene una nota de instrucción que dice “Codifique primero la enfermedad subyacente”.

En este caso la enfermedad subyacente es la aspergilosis. Siguiendo el IAE el código a utilizar sería:

Aspergilosis (con neumonía) B44.9

- amigdalar B44.2

- broncopulmonar, alérgica B44.81

- diseminada B44.7

- especificado NCOC B44.89

- generalizada B44.7
- pulmonar NCOC B44.1
- alérgica B44.81
- invasora B44.0

B44.89 Otras formas de aspergilosis

Por tanto, la codificación correcta sería:

B44.89 Otras formas de aspergilosis

H75.01 Mastoiditis en enfermedades infecciosas y parasitarias clasificadas bajo otro concepto, oído derecho

Enfermedades del sistema nervioso

2. Síndrome de POTS. ¿Cómo se debe codificar la taquicardia postural ortostática o síndrome de POTS?

RESPUESTA

El síndrome de POTS (*postural orthostatic tachycardia syndrome* “síndrome de taquicardia postural ortostática”) consiste en una disautonomía, es decir, una alteración de la normofunción del sistema nervioso autónomo. Se caracteriza por una intolerancia al ortostatismo (no por hipotensión arterial), con aumento de la frecuencia cardíaca (incremento de 30 lpm con respecto a la frecuencia de reposo o una frecuencia mayor de 120 lpm/min). Los síntomas que produce son múltiples: mareo, intolerancia al ejercicio, presíncope o síncope, temblores, náuseas, etc. Tiene una prevalencia del 0,2% en la población general y una incidencia mayor en mujeres (5:1).

No existe en la actualidad código específico para este síndrome. Utilice para clasificarlo el código **G90.8 Otros trastornos del sistema nervioso autónomo**, añadiendo el código **R00.0 Taquicardia, no especificada**.

En la próxima edición de CIE-10-ES (enero de 2024) dispondremos del código **G90.A Síndrome de taquicardia postural ortostática [POTS]** para clasificar de forma específica esta entidad.^{1,2,3}

3. Síndrome clínico aislado. ¿Cómo debemos codificar la expresión síndrome clínico aislado? Buscando información sobre este síndrome hemos encontrado que cursa con inflamación y desmielinización del sistema nervioso central. ¿Sería correcto utilizar el código G37.8 Otras enfermedades desmielinizantes del sistema nervioso central, especificadas?

RESPUESTA

El síndrome clínico aislado (SCA) es el estado clínico que procede con inflamación y desmielinización en el sistema nervioso central, sugere de esclerosis múltiple (EM) en ausencia de otros diagnósticos alternativos. Otros autores lo definen como el primer episodio clínico de signos y síntomas sugestivos de un proceso inflamatorio y desmielinizante en el SNC que pueda ser compatible con EM. La Esclerosis múltiple comienza con un SCA en aproximadamente el 85% de los pacientes y se convierte en esclerosis múltiple clínicamente definida cuando se desarrolla el segundo ataque. Actualmente, no existe una prueba patognomónica o característica clínica capaz de diagnosticar la EM por sí sola. El diagnóstico se basa en la integración de la historia clínica, exploración, resonancia magnética (RM) y los hallazgos de laboratorio, junto con el juicio clínico para excluir diagnósticos alternativos.

Entender o conocer los factores predictores de conversión a EM en pacientes con SCA permite estratificar y evaluar el riesgo de Esclerosis Múltiple Clínicamente Definida (EMCD) para poder tomar las decisiones terapéuticas que corresponda.⁴

En el caso del síndrome clínico aislado debe revisar bien la documentación y en caso de duda consultar al clínico responsable. Es importante revisar que no exista un diagnóstico de sospecha, o posible, o probable esclerosis múltiple en cuyo caso ésta debe ser codificada.

Sin más información y si el clínico o la documentación no aportan más datos al respecto, clasifíquelo bajo el código **G37.9 Enfermedad desmielinizante del sistema nervioso central, no especificada**.

Enfermedades del aparato circulatorio

4. Escala NIHSS. Bajo la subcategoría de puntuación de la escala de NIHSS (R29.7- Puntuación de la escala de ictus del National Institutes of Health (NIHSS)) hay una nota de instrucción que dice: “Codifique primero el tipo de infarto cerebral (I63.-)”. ¿Podemos utilizar los códigos de esta subcategoría para las hemorragias cerebrales (categorías I60-I62)?

RESPUESTA

Tanto la nota de instrucción que aparece bajo la subcategoría R29.7-, como lo recogido en el Manual de Codificación de Diagnósticos, 4ª ed. 2022, en el punto 18.6.3 ESCALA DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR NIHSS (NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH STROKE SCORE) indican que se utilice junto con códigos de la categoría **I63 Infarto cerebral**. En concreto en el citado punto del Manual de Codificación aparece lo siguiente: “...permite cuantificar el deterioro nervioso causado por el ictus isquémico a partir de la exploración neurológica...”, y más adelante “Estos códigos siempre serán secundarios respecto a los códigos de la categoría del ictus isquémico (**I63 Infarto Cerebral**) a los que acompañan. Como mínimo se codificará la primera puntuación recogida en cada episodio asistencial, pero, según los criterios que establezca cada centro, pueden codificarse más valoraciones NIHSS que hayan podido realizarse durante el ingreso”.

Por tanto, los códigos de la subcategoría **R29.7- Puntuación de la escala de ictus del National Institutes of Health (NIHSS)**, solo se utilizan con la categoría **I63 Infarto cerebral**.

5. TAC de perfusión. ¿Cómo debemos codificar el TAC de perfusión cerebral que se realiza en pacientes con ictus?

RESPUESTA

La perfusión cerebral por TC (PTC) es una técnica que permite una rápida evaluación cualitativa y cuantitativa de la perfusión cerebral, mediante la generación de mapas de colores que representan el comportamiento de la microcirculación cerebral, junto con la obtención de

valores numéricos de los principales indicadores hemodinámicos cerebrales. Se ha utilizado principalmente para el estudio del infarto cerebral agudo, pero también es útil en el caso de tumores gliales, vasculopatías o traumatismos encefálicos, entre otros.⁵

Utiliza radiación ionizante y medio de contraste yodado. Asumiendo que se utiliza un contraste de baja osmolaridad, el código a utilizar sería: **B32R1ZZ - Tomografía computarizada (scanner tc) de arterias intracraneales, con contraste, baja osmolaridad.**

6. Electrodo de marcapasos. Se trata de un paciente que ingresa para implante de marcapasos de estimulación fisiológica. Se implanta electrodo Medtronic. Se introduce el electrodo localizando la zona septal media, donde se atornilla penetrando el SIV (septum interventricular) obteniendo parámetros adecuados. ¿Dónde se localizaría la zona septal media, para su codificación? El modelo es bicameral.

RESPUESTA

No existe en la tabla 02H Inserción, en Corazón y Grandes Vasos, localización anatómica específica para el tabique interventricular. De momento y hasta que se disponga de un valor más específico utilice el valor de localización anatómica del ventrículo del corazón desde donde se accede al tabique (normalmente el ventrículo derecho).⁶

7. Retirada de generador de un desfibrilador cardiaco. ¿Qué valor de dispositivo de la tabla 0JP Retirada, en Tejido Subcutáneo y Fascia, debemos utilizar para la retirada de un generador de desfibrilador cardiaco? Estamos utilizando el valor P Dispositivo Relacionado con el Ritmo Cardiaco, pero nos surgido la duda de si será más adecuado utilizar el valor M Generador Estimulador.

RESPUESTA

Debe utilizar el valor **P Dispositivo Relacionado con el Ritmo Cardiaco**, para codificar la retirada de un generador de un desfibrilador cardiaco. Las tablas de Inserción tienen valores más específicos para este dispositivo, pero las de Retirada y Revisión contienen valores más generales, por lo que el valor adecuado a utilizar es el que se ha indicado.

El valor **M Generador Estimulador**, es más adecuado para otro tipo de Generadores Estimuladores como los Neuroestimuladores.

8. Medición de la función endotelial. ¿Cómo se codifica la medición de la función endotelial coronaria con acetilcolina?

RESPUESTA

Las pruebas de vasorreactividad coronaria con infusión de acetilcolina son una prueba diagnóstica con varias indicaciones entre las que se encuentra la sospecha clínica de enfermedad coronaria por vasoespasmos, el síndrome coronario agudo sin que se aprecien lesiones culpables por coronariografía, o la muerte súbita recuperada de causa no explicada, entre otras muchas.

La regulación del flujo coronario depende fundamentalmente de la microcirculación, entendida ésta como las arterias y arteriolas de menos de 400 µm. Aunque la regulación es compleja e influyen numerosos factores el endotelio vascular es el principal protagonista.

En condiciones normales, si el endotelio vascular coronario está sano la infusión de acetilcolina produce vasodilatación. Sin embargo, cuando la función endotelial está alterada la respuesta a la infusión de acetilcolina es la vasoconstricción.

Existen varios protocolos de infusión de la acetilcolina para medir la función endotelial, en cuanto a la arteria en la que se infunde y las concentraciones del fármaco. Esta técnica se realiza en el laboratorio de hemodinámica, en ocasiones junto con la coronariografía diagnóstica y una vez que se han cateterizado las arterias coronarias donde se infunde el fármaco.⁷

Codificación: no existe en la sección 4 Medición y Monitorización, bajo el tipo de procedimiento Medición posibilidad de codificar esta técnica en el momento actual. De momento solo se puede codificar la infusión del fármaco con el siguiente código, cuando sea infundido en la arteria coronaria a través de un catéter percutáneo:

3E073KZ Introducción en arteria coronaria de otra sustancia de diagnóstico, abordaje percutáneo.

9. Ablación cardiaca. En las ablaciones cardiacas del sistema de conducción ¿codificamos siempre el estudio electrofisiológico cardiaco y el mapeo cardiaco? o ¿hay algún caso en el cual no se deba codificar estos dos procedimientos?

RESPUESTA

Debe codificar los procedimientos que le hagan al paciente. Si la ablación va precedida de un estudio electrofisiológico y un mapeo diagnóstico (para identificar y confirmar la presencia de una vía de conducción anómala), deberá codificar los procedimientos realizados.

Puede consultar el Manual de Codificación de Procedimientos, edición 2022, donde en el punto 72.8 EJEMPLOS, puede encontrar información útil al respecto.

10. Marcapasos temporal intraoperatorio. En una cirugía cardiaca abierta utilizan un marcapasos de apoyo intraoperatorio ¿se debe codificar el marcapasos si solo se utiliza durante la intervención y se retira antes de ingresar en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)? ¿Y si por el contrario pasara a la UCI con dicho marcapasos de apoyo intraoperatorio? ¿Habría que codificarlo? Y si fuese así, ¿qué código sería el correcto? ¿5A1223Z? ¿02HA0RJ?

RESPUESTA

Durante la realización de determinadas cirugías es habitual la utilización de técnicas complementarias como el marcapasos temporal intraoperatorio, que se mantiene durante un tiempo una vez que el paciente ha salido del quirófano y ha ingresado en la unidad de reanimación correspondiente para tratar posibles arritmias que aparezcan en el posoperatorio inmediato. No es necesario codificarlo.

Enfermedades del aparato digestivo

11. Biopsia transyugular de hígado. ¿Cómo debemos codificar la biopsia transyugular de hígado?

RESPUESTA

La biopsia hepática transyugular (BTY) consiste en la obtención de un fragmento de tejido hepático mediante un abordaje transvenoso sin punción de la cápsula de Glisson, lo cual permite su realización con un riesgo de hemorragia prácticamente nulo. La principal indicación son los pacientes que presentan alteraciones de la coagulación. La exploración habitualmente se debe complementar con la realización de un estudio hemodinámico hepático que aporta importante información diagnóstica. Para su realización se requiere la preparación propia del cualquier cateterismo vascular.⁸

Existen dos tipos de dispositivos de punción que se utilizan, realizándose la biopsia la mayor parte de las veces en el lóbulo derecho.

BTY con aguja de aspiración: es el procedimiento clásico. Una vez cateterizadas las venas suprahepáticas se continúa hasta la vena elegida y a través del catéter preformado se inserta la aguja. Esta aguja se introduce en el parénquima hepático mientras se aspira (se aplica succión) desde el extremo proximal.

BTY con aguja de corte: se trata de una aguja tipo *tru-cut* que obtiene la muestra por sección del parénquima en lugar de por aspiración.

Codificación:

BTY con aguja de aspiración: el tipo de procedimiento a utilizar es Extracción. Se obtiene tejido sólido mediante la aplicación de una fuerza: aspiración.

0FD(0,1,2)3ZX Extracción de (hígado, hígado lóbulo derecho, hígado lóbulo izquierdo), diagnóstico, abordaje percutáneo

BTY con aguja de corte: el tipo de procedimientos a utilizar es Escisión. Se obtiene tejido sólido mediante un corte.

0FB(0,1,2)3ZX Escisión de (hígado, hígado lóbulo derecho, hígado lóbulo izquierdo), diagnóstico, abordaje percutáneo.

No es necesario codificar la radioscopia que acompaña a esta técnica. En la realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos en los que es frecuente la utilización de técnicas de radioscopia para la visualización de los mismos, no es preciso codificar el procedimiento que especifica la radioscopia (Manual de Codificación CIE-10-ES Procedimientos, 4ª ed. 2022, punto 6.1.6 **NORMATIVA**).

Si además de la biopsia se realiza algún otro tipo de estudio como medición de presiones, por ejemplo, deben añadirse los códigos correspondientes.

12. Prótesis tipo AXIOS. Se trata de un paciente con una pancreatitis aguda necrótica al que colocan una prótesis AXIOS ayudándose de una ultrasonografía endoscópica (USE) para drenaje a estómago de un pseudoquiste pancreático. ¿Cómo debemos codificar este procedimiento?

RESPUESTA

Como en todos los casos, al codificar procedimientos con CIE 10 ES, el tipo de procedimiento se elegirá siempre en función del objetivo que se pretenda alcanzar, teniendo en cuenta el diagnóstico y la técnica que realmente se realice. Por ello, no siempre el uso de un determinado dispositivo o técnica implica utilizar el mismo tipo de procedimiento.

En esta pregunta en concreto, se trata “vaciar” al estómago un pseudoquiste pancreático con la ayuda de una prótesis Axios (especie de stent desplegable en forma de diábolo) mediante abordaje endoscópico (USE). El objetivo es drenar el pseudoquiste con la utilización de un dispositivo (la prótesis queda en el paciente al terminar el procedimiento). Por tanto, debemos codificar con el tipo de procedimiento DRENAJE: **0F9G80Z Drenaje en páncreas, con dispositivo de drenaje, abordaje orificio natural o artificial, endoscópico.**

Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

13. Colgajo vascularizado. Se trata de un paciente al que le extirpan un liposarcoma en antebrazo izquierdo y le hacen una cobertura de la zona con un colgajo vascularizado que obtienen de muslo derecho. Creo que debo codificar una escisión de tejido subcutáneo y una sustitución de tejido subcutáneo en antebrazo. Mi duda es cómo deo reflejado que el colgajo es vascularizado, ¿puede reflejarse esa característica en la codificación?

RESPUESTA

Un colgajo es un segmento vascularizado de tejido que se moviliza a partir de un sitio donante y se transfiere a otra ubicación, sea adyacente o distante, con fines de reconstrucción. Puede ocurrir que se mantenga la conexión vascular con el sitio de origen como en los colgajos locales, en cuyo caso utilizaremos el tipo de procedimiento TRANSFERENCIA, teniendo en cuenta la profundidad y las capas de las que está constituido el colgajo para elegir adecuadamente el sistema orgánico donde debe codificarlo (norma B3.17). Otras veces el nexo vascular o pedículo es interrumpido, pero luego restituido con técnicas microquirúrgicas en el área receptora (como ocurre en el caso de los colgajos libres), en cuyo caso utilizaremos el tipo de procedimiento SUSTITUCIÓN. La diferencia entre un colgajo y un injerto es que éste último no cuenta con pedículo vascularizado y obtiene su flujo sanguíneo de la revascularización del sitio receptor, en tanto que el colgajo cuenta con irrigación propia e intacta.⁹

Es decir, el hecho de que sea vascularizado es una característica intrínseca de los colgajos. Por tanto, debe codificar en función de la información que esté recogida en la historia clínica con el tipo de procedimiento que corresponda. En el caso que describe en su consulta, al tratarse de un colgajo libre, debe codificarlo con el tipo de procedimiento SUSTITUCIÓN en el sistema orgánico adecuado y además, aplicando la norma B3.9, debe codificar un procedimiento de ESCISIÓN para identificar la obtención del colgajo de un lugar diferente.

Enfermedades del sistema musculoesquelético y del tejido conectivo

14. *Artrodesis espinal con barras y tornillos.* Un procedimiento de artrodesis espinal lumbosacra L3-S1 lo realizan exclusivamente con barras y tornillos. El tipo de procedimiento Fusión solo nos permite utilizar como dispositivo Sustituto Sintético, Sustituto de Tejido Autólogo, Sustituto de Tejido No Autólogo y Dispositivo de Fusión Intersomático. ¿Cómo podemos codificar la Fusión? Entendemos que deberíamos reflejar la presencia de las barras y tornillos.

RESPUESTA

En el Manual de Codificación de Procedimientos, 4ª edición, 2022 está recogida la normativa de codificación del tipo de procedimiento FUSIÓN. En concreto en el capítulo 9 PROCEDIMIENTOS QUE DEFINEN OTROS OBJETIVOS, en el punto 9.1 TIPO DE PROCEDIMIENTO: FUSIÓN (Valor G).

En el apartado 9.1.4 Dispositivo, aparece lo siguiente: “Si la cirugía vertebral se realiza exclusivamente con dispositivos de fijación, sin utilizar injertos o dispositivos intersomáticos, se codificará como procedimiento de Inserción. La localización anatómica se clasifica según el nivel de la columna, existiendo diferentes valores para las articulaciones vertebrales. Debe tenerse cuidado especial al revisar la documentación en los procedimientos de fusiones vertebrales, pues con frecuencia los clínicos pueden utilizar la palabra artrodesis para referirse exclusivamente a dispositivos de fijación interna, tal y como se describen en otras articulaciones”.

En el caso que usted plantea debe revisar cuidadosamente la documentación y en caso de duda consultar al clínico responsable. Si en la cirugía vertebral lo único que se ha utilizado es la colocación de barras y tornillos (no han utilizado ningún injerto, ni dispositivo de fusión intersomática, etc.) deberá codificarlo con el tipo de procedimiento INSERCIÓN en la tabla 0SH.

15. *Genu valgo artrósico. Paciente ingresado por artrosis de rodilla izquierda para colocación de una prótesis total de rodilla. En el juicio diagnóstico aparece la expresión “genu valgo artrósico”. ¿Debemos codificar ambas patologías, genu valgo y artrosis de rodilla? ¿O es suficiente codificar la artrosis de rodilla? (M17.12 + M21.062)*

RESPUESTA

Sí, debe codificar ambas patologías si están documentadas. El diagnóstico principal debe ser aquél que motiva la colocación de la prótesis de rodilla, en este caso la artrosis de rodilla. Debe confirmar que la artrosis es la responsable de la deformidad de la rodilla (el genu valgo que presenta el paciente). Si es así debe codificar esta última patología como adquirida. Los códigos adecuados serían:

M17.12 Artrosis primaria unilateral, rodilla izquierda.

M21.062 Deformidad en valgo, no clasificada bajo otro concepto, rodilla izquierda.

16. Fractura costal tras maniobras de reanimación cardiopulmonar. ¿Cómo debe codificarse una fractura costal que se ha producido como consecuencia del masaje cardiaco manual?

RESPUESTA

Utilice el código **M96.89 Otras complicaciones y trastornos intraoperatorios y posprocedimiento del aparato musculoesquelético**, junto con el código **Y65.8 Otros eventos adversos especificados durante la atención quirúrgica y médica**. No es necesario añadir un código de fractura traumática de costilla ya que los códigos de lesiones del capítulo 19 no deben asignarse para lesiones que ocurran durante o como resultado de una intervención médica. Dichas lesiones deben codificarse utilizando los códigos de complicación apropiados (punto 19.2.1.b del Manual de Codificación de Diagnósticos, 4ª ed. 2022).

En la próxima edición de CIE-10-ES (enero de 2024) aparece una nueva subcategoría y nuevos códigos para reflejar esta afección, que se encuadra en la categoría **M96 Complicaciones y trastornos intraoperatorios y posprocedimiento del aparato musculoesquelético, no clasificados bajo otro concepto**:

M96.A Fractura de costillas, esternón y tórax asociadas a compresión torácica y reanimación cardiopulmonar.

M96.A1 Fractura de esternón asociada a compresión torácica y reanimación cardiopulmonar.

M96.A2 Fractura de una costilla asociada a compresión torácica y reanimación cardiopulmonar.

M96.A3 Fracturas múltiples de costillas asociadas a compresión torácica y reanimación cardiopulmonar.

M96.A4 Tórax inestable asociado a compresión torácica y reanimación cardiopulmonar.

M96.A9 Otra fractura asociada a compresión torácica y reanimación cardiopulmonar.

17. Prótesis unicompartmental de rodilla izquierda. ¿Cómo se codifica una prótesis unicompartmental de rodilla? ¿Es una prótesis total o parcial?

RESPUESTA

Las prótesis unicompartmentales de rodilla son prótesis parciales que solo sustituyen uno de los compartimentos de la rodilla. A efectos prácticos la articulación de la rodilla se puede dividir en tres compartimentos: femorotibial interno (medial), femorotibial externo (lateral) y femoropatelar.

La tabla **0SR Sustitución**, para las localizaciones anatómicas de rodilla, dispone de diferentes valores en la posición sexta de dispositivo, que hacen referencia a estas prótesis unicompartmentales. Debe confirmar en la documentación cuál es el compartimento sustituido con la prótesis para elegir el valor correcto.

Enfermedades del aparato genitourinario

18. Fallo renal tras trasplante de riñón. Paciente con enfermedad renal crónica por glomerulonefritis extracapilar pauciinmune que precisó trasplante renal de donante cadáver en 1999. Ingresa en 2015 por disfunción leve del injerto y rechazo humoral crónico. Actualmente disfunción crónica de injerto e inicio de hemodiálisis el 26/01/2018. Mi duda es la enfermedad renal crónica actual se codifica como secundaria a la glomerulonefritis o como consecuencia del rechazo riñón o por las dos. ¿Podría codificarse T86.11 + Y83.0 + N05.7 + N18.6 + Z99.2?

RESPUESTA

Debe codificar lo que esté recogido en la documentación clínica. En el caso que usted plantea deberá confirmar con la historia clínica o con el médico responsable que la disfunción crónica del injerto es debida a un rechazo humoral crónico. De ser así y, en ese caso, los códigos adecuados son los siguientes:

T86.11 Rechazo de trasplante renal.

N18.6 Enfermedad renal en estadio terminal.

Z99.2 Dependencia de diálisis renal.

En la información que envía en su consulta en ningún momento se hace referencia a una recidiva de la enfermedad de base en el riñón trasplantado que justifique la codificación de la glomerulonefritis. La glomerulonefritis fue la causa del trasplante renal que se solucionó con el mismo, por lo que, con la información que aporta no hay que codificarla.

19. Fracaso de trasplante renal. En un trasplantado renal con fracaso del trasplante renal desde el 2019 y en hemodiálisis a través de un catéter yugular tunelizado, ¿se sigue utilizando el código T86.12 Fracaso de trasplante renal? ¿O debemos utilizar el código Z de estado de trasplante?

RESPUESTA

Debe utilizar el código **T86.12 Fracaso de trasplante renal**, aunque hayan pasado años desde el fracaso del trasplante que obligó al paciente a entrar de nuevo en hemodiálisis. Debe estar documentado que el trasplante renal fracasó y que fue ese hecho el que motivó que el paciente volviera a diálisis. La complicación del trasplante sigue estando presente por lo que no es adecuado utilizar el código **Z94.0 Estado de trasplante renal**, que debe utilizarse en aquellos pacientes trasplantados renales en los que el injerto no presenta complicaciones (fracaso, rechazo, infección, etc.).

Puede serle de utilidad lo recogido en el Manual de Codificación de Diagnósticos, 4ª ed., 2022 en el punto 14.4.3 TRASPLANTE RENAL.

20. Dispositivo HeRO para diálisis. Se trata de un paciente en diálisis a través de una FAVI. La FAVI presenta estenosis y trombosis en venas proximales con imposibilidad de dializar. Se implanta dispositivo subcutáneo HeRO desde aurícula derecha a arteria humeral en este caso derecha. Pienso que es una derivación desde vena cava superior a arteria humeral con sustituto sintético. CIE-10-ES no contempla este procedimiento siguiendo la norma desde-hasta en derivaciones. ¿Cómo debo codificarlo?

RESPUESTA

El dispositivo HeRO (Hemodialysis Reliable Outflow) es un dispositivo híbrido “prótesis-catéter tunelizado”. Está indicado en las obstrucciones del sistema venoso central que no hacen posible otros tipos de fístulas arteriovenosas. La parte del catéter se progresa hasta la vena

cava superior (salvando la obstrucción) y se conecta con una prótesis de PTFE (Politetrafluoroetileno) que se ha tunelizado y anastomosado a la arteria humeral. Es una técnica compleja.¹⁰

Desde 2020 CIE-10-ES cuenta, en la tabla 031, con el valor de calificador V Vena Cava Superior, que posibilita la codificación de esta técnica.

En el caso que usted plantea el código a utilizar es:

03170JV Derivación de arteria humeral, derecha a vena cava superior, con sustituto sintético, abordaje abierto.

Embarazo, parto y puerperio

21. Versión cefálica externa. Se trata de una paciente que ingresa para una versión cefálica externa por mal posición fetal. En el ingreso se dan cuenta que el niño se ha colocado bien y no le hacen la versión. ¿Cuál sería el diagnóstico principal? ¿Debemos utilizar un código de la categoría O32 Atención materna por presentación anómala del feto, junto con un código de la categoría Z53 Personas en contacto con los servicios de salud para procedimientos y tratamiento específico, no realizados? ¿O deberíamos utilizar el código Z03.79 Contacto por sospecha de otras afecciones maternas o fetales descartadas?

RESPUESTA

Dado que en el momento del ingreso y una vez realizada las exploraciones pertinentes no existe la mala posición fetal utilice como diagnóstico principal el código **Z03.79 Contacto por sospecha de otras afecciones maternas o fetales descartadas**. La entrada en el Índice Alfabético de Enfermedades es la siguiente:

Consulta (servicio de salud) (para) Z76.89

- sospecha de

-- enfermedad, descarte

--- condiciones maternas y fetales NCOC Z03.79

Sospecha de enfermedad, descartada - véase además Observación, sospecha

- condiciones maternas y fetales NCOC Z03.79

22. Sutura B-Lynch profiláctica. ¿Cómo codificamos la sutura compresiva B-Lynch realizada con la finalidad de evitar la hemorragia posparto debida a atonía uterina?

RESPUESTA

La sutura B-Lynch o procedimiento B-Lynch es una forma de sutura de compresión utilizada en obstetricia. Se utiliza para comprimir mecánicamente un útero atónico ante una hemorragia posparto severa.

Fue desarrollado por Christopher B-Lynch, obstetra consultor y cirujano ginecológico con sede en el Hospital General de Milton Keynes.

La técnica se describió por primera vez en 1997. Puede detener la hemorragia posparto sin necesidad de cirugía pélvica y, potencialmente, preservar la fertilidad. Se considera “la mejor forma de abordaje quirúrgico para controlar la HPP atónica, ya que ayuda a preservar la integridad anatómica del útero”.^{11,12}

El abordaje se hace a través de una incisión de Pfannenstiel, en caso de que el parto haya sido vaginal, o por reapertura de incisión de cesárea.

La sutura absorbible se puede dejar in situ y, por lo general, no generaría problemas en futuros embarazos.

Lo más frecuente es que se utilice como procedimiento para controlar una hemorragia posparto por atonía uterina, y así lo describen los profesionales y referencias bibliográficas consultadas. En este caso el procedimiento sería el de **CONTROL**:

0W3R0ZZ - Control en tracto genitourinario, abordaje abierto

Según está planteada la pregunta, *sutura B-Lynch profiláctica*, se entiende que se realiza en casos en los que hay riesgo de atonía uterina, pero sin hemorragia posparto, en este caso el código a utilizar será **REPARACION**:

0UQ90ZZ - Reparación de útero, abordaje abierto

Deberá revisar cuidadosamente la documentación para elegir la codificación adecuada.

Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas

23. *Pabellón alado.* ¿Con qué código debemos clasificar el pabellón alado? ¿Q17.3 Otras deformidades del oído?, ¿Q17.4 Anomalía de posición de oído?, o ¿Q17.5 Oreja prominente?

RESPUESTA

La oreja prominente, también se denomina “alada”, en “asa”, “protruida”, “saliente”, “separada”, “de murciélago”, o en “ángulo obtuso”. Es la deformidad auricular más tratada. Puede tener un componente hereditario y habitualmente la alteración es bilateral. La deformidad es estética sin alteraciones funcionales, pero sí puede provocar un daño psicológico en el paciente. Por ello se recomienda corregir quirúrgicamente y se suele hacer a los 4 o 5 años de edad. En la mayoría de los casos se debe a un fallo en el plegamiento del antehélix que puede acompañarse o no de una hipertrofia de la concha y de prominencia del lóbulo y antitrago.¹³

Para su codificación utilice el código **Q17.5 Oreja prominente**, que dispone de las siguientes entradas en el Índice Alfabético de Enfermedades:

Malformación (congénita) - véase además Anomalía

- oído Q17.9

-- externo Q17.9

--- prominencia Q17.5

Murciélago, oreja de Q17.5

Prominencia, prominente

- oído (congénito) (oreja) Q17.5

24. *Frenillo sublingual.* Me gustaría aclarar el tratamiento de la anqui-loglosia mediante el corte del frenillo sublingual. Me genera dudas de si el procedimiento adecuado sería “Liberación de lengua” pues para que sea una liberación no se puede actuar sobre la propia estructura que se libera y el frenillo de la lengua no sé si se considera a estos efectos len-

gua o mucosa bucal, pues, si se considera una parte de la lengua ya no podríamos codificar este procedimiento como Liberación.

RESPUESTA

El frenillo lingual es una membrana mucosa adherida desde la base de la lengua hasta el reborde alveolar. Esta estructura es importante en el recién nacido porque interfiere en el acto de succión. Un frenillo lingual corto influencia en la posición de los dientes, en el amamantamiento y dificulta los movimientos de la lengua.

El corte del frenillo o frenulotomía debe codificarlo con el tipo de procedimiento “Liberación”.

0CN7XZZ Liberación de lengua, abordaje externo

Lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas

25. Fisura del trocánter mayor. ¿Sería correcto codificar una fisura del trocánter mayor de fémur derecho con el siguiente código S72.114A Fractura sin desplazamiento de trocánter mayor de fémur derecho, contacto inicial por fractura cerrada? ¿Podemos codificar las fisuras como fracturas menores sin desplazamiento?

RESPUESTA

Una fisura es una fractura incompleta. La separación entre los bordes del hueso es muy pequeña o incompleta; además, no hay fragmentos óseos ni desplazamiento.

No existe en CIE-10-ES Diagnósticos, códigos específicos para las fisuras. Las codificaremos como fracturas no desplazadas. En el caso que usted plantea el código correcto es:

S72.114A Fractura sin desplazamiento de trocánter mayor de fémur derecho, contacto inicial por fractura cerrada.

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

26. Retirada de Port-a-Cath. ¿Qué código de diagnóstico principal debemos utilizar en el Hospital de Día Quirúrgico, para un paciente que viene a retirarse el Port-a-Cath porque ya ha finalizado su tratamiento con quimioterapia?

RESPUESTA

Utilice la siguiente entrada del IAE:

Admisión (para)-véase además Consulta (para)

- ajuste (de)

-- dispositivo NCOC

--- implantado Z45.89

---- acceso vascular Z45.2

-- portacath (Port-a-cath) Z45.2

Z45.2 Contacto para ajuste y mantenimiento de dispositivo de acceso vascular

La categoría **Z45 Contacto para ajuste y mantenimiento de dispositivo implantado**, tiene una nota Incluye:-extracción o sustitución de dispositivo implantado.

27. Sedentarismo. ¿Cómo podemos reflejar en la codificación la situación de “sedentarismo”?

RESPUESTA

Si desea codificar dicha situación puede utilizar el código **Z72.3 Falta de ejercicio físico**. Dicho código se encuadra en la categoría **Z72 Problemas relacionados con el estilo de vida**. La entrada en el Índice Alfabético de Enfermedades es la siguiente:

Falta de

- ejercicio físico Z72.3

28. Tratamiento con Decapeptyl® semestral. Se trata de un paciente con un adenocarcinoma de próstata que en su momento fue tratado

con radioterapia y ahora con Decapeptyl® semestral. ¿Cómo debemos codificarlo? Tenemos dudas sobre si debemos utilizar el código Z85.46 o el C61 más el código Z79.899.

RESPUESTA

CIE-10-ES dispone dentro de la categoría **Z79 Tratamiento farmacológico prolongado (actual)** de la siguiente subcategoría con sus notas de instrucción:

Z79.81 Uso prolongado (actual) de agentes que actúan sobre los receptores de estrógeno y los niveles de estrógeno

Codifique primero si procede:

- Neoplasia maligna de mama (C50.-)
- Neoplasia maligna de próstata (C61)

Utilice código adicional si procede, para identificar:

- Antecedente familiar de cáncer de mama (Z80.3)
- Antecedente personal de cáncer de próstata (Z85.46)
- Estado de receptor de estrógenos positivo (Z17.0)
- Historia personal de cáncer de mama (Z85.3)
- Estado de postmenopausia (Z78.0)
- Susceptibilidad genética a neoplasia maligna (cáncer) (Z15.0-)

Excluye 1:

- *Terapia de sustitución hormonal (Z79.890)*

En esta subcategoría se engloban los siguientes códigos:

Z79.810 Uso prolongado (actual) de moduladores selectivos de receptores de estrógenos (SERMs)

Z79.811 Uso prolongado (actual) de inhibidores de aromatasa

Z79.818 Uso prolongado (actual) de otros agentes que afectan a los receptores de estrógenos y los niveles de estrógenos

Cuando un paciente está en tratamiento con estos fármacos pueden darse dos circunstancias:

- Que el paciente esté con esta medicación para el tratamiento de su neoplasia en cuyo caso se asignará el código de la neoplasia actual.

- Que el paciente haya sido previamente tratado de su neoplasia y ahora se le administren estos medicamentos como mantenimiento para la prevención de metástasis o recidiva de la enfermedad. En este caso se debe asignar un código de historia personal de neoplasia maligna.

Debe buscar información al respecto en la documentación y en caso de duda preguntar al clínico responsable del paciente.

En ambas circunstancias debe añadirse el código correspondiente de la subcategoría **Z79.81- Uso prolongado (actual) de agentes que actúan sobre los receptores de estrógeno y los niveles de estrógeno**, en función del fármaco que el paciente esté recibiendo.

En la consulta que usted nos hace el código apropiado para reflejar el tratamiento con Decapeptyl (triptorelina que es un agonista de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH)) es:

Z79.818 Uso prolongado (actual) de otros agentes que afectan a los receptores de estrógenos y los niveles de estrógenos

Uso prolongado (actual) de acetato de goserelina (Zoladex)

Uso prolongado (actual) de acetato de leuprolide (leuprorelina) (Lupron)

Uso prolongado (actual) de acetato de megestrol (Megace)

Uso prolongado (actual) de fulvestrant (Faslodex)

Uso prolongado (actual) de agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH)

Uso prolongado (actual) de reguladores negativos de los receptores de estrógenos

Miscelánea

29. Infiltración en el hiato sacro. Una infiltración de anestésico en la Unidad del Dolor en hiato sacro, ¿se codificaría como “introducción en canal espinal” o “introducción en espacio epidural”?

RESPUESTA

La infiltración epidural caudal es en la actualidad una de las técnicas de analgesia regional que se utiliza con más frecuencia para el dolor cró-

nico lumbar. Esta infiltración consiste en una inyección con una mezcla de anestésicos locales y corticoides en el espacio epidural, en la parte baja del canal raquídeo, en la región sacra. Las numerosas ventajas que ofrece la aplicación de un bloqueo epidural caudal en estas indicaciones se han demostrado ampliamente por diversos autores.¹⁴

En el Índice Alfabético de CIE-10-ES Procedimientos puede encontrar la siguiente entrada:

Espacioepidural, espinal-buscar Canal Espinal

Por tanto, en este caso, el valor de localización anatómica que debe utilizar es “Canal Espinal”.

30. Cierre de craneotomía descompresiva. En el cierre de una craneotomía descompresiva, en un segundo tiempo quirúrgico, utilizan el hueso propio que habían retirado previamente para este cierre junto con un dispositivo de fijación. ¿Sería correcto utilizar para su codificación el tipo de procedimiento Reposición? 0NS004Z como una reposición de cráneo con fijación interna.

RESPUESTA

El tipo de procedimiento a utilizar en este caso es REPOSICIÓN. En un primer tiempo quirúrgico se retiró el hueso para realizar la descompresión y en este segundo tiempo quirúrgico se vuelve a colocar en su localización original. La definición del tipo de procedimiento REPOSICIÓN es la siguiente: recolocar en su localización habitual, o en otra localización adecuada, toda o parte de una estructura anatómica.

El objetivo del procedimiento realizado cumple esta definición por lo que REPOSICIÓN es el tipo de procedimiento a emplear.

Debe elegir la localización anatómica adecuada y el tipo de abordaje en función de la documentación clínica dentro de la tabla **0NS Reposición**, en el sistema orgánico **N Huesos Cráneo y Cara**. Se utilizará el valor de dispositivo adecuado en función del material utilizado y la información contenida en la documentación clínica.

31. Rizolisis y bloqueo transforaminal. Se realiza rizolisis térmica lumbar L3-S1, y bloqueo transforaminal. Lateralidad derecha. Guiado por escopia.

En la rizolisis térmica por radiofrecuencia (RF) lo que hacen es interrumpir la transmisión de ese nervio en cuestión, o lo que sería lo mismo, una división. ¿Es correcto el código 018B3ZZ? Cuando hablan de bloqueo transforaminal también hacen una interrupción de esta transmisión, pero química, con la utilización de un fármaco. ¿En este caso, ponemos destrucción o también división? ¿O lo codificamos como la administración de agente destructivo en nervio y plexo periférico (3E0T3TZ)?

RESPUESTA

El bloqueo transforaminal consiste en la inyección percutánea de diferentes sustancias en el espacio epidural espinal para el tratamiento del dolor. El término “transforaminal” hace referencia al abordaje (puede ser caudal, interlaminar o transforaminal, siendo este último el más utilizado). Además, en estas técnicas se utiliza la escopia o fluoroscopia como técnica de guía de imagen.

En estos casos la codificación debe hacerse en la **tabla 3E0** (sección 3 Administración, sistema orgánico E Sistemas Fisiológicos y Regiones Anatómicas, y tipo de procedimiento 0 Introducción), eligiendo la localización anatómica R Canal Espinal. El índice alfabético, bajo la entrada Espacio epidural, espinal, nos indica que debemos buscar “Canal Espinal”. El valor de abordaje a utilizar es 3 Percutáneo, y en la sexta posición debe elegir las sustancias que se hayan administrado (corticoides y anestésico, es lo más habitual)¹⁵.

3E0R3 Introducción en canal espinal de **, abordaje percutáneo.**

La fluoroscopia que se usa como técnica de imagen no se codifica.

Por otra parte, la denervación percutánea facetaria lumbar por radiofrecuencia o rizolisis es una técnica mínimamente invasiva utilizada para el tratamiento del dolor lumbar crónico de origen facetario. Se trata de dañar de forma controlada las fibras nerviosas transmisoras del dolor mediante calor. Las lesiones de radiofrecuencia se producen por la generación de un campo electromagnético que puede ser neuroablato con temperaturas de 60 a 85°C.

Cuando el objetivo es la destrucción del nervio utilizando altas temperaturas el tipo de procedimiento a utilizar es **DESTRUCCIÓN**, en la tabla 015 Destrucción, en sistema orgánico 1 Sistema Nervioso Periférico, y eligiendo la localización anatómica que corresponda. El tipo

de procedimiento División no es adecuado ya que no se utiliza corte ni incisión para dividir el nervio.

También se utiliza en ocasiones la radiofrecuencia pulsada que utiliza temperaturas inferiores a 42° (neuromodulación) en cuyo caso el tipo de procedimiento a utilizar es Reparación (puede consultar el Cuaderno de Codificación nº 11, pregunta nº 14 Radiofrecuencia pulsada no destructiva).

32. Anastomosis linfático venosa. Paciente diagnosticada de linfedema crónico de miembros inferiores que ingresa para la realización de una anastomosis linfático-venosa de miembro inferior derecho. La información que consta en la hoja quirúrgica es: “Se explora a nivel medio muslo derecho y se objetiva vaso linfático que se anastomosa a vena superficial con 11/0. Se comprueba llenado correcto post-anastomosis. Hemostasia y cierre cutáneo” La anastomosis linfático-venosa se ajusta al tipo de procedimiento de derivación, pero no existe dicho procedimiento en el sistema linfático. Como alternativa pensamos que se podría tratar de un drenaje sin dispositivo, 079F0ZZ Drenaje en linfático, extremidad inferior derecha, abordaje abierto, pero este tipo de procedimiento tampoco recoge la recepción por parte del sistema venoso de la linfa. O bien de una Reparación. ¿Cómo debemos codificarlo?

RESPUESTA

El linfedema se define como un aumento anormal de linfa en los espacios intersticiales debido a una alteración del funcionamiento del sistema linfático, que se manifiesta por edema en una extremidad o región del cuerpo.

El linfedema primario es congénito y se caracteriza por la aplasia, hipoplasia o hiperplasia de los vasos linfáticos o por alteraciones de los ganglios linfáticos.

El linfedema secundario es el más frecuente y puede ser debido a infecciones (filariasis), traumatismos, cirugía (linfadenectomía) y radioterapia, produciéndose obstrucción o destrucción de los vasos colectores linfáticos y una acumulación de líquido linfático en los vasos linfáticos y en el intersticio.

Dependiendo del grado de severidad del linfedema, la microcirugía reconstructiva puede crear drenajes linfáticos alternativos para recoger la linfa que se acumula en el miembro linfedematoso.

Cuando los vasos linfáticos son funcionantes se opta por reconducir la linfa del sistema linfático al sistema venoso mediante anastomosis microquirúrgicas entre vasos linfáticos superficiales y venas subdérmicas. La técnica es poco agresiva ya que se realiza a través de incisiones de unos 2-4 cm en la piel. Normalmente se realizan de 2 a 4 anastomosis por cada miembro.

Efectivamente, la técnica de anastomosis linfático-venosa se ajusta al procedimiento “DERIVACIÓN” (Alterar la vía de paso de los contenidos de una estructura anatómica tubular), pero no existe el tipo de procedimiento en el Sistema Orgánico 7 Sistemas Linfático y Hemático.

Dada la ausencia de tabla específica de momento lo codificaremos de la siguiente manera:

- Tipo de procedimiento REPARACIÓN (Restablecer en lo posible una estructura anatómica a su estado o función anatómica normal).

07QF0ZZ - Reparación de linfático, extremidad inferior derecha, abordaje abierto

33. *Ventana peritoneal o pericárdica. ¿Qué abordaje debemos utilizar cuando realizan una ventana pericárdica o peritoneal para llevar a cabo un procedimiento? Por ejemplo, drenaje de un linfocele en un trasplante renal a través de una ventana peritoneal o un drenaje de un derrame pericárdico. Nos queda la duda de si es un abordaje percutáneo o es otro tipo de abordaje.*

RESPUESTA

Ventana peritoneal

El linfocele es una complicación precoz del trasplante renal consistente en una colección líquida de linfa ubicada en el lecho quirúrgico, que persiste durante semanas o meses y es debida a la extravasación de linfa a nivel de los linfáticos seccionados del injerto o del receptor. Algunos estudios revelan que el sitio más frecuente de acumulación de líquido linfático como complicación postrasplante renal es alrededor del polo inferior del injerto renal en la cavidad pélvica.

La ventana peritoneal es una intervención quirúrgica utilizada en el tratamiento del linfocele consistente en realizar una marsupialización del mismo, abriendo una ventana que comunica el linfocele con la cavidad peritoneal para que aquí se reabsorba la linfa. Tiene excelentes resultados y baja morbilidad. Puede llevarse a cabo por vía abierta o laparoscópica, actualmente de primera elección, y asociarse o no a omentoplastia para incrementar la capacidad de reabsorción y disminuir el riesgo de recidiva.

Codificación:

La codificación dependerá del abordaje que nos informen (endoscópico percutáneo o abierto) y también diferenciaremos si se deja colocado un dispositivo de drenaje o no. En caso de que el linfocele fuera perirrenal, y por tanto estuviera localizado en retroperitoneo, la codificación sería:

Ventana peritoneal laparoscópica: **0W9H4*Z** Drenaje en retroperitoneo, (con/sin dispositivo de drenaje), abordaje endoscópico percutáneo.

Ventana peritoneal abierta: **0W9H0*Z** Drenaje en retroperitoneo, (con/sin dispositivo de drenaje), abordaje abierto.

Ventana pericárdica

La ventana pericárdica es una intervención quirúrgica dirigida a drenar el derrame pericárdico, abriendo una ventana que comunica la cavidad pericárdica con la cavidad pleural; de esta forma el líquido originado en el pericardio va drenando a la cavidad pleural donde puede ser reabsorbido o puede ser evacuado con toracocentesis repetidas.

La ventana pericárdica clásica o quirúrgica implica reseca parte del pericardio y se puede realizar con diferentes abordajes: por videotoracoscopia (VATS), derecha o izquierda, o por una minitoracotomía anterolateral izquierda. La técnica depende de lo grande que sea el derrame pericárdico. Si es muy grande, se prefiere hacer la minitoracotomía porque el pericardio está muy dilatado y muy cerca de la pared torácica, y se puede extraer el mayor tejido pericárdico posible.

Debemos diferenciarla de la pericardiostomía (denominada a veces ventana pericárdica percutánea), en la que se genera una comunicación entre cavidad pericárdica y pleural (o peritoneal) realizando un desgarro en pericardio, sin resección del mismo, mediante un catéter con ba-

lón. En este caso el acceso es percutáneo y se deja colocado un catéter pigtail para drenaje continuo.^{16,17,18,19,20}

La codificación dependerá del abordaje que nos informen (endoscópico percutáneo o abierto), de si se está resecando pericardio o no, y diferenciaremos si se deja colocado un dispositivo de drenaje o no.

Codificación:

Ventana pericárdica VATS: 0W9D4*Z Drenaje en cavidad pericárdica, (con/sin dispositivo de drenaje), abordaje endoscópico percutáneo.

Ventana pericárdica abierta: 0W9D0*Z Drenaje en cavidad pericárdica, (con/sin dispositivo de drenaje), abordaje abierto.

Pericardiostomía: 0W9D30Z Drenaje en cavidad pericárdica, con dispositivo de drenaje, abordaje percutáneo.

Bibliografía

1. Bordas Guijarro J, Domínguez Ponce MA, Vázquez Foncubierta A, Pedrote A, Chaves Barroso R, Álvarez López R. Síndrome de taquicardia postural ortostática. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2009 [citado 13 de diciembre de 2022];44(6):356-7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-sindrome-taquicardia-postural-ortostatica-S0211139X09001838>
2. Casas G, Rivas-Gándara N, Francisco-Pascual J, Moya-Mitjans À, García-Dorado D. Síndrome de taquicardia postural ortostática y angina vasoespástica, una combinación de difícil abordaje terapéutico. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 2019 [citado 13 de diciembre de 2022];72(6):509-10. Disponible en: <https://www.revescardiol.org/es-sindrome-taquicardia-postural-ortostatica-angina-articulo-S0300893218302343>
3. Carvajal Roca E, Torró Doménech I, Lurbe Ferrer E. Hipertensión arterial episódica asociada al síndrome de taquicardia postural ortostática. *An Pediatr (Barc)* [Internet]. 2006 [citado 13 de diciembre de 2022];65(5):496-9. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-hipertension-arterial-episodica-asociada-al-articulo-13094264>
4. López-Gómez J, Sacristán-Enciso B, Caro-Miró MA, Querol Pascual MR. Síndrome clínico aislado: diagnóstico y riesgo de desarrollar esclerosis múltiple clínicamente definida. *Neurol (Engl Ed)* [Internet]. 2021 [citado 13 de diciembre de 2022]; Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-avance-resumen-sindrome-clinico-aislado-diagnostico-riesgo-S0213485321000281>
5. Canales F. L., Pérez O. B., de Grazia K. J., López G. L., Miranda G. G., Orellana P. P, et al. Perfusión cerebral por tomografía computada: Utilidad más allá del infarto cerebral agudo. *Rev chil radiol* [Internet]. 2021 [citado 13 de diciembre de 2022];27(1):27-39. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082021000100027
6. Zanon F, Pastore G, Marcantoni L. Estimulación por marcapasos del haz de His: el mito se hace realidad. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 2020 [citado 13 de diciembre de 2022];73(8):611-4. Disponible en: <https://www.revescardiol.org/es-estimulacion-por-marcapasos-del-haz-articulo-S0300893220300877>
7. Gutiérrez E, Gómez-Lara J, Escaned J, Cruz I, Ojeda S, Romaguera y R, et al. Valoración de la función endotelial y provocación de vasoespasma coronario mediante infusión intracoronaria de acetilcolina. Documento técnico de la ACI-SEC. REC: interventional cardiology [Internet]. 2021 [citado 13 de diciembre de 2022]; Disponible en: <https://recintervcardiol.org/es/articulo-especial/valoracion-de-la-funcion-endotelial-y-provocacion-de-vasoespasma-coronario-mediante-infusion-intracoronaria-de-acetilcolina.-documento-tecnico-de-la-aci-sec>

8. Bañares R, Alonso S. Biopsia hepática transyugular. Gastroenterología [Internet]. 2001 [citado 13 de diciembre de 2022];1(1):27-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-continuada-8-pdf-70000006>
9. Aymerich Bolaños O. Generalidades de colgajos y su importancia en la relación con la reparación del daño corporal. Med leg Costa Rica [Internet]. 2014 [citado 13 de diciembre de 2022];31(1):49-56. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152014000100005
10. Ayala MA, Manzano MS, Ligeró JM. Fístulas arterio-venosas para hemodiálisis. Nefrología al día [Internet]. 9 de mayo de 2020 [citado 13 de diciembre de 2022]; Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-fistulas-arterio-venosas-hemodialisis-332>
11. B-Lynch C, Coker A, Lawal AH, Abu J, Cowen MJ. The B-Lynch surgical technique for the control of massive postpartum haemorrhage: an alternative to hysterectomy? Five cases reported. BJOG [Internet]. 1997;104(3):372-5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.1997.tb11471.x>
12. Izaguirre González AI, Fernández Serrano RD, Irías YE, Bustillo Urbina MC. Sutura B-lynch modificada como profilaxis en pacientes con riesgo para hemorragia posparto. Serie de casos. revista med [Internet]. 2016 [citado 13 de diciembre de 2022];84(1):45-8. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2016/pdf/Vol84-1-2-2016-10.pdf>
13. Giugliano C. Malformaciones auriculares. En: Calderón Ortega W, Yuri Padua A, editores. Libro Cirugía Plástica [Internet]. Tangram Ediciones; 2001 [citado 13 de diciembre de 2022]. p. 359 a 372. Disponible en: http://www.carlosgiugliano.cl/wp-content/pdf/Malform_auriculares.pdf
14. Muntané Sánchez A, Fontes Caramé D, Mayoral Rojals V, Aja Rodríguez L. Aspectos técnicos en la infiltración caudal guiada por tomografía computarizada. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2010 [citado 13 de diciembre de 2022];17(8):372-5. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-sociedad-espanola-del-dolor-289-articulo-aspectos-tecnicos-infiltracion-caudal-guia-da-S1134804610001059>
15. Medel Rebollo J, Ribera Canudas MV, Mesas Idáñez A, Márquez Martínez E, Martínez Ripol P, Candela Custardoy A, et al. Técnicas mínimamente invasivas en el tratamiento del dolor crónico. Sem Fund Es Reumatol [Internet]. 2013 [citado 13 de diciembre de 2022];14(4):135-41. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-seminarios-fundacion-espanola-reumatologia-274-pdf-S1577356613000535>
16. López García D, Janeiro País JM, González Dacal J, Zarraonandía Andraca A, Casas Agudo P, Martínez Breijo S, et al. Linfocele gigante tras trasplante renal: A propósito de un caso y revisión de la literatura. Arch Esp Urol [Internet]. 2009 [citado 13 de diciembre de 2022];62(8):667-71. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142009000800012

17. Oh NA, Hennecken C, Van den Eynde J, Doulamis IP, Avgerinos DV, Kampaktis PN. Pericardiectomy and pericardial window for the treatment of pericardial disease in the contemporary era. *Curr Cardiol Rep* [Internet]. 2022;24(11):1619-31. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11886-022-01773-7>
18. Triviño A, Cózar F, Congregado M, Gallardo G, Moreno-Merino S, Jiménez-Merchán R, et al. Ventana pericárdica por videotoracoscopia. *Cir Esp* [Internet]. 2011;89(10):677-80. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2011.05.006>
19. Fibla JJ, Molins L, Mier JM, Vidal G. Ventana pericárdica por videotoracoscopia en el tratamiento de derrame y/o taponamiento pericárdico. *Cir Esp* [Internet]. 2008 [citado 13 de diciembre de 2022];83(3):145-8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-ventana-pericardica-por-videotoracosopia-el-S0009739X0870530X>
20. Oxilia Estigarribia MA, Miano J, Scattini G, Ramírez F, Peñaloza N, Bruno CA, et al. Derrame pericárdico grave. Ventana pericárdica percutánea con balón. *Revista Argentina de cardi* [Internet]. 2008 [citado 13 de diciembre de 2022];76(4):313-6. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305326994013>

Información y dudas sobre codificación

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

Para la notificación de erratas de la CIE-10-ES de la edición vigente, solicitamos la cumplimentación del formulario disponible a tal efecto, en la siguiente página electrónica: <https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecie-Maps/errata/errata.html>

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

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

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



GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD

www.sanidad.gob.es