

Cuadernos de Codificación CIE-10-ES

Preguntas a la Unidad

NÚMERO 15. 1^{er} SEMESTRE 2023

UNIDAD TÉCNICA DE CODIFICACIÓN CIE-10-ES

MINISTERIO DE SANIDAD

Cuadernos de Codificación CIE-10-ES

Preguntas a la Unidad

NÚMERO 15. 1^{er} SEMESTRE 2023

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

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
Balears en la UT-CIE-10-ES

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

Gemma NARCISO PILA
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

Nagore RENTERÍA AGUIRRE
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 Miguel LARA RODRÍGUEZ
Representante de la Comunidad Autónoma de
Valencia en la UT-CIE-10-ES

Juan José PIRLA CARVAJAL. In memoriam
Representante de la SEDOM en la UT-CIE-10-ES

M^a Carmen SALIDO CAMPOS
Colaboradora 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 su contenido 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

Preguntas a la Unidad



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD

Las actualizaciones normativas contenidas en este cuaderno tienen vigencia para la codificación de altas con fecha a partir del 01-07-2023

Índice

Presentación	9
A. Preguntas a la unidad	11
Neoplasias	11
Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan al mecanismo inmunológico	13
Enfermedades del sistema nervioso	14
Enfermedades del aparato circulatorio	18
Enfermedades del aparato digestivo	22
Enfermedades del aparato genitourinario	24
Embarazo, parto y puerperio	29
Lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas	36
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios	37
Miscelánea	38
Bibliografía	39

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. Preguntas a la unidad

Neoplasias

1. Admisión para sesión de radioterapia. Se trata de un paciente que se hospitaliza para sesión de radioterapia, la cual es llevada a cabo en otra institución, por lo que vuelve el mismo día solo para monitorización post-radioterapia. En ese caso ¿cuál sería el diagnóstico principal? ¿sería correcto utilizar el código Z51.0 Contacto para radioterapia antineoplásica?

RESPUESTA

Entendemos que la secuencia es la siguiente:

Ingreso en HOSPITAL A para sesión de radioterapia (que no se administra en ese centro). Sin ser dado de alta es trasladado al HOSPITAL B o a un centro de radioterapia (para la administración de radioterapia). En el hospital B o centro de radioterapia no cursa ingreso y vuelve al hospital A de origen, una vez administrada la sesión de radioterapia. Es dado de alta desde el HOSPITAL A.

En el Hospital A (que es donde cursa ingreso el paciente) el diagnóstico principal será el código **Z51.0 Contacto para radioterapia antineoplásica**.

2. Complicación de terapia CAR-T. Varón de 60 años con diagnóstico de Linfoma B difuso de células grandes. Recibió terapia CAR-T en otro hospital hace dos semanas. Ingresa en nuestro centro con fiebre, deterioro del nivel de conciencia y deterioro neurológico progresivo, con encefalopatía, disartria y mioclonías. Al alta, diagnóstico de deterioro neurológico por reacción a terapia CAR-T. Se nos plantea la duda de si la clínica corresponde a un CRS (Síndrome de Liberación de Citoquinas, código CIE-10-ES D89.83-). En caso negativo y si se considera que es otro tipo de reacción adversa a la terapia CAR-T, ¿cómo se codificaría? En cuanto al código de la reacción adversa a la terapia CAR-T, ¿es correcto en ambos casos utilizar el código T45.1X5A Efecto adverso de fármacos antineoplásicos e inmunosupresores? ¿O

deberíamos usar el código T80.89XA Otras complicaciones después de infusión, transfusión e inyección? Nuestra duda surge de la codificación de la terapia CAR-T como agente quimioterápico hasta el año 2020, edición que ya incluyó código específico.

RESPUESTA

Los tratamientos con células CAR-T han supuesto un avance importante en el tratamiento de determinadas neoplasias. Sin embargo, su uso no está exento de la aparición de complicaciones que pueden ser graves. Su detección y manejo precoz ha de hacerse en unidades multidisciplinares. A pesar de los aspectos comunes en el perfil de toxicidad, cada CAR-T puede presentar una mayor propensión a uno y otro tipo de toxicidad, en función del constructo CAR-T, de la calidad de los linfocitos del paciente, de la indicación clínica en la que se utilicen y de otros factores aún no del todo conocidos

Las complicaciones de especial consideración en este contexto son:¹

- *Síndrome de liberación de citoquinas (SLC)*: suele presentarse entre los días 1 y 10 después de la infusión. Sus síntomas son, entre otros, fiebre elevada, artromialgias, vómitos y diarrea, fatiga, hipotensión, disnea y taquipnea. Existen diferentes grados de SLC en función de su gravedad.
- *Síndrome neurológico asociado al tratamiento con células inmunoefectoras (ICANS)*: cursa con encefalopatía, síndrome confusional, delirio y puede ser grave o potencialmente mortal. También puede aparecer convulsiones, temblor o alteraciones del habla. Existen diferentes grados de ICANS en función de la severidad.
- *Linfocitosis hemofagocítica (HHL)-Síndrome de activación macrófaga (MAS)*.
- *Neutropenia febril e infecciones*.
- *Citopenias prolongadas*.
- *Hipogammaglobulinemia*.
- *Síndrome de lisis tumoral*.

En relación a esta consulta concreta los síntomas del paciente podrían encuadrarse en el síndrome de neurotoxicidad asociado a células inmunoefectoras (pero este extremo debe ser confirmado por el clínico). La propuesta que hacemos es la siguiente:

- No asumir la existencia de un síndrome de liberación de citoquinas si no está documentada su existencia en la historia clínica del paciente.
- Utilizar el código **T80.89XA Otras complicaciones después de infusión, transfusión e inyección** (dado que el código nuevo es el T80.82, ver más adelante, de momento podemos utilizar el inespecífico T80.89-).
- Codificar a continuación las manifestaciones que ha provocado en el paciente la terapia con células CAR-T (en este caso las manifestaciones neurológicas). Si se confirma el síndrome neurológico asociado al tratamiento con células inmunoefectoras (ICANS) utilice el código **G92 Encefalopatía tóxica**.

En la próxima edición de CIE-10-ES (enero de 2024) dispondremos de códigos específicos para las complicaciones de la terapia celular inmune efectora. En concreto se crean los códigos:

- **T80.82 Complicación de terapia celular inmune efectora**, que incluye una nota de instrucción de utilice código adicional para identificar la complicación específica tal como el síndrome de liberación de citoquinas (D89.83) o el síndrome de neurotoxicidad asociada a células inmunoefectoras (G92.0). Este último código también será nuevo en la próxima edición.
- **G92.0- Síndrome de neurotoxicidad asociada a células inmunoefectoras**, con códigos finales en función del grado. Esta subcategoría se acompaña de las siguientes notas de instrucción: codifique primero la causa subyacente tal como: complicaciones de terapia celular inmune efectora (T80.82); y codifique además signos y síntomas asociados tal como convulsiones y edema cerebral.

Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan al mecanismo inmunológico

3. Administración de complejo protrombínico. ¿Cuál sería el código correcto para la administración de complejo protrombínico intravenoso periférico sin más indicación? Dudamos entre los códigos de

transfusión siguientes: 30233W1 Transfusión en vena periférica de factor IX, no autólogo, abordaje percutáneo, o bien 30283B1 Transfusión en vena de concentrado de 4 factores del complejo de la protrombina, no autólogo, abordaje percutáneo.

RESPUESTA

4F-PCC Concentrado de complejo protrombínico es un producto purificado que contiene cantidades terapéuticas de al menos 4 factores de la coagulación no activados dependientes de la vitamina K (factor II, factor VII, factor IX y factor X). Ofrece una rápida reversión de los anticoagulantes inhibidores de la vitamina K, particularmente en el contexto de sangrado masivo. El concentrado de complejo protrombínico es recomendado como una alternativa al plasma fresco congelado y factor VIIa recombinante para el tratamiento de sangrado grave asociado con antagonistas de la vitamina K.²

Utilice, para su administración intravenosa, el siguiente código:

30283B1 Transfusión en vena de concentrado de 4 factores del complejo de la protrombina, no autólogo, abordaje percutáneo.

Enfermedades del sistema nervioso

4. Reparación de durotomía incidental. ¿En qué localización anatómica debemos codificar una reparación con sutura de una durotomía incidental en la duramadre de la región lumbar? ¿Sucede lo mismo con la localización «duramadre» que con el «espacio epidural», que se refiere solamente a la duramadre encefálica y no a la espinal? Nos surge la duda porque al mapear a CIE-9-MC la reparación en «duramadre» nos dirige al 02.11 (sutura de duramadre cerebral), mientras que si mapeamos la reparación en «meninges espinales» nos lleva al 03.59 (otra reparación sobre estructuras de canal espinal).

RESPUESTA

La localización anatómica que debe elegir es «Meninges Espinales». Si consulta el **Anexo C Términos Clave de Localizaciones Anatómicas**, encontrará lo siguiente:

Término	Buscar en CIE-10-ES Procedimientos
Duramadre, espinal	Meninges Espinales
Duramadre, intracraneal	Duramadre

Puede consultar los anexos de la clasificación CIE-10-ES Procedimientos de diferentes formas, desde la herramienta de eCIEmaps:

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

- En la pestaña de CIE-10-ES Procedimientos, en la parte inferior izquierda puede descargar los anexos en PDF para su consulta.
- Los términos de localización anatómica que aparecen en los anexos se pueden localizar también a partir del Índice Alfabético. Si introduce en el cajetín de búsqueda el término «duramadre» le aparecen las siguientes entradas que en este caso pertenecen al anexo C Términos Clave de Localizaciones Anatómicas:

Duramadre, intracraneal - buscar Duramadre

Duramadre, espinal - buscar Meninges Espinales

5. Monitorización del nervio laríngeo. ¿Cómo se codificaría la monitorización del nervio laríngeo recurrente intraoperatorio? Tenemos dudas sobre si es en Sistema Nervioso Central o Sistema Nervioso Periférico.

RESPUESTA

El Anexo C de CIE-10-ES Procedimientos (Términos Clave de Localizaciones Anatómicas) nos indica lo siguiente:

Término	Buscar en CIE-10-ES Procedimientos
Nervio laríngeo recurrente	Nervio Vago

El nervio vago es el décimo par craneal. En la sección **0 Médico-Quirúrgica**, los nervios craneales están incluidos en el sistema Orgánico **0 Sistema Nervioso Central y Nervios Craneales**. Sin embargo, en la sección **4 Medición y Monitorización**, solo disponemos de dos valores de localización anatómica: **0 Nervioso Central y 1 Nervioso Periférico**.

El sistema nervioso periférico está formado por:

- Los nervios que conectan la cabeza, el rostro, los ojos, la nariz, los músculos y los oídos con el cerebro (pares craneales).
- Los nervios que conectan la médula espinal con el resto del organismo, incluidos los 31 pares de nervios espinales.

Utilice como localización anatómica el valor **1** Nervioso Periférico en la sección 4 Medición y Monitorización.

6. Potenciales evocados auditivos del tronco cerebral. ¿Cómo se codificaría esta prueba?

RESPUESTA

Los potenciales evocados se definen como aquellas modificaciones de la actividad eléctrica cerebral inducidas por la aplicación de un estímulo sensorial. En función del tipo de estímulo que los originan, se distinguen los potenciales evocados visuales, auditivos y somatosensoriales. Los Potenciales Evocados Auditivos de Tronco Cerebral (PEATC) representan las respuestas bioeléctricas provocadas en el sistema auditivo nervioso central a la altura del tronco cerebral tras la presentación de un estímulo acústico transitorio.³

Puede codificar los Potenciales Evocados Auditivos en la tabla **F13** (sección **F** Rehabilitación y Audiología Diagnóstica, calificador de sección **1** Audiología Diagnóstica y tipo de técnica **3** Evaluación de la Audición). Debe elegir el calificador de tipo de técnica (quinta posición) **L** Potenciales Evocados Auditivos, y completar el código en función de la información contenida en la documentación clínica.

7. Stroke mimic o pseudoictus. Se trata de un paciente que debuta con hemiparesia izquierda con caída al suelo no presenciada sobre las 17 horas en el domicilio, con traumatismo a nivel de hombro izquierdo. A su llegada a Urgencias se encuentra bajo los efectos de sedoanalgesia, con bajo nivel de consciencia y exploración neurológica no valorable. Se realiza TC multimodal en el que informan una alteración de la perfusión en un área extensa parieto-temporo-occipital derecha (que no sigue un territorio vascular), con volumen plenamente conservado y oclusión a nivel de M3 y otra en P3-P4. Explorado de nuevo, al volver de Radiología, ha mejorado el nivel de alerta, se encuentra agitado, lenguaje

no valorable. Tendencia a explorar hemicampo derecho sin clara DOC, impresiona de HHI por amenaza, moviliza 4 extremidades de forma espontánea con cierto retraso en MII, sensibilidad, ataxia y agnosias no valorables (NIHSS estimado 3-4). Se decide administrar rtPA. Durante la infusión presenta agitación psicomotriz y TA elevada, precisando interrupción momentánea del tratamiento para administrar más midazolam. A las 24 horas el paciente presenta una recuperación clínica completa, con amnesia parcial de lo ocurrido. Instauramos tratamiento antiepiléptico (LCM 100/12h), sin evidencia de nuevas crisis. Se mantiene en la Unidad de Ictus para monitorización, sin evidencia de arritmias. TA muy elevado precisando polifarmacia. Se realiza RM craneal: no hay lesiones isquémicas agudas hemisféricas derechas. Se realiza EEG: sin elementos epileptiformes. Encefalopatía difusa leve.

Impresión diagnóstica:

- **Stroke mimic. Fibrinólisis iv sin complicaciones.**
- **La clínica, la evolución y los estudios sugieren epilepsia de inicio tardío.**

Se pauta LCM 100 mg/12h, sin recurrencias.

Nuestra pregunta es ¿cómo codificar un Stroke Mimic, si es posible codificarlo?

RESPUESTA

El ictus isquémico es una emergencia médica con una estrecha ventana temporal, pues la eficacia del tratamiento es tiempo-dependiente. El código ictus (CI) supone un sistema organizativo que mejora la cadena asistencial desde el primer contacto sanitario y que consigue reducir los tiempos de respuesta sanitaria tanto extra como intrahospitalarios. La precisión en el diagnóstico es básica para detectar los pacientes que se pueden beneficiar de terapias de reperusión, y para **excluir otros eventos no cerebrovasculares (neurológicos o no) que pudieran semejar un ictus, lo cual se denomina pseudoictus (PI)**. La frecuencia de pseudoictus en diferentes series varía entre el 5 y el 33%. Los diagnósticos más frecuentes entre los PI son la epilepsia, enfermedades sistémicas, síncope, migraña con aura y trastornos conversivos.⁴

No existe en CIE-10-ES Diagnósticos un código específico para esta entidad (Stroke mimic o pseudoictus) por lo que debe codificar el

diagnóstico final al que se llegue, responsable del cuadro clínico del paciente. En el caso de su consulta el diagnóstico es la epilepsia.

Puede ocurrir que tras el estudio no se llegue a un diagnóstico definitivo en cuyo caso deberá codificar en función de la información contenida en el informe y el juicio diagnóstico que aparezca en el mismo (en ocasiones solo podrá codificar los síntomas por los que el paciente consultó siguiendo las normas de codificación que hacen referencia a los signos y síntomas).

Debe codificar además todos los procedimientos realizados, ya que algunos de los pacientes con un pseudoictus (como es el caso de su consulta) reciben fibrinólisis y se les realiza un amplio estudio diagnóstico.

Enfermedades del aparato circulatorio

8. Estenosis aórtica e implante de TAVI. El informe quirurgo nos dice: **Estenosis aortica severa degenerativa. Implante de TAVI-TF IMPLANTE DE VALVULA AORTICA. Acceso:** Se canaliza arteria y vena femoral izquierdas con guía ecográfica. Se avanza guía de protección a arteria femoral contralateral y pig-tail a raíz de aorta. Se coloca cable de marcapasos en VD. Se canaliza arteria femoral derecha con guía ecográfica y angiográfica y se avanza vaina E-Sheath 14F. **Implante:** Se cruza la válvula nativa con guía hidrofílica recta y se intercambia por Safari Small. Bajo estimulación rápida se implanta prótesis aórtica Sapien Ultra 23 mm comprobando ecográficamente la ausencia de fugas significativas y gradientes bajos (20 mmHg pico por eco). Se retira cable de marcapasos comprobando la ausencia de derrame por eco. **Cierre:** Se implanta dispositivo Manta 18F en femoral derecha comprobando angiográficamente pequeña fuga que se controla con compresión y flujo distal conservado. Se retira introductor arterial femoral izquierdo con Angioseal y venoso femoral izquierdo con nudo en 8. Se comprime femoral izquierda por pequeño hematoma izquierdo.

La prótesis aortica Sapien Ultra 23 mm ¿se corresponde con el código de nueva tecnología X2RF332?

RESPUESTA

Las válvulas cardiacas transcáteter Edwards SAPIEN 3 y SAPIEN 3 Ultra forman parte de la última tecnología de válvulas de Edwards Lifesciences. Son válvulas bioprotésicas que se expanden con un globo. El armazón de las mismas está hecho de cobalto y cromo para favorecer su resistencia y durabilidad. Las valvas de las válvulas son de tejido pericárdico bovino. La válvula SAPIEN 3 Ultra tiene un recubrimiento de sellado más alto. Están disponibles en diferentes tamaños en función de su diámetro⁵.

En el **Anexo F** de Términos Clave y Tabla de Agregación de Dispositivos, puede consultar la siguiente entrada:

SAPIEN válvula aórtica transcáteter	Tejido Zooplástico en Corazón y Grandes Vasos
-------------------------------------	---

Nos remite a usar Tejido Zooplástico en Sistema Orgánico Corazón y Grandes Vasos; por tanto, este tipo de válvulas se deben codificar en la tabla **02R** Sustitución en el sistema orgánico **2** Corazón y Grandes Vasos.

En la tabla **X2R** Sustitución, se recogen otro tipo de válvulas, denominadas de despliegue rápido o «sin suturas». El recambio valvular aórtico mediante prótesis sin sutura se contempla como una alternativa a la sustitución valvular aórtica convencional o a la TAVI para pacientes operables de riesgo quirúrgico alto. El procedimiento de implantación es similar al de las prótesis convencionales, pero a diferencia de éstas, no precisan múltiples puntos de sutura para ser fijadas, ni una decalcificación tan minuciosa del anillo aórtico. El procedimiento es técnicamente menos complejo y se puede reducir significativamente el tiempo de isquemia miocárdica y bypass cardiopulmonar (CEC), reduciendo las complicaciones perioperatorias y facilitando el uso de técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas.⁶

9. Infarto cerebral crónico. ¿Cómo debemos codificar un hallazgo en TAC craneal de «infartos focales crónicos de perfil lacunar»? ¿Qué código utilizo cuando en la historia se indica la presencia de un infarto cerebral de tipo crónico? ¿Utilizo los códigos de historia personal de ictus?

RESPUESTA

Los hallazgos de las pruebas radiológicas deben ser valorados por el clínico o facultativo responsable del paciente que es quien dará valor a los mismos. Si esto es así y el clínico otorga relevancia a la presencia de infartos cerebrales antiguos en las pruebas de imagen, deberá codificarlos en función de la información contenida en la historia clínica.

Si el infarto lacunar ha dejado algún tipo de secuela en el paciente deberá utilizar el correspondiente código de la categoría **I69 Secuelas de enfermedad cerebrovascular**.

Si el infarto lacunar no ha dejado ninguna secuela en el paciente, clasifíquelo bajo el código **Z86.73 Historia personal de ataque isquémico transitorio (AIT) e infarto cerebral sin déficits residuales**.

10. Fallo hemodinámico. ¿Cómo se codifica un fallo hemodinámico?

RESPUESTA

Los parámetros clásicamente utilizados para la evaluación de la situación hemodinámica del paciente son clínicos (frecuencia cardíaca, presión arterial, débito urinario) o analíticos (acidosis metabólica, lactato sanguíneo). Dichas variables, durante años, han sido las únicas herramientas disponibles para el diagnóstico de la presencia de fallo hemodinámico en el paciente grave. No obstante, la alteración de cualquiera de estos parámetros se produce una vez fallan los mecanismos compensatorios para mantener un gasto cardíaco adecuado; por tanto y dado que su alteración indica la existencia de un fallo cardiovascular establecido, son un marcador hemodinámico tardío.

No existe en CIE-10-ES Diagnósticos un código específico para el fallo hemodinámico, por lo que deberá codificar las consecuencias de este fallo hemodinámico que estén documentadas tales como el shock, o los fracasos orgánicos que aparezcan (cardíaco, renal, etc.).

11. Radioterapia para ablación cardíaca. ¿Cómo se codifica el uso de la radioterapia estereotáctica para ablación cardíaca, por ejemplo, de una taquicardia ventricular?

RESPUESTA

La radioterapia estereotáctica es una técnica que administra altas dosis de radiación de forma precisa sobre zonas dianas en el cuerpo humano, con mínimo daño al tejido normal adyacente. Su aplicación más extendida es para el uso de tumores.

Su uso como método de ablación en el tratamiento de taquicardias ventriculares (TV) ofrece una alternativa terapéutica a los pacientes con TV refractarias a fármacos y ablación, en particular cuando el sustrato de la TV no es accesible para tratamiento invasivo con catéter.^{7,8}

Codificación:

No existe en la actualidad un código específico para esta técnica. Lo más aproximado que se puede utilizar es la tabla **DW2 Radiocirugía Estereotáctica**, eligiendo la localización anatómica **2 Tórax**, y el calificador de modalidad que corresponda.

12. Daño miocárdico no isquémico. En algunos pacientes, tras una enfermedad aguda, el clínico indica que presentan «daño miocárdico». Otras veces aparece reflejado como «daño miocárdico sin datos de SCA». ¿Cómo debemos codificarlo? ¿Se refiere a un infarto tipo 2, a una angina?

RESPUESTA

La cuarta definición universal del infarto de miocardio (documento de consenso de la ESC/ACC/AHA/WHF) establece la definición de daño miocárdico como la detección de valores de troponina cardiaca (cTn) elevados con al menos 1 valor por encima del límite superior de referencia del percentil 99.

El daño miocárdico se considera agudo cuando hay un aumento dinámico o un patrón de descenso de los valores de cTn en determinaciones consecutivas. Se considera crónico cuando los valores de troponinas cardíacas están persistentemente elevados.

El daño miocárdico constituye en sí mismo una entidad. Cuando es agudo y de causa isquémica hablamos de infarto agudo de miocardio. Pero puede tener otras causas diferentes a la isquemia, siendo entonces denominado daño miocárdico no isquémico.⁹

Las causas del **daño miocárdico no isquémico** pueden ser:

- Cardiacas: miocarditis, insuficiencia cardiaca, etc.
- No cardiacas: insuficiencia renal crónica, sepsis, embolia pulmonar, etc.

En la actualidad no disponemos de un código específico para esta entidad (daño miocárdico no isquémico), que debe estar documentada como tal en la información clínica para ser codificada. En caso de duda debe consultar con el clínico responsable del paciente. De momento utilice el código **I51.89 Otras enfermedades mal definidas cardiacas**.

En la próxima edición de CIE-10-ES, de enero de 2024 dispondremos de un código específico para el daño miocárdico no isquémico: **I5A Lesión miocárdica no isquémica (no traumática)**. Este código identificará el daño miocárdico agudo o crónico que no es de causa isquémica ni traumática.

Enfermedades del aparato digestivo

13. *Hepatitis aguda alcohólica*. ¿Cómo se codifica la hepatitis aguda alcohólica en un paciente con una cirrosis hepática de origen enólico? Según el manual de codificación la cirrosis hepática alcohólica es el grado posterior de gravedad a la hepatitis. ¿Se debe entender que al codificar la cirrosis se incluye la hepatitis? ¿Habría que codificar ambas?

RESPUESTA

La enfermedad hepática alcohólica incluye un amplio rango de estadios que van desde la esteatosis hepática simple, la esteatohepatitis alcohólica, la cirrosis y el carcinoma hepatocelular. Los pacientes con una enfermedad hepática alcohólica de base que siguen bebiendo pueden presentar una hepatitis alcohólica. Es una entidad clínica grave que cursa con elevación de la bilirrubina y que puede asociarse al desarrollo de infecciones bacterianas, fallo multiorgánico y alta mortalidad a corto plazo.¹⁰

Debe codificar ambas entidades si están documentadas, siendo el orden de las mismas el que corresponda a las condiciones del contacto. Si el paciente ingresa por una hepatitis alcohólica aguda y tiene como enfermedad de base una cirrosis hepática alcohólica los códigos serían:

DP K70.10 Hepatitis alcohólica sin ascitis.

K70.30 Cirrosis alcohólica de hígado sin ascitis.

14. Cirrosis hepática y hepatitis C curada. Se trata de un paciente con una cirrosis hepática secundaria a una infección crónica por virus de la hepatitis C, que ingresa por una descompensación edemoascítica. Revisando la historia clínica del paciente encontramos que la hepatitis crónica por virus C se describe como «curada», en RVS (respuesta viral sostenida) hace más de 2 años, y ya sin tratamiento activo para la misma. En este caso, entendemos que la codificación de la cirrosis descompensada debería ser como secuela de una hepatitis C vírica, siendo nuestra propuesta: **K74.69 Otras cirrosis de hígado + R18.8 Otros tipos de ascitis + B94.2 Secuelas de hepatitis viral.** ¿Sería correcta esta codificación? ¿O se debe seguir codificando la hepatitis C como crónica?

RESPUESTA

Debe confirmar en la documentación o con el clínico responsable que la hepatitis C está curada. En el Manual de Codificación de Diagnósticos, 4ª ed. 2022, en el capítulo 1 CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS, en el punto 1.1 NORMAS GENERALES, se hace referencia a cómo codificar las secuelas de las enfermedades infecciosas y parasitarias. En dicho punto se indica que se codificará en primer lugar el código de la afección residual seguido del código correspondiente de secuela (en el caso que usted plantea sería el código **B94.2 Secuelas de hepatitis viral**). También se recoge en la normativa que estos códigos no se pueden utilizar para codificar infecciones crónicas, solo se deben emplear cuando la infección ha sido tratada y ya no está presente, pero ha dejado un efecto residual en el paciente.

Por ello es fundamental tener confirmado que la hepatitis C crónica está curada y que la cirrosis y fibrosis hepática del paciente son afecciones residuales de la misma. Si esto es así, la codificación que usted plantea es correcta.

15. Plastrón apendicular. En el Cuaderno de Codificación nº 8 del segundo semestre de 2019 se indica que el plastrón apendicular debe codificarse con el código **K35.3 Apendicitis aguda con peritonitis localizada**

(CIE-10-ES Diagnósticos 2ª edición, 2018). Sin embargo, en la tercera edición de CIE-10-ES de 2020, ese código pasa a ser subcategoría y se expande en una serie de códigos. ¿Cuál de ellos es el apropiado para el plastrón apendicular sin más especificación?

RESPUESTA

La apendicitis sin tratamiento oportuno puede evolucionar hacia una perforación apendicular, generando peritonitis, una entidad de mayor gravedad. Sin embargo, el organismo puede controlar parcialmente este proceso generando un plastrón apendicular, es decir, una masa formada por tejidos adyacentes al apéndice perforado que delimita el proceso infeccioso.¹¹

El plastrón apendicular debe codificarse en función de la información contenida en la documentación clínica y si se acompaña o no de absceso. El diagnóstico clínico de plastrón apendicular, sin más especificación, debe codificarse con el código **K35.32 Apendicitis aguda con perforación y peritonitis localizada, sin absceso**.

Enfermedades del aparato genitourinario

16. Ureteroileostomía. ¿Cómo se codifica el estado de una ureteroileostomía tipo Bricker? Creo que se debería codificar como una ileostomía con el código Z93.2 Estado de ileostomía, aunque sea una derivación del tracto urinario.

RESPUESTA

Utilice el código **Z93.6 Estado de otros estomas artificiales del tracto urinario**, para clasificar la presencia de una ureteroileostomía tipo Bricker.

17. Hemofiltración. ¿Cómo se codifica el procedimiento de hemofiltración de la sangre? ¿Es correcto el código 5A0522C Asistencia de oxigenación, circulatorio, con sobresaturado, continuo?

RESPUESTA

La hemofiltración es una técnica de depuración sanguínea extracorpórea, habitualmente continua (más de 24 horas), basada en la ultrafiltración

(transporte convectivo) a través de una membrana de alta permeabilidad y sin la utilización de solución de diálisis. El volumen de ultrafiltrado puede ser de hasta 150 ml/min, pero lo habitual es que sea de 10-15 litros al día. La pérdida de agua y electrolitos (ultrafiltrado) que conlleva se reemplaza por una solución infundida, en la línea de entrada o de salida del hemofiltro. Esta técnica requiere un acceso vascular, un hemofiltro, líquido de reposición (variable según los requerimientos del paciente) y un control de la eliminación de líquido y velocidad de reposición. Lo más frecuente es que sea hemofiltración venovenosa continua y puede asociarse a la utilización de solución de diálisis denominándose hemodiafiltración. Se utiliza en cuidados intensivos con pacientes hemodinámicamente inestables, con insuficiencia renal aguda complicada, poscirugía, edema agudo de pulmón, etc.

Para su codificación debe utilizar la tabla **5A1** (sección **5** Asistencia y Soporte Extracorpóreo, sistema orgánico **A** Sistemas Fisiológicos y tipo de procedimiento **1** Soporte). El valor de localización anatómica (cuarta posición) es **D** Urinario, y el valor de Función (sexta posición) es **0** Filtración.

Lo más habitual es que sea venovenosa continua, por lo que el valor de duración a elegir es **9** Continuo, Más de 18 Horas al Día. Este extremo debe confirmarlo en la documentación. El código sería:

5A1D90Z Soporte de filtración, urinario, continuo, más de 18 horas al día.

Puede encontrar información sobre su consulta en el Manual de Codificación de Procedimientos, 4ª ed. 2022, en el capítulo 14 ASISTENCIA Y SOPORTE EXTRACORPÓREOS O SISTÉMICOS, en el punto 14.5 DURACIÓN.

Dicho Manual está disponible en:

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

18. Histerectomía vaginal con dispositivo VNOTES. Se trata de una paciente a la que se realiza una histerectomía vaginal total con la utilización del dispositivo VNOTES. Al no disponer de un código específico para este tipo de técnica ¿debemos codificarlo como una histerectomía vaginal tradicional?

RESPUESTA

La cirugía endoscópica transluminal a través de orificios naturales (NOTES, del inglés Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery) engloba nuevas vías de abordaje endoscópico a la cavidad abdominal. Permite realizar técnicas quirúrgicas intraperitoneales mediante la entrada en la cavidad peritoneal a través de los orificios naturales y perforando el órgano que permite la entrada directa a dicha cavidad (en el caso que usted plantea, la vagina).

Para llevar a cabo la intervención es necesario el uso de un dispositivo especial que permite instalar la laparoscopia por vía vaginal y que sustituye los trócares de acceso a la pared abdominal (laparoscopia convencional).¹²

El valor de abordaje a elegir para este tipo de técnica es el F Orificio Natural o Artificial con Asistencia Endoscópica Percutánea. El código para el supuesto que usted plantea es: **0UT9FZZ Resección de útero, abordaje orificio natural o artificial con asistencia endoscópica percutánea.**

19. Síndrome del robo en FAVI. ¿Cómo debemos codificar el diagnóstico de Síndrome de robo de FAV húmero-cefálica en miembro superior derecho (MSD) cuando, a causa de la falta de perfusión distal (que no es transitoria), se desencadena una complicación isquémica, como una lesión en alguno de los dedos de la extremidad afectada? Además, queríamos confirmar que el procedimiento realizado debemos codificarlo con el tipo de procedimiento RESTRICCIÓN. El procedimiento lo describen como Banding de FAV húmero-cefálica en MSD, y en el informe quirúrgico aparece lo siguiente: incisión en el codo derecho, sobre el trayecto de la arteria humeral. Disección de la vena cefálica arterializada. Fruncimiento de la vena cefálica mediante varios puntos, hasta conseguir recuperar pulso radial. Cierre por planos.

RESPUESTA

Una de las complicaciones potencialmente más graves, aunque poco frecuente, es el desarrollo de un cuadro de isquemia en el territorio distal de la extremidad, tras la realización de una FAV.

Tras la realización de la FAV, la presencia de una comunicación entre los circuitos arterial y venoso provoca un shunt de flujo hacia este último, de mucha menor resistencia periférica, en detrimento del lecho vascular distal de la extremidad. Esto produce de forma efectiva un fenómeno de «robo» de gran parte del flujo procedente de la arteria braquial hacia el sector venoso de la FAV. Dicho cortocircuito entre circulación arterial y venosa provoca una respuesta fisiológica en forma de mecanismos compensatorios para mantener la perfusión tisular en el territorio distal de la extremidad, por lo que en la gran mayoría de pacientes no se llega a manifestar isquemia en dicho territorio.

En la clínica de isquemia, además del fenómeno de «robo» hemodinámico o «síndrome de hipoperfusión distal» (SHD), es habitual la presencia de otros factores que predisponen a su aparición, como es la presencia de estenosis u oclusiones en el territorio arterial proximal o una incapacidad en la adaptación del lecho vascular distal a la nueva situación hemodinámica creada.

El objetivo del tratamiento debe ser doble, por un lado, aliviar la isquemia y por otro, preservar el acceso vascular. El manejo del cuadro dependerá del estadio clínico y de la gravedad de los síntomas; En casos leves (estadios I y IIa), en los que la intensidad de la sintomatología no incapacita al paciente ni representa un riesgo para la viabilidad de la extremidad, estará indicado instaurar tratamiento médico (pentoxifilina, naftidrofuriolo, cilostazol, etc.). En los casos en los que la sintomatología sea incapacitante o haya riesgo de pérdida tisular (estadios IIb-IVa) estará indicada la intervención quirúrgica para solucionar la isquemia. En los casos de extensa necrosis irreversible (estadio IVb) o cuando la presentación sea en forma aguda, el tratamiento debe ser el cierre de la FAVI.

En el caso que usted plantea, la técnica de «Banding» consiste en la restricción del flujo en la FAV mediante la limitación del diámetro en la anastomosis o en el segmento de vena yuxtaanastomótico.

Codificación:

T82.898A Otra complicación especificada de prótesis, implantes e injertos vasculares, contacto inicial (para indicar el Síndrome de Robo de FAVI, ya que las causas pueden ser variadas: estenosis, oclusiones, incapacidad de adaptación del lecho vascular...). En este caso la entrada en el IAE a seguir es:

Síndrome

-isquémico

--robo T82.898

Síndrome

-robo

--arteriovenoso T82.898

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.

05V(D,F)0ZZ Restricción de vena cefálica, derecha/Izquierda, abordaje abierto (para la limitación del flujo del segmento de vena yuxtanaastomótico –en su caso cefálica–). Este procedimiento es el que está relacionado con la consulta que hace.

03V(7,8)0ZZ Restricción de arteria humeral, derecha/izquierda, abordaje abierto (para la limitación del diámetro en la anastomosis si se realiza sobre la arteria).

20. UROLIFT. En un informe médico del servicio de Urología nos aparece que han utilizado el sistema UROLIFT. Se trata de una técnica mínimamente invasiva para el tratamiento de la HBP que consiste en la compresión del tejido prostático con el objetivo de eliminar la obstrucción de la uretra y así aliviar los síntomas secundarios a dicha obstrucción. ¿Cómo debemos codificarlo?

RESPUESTA

El procedimiento llevado a cabo con el sistema UROLIFT consiste en levantar y sujetar la próstata mediante la colocación de unos pequeños implantes (se pueden poner hasta cuatro) bajo visualización cistoscópica. El objetivo es apartar el tejido prostático para que deje de comprimir y obstruir la uretra.¹³

Codificación:

El objetivo del procedimiento es liberar la uretra de la compresión a la que se ve sometida, de manera que evitemos los síntomas producidos por la obstrucción debida al agrandamiento de la próstata (HPB).

Para su codificación utilizaremos el tipo de procedimiento Liberación (liberar una estructura anatómica de una restricción por medio de un corte o incisión o aplicando una fuerza) con el siguiente código:

0TND8ZZ Liberación de uretra, abordaje orificio natural o artificial, endoscópico.

Para reflejar la inserción del dispositivo que queda colocado en la próstata utilice el siguiente código:

0VH48YZ Inserción en próstata y vesículas seminales, de otro dispositivo, abordaje orificio natural o artificial, endoscópico.

Embarazo, parto y puerperio

21. Retirada de dispositivo anticonceptivo subdérmico y colocación de DIU. Paciente que ingresa para retirar dispositivo subdérmico implantable (Implanon®) y que en el mismo episodio se le coloca un dispositivo anticonceptivo intrauterino (DIU). ¿Cuál sería el diagnóstico principal? ¿Z30.46 Contacto para supervisión de dispositivo anticonceptivo subdérmico implantable, junto con el código Z30.430 Contacto para inserción de dispositivo intrauterino?

RESPUESTA

Tal como está redactada su pregunta se entiende que el motivo de ingreso es la retirada del dispositivo anticonceptivo subdérmico por lo que el diagnóstico principal debe ser el código **Z30.46 Contacto para supervisión de dispositivo anticonceptivo subdérmico implantable**, añadiéndose el código **Z30.430 Contacto para inserción de dispositivo intrauterino**, como diagnóstico secundario.

Si la admisión es tanto para la retirada del dispositivo subdérmico como para la colocación del DIU, y ambas condiciones cumplen los criterios de diagnóstico principal, cualquiera de ellas puede serlo. Puede serle de utilidad consultar el Manual de Codificación de Diagnósticos, 4ª ed., 2022. En concreto el punto A.5.3 EXISTEN DOS O MÁS AFECCIONES QUE PUEDEN CUMPLIR LOS CRITERIOS DE DEFINICIÓN DE DIAGNÓSTICO PRINCIPAL. En dicho punto aparece lo siguiente:

«Cuando existan dos o más afecciones que pueden cumplir los criterios de ser D.P. cualquiera de ellas puede serlo, salvo que las circunstancias de la admisión, el tratamiento, o las instrucciones de la LT o del IAE indiquen lo contrario».

El Implanon® es un implante anticonceptivo precargado en un aplicador desechable. El implante es una pequeña varilla de plástico que mide 4 cm de longitud y 2 mm de diámetro que contiene 68 miligramos del principio activo etonogestrel. El aplicador permite insertar el implante justo bajo la piel de la parte superior del brazo. También contiene una pequeña cantidad de sulfato de bario que lo hace visible en las radiografías.¹⁴

22. Methergin® intravenoso (iv) en hemorragia posparto. ¿Cómo debemos codificar la administración de Methergin® iv en una paciente que presenta hemorragia posparto inmediata a la que le administran el fármaco como medida para detener la hemorragia? Lo estamos codificando como 3E033GC Introducción en vena periférica de otra sustancia terapéutica, otra sustancia, abordaje percutáneo, ¿sería correcta esta codificación?

RESPUESTA

Sí, es correcta la codificación que propone. El Methergin® pertenece a un grupo de medicamentos que actúan estimulando el útero para aumentar la frecuencia y duración de las contracciones uterinas. Se utiliza en las hemorragias posparto cuando no disminuye el tamaño del útero o aparecen coágulos en el mismo tras el parto. El principio activo es metilergometrina.

Para su codificación, cuando es administrado por vía intravenosa utilice el siguiente código:

3E033GC Introducción en vena periférica de otra sustancia terapéutica, otra sustancia, abordaje percutáneo.

23. Cesárea que termina en parto vaginal con fórceps. Se trata de un caso poco común en el que por emergencia en el estado de la madre se decide realizar una cesárea. Se practica la histerotomía y se visualiza al feto en posición cefálica en tercer plano, por lo que se decide

parto instrumental mediante fórceps Simpson en OIIA (occipitoilíaca izquierda anterior) con parto vaginal. ¿Qué procedimientos deberíamos codificar en este episodio?

RESPUESTA

Dado que el parto se ha producido por vía vaginal con ayuda de fórceps codifíquelo de la siguiente manera:

10D07Z4 Extracción de productos de la concepción, fórceps medio, abordaje orificio natural o artificial.

Debe confirmar con el clínico o en la documentación clínica la altura del fórceps. Puede serle de utilidad lo publicado en el monográfico de Obstetricia en el Cuaderno de Codificación nº 10, del segundo semestre de 2020, en el punto 12.1.2 Extracción (en el epígrafe Fórceps).

Además, debe añadir el siguiente código, que refleja la histerotomía que se le realiza a la paciente:

10J00ZZ Inspección de productos de la concepción, abordaje abierto.

24. Cirugía sobre el feto intraútero. En el punto 15.4.2 Cirugía sobre el feto intraútero, del Manual de Codificación de Diagnósticos, se indica que se debe asignar un código diagnóstico de la categoría O35 y que la cirugía realizada intraútero sobre un feto se debe codificar también como un contacto obstétrico. ¿Cuál es el código para ese contacto obstétrico?

RESPUESTA

El punto 15.4.2 CIRUGÍA SOBRE EL FETO INTRAÚTERO dice lo siguiente al respecto:

«En casos como defectos cardíacos congénitos, mielomeningocele, etc., en que se realiza cirugía sobre el feto intraútero para corregir el defecto fetal, se debe asignar un código diagnóstico de la categoría **O35 Atención materna por anomalía y daño fetal conocida o sospechada**. No se debe utilizar en la codificación del episodio de la madre ningún código del capítulo 16 CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERÍODO PERINATAL, para identificar afecciones del feto.

La cirugía realizada intraútero sobre un feto se debe codificar también como un contacto obstétrico. Se deberá asignar el código de

procedimiento adecuado para el procedimiento realizado sobre el feto en el episodio de la madre».

Por tanto, si una paciente embarazada ingresa para realizar una cirugía sobre el feto intraútero por la presencia de una malformación deberá asignar el código correspondiente de la categoría **O35 Atención materna por anomalía y daño fetal conocida o sospechada**. Esta categoría se expande considerablemente en la próxima edición de CIE-10-ES (enero 2024). A modo de ejemplo se podrá codificar más específicamente el tipo de malformación del sistema nervioso central (agenesia del cuerpo calloso, anencefalia, hidrocefalia, etc.), o la anomalía cromosómica del feto (trisomía 13, 18 ó 21), o anomalías cardíacas, pulmonares, gastrointestinales, etc.

Respecto al procedimiento realizado sobre el feto, intraútero, se codificará en la sección **1 Obstetricia**, en función de la técnica realizada. En este sentido puede ser de utilidad la tabla **10Q Reparación**, sobre productos de la concepción, pero deberá consultar la información contenida en la documentación clínica para la asignación del código correcto.

25. Embarazos ectópicos. En los códigos de embarazo ectópico, como por ejemplo O00.111 Embarazo tubárico derecho con embarazo intrauterino, O00.112 Embarazo tubárico izquierdo con embarazo intrauterino, ¿los embarazos intrauterinos que se mencionan en estos literales se refieren a embarazos intrauterinos anteriores o a que en la actualidad tienen un embarazo múltiple, siendo uno intrauterino y el otro ectópico?

RESPUESTA

En la segunda edición de CIE-10-ES Diagnósticos, de 2018, la categoría **O00 Embarazo ectópico**, se amplió con 10 nuevos códigos para incluir la existencia o no de embarazo intrauterino coexistente con el ectópico. Posteriormente en la tercera edición de CIE-10-ES de 2020, se añadieron nuevos códigos para reflejar la lateralidad del embarazo ectópico.

Esta información está recogida en los Cuadernos de Codificación, en concreto en el nº 4 del segundo semestre de 2017 y en el nº 7 del primer semestre de 2019. En ellos se indica que el embarazo ectópico y el embarazo intrauterino son coexistentes.

26. ILE con retención de productos de la concepción. Mujer embarazada de 19 + 1 semanas que ingresa para ILE por cardiopatía fetal grave, incompatible con viabilidad fetal. Se comienza protocolo con misoprostol vaginal y oral y 6 horas después se produce expulsión fetal y alumbramiento espontáneo. Se realiza ecografía para comprobar vacuidad uterina y pasa a planta. A las 24 horas comienza con dolor abdominal y una nueva ecografía demuestra restos en cavidad uterina. Se realiza legrado evacuador. ¿Es correcto utilizar como DP el código O07.4 Intento fallido de interrupción del embarazo sin complicaciones, con POA NO? ¿O, al ocurrir todo dentro del mismo episodio de cuidados no se considera interrupción fallida y hay que asignar el código Z33.2 contacto para interrupción voluntaria del embarazo?

RESPUESTA

Puede consultar el punto 13.5. Aborto terapéutico, electivo o interrupción inducida del embarazo en el Monográfico de Embarazo, Parto y Puerperio (Cuaderno de Codificación nº 10) donde se hace referencia a la forma de codificar un aborto electivo o terapéutico: «La codificación de un aborto electivo o terapéutico implica necesariamente utilizar el código diagnóstico **Z33.2 Contacto para interrupción voluntaria del embarazo**, o bien un código de la categoría **O04 Complicaciones después de interrupción (inducida) del embarazo**. Se deben asignar también, el código o códigos que proporcionen información sobre las afecciones fetales o maternas por las que tiene lugar el aborto electivo. La secuencia de dichos códigos dependerá de las circunstancias del ingreso».

En el caso que usted plantea la codificación sería:

Z33.2 Contacto para interrupción voluntaria del embarazo.

O35.8XX0 Atención materna por (sospecha de) otra anomalía y daño fetal, no aplicable o no especificado.

En la próxima edición de CIE-10-ES de enero 2024 la categoría **O35 Atención materna por anomalía y daño fetal conocida o sospechada** se amplía y se deberá asignar el código **O35.BXX0 Atención materna por (sospecha de) otra anomalía o daño fetales, anomalías cardíacas fetales** para codificar más específicamente este tipo de casos donde existen anomalías cardíacas.

Las técnicas para provocar un aborto o ILE pueden ser: aborto instrumental o quirúrgico, aborto farmacológico utilizando distintos

medicamentos (el método que se ha mostrado más eficaz y seguro es la combinación de mifepristona y análogo de prostaglandina: fundamentalmente misoprostol) o combinado. En este caso se inicia protocolo con misoprostol vaginal y oral y posteriormente se realiza legrado evacuador. Para la evacuación uterina o para la realización de un legrado evacuador se necesita primero dilatar el cuello uterino. La maduración cervical puede realizarse mediante el uso de prostaglandinas que hacen que el cuello se dilate, y algunas veces incluso, se produce la expulsión total de los contenidos ovulares con lo que se hace innecesario un legrado. Una de las prostaglandinas (análogo de la prostaglandina E₁) más empleadas para la maduración cervical es el misoprostol. La evacuación uterina suele tener lugar y resolverse la mayoría de las veces en las primeras 24 horas tras la administración del fármaco, aunque en ocasiones puede llegar hasta los 3 y 4 días. En la práctica se suele consensuar el utilizar misoprostol y si no se produce expulsión completa realizar legrado, y este parece ser el caso que usted plantea y que puede confirmar con el obstetra responsable de la paciente.

27. Alumbramiento medicamentoso. Si al final de un parto se realiza un alumbramiento medicamentoso, por ejemplo, con oxitocina ¿se debe usar el mismo código de administración de hormona que se usa para la inducción medicamentosa del parto, 3E033VJ?

RESPUESTA

En el Manual de Codificación de Diagnósticos, 4ª ed. 2022 y en el monográfico de Obstetricia (Cuaderno de Codificación nº 10) está recogido que la administración de oxitocina debe codificarse cuando se administra con el propósito de inducir el parto; si solo se administra para aumentar el trabajo de un parto ya activo, no se codifica por separado. El código para su administración intravenosa por vía periférica es **3E033VJ Introducción en vena periférica de hormona, otra hormona, abordaje percutáneo.**

En su consulta no queda muy claro por qué se administra oxitocina iv en el alumbramiento, pero debe tener en cuenta que la oxitocina que se administra habitualmente en un parto normal para ayudar en la fase de alumbramiento no es necesario codificarla.

28. Cesárea en T invertida. Gestante que acude para cesárea programada por presentación podálica y CIR. Se realiza cesárea en T invertida por dificultad en la extracción de cabeza fetal. ¿Cómo se codifica esta cesárea? ¿Con calificador 0 Alta? ¿1 Baja?

RESPUESTA

En caso de gran dificultad para la extracción fetal se recomienda realizar una ampliación de la histerotomía partiendo del punto medio de la incisión transversa, longitudinalmente en sentido cefálico en forma de «T» invertida o «J».

La cesárea en forma de T invertida implica un doble corte, uno horizontal y otro vertical. Se realiza en algunos casos de parto prematuro, feto de gran tamaño, presentación de nalgas u otras complicaciones, ya que la abertura es más grande y ello facilita la extracción del feto.

La incisión de la piel no indica el tipo de incisión uterina.

La horizontal es una Incisión segmentaria transversal baja y la incisión miometrial se realiza a lo largo del segmento uterino, en la zona medial, y posteriormente se amplía lateralmente con orientación transversa y arciforme para evitar la lesión de los vasos uterinos. La incisión vertical se realiza a nivel del cuerpo uterino o fundus.

Este tipo de cesárea se asocia con un mayor riesgo de dehiscencia posoperatoria de la herida, desarrollo de eventración, sangrado e infección y tiene implicaciones en gestaciones posteriores (cesárea electiva, incremento del riesgo de rotura).

La CIE-10-ES clasifica las cesáreas atendiendo al tipo de incisión uterina realizada, con el calificador:

- **Alta (0):** Es llamada también incisión clásica y se realiza con una incisión vertical en la línea media del útero. Aunque es la técnica más rápida de cesárea se usa rara vez, porque es más susceptible de complicaciones.
- **Baja (1):** Incluye la incisión del segmento inferior del útero. Es la más común y se utilizan como sinónimos: cesárea clásica baja, transperitoneal cervical baja o segmentaria transversa.

En el caso de la cesárea en forma de T invertida debido a las implicaciones en gestaciones posteriores y a la mayor tasa de morbilidad

materna sería conveniente codificarla con el calificador 0, quedando como código definitivo:

10D00Z0 Extracción de productos de la concepción, alta, abordaje abierto.

Lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas

29. Séptimo carácter. Se trata de un paciente que acude a urgencias con una fractura cerrada de radio. Le hacen una reducción y le ponen un yeso, siendo alta a domicilio. Tres semanas después acude por desplazamiento secundario de la fractura (desplazamiento del radio). En ese momento le realizan reducción y fijación con placa. ¿Cómo debemos codificar la fractura? ¿Con un séptimo carácter «A» de contacto inicial o con una «G» de retardo de consolidación?

RESPUESTA

El proceso de consolidación de una fractura varía en función del tipo de tratamiento aplicado: ortopédico (no quirúrgico) o quirúrgico. Durante el tratamiento ortopédico el proceso de consolidación se produce en varias etapas:

- Hematoma de fractura: producido por la propia fractura, lo que genera inflamación de la zona.
- Callo blando: a los pocos días de la fractura aparece la primera red de hueso esponjoso que se encarga de unir los extremos del hueso fracturado. Se crea un callo interno y un callo cartilaginoso externo que estabiliza la fractura.
- Callo duro: se forma cuando el callo blando cartilaginoso pasa a ser de hueso.
- Remodelación del hueso: cuando la fractura se ha unido completamente comienza la remodelación del hueso. Es un proceso lento, durante el cual el hueso ya puede desarrollar sus funciones completamente de manera progresiva.

Al cabo de seis semanas se ha formado nuevo tejido óseo duro y la escayola o la férula se pueden retirar.

No existe una definición única de lo que es el «Retardo en la consolidación». Se acepta que si después de 6-8 semanas de inmovilizada o intervenida la fractura no aparecen claros signos radiológicos de formación de un buen callo se está ante un «retardo de la consolidación». Otros autores amplían el plazo hasta los 6 meses para diagnosticar esta complicación.

Para poder utilizar el séptimo carácter **G Contacto sucesivo por fractura cerrada con retardo de consolidación**, debe estar documentado en la historia clínica que éste se ha producido. En el caso que usted plantea no parece que sea así y el tiempo transcurrido desde la fractura y la nueva atención tampoco orientan hacia ello.

El séptimo carácter **A Contacto inicial por fractura cerrada**, debe utilizarse siempre que el paciente esté recibiendo tratamiento activo para la fractura. Ejemplos de tratamiento activo son: tratamiento quirúrgico, atención en urgencias, evaluación y continuación de tratamiento por el mismo o por un nuevo médico. Un tratamiento activo es el que tiene como finalidad tratar y curar la enfermedad o lesión traumática actual, incluyendo la reevaluación del tratamiento y de la lesión mientras esta se encuentre en la fase inicial de cuidados. (*Manual de Codificación de Procedimientos, 4ª ed. 2022, punto 19.1.1.a Séptimo carácter «A» contacto inicial*).

Con la información que aporta el código apropiado sería:

S52.90XA Fractura no especificada de antebrazo no especificado, contacto inicial por fractura cerrada.

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

30. Código Z42.1 o Z45.81-. Se trata de una paciente con una neoplasia maligna de mama. En un primer episodio de hospitalización se realizó una mastectomía total y colocación de un expansor de tejido. Ahora ingresa para retirada del expansor y colocación de una prótesis definitiva. ¿Qué código de diagnóstico principal debemos utilizar?

¿Z42.1 Contacto para reconstrucción mamaria después de mastectomía? ¿Z45.81- Contacto para ajuste o extracción de implante mamario?

RESPUESTA

En este caso el objetivo del procedimiento sigue siendo la reconstrucción de la mama después de la mastectomía realizada. Por tanto, el código a utilizar es el **Z42.1 Contacto para reconstrucción mamaria después de mastectomía.**

Puede consultar el Cuaderno de Codificación n° 1 Procedimientos de Reconstrucción mamaria, donde aparece un ejercicio similar al que usted plantea. También la tabla 14.11 Codificación de la admisión después de cirugía de mama, en el capítulo 14 del Manual de Codificación de Diagnósticos, 4ª ed. 2022.

Miscelánea

31. Procedimiento diagnóstico y terapéutico a la vez. Se trata de un absceso subcutáneo en el que se realiza una incisión como tratamiento, pero además el material purulento se analiza para diagnóstico microbiológico. ¿Qué valor de calificador debemos elegir? ¿X Diagnóstico? o ¿Z Ninguno?

RESPUESTA

El objetivo del procedimiento es drenar el absceso, y además (como ocurre en muchos procedimientos terapéuticos) se envía a analizar el material obtenido. No utilice, en este caso, el calificador **X** Diagnóstico. Utilice el calificador **Z** Ninguno.

Bibliografía

1. Plan de abordaje de las terapias avanzadas en el SNS: medicamentos CAR. Protocolo clínico para el manejo de los efectos adversos graves en pacientes tratados con medicamentos que contienen células t car (chimeric antigen receptor) ANTI-CD 19 (CART-19) [Internet]. 2019 may. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/farmacia/pdf/20190508_Protocolo_manejo_efectos_adversos_CAR_T.pdf
2. Carrillo-Esper R, de los Monteros-Estrada IE, Rosales-Gutiérrez AO, Zepe-da-Mendoza AD, Alonso-Martínez D, Sánchez-Moreno MA, et al. Concentrado de complejo protrombínico en el perioperatorio. *Rev Mex Anest* [Internet]. 2015 [citado 3 de julio de 2023];38(1):35-43. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=55670>
3. Moncho Rodríguez D, Poca Pastor MA, Minoves Font T, Ferré A, Rahnama K, Sahuquillo Barris J. Potenciales evocados auditivos del tronco cerebral y somatosensoriales en los pacientes con malformación de Chiari. *Rev Neurol* [Internet]. 2013;56(12):623. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.33588/rn.5612.2013158>
4. Geffner Scarsky D, Simón Gozalbo A, Soriano C, Vilar C, Claramonte Clausell B, Benavides AB. Pseudoictus en el código ictus. Frecuencia, diagnóstico, tratamiento y destino. *Emergencias* [Internet]. 2014 [citado 3 de julio de 2023];26(6):437-42. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4911113>
5. Válvula transcáteter Edwards SAPIEN 3 [Internet]. Edwards.com. [citado 3 de julio de 2023]. Disponible en: <https://edwards.com/es/devices/heart-valves/transcatheter-Sapien-3>
6. Varela-Lema L, de la Fuente Cid R, López-García M. Recambio valvular aórtico mediante prótesis sin suturas [Internet]. 2013. Disponible en: https://www.sergas.es/Docs/Avalia-t/avaliat201303Protesis_Sin_Sutura.pdf
7. Toquero-Ramos J. Ablación de TV mediante radioablación guiada por electrofisiología no invasiva. Una nueva terapia prometedora. Estudio ENCORE-VT. *Sociedad Española de Cardiología* [Internet]. *Secardiologia.es*. 2018 [citado 3 de julio de 2023]. Disponible en: <https://secardiologia.es/arritmias/cientifico/blog-actualizaciones-bibliograficas/10081-ablacion-de-tv-mediante-radioablacion-guiada-por-electrofisiologia-no-invasiva-una-nueva-terapia-prometedora-estudio-encore-vt>
8. Fernandez Cisnal A, Ordoñez Marmolejo R. Ablación no invasiva de TV con radioterapia: una técnica prometedora. *Sociedad Española de Cardiología* [Internet]. *Secardiologia.es*. 2017 [citado 3 de julio de 2023]. Disponible en: <https://secardiologia.es/blog/9142-ablacion-no-invasiva-de-tv-con-radioterapia-una-tecnica-prometedora>

9. Consenso ESC 2018 sobre la cuarta definición universal del infarto. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 2019 [citado 13 de junio de 2023];72(1):72.e1-72.e27. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-consenso-esc-2018-sobre-cuarta-articulo-S0300893218306365>
10. Bataller R, Cabezas J, Aller R, Ventura-Cots M, Abad J, Albillos A, et al. Enfermedad hepática por alcohol. Guías de práctica clínica. Documento de consenso auspiciado por la AEEH. *Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2019 [citado 3 de julio de 2023];42(10):657-76. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-enfermedad-hepatica-por-alcohol-guias-S0210570519302249>
11. Clouet-Huerta DE, Guerrero B. C, Gómez L. E. Plastrón apendicular y manejo clínico actual: una decisión a reconsiderar. A propósito de un caso. *Rev Chil Cir* [Internet]. 2017 [citado 3 de julio de 2023];69(1):65-8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-chilena-cirugia-266-articulo-plastron-apendicular-manejo-clinico-actual-S0379389316300990>
12. Noguera Aguilar JF, Moreno Sanz C, Cuadrado García A, Olea Martínez-Mediero JM, Morales Soriano R, Vicens Arbona JC, et al. NOTES. Historia y situación actual de la cirugía endoscópica por orificios naturales en nuestro país. *Cir Esp* [Internet]. 2010 [citado 3 de julio de 2023];88(4):222-7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-notes-historia-situacion-actual-cirugia-S0009739X10001934>
13. Teleflex LLC. UroLift® [Internet]. Urolift.com. [citado 3 de julio de 2023]. Disponible en: <https://es.urolift.com/>
14. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. IMPLANON NXT 68 mg IMPLANTE [Internet]. [citado 3 de julio de 2023]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/62628/P_62628.html

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