

Cuadernos de Codificación CIE-10-ES

Procedimientos frecuentes
en el pie.

Abordajes abiertos y
endoscópicos percutáneos

Preguntas a la Unidad

NÚMERO 3. 2º SEMESTRE 2017

UNIDAD TÉCNICA DE CODIFICACIÓN CIE-10-ES

MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL

Cuadernos de Codificación CIE-10-ES

Procedimientos frecuentes
en el pie.

Abordajes abiertos y
endoscópicos percutáneos

Preguntas a la Unidad

NÚMERO 3. 2º SEMESTRE 2017

UNIDAD TÉCNICA DE CODIFICACIÓN CIE-10-ES

MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL

EQUIPO EDITORIAL

COORDINACIÓN EDITORIAL

Dolores PASTOR SANMILLÁN
Subdirección General de Información Sanitaria y
Evaluación. MSCBS

Susana PATO ALONSO
Colaborador ISDEFE. Subdirección General de
Información Sanitaria y Evaluación. MSCBS

Antonio RUIZ POLONIO
Colaborador ISDEFE. Subdirección General de
Información Sanitaria y Evaluación. MSCBS

AUTORES:

PROCEDIMIENTOS FRECUENTES EN EL PIE:

Gloria REY GARCÍA. Colaboradora MSCBS

UNIDAD TÉCNICA DE CODIFICACIÓN CIE-10-ES

Jesús TRANCOSO ESTRADA
Representante de la Comunidad Autónoma de
Andalucía

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

Dolores SILVA MANZANO
Representante del Principado de Asturias

Fernando M^a VARELA NOREÑA
Representante de la Comunidad Autónoma de
Baleares

Coromoto RODRÍGUEZ DEL ROSARIO
Representante de la Comunidad Autónoma de
Canarias

Ángel RÍO VARONA
Representante de la Comunidad Autónoma de
Cantabria

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

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

Susanna GELABERT BADELL
Representante de la Comunidad Autónoma de
Cataluña

Jordi SEMPERE SOLER
Representante de la Comunidad Valenciana

Belén BENÉITEZ MORALEJO
Representante de la Comunidad Autónoma de
Extremadura

Guillermo RODRÍGUEZ MARTÍNEZ
Representante de la Comunidad Autónoma de
Galicia

Sara HERNÁNDEZ GUTIÉRREZ
Representante de la Comunidad de Madrid

M^a Gala GUTIÉRREZ MIRAS
Representante de la Región de Murcia

Ana GARIJO LARAÑA
Representante de la Comunidad Foral de Navarra

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

Montserrat SÁNCHEZ FUENTES
Representante de la Comunidad Autónoma de
la Rioja

Alfonso MARTÍNEZ REINA Representante de la
SEDOM

M^a Carmen SALIDO CAMPOS Colaborador MSCBS

Antonio RUIZ POLONIO Colaborador MSCBS

Susana PATO ALONSO Colaborador MSCBS

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

Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL
CENTRO DE PUBLICACIONES
PASEO DEL PRADO, 18-20. 28014 Madrid

NIPO PDF: 680-17-082-8

Imprime: ESTILO ESTUGRAF IMPRESORES, S.L.

Pol. Ind. Los Huertecillos, Calle Pino, 5 - 28350 CIEMPOZUELOS (Madrid)

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

Cuadernos de Codificación CIE-10-ES

Procedimientos frecuentes
en el pie.

Abordajes abiertos y
endoscópicos percutáneos

Preguntas a la Unidad



GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL

Índice

Presentación	9
Procedimientos frecuentes en el pie	11
Conceptos anatómicos	11
Procedimientos frecuentes en el pie	13
Patologías y procedimientos frecuentes en el pie	17
Metatarsalgia	17
Hallux valgus	19
Hallux rigidus	24
Deformidades frecuentes de los dedos medios	28
Tratamiento de las deformidades frecuentes de los dedos medios	30
Deformidades del quinto radio	32
Abordajes abiertos y endoscópicos percutáneos	35
Preguntas a la unidad	43

Presentación

Me complace presentar esta nueva publicación del Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social, 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 e incorporan los acuerdos y consensos adoptados por dicha unidad en sus reuniones de trabajo en relación con el uso de la clasificación y en la resolución de preguntas dirigidas a la Unidad.

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

Deseo desde estas líneas reconocer y agradecer 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 CMBD haciendo más útil la información que resulta del mismo.

Mercedes Alfaro
Subdirectora General de
Información Sanitaria y Evaluación

Procedimientos frecuentes en el pie

Gloria Rey García. *Colaboradora MSCBS*

Conceptos anatómicos

El pie humano y el tobillo son una fuerte y compleja estructura mecánica que contiene 26 huesos, 33 articulaciones y más de 100 músculos, ligamentos y tendones.

El pie se puede subdividir en tres partes: retropié, parte media y antepié:

El retropié está compuesto por el astrágalo y el calcáneo. Los dos huesos largos que componen la pierna, la tibia y el peroné, se conectan con la parte superior del astrágalo para formar el tobillo. Su función es estabilizadora.

La parte media del pie está formada por cinco huesos: cuboides, navicular (o escafoides) y tres huesos cuneiformes los cuales constituyen los arcos del pie, que sirven como un amortiguador. La parte media del pie está conectada con el antepié y el retropié mediante músculos y la fascia plantar. Esta parte tiene una función rítmica ya que los huesos que la forman actúan de forma sincrónica.

El antepié se compone de los cinco metatarsianos que forman el metatarso y las falanges del pie. Al igual que los dedos de la mano, el dedo gordo tiene dos falanges (proximal y distal), mientras que el resto de los dedos tienen tres falanges. Las articulaciones entre las falanges se llaman interfalángicas y las que existen entre el metatarso y las falanges se denominan metatarsofalángicas. Su función es dinámica.

Huesos del pie

La porción ósea del pie puede dividirse en tres partes:

- **Tarso**, con siete huesos siendo, de atrás a delante el calcáneo, el astrágalo, el navicular (o escafoides), el cuboides y tres

cuñas (primera o medial, segunda o intermedia y tercera o lateral).

- **Metatarso**, con cinco huesos largos, que se disponen de dentro afuera con los nombres de primero, segundo, tercero, cuarto y quinto.
- **Falanges**, con catorce huesos. Se conocen con los nombres de primera o proximal, segunda o media y tercera o distal o ungueal¹.

La parte superior o dorsal del pie se llama empeine y la inferior planta. El pie se mueve en relación a la pierna con el auxilio de músculos extensores y flexores. Los primeros, que constituyen la pantorrilla, se insertan en la extremidad posterior del calcáneo por medio del tendón de Aquiles. Los segundos están situados delante de la pierna.

Existen además, músculos elevadores que hacen girar el pie hacia fuera o hacia dentro.

El pie humano está formado por tres arcos que constituyen una bóveda: dos arcos longitudinales (interno y externo) y un arco transversal que están mantenidos por las formas entrelazadas de los huesos del pie, los ligamentos y los músculos. La ligera movilidad de los arcos cuando el peso se aplica y se retira del pie hace que el caminar y el correr sean más económicos en términos de energía.

¹ <https://es.wikipedia.org/wiki/Pie>

Procedimientos frecuentes en el pie

Antes de describir algunas de las patologías más frecuentes en el pie y las cirugías correctoras que se indican en cada una de ellas, vamos a repasar algunos conceptos generales sobre los principales tipos de procedimientos:

Cirugía de partes blandas

Existen numerosas patologías que se resuelven con cirugía de partes blandas (alargamiento de tendón, extirpación de tumoraciones, transposiciones tendinosas, etc.), por lo que el tipo de procedimiento adecuado dependerá del diagnóstico y del objetivo terapéutico que se pretenda conseguir: Liberación, Escisión, Transferencia, Reparación, etc. En otras ocasiones hay gestos quirúrgicos sobre partes blandas que complementan otro tipo de cirugía, formando parte integral de la misma, no siendo entonces necesario codificarlos aparte (capsulotomía, tenotomía del aductor, tenotomía extensor, retensado capsular, cerclaje fibroso, etc.).

Exostectomía/Bunionectomía

Es la resección de una prominencia ósea (exostosis). Se codifica como Escisión del hueso en el que se realiza.

Es un procedimiento muy habitual en el tratamiento del hallux valgus. Si se acompaña de algún otro gesto quirúrgico para conseguir la alineación de la estructura añadiremos el tipo de procedimiento correspondiente (Reposición, Fusión, etc.).

Osteotomías

Consiste en realizar una sección o un corte en un hueso para realinearlo, o para producir alargamientos y acortamientos en los mismos.

Existen diferentes tipos de osteotomías así como numerosas técnicas según la estructura en la que se realizan y el tipo de abordaje utilizado. Su codificación dependerá del objetivo que pretenda alcanzar la intervención quirúrgica. Si el objetivo terapéutico es corregir un desplazamiento reposicionando la estructura, el tipo de procedimiento que debemos utilizar es **Reposición**. La estructura anatómica puede o no cortarse para desplazarse a la nueva localización. Si para realizar la reposición, es preciso realizar

una escisión parcial de la estructura anatómica, se considera que forma parte del procedimiento y solo debe codificarse la Reposición.

Si la osteotomía se realiza con el fin de descomprimir o liberar una estructura anatómica que se encuentra atrapada, haciendo una incisión o corte, el tipo de procedimiento que codificaremos es una **Liberación**. Si para conseguir una liberación se elimina parcial o totalmente una estructura anatómica, se utilizará la codificación múltiple, primero el código que identifica el objetivo, es decir, Liberación, y segundo el código que completa la definición de la técnica realizada, es decir, la Escisión o Resección según el caso. Algunas de las osteotomías más frecuentes en el tratamiento de la patología del pie y muy especialmente en el Hallux valgus son:

- Osteotomías sobre los metatarsianos²

– Osteotomías Proximales

Están indicadas cuando el IMA (ángulo intermetatarsiano) es elevado (>16°), pueden realizarse de tres formas:

- **Osteotomías de cierre:** Este tipo de osteotomías se utilizan cuando además de ser necesario corregir el IMA es necesario acortar el 1ºMT.
- **Osteotomías de apertura:** Este tipo de osteotomías se utilizan cuando debe corregirse un IMA muy acusado en un pie que presenta un 1ºMT corto.
- **Osteotomías curvas:** Descrita por Crescent y popularizada por Mann, trata de una osteotomía curvilínea de concavidad anterior, que proporciona una excelente corrección del varo del 1ºMT y cierre del IMA sin modificar la longitud del 1ºMT.

– Osteotomías Diafisarias

En la actualidad todas las osteotomías diafisarias, como tratamiento del HV con acortamiento del 1ºMT son en “Z” y se denominan osteotomías

² https://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2013/hdl_2072_209947/TR_SanchisAmat.pdf

en scarf. Weil es el que más desarrolló la técnica. Son osteotomías con gran versatilidad, por lo que hoy son muy utilizadas.

– Osteotomías Distales

La corrección del HV mediante una osteotomía en el extremo distal del primer metatarsiano fue descrita por primera vez por Reverdin, y posteriormente por Hohmann y Peabody que modificaron la técnica original, que consistía en la resección de una cuña de base interna a nivel de la cabeza metatarsiana. En los últimos años se han propuesto diferentes técnicas de osteotomías a este nivel, entre las que destaca la osteotomía de Chevron, en forma de “V” con vértice colocado distalmente, que es la más utilizada en la actualidad. Las osteotomías distales realizadas mediante cirugía percutánea, son la osteotomía de Reverdin-Isham y la de Bösch.

- Osteotomías de Base de la primera falange

Akin comunicó un nuevo método para el tratamiento del HV en el que a la exostectomía suma una osteotomía de cuña interna de la base de la falange proximal del primer dedo, así como la exéresis de la misma. Se han realizado numerosas modificaciones a esta técnica en función del tipo y grado de deformidad que se va a corregir, y en el día de hoy se ha convertido en un gesto muy utilizado, bien para acortar, desrotar o modificar el eje de la falange basal. Habitualmente no se contemplan como gestos aislados, sino que están asociados a otras actuaciones sobre el 1ºMT y las partes blandas.

Artrodesis

Consiste en unir estructuras articulares haciendo que quede inmóvil. El tipo de procedimiento adecuado para su codificación es Fusión.

Artroplastia

Es una intervención quirúrgica realizada en una articulación para devolverle su movilidad y función. La codificación de la artroplastia depende del tipo de artroplastia que se haya realizado.

- **Artroplastia de resección:** una de las epífisis óseas se reseca de forma parcial o total, de tal manera que las dos superficies articulares ya no estarán más en contacto. Dependiendo de la patología que se pretenda corregir, el objetivo puede ser recolocar o liberar la articulación a través de la resección parcial de alguna de las estructuras implicadas en la articulación. La codificación estará en función del objetivo terapéutico, Reposición o Liberación.
- **Artroplastia de sustitución:** Reemplaza de forma total o parcial una articulación con un implante protésico. El objetivo es sustituir la articulación defectuosa. Se codifica con el tipo de procedimiento Sustitución.
- **Artroplastia de interposición:** se reseca una superficie articular y en el defecto creado se coloca un tejido biológico o sintético que asumirá la función del hueso retirado. Puede constituir el segundo paso en una artroplastia por resección, pero no siempre necesariamente la sigue. Si la interposición fuera de tendón, según se produzca un avance del tendón sin escisión (codificaríamos Transferencia de tendón). Si la interposición tendinosa, se realiza mediante un injerto libre, codificaríamos como Suplemento tejido autólogo de articulación y la Escisión de tendón (obtención del injerto) si es recogido de un lugar diferente al del lugar del procedimiento.

Abordajes

Aunque muchos de estos procedimientos pueden ser realizados por cirugía percutánea, a través de incisiones mínimas sin exposición directa de los planos quirúrgicos durante la intervención, es preciso revisar bien la documentación clínica para identificar el abordaje con el que ha sido realizado el procedimiento para su correcta codificación.

Dispositivos de fijación

En los procedimientos realizados con abordaje percutáneo, lo habitual es no utilizar dispositivos de fijación interna y que la reposición se mantenga con un vendaje específico de la estructura anatómica. No obstante puede haber técnicas percutáneas que sí incluyan la colocación de un dispositivo de fijación interna, siendo por ello preciso comprobar en la documentación si han sido utilizados o no dichos dispositivos.

Patologías y procedimientos frecuentes en el pie

Metatarsalgia

Se denomina metatarsalgia al dolor localizado en la parte anterior del pie (antepié) en la zona correspondiente al apoyo metatarsal y de los dedos. Es la localización más frecuente del dolor en el pie y en un porcentaje muy alto de casos afecta a las mujeres, por la influencia del calzado de tacón alto. No se trata de una enfermedad específica sino de un síndrome que puede presentarse en muchas enfermedades.

Son muchas las causas que pueden provocar dolor en el antepié, entre las que se encuentran:

- Factores mecánicos:
 - Sobrecarga global del antepié (pie equino, pie cavo, cabezas de los metatarsianos prominentes, etc.)
 - Desequilibrio de cargas (alteración en el reparto de cargas)
- Lesiones de partes blandas
- Alteraciones neurológicas
- Afecciones óseas
- Alteraciones articulares
- Procesos iatrogénicos

La codificación de la metatarsalgia no ofrece mayor dificultad puesto que tiene entrada directa desde el índice alfabético de enfermedades.

I.A.:

Metatarsalgia M77.4-

El guion situado a continuación del cuatro, nos indica que el código del índice alfabético es incompleto y debemos acudir a la Lista Tabular para asignar el código adecuado según la lateralidad:

L.T:

M77.4 Metatarsalgia

Excluye I: metatarsalgia de Morton (G57.6)

M77.40 Metatarsalgia, pie no especificado

M77.41 Metatarsalgia, pie derecho

M77.42 Metatarsalgia, pie izquierdo

- Metatarsalgia. Tratamiento quirúrgico

La técnica quirúrgica de elección varía según el trastorno mecánico que origina la metatarsalgia, existiendo diferentes técnicas:

– Osteotomía de Weil Simple

Es la osteotomía más utilizada, está indicada en los casos en el que el **primer metatarsiano** es igual o más largo que el segundo. Se trata de una **osteotomía distal** oblicua en la metáfisis y el cuello del metatarsiano cuyo objetivo principal es retrasar la zona de apoyo de las cabezas metatarsales.

Lo habitual es que una vez situada la cabeza en el lugar deseado se fije con un tornillo pero, dependiendo del tipo de deformidad, en ocasiones se puede dejar sin fijación ósea. Finalmente, se rebaja el fragmento proximal de la osteotomía, para alinearla a la nueva situación de la cabeza.

Si se aborda un solo metatarsiano, la incisión es sobre la articulación metatarsofalángica. En la osteotomía de Weil simple no se suele realizar una escisión de hueso.

Si están afectados más de un metatarsiano, se asigna un código de procedimiento para cada metatarsiano

Codificación: REPOSICIÓN METATARSO (0QS)

– Osteotomía de Weil doble/triple

Existen diferentes modificaciones de la técnica de Weil descrita anteriormente, pudiendo realizarse una doble o triple osteotomía. Las indicaciones son similares a la osteotomía de Weil simple, pero se reco-

miendan para acortamientos mayores de 3 mm o si se desea asociar una elevación al retraso de la cabeza.

Codificación: REPOSICIÓN METATARSO (0QS)

La osteotomía de doble y triple Weil, implica la escisión de un fragmento óseo. Esta escisión parcial se considera que forma parte de la cirugía y por tanto solo debe codificarse la Reposición.

Ejemplo

Osteotomía simple de Weil abierta, del tercer metatarsiano derecho sin fijación interna.

QQSN0ZZ Reposición de metatarso, derecho, abordaje abierto

En estos procedimientos de osteotomía la división ósea es la forma de realizar el procedimiento y por tanto tampoco debe codificarse aparte.

– Alineación metatarsal de Lelièvre

Indicada para grandes deformidades del antepié y en aquellas deformidades en las que no se puede realizar la osteotomía de Weil.

El objetivo terapéutico es reequilibrar el antepié realineándolo, por lo tanto el tipo de procedimiento también es Reposición. En esta técnica la realineación se consigue con la resección de las cabezas metatarsianas, la codificación del procedimiento Reposición incluye la extirpación de las cabezas metatarsianas.

Codificación: REPOSICIÓN METATARSO (0QS)

Hallux valgus

Es la deformidad más frecuente en el antepié. Se caracteriza por una desviación en valgo (desviación lateral) del primer dedo del pie. En muchas ocasiones esta deformidad coexiste con otras deformidades como metatarsalgias, dedos en garra, dedos en martillo, etc.

El desarrollo patogénico de la enfermedad presenta una subluxación metatarsofalángica progresiva con desarrollo de exostosis en cabeza de primer metatarsiano. En los grados más avanzados hay además una luxación de la cabeza del hallux sobre rodete gleno-sesamoideo pudiendo llegar a producirse hiperqueratosis, plantares, higromas, luxación dorsal, periostitis, etc.

La búsqueda del código diagnóstico en el índice alfabético debe realizarse por:

LA

Deformidad Q89.9

- dedo
- - pie (adquirida) M20.6-
- - - hallux
- - - - valgus M20.1-

Hallux

- deformidad (adquirida) NCOOC M20.5X-
- valgus (adquirido) M20.1-

En la lista tabular deben seleccionarse los códigos correspondientes para especificar la lateralidad

L.T.

M20.1 Hallux valgus (adquirido)

Excluye 2: Juanete (M21.6-)

M20.10 Hallux valgus (adquirido), pie no especificado

M20.11 Hallux valgus (adquirido), pie derecho

M20.12 Hallux valgus (adquirido), pie izquierdo

- Tratamiento quirúrgico Hallux Valgus

No existe una cirugía única que sirva para todos los casos en las deformidades de los dedos de los pies y es frecuente la utilización de técnicas que incluyen procedimientos óseos combinados con cirugía de partes blandas. Las técnicas quirúrgicas para la cirugía del hallux valgus se diferencian según la estructura anatómica en la que se realice, pudiendo afectar al metatarso, la falange proximal o ambos.

La elección de la técnica depende del grado de severidad del hallux valgus.

– Osteotomía tipo Akin:

La osteotomía de Akin es una osteotomía en cuña que se realiza en la falange proximal del 1 ° dedo para realinear la cara articular de la base de la falange. Implica la resección de una parte del hueso (cuña de sustracción) y debe codificarse como Reposición.

Codificación: REPOSICIÓN FALANGE (0QS)

Si además se realiza una bunionectomía, codificar también la **ESCISIÓN METATARSO (Exostectomía)**

– Osteotomía de Chevron:

El objetivo es corregir el ángulo intermetatarsiano realizando una osteotomía en la cabeza del primer metatarsiano en forma de “V” y fijarla con un tornillo

Codificación: REPOSICIÓN METATARSO (0QS)

Si además se realiza una exostectomía/bunionectomía, codificar: **ESCISIÓN METATARSO (Exostectomía)**

Ejemplo

Profilaxis antibiótica y antitrombótica. Decúbito supino. Anestesia raquídea. Isquemia MII. Incisión medial sobre 1° ATC MTF 1° dedo pie izquierdo. Capsulotomía longitudinal. Resección de exóstosis. Osteotomía de Chevron y Akin en falange proximal, fijación con tornillo Barouk en primer MTT y falange. Tenotomía de tendón adductor. Cierre de cápsula con punto de McBride. Cierre por planos. Piel con Vicryl rapide. Vendaje

D.P. **M20.12** Hallux valgus (adquirido), pie izquierdo

Osteotomía de Chevron:

0QSP04Z Reposición de metatarso, izquierdo, con dispositivo de fijación interna, abordaje abierto

Osteotomía de Akin:

0QSR04Z Reposición de falange dedo pie, izquierdo, con dispositivo de fijación interna, abordaje abierto

Resección de Exóstosis:

0QBP0ZZ Escisión de metatarso, izquierdo, abordaje abierto

– Resección-Artroplastia tipo Keller

Esta técnica se indica en pacientes de edad avanzada, vida sedentaria y una artrosis severa de la articulación metatarsofalángica. Para conseguir alinear la articulación del primer dedo del pie se realiza una exostectomía y una resección de la superficie articular de la base de la falange proximal, con retensado capsular o cerclaje fibroso y sutura para frenar el desplazamiento.

**Codificación: REPOSICIÓN ARTICULACIÓN METATARSOFALÁNGICA (0SS)
+ ESCISIÓN METATARSO (0QB) (Exostectomía)**

En la Artroplastia de resección tipo Keller en ocasiones, se puede realizar una interposición de la cápsula articular. La interposición de la cápsula articular se considera incluida en el procedimiento de la artroplastia de resección.

Si la interposición es de bursa o de ligamento se codifica en función de cómo haya sido realizada. Si se ha producido con un avance de estructuras, se codificará como Transferencia.

Si la interposición se realiza mediante un injerto libre, se codificará un procedimiento de Suplemento (OSU), más la Escisión del tejido que se utilice si es recogido de un lugar diferente al del procedimiento (normativa de codificación B3.9 de procedimientos). La finalidad es reforzar la funcionalidad de la articulación metatarsofalángica. Si la interposición fuera de tendón, procederíamos igual que antes, según se produzca un avance del tendón (codificaríamos Transferencia de tendón) o si se trata de un injerto libre codificaríamos Suplemento de articulación, tejido autólogo.

Ejemplo

Hallux valgus izquierdo

Anestesia regional. Manguito de isquemia.

Abordaje del hallux izquierdo y corrección de la deformidad en valgo mediante exostectomía medial y resección artroplastia tipo Keller con colgajo capsular de interposición. Cierre de herida por planos, piel con Vycril rapide. Vendaje almohadillado.

M20.12 **Hallux valgus (adquirido), pie izquierdo**

0SSN0ZZ **Reposición** de articulación metatarsofalángica, izquierda, abordaje abierto

0QBP0ZZ **Escisión** de metatarso, izquierdo, abordaje abierto (exostectomía)

– Técnica de McBride

Incluye los siguientes gestos quirúrgicos:

- Exostectomía y capsulotomía y capsulorrafia medial.
- Liberación de la porción lateral de la cápsula, tenotomía del adductor del primer dedo (desinserción del mismo de la primera falange y reinserción en el primer metatarsiano)
- Sesamoidectomía lateral (o fibular)

La técnica de McBride lo que pretende es una Reposición de la articulación metatarsofalángica del primer dedo. Lo consigue actuando sobre la cápsula articular y transfiriendo un tendón de la primera falange al primer metatarsiano. No actúa directamente sobre las partes

óseas (a excepción de la exostectomía), por eso se utiliza en hallux valgus que no son muy severos.

**Codificación: REPOSICIÓN ARTICULACIÓN METATARSOFALÁNGICA (OSS)
+ ESCISIÓN METATARSO (Exostectomía).**

Hallux rigidus

Consiste en una artrosis metatarsofalángica y metatarsosesamoidea que limita la movilidad del primer dedo, especialmente de la flexión dorsal, provocando dolor y alteración en la mecánica de la marcha. La característica principal del hallux rigidus es la **poca movilidad de la articulación**. A diferencia del hallux valgus, en el hallux rigidus el primer radio se encuentra correctamente alineado y no hay desviaciones axiales del metatarso o de la falange.

Localización del término en el **I.A.** de Diagnósticos por:

I.A.

Deformidad Q89.9

- dedo
- - pie (adquirida) M20.6-
- - - hallux
- - - - rigidus M20.2-

Hallux

- deformidad (adquirida) NCOC M20.5X-
- rigidus (adquirido) M20.2-

En la **L.T.**: códigos correspondientes para especificar la lateralidad:

M20.2 Hallux rigidus

M20.20 Hallux rigidus, pie no especificado

M20.21 Hallux rigidus, pie derecho

M20.22 Hallux rigidus, pie izquierdo

Hallux rigidus. Tratamiento no quirúrgico

En las fases iniciales pueden ser efectivas medidas conservadoras como órtesis plantares y modificaciones del calzado.

ORTESIS PLANTARES: 2W3(S-T)X3Z Inmovilización de pie, con órtesis, abordaje externo

También están indicadas las inyecciones intraarticulares con infiltraciones de la primera articulación metatarsofalángica con corticoides o con ácido hialurónico:

INFILTRACIONES

3E0U33Z Introducción en articulaciones de antiinflamatorio, abordaje percutáneo

3E0U3GC Introducción en articulaciones de otra sustancia terapéutica, otra sustancia, abordaje percutáneo

Hallux rigidus. Tratamiento quirúrgico

- Queilectomía

Consiste la resección de los osteofitos dorsal del metatarsiano y de la falange proximal. Mejora el dolor y la flexibilidad del hallux. La queilectomía mejora la movilidad de la articulación pero no actúa sobre la articulación metatarsosesamoidea.

Codificación: LIBERACIÓN ARTICULACIÓN MTF (0SN) + ESCISIÓN METATARSO / ESCISIÓN FALANGE (0QB)

- Osteotomías

En el Hallux rigidus el objetivo de las osteotomías no es recolocar la estructura en una localización adecuada puesto que la alineación del dedo es correcta. En este caso el objetivo es descomprimir la articulación metatarsofalángica para que pueda recuperar el movimiento y por lo tanto debe codificarse como Liberación.

- Osteotomías del primer metatarsiano

La descompresión de la articulación metatarsofalángica se realiza mediante el acortamiento del metatarsiano que conlleva además el descenso de la cabeza metatarsal. Estas osteotomías metatarsales para el tratamiento del hallux rigidus son siempre distales, centradas en la cabeza del primer metatarsiano. La fijación posterior se realiza con tornillos canulados. Las técnicas más habituales son

- Osteotomía tipo Chevron modificada

Se realiza una osteotomía en “V” seguida de una segunda osteotomía paralela al trazo dorsal. Se extrae el fragmento óseo para acortar y descender la cabeza del primer metatarsiano. Se fija con tornillo.

Requiere dos códigos para su codificación uno de Liberación de la articulación y otro para la ESCISIÓN ya que se extrae fragmento de metatarso:

Codificación: LIBERACIÓN ARTICULACIÓN MTF (0SN) + ESCISIÓN METATARSO (0QB)

- Osteotomía de Watermann

Consiste en reseca una cuña de base dorsal en el cuello del metatarsiano. En esta osteotomía no desciende la cabeza ni apenas se acorta el metatarsiano.

Codificación: LIBERACIÓN ARTICULACIÓN MTF (0SN) + ESCISIÓN METATARSO (0QB)

– Osteotomías de la falange proximal

Las osteotomías a nivel de la falange están indicadas en hallux rigidus estadio II. Pueden ser:

– Osteotomía diafisaria de acortamiento

Utilizamos un abordaje medial, resecano una porción de la diáfisis de la falange, estando especialmente indicada en la falanges proximales largas.

Codificación: LIBERACIÓN ARTICULACIÓN MTF (0SN)+ ESCISIÓN FALANGE (0QB)

– Osteotomía en cuña de Moberg

Tiene su indicación en los hallux rigidus flexus. Mediante una vía dorsal, se reseca la cuña de base dorsal a nivel de la unión metafisodiafisaria. Siempre se practica una osteosíntesis para su fijación.

Codificación: LIBERACIÓN ARTICULACIÓN MTF (0SN)+ ESCISIÓN FALANGE (0QB)

• Artroplastias

– Artroplastia-resección de Keller

Hace algunos años era la técnica de elección en la cirugía del hallux rigidus. Actualmente está indicada en los estadios III o IV, en pacientes de edad avanzada, diabéticos o con alteraciones vasculares importantes. La técnica consiste en la resección de los 2 tercios proximales de la base de la primera falange. Es por tanto una resección más amplia que la empleada en la cirugía del hallux valgus. Este detalle es importante porque una resección insuficiente corre el riesgo de producir una rigidez dolorosa de la articulación metatarsofalángica, siempre asociada a una liberación de los sesamoideos y limpieza articular.

Codificación: LIBERACIÓN ARTICULACIÓN MTF (0SN)+ ESCISIÓN FALANGE (0QB)

– Artroplastia de sustitución:

Consiste en la sustitución protésica de la primera articulación metatarsofalángica. Constituye una alternativa a la resección-artroplastia y está indicada en pacientes de edad avanzada.

Codificación: SUSTITUCIÓN ARTICULACIÓN MTF (OSR)

– Artrodesis de la primera articulación metatarsofalángica:

La artrodesis de la primera articulación metatarsofalángica está particularmente indicada en pacientes con edad inferior a los 60-65 años y que presentan un hallux rigidus grado III. Constituye la técnica quirúrgica más segura en cuanto al dolor y que ofrece mayores garantías a largo plazo. Es fundamental asegurar bien la posición en la que debe fijarse el dedo para conseguir una marcha correcta y evitar la aparición de una metatarsalgia por transferencia.

Codificación: FUSIÓN METATARSO FALÁNGICA (OSG)

Deformidades frecuentes de los dedos medios

Las deformidades más frecuentes de los dedos medios son el dedo en martillo, el dedo en garra y el dedo en mazo. Es frecuente que se presenten acompañando a un hallux valgus.

- **Dedo en martillo:** Una deformidad de dedo en martillo es aquella en la cual la articulación metatarsofalángica (M/F) puede estar generalmente en hiperextensión o no, con flexión de la articulación interfalángica proximal (I/FP) y la articulación interfalángica distal (I/FD) encontrarse en posición de flexión, extensión o neutro. Localización del término en el **I.A.** de Diagnósticos:

I.A.

Dedo en martillo (adquirido) - véase Deformidad, dedo de la mano, dedo en martillo

Deformidad Q89.9

- dedo

- - pie (adquirida) M20.6-

- - - congénita Q66.9

- - - en martillo M20.4-

- - - especificado NCOC M20.5X-

En la Lista Tabular encontramos los códigos correspondientes para especificar la lateralidad:

L.T.

M20.4 Otros tipos de dedo(s) de pie en martillo (adquiridos)

M20.40 Otros tipos de dedo(s) de pie en martillo (adquirido), pie no especificado

M20.41 Otros tipos de dedo(s) de pie en martillo (adquirido), pie derecho

M20.42 Otros tipos de dedo(s) de pie en martillo (adquirido), pie izquierdo

• **Dedo en garra:** Un dedo en garra es aquel que presenta una hiperextensión de la articulación metatarsofalángica (M/F) con flexión de la articulación interfalángica proximal (I/FP) y posición en flexión o neutro de la interfalángica distal (I/FD).

En ocasiones, los términos dedo en martillo y dedo en garra se han usado indistintamente, principalmente porque el tratamiento para estas deformidades es esencialmente el mismo. La única variante entre ambas deformidades es el grado de implicación de la articulación metatarsofalángica (M/F) que puede acentuar la deformidad y la sintomatología dolorosa del dedo en grado variable y ser causa de una metatarsalgia incapacitante en el paciente³.

³ <http://www.medigraphic.com/pdfs/ortope/or-2008/or083i.pdf>

- **Dedo en mazo:** Es la flexión de la articulación interfalángica distal.
- **Dedo en cuello de cisne:** La deformidad en cuello de cisne, se caracteriza por hiperextensión de la articulación interfalángica proximal y flexión de la articulación interfalángica distal. Es limitante y progresiva. Ni la deformidad del dedo en garra, en mazo ni el dedo en cuello de cisne, tienen código específico en la clasificación. La entrada por el índice alfabético es la siguiente:

I.A.

Deformidad Q89.9

- dedo
- - pie (adquirida) M20.6-
- - - congénita Q66.9
- - - dedo en martillo M20.4-
- - - especificado NCOC M20.5X

En la lista tabular, identificaremos la lateralidad del pie afectado.

L.T.

M20.5 Otras deformidades de dedo(s) de pie (adquiridas)

M20.5X Otras deformidades de dedo(s) de pie (adquiridas)

M20.5X1 Otras deformidades de dedo (s) del pie (adquiridas), pie derecho

M20.5X2 Otras deformidades de dedo(s) del pie (adquiridas), pie izquierdo

M20.5X9 Otras deformidades de dedo(s) del pie (adquiridas), pie no especificado

Tratamiento de las deformidades frecuentes de los dedos medios

- Tratamiento conservador

El tratamiento conservador comienza por el alivio de los puntos de presión mediante el uso de zapatos cómodos y anchos; la realización

de ejercicios para los dedos para estirar y fortalecer los músculos; y la utilización de plantillas, férulas nocturnas y vendajes.

- Tratamiento quirúrgico

Cuando el tratamiento conservador fracasa la terapia es quirúrgica y los procedimientos más frecuentes para resolver estas patologías suelen ser la artrodesis, la artroplastia de resección, la transposición tendinosa y la liberación de partes blandas. La mayor parte de estos procedimientos tienen el objetivo principal de mejorar el dolor y restablecer la función de los dedos durante la marcha

- Artrodesis

Consiste en la fusión de la articulación para enderezar el dedo mediante un dispositivo de síntesis.

Codificación: FUSIÓN ARTICULACIÓN FALANGE DEDO DEL PIE (0SG)

- Artroplastia interfalángica de resección

Consiste en la extirpación de la cabeza de la falange proximal para re-colocar en su sitio la articulación mediante un dispositivo de fijación. La liberación de partes blandas que acompaña a estas cirugías, al igual que en el hallux valgus, no hay que codificarla.

Codificación: REPOSICIÓN ARTICULACIÓN FALANGE PIE (0SS)

- Transposición tendinosa

Generalmente se desinserta el tendón flexor largo de la falange distal y se divide en dos bandas que se transfieren al dorso de la falange proximal por otra incisión más proximal.

Codificación: REPOSICIÓN ARTICULACIÓN FALANGE PIE (0SS)

Deformidades del quinto radio

- Quintus varus / Quintus supraductus

La patología más frecuente del quinto radio es el quintus varus. El quintus varus es una desviación del 5° metatarsiano en valgo y desviación del 5° dedo en varo (hacia el interior del pie). Sería la alteración simétrica al hallux valgus. También se le conoce como, juanete de sastre o bunionette, que se corresponde a una bursitis a nivel de la cabeza del quinto metatarsiano.

Los componentes básicos de la deformidad son:

- Contractura en aducción e hiperextensión de la cápsula articular metatarsofalángica del quinto dedo en dirección hacia el cuarto.
- Luxación dorsal de la quinta articulación metatarsofalángica.
- Rotación externa del quinto dedo sobre su eje mayor.
- Acortamiento y desplazamiento medial del tendón extensor largo del dedo.

Tiene entrada directa en el índice alfabético

I.A.E.

Juanete M21.61-

- de sastre M21.62-

Bunionette M21.62-

El quintus supraductus es la deformidad en que el quinto dedo monta sobre el cuarto. En la mayoría de los casos es asintomático y no requiere tratamiento.

- Tratamiento quirúrgico quintus varus / quintus supraductus

El tratamiento de elección depende de la severidad de la deformidad.

- Exostectomía

Codificación: ESCISIÓN METATARSO (0QB)

- Osteotomías del quinto metatarsiano

Codificación: REPOSICIÓN METATARSO (0QS)

- Artroplastia interfalángica de resección: Consiste en la extirpación de la cabeza de la falange proximal para recolocar en su sitio la articulación mediante un dispositivo de fijación.

Codificación: REPOSICIÓN METATARSO (0QS)

- Cirugía de tejidos blandos: (z-plastia dorsal, capsulotomía articular, tenotomía del extensor). La cirugía de partes blandas en el quinto varus supraducto y en el quinto varo, tienen como objetivo corregir la desviación para que la articulación quede mejor posicionada. Al igual que ocurría en la cirugía del Hallux valgus, no debe codificarse cuando son utilizadas como técnicas complementarias a la realización de otro tipo de procedimiento.

Codificación: REPOSICIÓN ARTICULACIÓN MTF (0SS)

Abordajes abiertos y endoscópicos percutáneos

1. Cirugía programada con abordaje abierto y con ayuda endoscópica percutánea

Parte del procedimiento se realiza con técnica abierta y otra parte con asistencia laparoscópica. Por laparoscopia se hace la disección de lo que hay que reseca y por vía abierta se realiza el resto del procedimiento. La incisión en estos casos suele ser la de una cirugía abierta tradicional. Es el caso que viene reflejado en la norma **B5.2**

El procedimiento debe venir reflejado en la documentación como **abierto** con ayuda, endoscópica.

Codificación: REPOSICIÓN ARTICULACIÓN MTF (OSS)

Ejemplo:

Sigmoidectomía abierta asistida por laparoscopia. En la actualidad este tipo de técnica es poco frecuente y va cayendo en desuso. **Abordaje ABIERTO**

2. Abordaje endoscópico percutáneo que precisa mini incisión para extraer la pieza

Pueden darse dos circunstancias:

A. Cirugía laparoscópica que precisa de una incisión de asistencia: es un abordaje muy utilizado en la actualidad, sobre todo en la cirugía colorrectal. El procedimiento es realizado por vía laparoscópica; la incisión

de asistencia, que puede ser de Pfannenstiel o MacBurney tiene como única finalidad, la extracción de la pieza.

Codificación: Abordaje ENDOSCÓPICO PERCUTÁNEO.

Ejemplo:

Sigmoidectomía laparoscópica con incisión de asistencia. El procedimiento se inicia por laparoscopia, realizándose disección del colon sigmoide y la sección de vena y arteria mesentérica inferior. Después se hace Pfannenstiel de asistencia, por la que se secciona proximalmente el colon y se extrae la pieza, previa protección de la incisión con un dispositivo especial para evitar las siembras tumorales en la misma. A continuación se vuelve a la laparoscopia para realizar la anastomosis colon-recto que la mayor parte de las veces se hace mediante un dispositivo grapador que se introduce por vía endoanal. **Abordaje ENDOSCÓPICO PERCUTÁNEO**

Los cirujanos lo consideran laparoscópico, aunque se haya seccionado el colon proximal por vía abierta.

B. Cirugía laparoscópica con ampliación del puerto para extracción de pieza o con necesidad de una minilaparatomía: toda la técnica quirúrgica es laparoscópica. La pieza es extraída normalmente por el puerto del endoscopio (que es un poquito más grande). Si es necesario se amplía un poco. Otras veces es necesario una minilaparatomía pero solo para extracción de la pieza.

Codificación: Abordaje ENDOSCÓPICO PERCUTÁNEO

3. Procedimiento planificado con tiempo endoscópico percutáneo y tiempo abierto

A. Procedimiento planificado con tiempo endoscópico percutáneo y tiempo abierto

Codificación: AMBOS ABORDAJES

Ejemplo:

Nefroureterectomía izquierda

DESCRIPCION DE LA INTERVENCIÓN

1° laparoscópica

Decúbito lateral derecho. Trocar de Hasson en línea paramediana izquierda por encima del ombligo. Trocar de 5 mm en hipocondrio izquierdo. Trocar de 12 mm en Fl. Disección retrógrada de riñón. Localización de varios vasos de epiplon a riñón y linfáticos que se ligan entre hem-o-locks. Localización de vena renal, vena lumbar y vena suprarrenal. Disección de las mismas Localización, Disección y ligadura entre hem-o-locks de arteria renal única. Ligadura de suprarrenal, lumbar y vena renal principal entre hem-o-locks.

Disección de pieza renal.

Hemostasia de lecho. Embolsado de la pieza.

2° abierta

Incisión de Gibson. Apertura por planos hasta cavidad abdominal. Extracción de pieza renal. Disección distal de uréter hasta entrada en vejiga comprobándose localización de trigono con embudización extravesical del uréter. Se realiza extirpación de uréter con pastilla vesical extravesical. Sutura con vicryl 2/0 de trigono. Sutura con vicryl del 0 de pared vesical. Se deja redón. Cierre por planos

1° tiempo Nefrectomía. **Abordaje Endoscópico percutáneo**

2° abierta: Ureterectomía. **Abordaje Abierto**

Esta codificación solo es posible cuando cada abordaje se realiza en ESTRUCTURAS DIFERENTES. Si los dos abordajes se han utilizado en una única estructura anatómica, se considerará cirugía **ABIERTA CON AYUDA ENDOSCÓPICA**.

4. Abordaje planificado como endoscópico percutáneo, reconvertido a abierto

- A. Procedimiento programado como endoscópico percutáneo, que no puede realizarse y tiene que reconvertirse en abierto para cumplir el objetivo terapéutico

Codificación: INSPECCIÓN ENDOSCÓPICA + PROCEDIMIENTO ABIERTO. (Norma B3.2.d Procedimientos múltiples)

Ejemplo

Apendicectomía laparoscópica reconvertida en apendicectomía abierta debido a adherencias densas, peritonitis difusa, y dificultades para la extirpación del apéndice debido a la inflamación severa.

INSPECCIÓN ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA (en este caso de cavidad peritoneal, pero en otros dependerá de la zona inspeccionada) + **RESECCIÓN APÉNDICE ABIERTA**.

En los procedimientos de reconversión de abordaje, la inspección deberá codificarse como inspección de CAVIDAD y no de estructura anatómica. En la codificación del episodio, debe recordarse que es preciso utilizar el código apropiado de diagnóstico de la subcategoría **Z53.3 Procedimiento convertido en procedimiento abierto**.

B. Abordaje planificado y realizado como endoscópico percutáneo y que precisa 2º tiempo abierto no programado

Codificación: ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA + ABIERTA

Ejemplo

Salpingitis izquierda programada para anexectomía laparoscópica. Se realiza laparoscopia que evidencia trompa elongada y friable, se realiza Anexectomía total izquierda con extracción en endobag. Al revisar la cavidad, se observa masa de 7 cm en pared de uterina, por lo se realiza laparotomía media infraumbilical para extirpación de la masa, realizándose una histerectomía total del cuerpo uterino.

RESECCIÓN OVARIO Y TROMPA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA + RESECCIÓN ÚTERO ABIERTA

5. Procedimiento no finalizado

Procedimiento programado de sustitución valvular aórtica es interrumpido después de realizar la toracotomía inicial pero antes de haber realizado cualquier tipo de incisión en el músculo cardíaco, debido a inestabilidad hemodinámica del paciente. Este procedimiento se codifica como una Inspección abierta de mediastino

CODIFICACIÓN SEGÚN PROCEDIMIENTO REALIZADO. Norma de Procedimientos interrumpidos B3.3. (Si el procedimiento que se pretende realizar queda interrumpido se codifica de acuerdo al tipo de procedimiento que se ha realizado)

ANEXO: TABLA RESUMEN DE TIPOS DE ABORDAJE (F.M. VARELA NOREÑA)

TIPOS DE ABORDAJE	VALOR	Sección de piel o mucosas para acceder al punto de actuación	Visión directa del punto de actuación	Precisa endoscopio para ver el punto de actuación	Observaciones	Ejemplos
ABIERTO Precisa de incisión y separación de capas superficiales para visualizar el punto de actuación	0	SI	SI	NO	Precisa de incisión y separación de capas superficiales para visualizar el punto de actuación	Laparotomía Exéresis tumor subcutáneo Cesárea Reducción abierta de fx.
PERCUTÁNEO Precisa pequeña incisión o punción para introducir instrumental. Puede guiarse por técnicas de imagen (ECO, radioscopia)	3	SI	NO	NO	Precisa pequeña incisión o punción para introducir instrumental. Puede guiarse por técnicas de imagen	Biopsia percutánea Punción arterial Cataratas
ENDOSCÓPICO PERCUTÁNEO Precisa una pequeña incisión o punción para introducir la óptica y/o instrumental	4	SI	NO	SI	Precisa pequeña incisión o punción para introducir óptica e instrumentación	Artroscopia Laparoscopia Toracoscopia

TIPOS DE ABORDAJE	VALOR	Sección de piel o mucosas para acceder al punto de actuación	Visión directa del punto de actuación	Precisa endoscopio para ver el punto de actuación	Observaciones	Ejemplos
ORIFICIO NATURAL O ARTIFICIAL Por orificio pero sin visualizar ni directa ni indirectamente, el punto de actuación	7	NO	NO	NO	Por orificio, pero sin visualizar directa o indirectamente el punto de actuación	Inserción SNG Cambio sonda vesical Intubación orotraqueal Irrigación vesical
ORIFICIO NATURAL O ARTIFICIAL ENDOSCOPIO) El instrumental va incorporado a la óptica	8	NO	NO	SI	Por orificio, pero con óptica incorporada al instrumental	Colonoscopia Colposcopia Broncoscopia
EXTERNO Actuación sobre piel, mucosas en orificios naturales. Puede precisar separadores o iluminación adicional. También procedimientos sobre órganos internos en los que se aplica una fuerza o tracción externa sin perforar piel o mucosas.	X	NO	SI	NO	Actuación sobre piel o mucosas de orificios naturales. Puede precisar separadores o iluminación adicional.	Escisión verruga Biopsia de piel Amigdalectomía ECG Reducción cerrada de fractura Rinoscopia Utrotricia renal con ondas de choque
ORIFICIO NATURAL O ART. CON ASISTENCIA ENDOSCÓPICA PERC. Combina dos abordajes simultáneos para realizar el procedimiento	F	SI/NO	NO	SI	Combina dos abordajes simultáneos para realizar el procedimiento	Solo una tabla con este tipo de abordaje (OUT9FZZ)

La realización de algunas técnicas concretas puede precisar la combinación de distintas vías de abordaje y las tablas no ofrecen la posibilidad de valor específico:

Biopsia de ganglios mediastínicos a través de punción transbronquial ecodirigida (EBUS)

07B73ZX Escisión de linfático, tórax, diagnóstico, abordaje percutáneo + **0BJ08ZZ** Inspección de árbol traqueobronquial, abordaje orificio natural o artificial endoscópica

La codificación de la prueba de imagen no es obligatoria y se realizará a criterio de cada centro: Ecografía de mediastino (BB4CZZZ)

Inserción de PEG:

0DH63UZ Inserción en estómago de dispositivo de alimentación, abordaje percutáneo + **0DJ68ZZ** Inspección de estómago, abordaje orificio natural o artificial endoscópica

Biopsia prostática transrectal

0VB03ZX Escisión de próstata, diagnóstico, abordaje percutáneo

La codificación de la prueba de imagen no es obligatoria y se realizará a criterio de cada centro: Ecografía de próstata (BV49ZZZ).

Preguntas a la unidad

1. Sialoendoscopia

Estoy intentando codificar una sialoendoscopia pero en los procedimientos de inspección o extirpación (cálculo) no existe el abordaje endoscópico para la localización anatómica glándulas salivales.

RESPUESTA

La sialoendoscopia es una técnica que permite la visualización directa del conducto excretor de la glándula salival mayor mediante la introducción de un miniendoscopio a través del mismo. Consta de una cámara, una unidad de irrigación y una unidad de tratamiento en la cual se adaptan los instrumentos necesarios para llevar a cabo el procedimiento terapéutico.

La sialoendoscopia puede realizarse con finalidad diagnóstica o bien como tratamiento en el caso de distintas patologías como cálculos o estenosis.

En las tablas del sistema orgánico C Boca y Garganta no existe el valor de abordaje 8 Orificio Natural o Artificial Endoscópico para muchos tipos de procedimientos que se realizan sobre las glándulas o conductos salivales como son la Inspección y la Extirpación.

En esos casos utilice el valor de abordaje **3 Percutáneo**, hasta que las tablas dispongan de un valor más apropiado.

2. Fibrilación auricular lenta

La expresión “fibrilación auricular con respuesta ventricular lenta” con CIE-9-MC se codificaba con los siguientes códigos: 427.31 + 427.89. ¿Cómo se codifica ahora con CIE-10-ES? ¿Son correctos los códigos I48.91 + I49.8?

RESPUESTA

Con CIE-10-ES Diagnósticos debemos codificar la fibrilación auricular (FA) con respuesta ventricular lenta de la siguiente manera:

- Código correspondiente de la Fibrilación Auricular
- Código de “bradicardia” (**R00.1**) que es un código del **Capítulo 18**, que en la edición de CIE 10 ES de 2018 ya no se ve afectado por el *Excluye 1* para las categorías I47 – I49.

Bradicardia (sinoauricular) (sinusal) (vagal) **R00.1**

- neonatal P29.12
- refleja G90.09
- taquicardia, síndrome de I49.5

Hay que tener en cuenta que la expresión FA con respuesta ventricular lenta obedece casi siempre a la presencia de un bloqueo auriculoventricular que acompaña a la FA. Este bloqueo en muchas ocasiones es farmacológico, pero puede tener otras causas. En los casos en los que el clínico documente la existencia de este bloqueo debe utilizarse el código apropiado para el mismo y ya no será necesario añadir el código de la bradicardia.

La expresión “fibrilación auricular bloqueada” hace referencia a la presencia de un bloqueo auriculoventricular completo acompañando a la FA. En muchas de estas situaciones es necesaria la implantación de un marcapasos. La codificación en este caso será: I44.2 Bloqueo auriculoventricular, completo más el código correspondiente de la Fibrilación auricular. La secuencia de estos códigos vendrá determinada por las circunstancias del ingreso.

3. Cuerdas tendinosas

La reparación de cuerdas tendinosas de la válvula mitral, ¿se codifica como una sustitución o una reparación? En un paciente sometido a reparación de cuerdas tendinosas por insuficiencia mitral severa la codificación del procedimiento debe llevar dos códigos: el de la reparación de las cuerdas tendinosas y el de la anuloplastia. El mapeo del procedimiento CIE-9-MC lleva a reparación en CIE-10-ES pero no da opción a la utilización de dispositivo sintético (las neocuerdas). Por ello parece más lógico utilizar el tipo de procedimiento sustitución.

RESPUESTA

La cirugía sobre las cuerdas tendinosas no suele realizarse de forma aislada sino que se lleva a cabo en el seno de una cirugía reparadora de la válvula mitral y por tanto suele ir acompañada de otras técnicas. Es necesario tener acceso a la hoja operatoria y a la descripción de las técnicas realizadas por el cirujano para poder codificarlas correctamente.

La reparación de las cuerdas tendinosas puede hacerse de múltiples formas. Es posible alargarlas cuando están acortadas por fibrosis o retracción causada, por ejemplo, por una lesión reumática. También se pueden acortar cuando son demasiado largas, aplicándolas o introduciéndolas dentro de un músculo papilar, donde son suturadas. En ocasiones puede realizarse una transposición de cuerdas tendinosas del velo posterior al velo anterior. También pueden implantarse neocuerdas de politetrafluoroetileno (PTFE) o Gore-Tex.

Es imprescindible, por tanto, conocer, a través de la documentación clínica, el tipo de procedimiento que se ha llevado a cabo para “reparar” las cuerdas tendinosas y en función de ello asignar el tipo de procedimiento adecuado.

Si lo que queremos codificar es el implante de neocuerdas debemos hacerlo en la Sección 0 Médico Quirúrgica, Sistema Orgánico 2 Corazón y Grandes Vasos, con el tipo de procedimiento R Sustitución, utilizando el valor 9 Cuerdas Tendinosas en la posición cuatro (Localización Anatómica) y en sexta posición el valor J Sustituto Sintético.

4. Hepatitis aguda secundaria a Mononucleosis infecciosa

¿Qué código debemos utilizar para la hepatitis aguda secundaria a la mononucleosis infecciosa? ¿Es correcto el código B27.89?

RESPUESTA

Con el literal que usted envía, la entrada en el Índice Alfabético debe hacerse por:

Mononucleosis infecciosa B27.90

- con
- - complicación NCOC B27.99
- - meningitis B27.92
- - polineuropatía B27.91

B27.99 Mononucleosis infecciosa, no especificada con otra complicación. No es adecuado el uso del código B27.89, puesto que no hay especificación de ningún virus.

Si se conoce cuál es el virus responsable de la mononucleosis, se utilizarán las siguientes entradas:

Mononucleosis infecciosa

- citomegalovirus B27.10
- - con
- - - complicación NCOC B27.19
- - - meningitis B27.12
- - - polineuropatía B27.11
- Epstein-Barr (virus) B27.00
- - con
- - - complicación NCOC B27.09
- - - meningitis B27.02
- - - polineuropatía B27.01
- especificado NCOC B27.80
- - con
- - - complicación NCOC B27.89
- - - meningitis B27.82
- - - polineuropatía B27.81
- virus herpes gamma B27.00
- - con
- - - complicación NCOC B27.09
- - - meningitis B27.02
- - - polineuropatía B27.01

Con CIE9, era posible especificar que había una hepatitis debida a enfermedad vírica con el código:

573.1 Hepatitis en enfermedades víricas clasificadas bajo otros conceptos

Codificar primero la enfermedad subyacente, tal como:

- enfermedad por virus Coxsackie (074.8)
- enfermedad viral citomegálica con cuerpo de inclusión (078.5)
- mononucleosis infecciosa (075)

Este código ha sido reconvertido en CIE10 en el **K77 Trastornos hepáticos en enfermedades clasificadas bajo otro concepto** que tiene un Excluye 1 para la enfermedad hepática con mononucleosis:

Excluye 1: mononucleosis infecciosa con enfermedad hepática (B27.0-B27.9 con.9)

Por tanto para codificar la hepatitis aguda debida a mononucleosis (sin especificar el virus que la produce) debemos utilizar el código de la mononucleosis con otra complicación y añadir el código de hepatitis aguda:

B27.99 Mononucleosis infecciosa, no especificada con otra complicación + B17.9 Hepatitis vírica aguda, no especificada

5. Fallo multiorgánico

Quería saber cuál sería el código para el fallo multiorgánico o síndrome de disfunción multiorgánico.

RESPUESTA

Se entiende como **Síndrome de disfunción multiorgánica** el fracaso de dos o más órganos en respuesta a una agresión externa, infecciosa o no, y que se desarrolla en base a una etiopatogenia común.

No existe en CIE-10-ES un único código para esta situación. Deben codificarse por separado las diferentes disfunciones o fracasos orgánicos que el paciente presente. Debe ser el clínico el que documente los órganos que han fallado para poder asignar los códigos adecuados.

6. HTA y enfermedad renal crónica

¿Siempre la CIE-10-ES Diagnósticos presupone la relación causa-efecto entre hipertensión y enfermedad renal crónica (ERC) y cuando ambas aparecen declaradas como diagnósticos se recogen mediante códigos de combinación de la categoría I12 Enfermedad renal crónica hipertensiva? ¿Si el paciente tiene, por ejemplo, una enfermedad renal congénita que le provoca la ERC e hipertensión también debemos poner esa HTA como I12?

RESPUESTA

En el caso que usted plantea (enfermedad congénita renal que provoca ERC e hipertensión) entendemos que ambas patologías son secundarias a la enfermedad congénita renal. En ese caso deberá utilizar el código de la patología congénita renal que corresponda junto con el código apropiado de la categoría **N18 Enfermedad renal crónica (ERC)**. Además debe añadir el código correspondiente de la categoría **I15 Hipertensión secundaria**

La normativa de codificación para CIE 10 ES Diagnósticos edición 2018 incluye algunos cambios importantes referentes a la codificación de la HTA que se pueden consultar en el **capítulo 9** (epígrafes 9.2, 9.2.2. y 9.2.4) y en el **capítulo 14** (epígrafe 14.5) del Manual de Codificación. CIE 10 ES Diagnósticos, 2018.

7. Dermatocalasia

¿Cómo se clasificaría la dermatocalasia abdominal (o abdomen péndulo) y cómo codificar su procedimiento, la dermolipectomía?

RESPUESTA

La entrada en el Índice Alfabético de CIE 10 ES para el término Dermatocalasia nos dirige a:

Dermatocalasia, párpado H02.839

- derecha H02.833

- izquierda H02.836

Hace referencia al proceso, asociado al envejecimiento, que se caracteriza por la flacidez de la piel del párpado superior, produciéndose una redundancia de la misma que puede llegar hasta el margen de las pestañas y ocluir parcialmente el ojo.

No hay modificador bajo el término Dermatocalasia que nos dirija al abdomen.

El exceso de piel y grasa **abdominal** se suele dar en pacientes que han tenido aumento de peso y pérdida posterior, o que han sido sometidos a cirugía bariátrica o bien en mujeres después de varios embarazos. En la edición de 2018 de CIE-10-ES Diagnósticos aparece un nuevo código para poder clasificar correctamente esta situación:

L98.7 Piel y tejido subcutáneo excesivos y superfluos 2018

Piel laxa y flácida después de adelgazamiento dietético

Piel laxa y flácida después de adelgazamiento por cirugía bariátrica

Piel laxa y flácida NEOM

Excluye 2: alteraciones de la piel por exposición crónica a radiación no ionizante (L57.-)

piel del párpado excesiva o redundante adquirida (H02.3-)

piel del párpado excesiva o redundante congénita (Q10.3)

Las entradas para este código en el Índice Alfabético de Enfermedades son:

Exceso, excesivo, excesivamente

- piel L98.7

- - y tejido subcutáneo L98.7

Flácido (-a) véase además enfermedad específica

- piel y tejido subcutáneo (después de adelgazamiento dietético) (después de cirugía bariátrica) L98.7

Redundante, redundancia

- piel L98.7

- - y tejido subcutáneo L98.7

Suelto véase además enfermedad específica

-piel y tejido subcutáneo (después de adelgazamiento dietético) (después de adelgazamiento por cirugía bariátrica) L98.7

Hasta su entrada en vigor en enero de 2018 utilice, para esta situación, el código **L98.8 Otros trastornos especificados de la piel y del tejido subcutáneo**.

Para codificar la dermolipectomía es preciso tener documentado si dicho procedimiento tiene un fin exclusivamente estético, o si es un procedimiento reconstructivo. Además es preciso conocer, como se ha llevado a cabo, si por escisión de piel y tejido graso, liposucción...etc., así como conocer el abordaje utilizado (abierto, percutáneo...etc.).

8. Ausencia de pezón

¿Cómo se codifica la ausencia de pezón adquirida pero conservando mama (bien porque se haya hecho una simple tumorectomía y no una completa mastectomía; o bien porque la mama ya esté reconstruida pero no el pezón)?

RESPUESTA

No hay un código exclusivo que permita diferenciar la ausencia adquirida únicamente de pezón. La entrada del índice alfabético dirige a la **subcategoría Z90.1**, para seleccionar el código adecuado según la lateralidad.

Ausencia (completa o parcial) (de) (órgano o parte)
- pezón (-es) (con la (-s) mama (-s)) (adquirida) Z90.1-

Y en la Lista Tabular:

Z90.1 Ausencia adquirida de mama y pezón

Z90.10 Ausencia adquirida de mama y pezón no especificados

Z90.11 Ausencia adquirida de mama y pezón derechos

Z90.12 Ausencia adquirida de mama y pezón izquierdos

Z90.13 Ausencia adquirida de ambas mamas y pezones

9. Portador de sonda vesical

¿Existe en CIE-10-ES Diagnósticos un código que refleje el estado de portador de sonda urinaria permanente?

RESPUESTA

El código apropiado para codificar el estado de portador de catéter urinario es:

Z96.0 Presencia de implantes urogenitales

Puede localizarlo en el Índice Alfabético de la siguiente forma:

Presencia (de)

- implante
- - urogenital (funcional) Z96.0
- - vejiga (funcional) Z96.0
- ureteral, endoprótesis Z96.0
- uretral, endoprótesis Z96.0

10. Codificación de administración de Isoplasmal

¿El Isoplasmal intravenoso se debe codificar como sustancia nutricional en el código 3E0336Z o como un simple suero en el 3E0337Z? Si fuera en suero, ¿qué tipo de sustancias deberíamos codificar en el 3E0336Z?

RESPUESTA

Isoplasmal es un suplemento nutricional que se administra directamente en vena, que contiene sustancias esenciales para las funciones del organismo. Se utiliza para cubrir las necesidades de proteínas, glucosa, electrolitos y líquidos en periodos de ayuno limitado.

Su administración intravenosa en vena periférica se debe codificar en la tabla 3E0 (Sección 3 Administración, Sistema Orgánico E Sistemas Fisiológicos, Tipo de Procedimiento 0 Introducción). En Localización Anatómica debe elegirse el valor 3 Vena Periférica, en Abordaje el valor 3 Percutáneo. En la sexta posición debe elegirse el valor 6 Sustancia Nutricional y en la séptima el valor Z Ninguno.

11. ACTP con stent solapados

¿Cómo se debería codificar una dilatación de arteria coronaria con stent, en la cual describen que ponen dos stent en la misma arteria pero solapados? ¿Se consideran dos localizaciones?

RESPUESTA

En la codificación de los procedimientos sobre arterias coronarias hay que tener en cuenta la norma **B4.4 Arterias coronarias**. *Para la asignación de la localización anatómica, las arterias coronarias están consideradas una estructura que se subdivide para determinar los valores en función del número de localizaciones tratadas y no por el nombre o por el número de arterias. Cuando se realiza el mismo procedimiento sobre múltiples localizaciones de arterias coronarias, los diferentes valores especifican el número de localizaciones tratadas.*

Ejemplos: una angioplastia de dos localizaciones distintas en la arteria coronaria descendente anterior izquierda con colocación de dos stent se codifica como dilatación de arterias coronarias, dos localizaciones, con dispositivo intraluminal.

Una angioplastia de dos localizaciones distintas en la arteria coronaria descendente anterior izquierda, una con colocación de stent y otra sin él, se codifica por separado como dilatación de arteria coronaria, una localización, con dispositivo intraluminal, y dilatación de arteria coronaria, una localización, sin dispositivo.

En el caso que usted plantea lo que hay que aclarar es (con el informe de la descripción de la ACTP o con el clínico) el número de localizaciones que se han tratado. El número de stent que se hayan utilizado no influye en la elección del valor de la cuarta posición. Pueden existir lesiones extensas en una arteria, que siendo consideradas una única lesión, precisen de la colocación de dos stent solapados para su correcto tratamiento.

A partir de enero de 2018 hay que tener en cuenta el cambio que afecta a la norma **B4.4 Arterias coronarias**. *Las arterias coronarias se consideran como una estructura anatómica, siendo posible especificar el **número de arterias tratadas**. Se utiliza un código de procedimiento en múltiples arterias cuando dicho procedimiento se ha realizado en todas ellas con el mismo valor de dispositivo y de calificador.*

Ejemplos: Una angioplastia de dos arterias coronarias distintas con colocación de dos stents, se codifica como Dilatación de dos arterias coronarias con dos dispositivos intraluminales.

Una angioplastia de dos arterias coronarias distintas, una con colocación de stent y otra sin stent, se codifica con dos códigos diferentes, uno de Dilatación de una arteria coronaria con colocación de dispositivo intraluminal y otro de Dilatación de una arteria coronaria sin dispositivo.

Con este cambio de norma ya no se consideran “localizaciones” tratadas sino “número” de arterias.

En el caso que usted plantea los dos stent se colocan en la misma arteria por lo que el valor de localización anatómica a elegir será **0 Arteria Coronaria, Una Arteria**, pudiendo ahora reflejar en la posición seis (Dispositivo) el número de stent utilizados.

12. Embarazo gemelar con feticidio selectivo

¿Cómo se codificarían los diagnósticos del siguiente episodio? Paciente gestante de 37 semanas, embarazo gemelar en inicio. Un feto presenta acrania realizándose feticidio selectivo en la semana 14. Ingresa para parto eutócico. Nacido feto varón vivo y sano y presencia de feto papiráceo.

RESPUESTA

Los códigos a utilizar en el supuesto que plantea serían:

O31.33X0 Embarazo que continúa después de la reducción fetal electiva de uno o más fetos, tercer trimestre, no aplicable o no especificado

O30.093 Embarazo gemelar, sin poder determinar el número de placentas ni de sacos amnióticos, tercer trimestre

O31.03X0 Feto papiráceo, tercer trimestre, no aplicable o no especificado

Z3A.37 37 semanas de gestación

Z37.0 Nacido vivo único

13. Código O60.14X0

Si a una embarazada de 34 semanas la inducen el parto por una preeclampsia, o bien ingresa para una cesárea programada, ¿se debe utilizar el código O60.14X0 Parto prematuro con parto prematuro en el tercer trimestre, o sólo se recogen las semanas de gestación, ya que la paciente no tiene trabajo de parto?

RESPUESTA

Si bien el literal de los códigos O60.10 hace referencia a la prematuridad pero con indicación de trabajo del parto, la prematuridad es una circunstancia obstétrica que debe quedar reflejada en la historia. Por otra parte, todas las entradas del Índice Alfabético correspondientes a un parto prematuro, indican que debemos utilizar un código de la subcategoría **O60.10** independientemente de la forma en la que se haya producido dicho parto: espontáneo, inducido, por cesárea...etc.

I.A.

Parto (nacimiento) (trabajo de parto)

- prematuro (*véase* además Embarazo, complicado por, trabajo de parto pretérmino) O60.10

Prematuro (-a), *véase* además enfermedad específica

- parto (*véase* además Embarazo, complicado por, trabajo de parto pretérmino) O60.10

Pretérmino

- parto (*véase* además Embarazo, complicado por, trabajo de parto pretérmino) O60.10

Embarazo (simple) (uterino) - *véase* además Parto y puerperio

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

-- parto

-- -prematuro – *véase* Embarazo, complicado por, trabajo de parto pretérmino

-- - pretérmino O60.10

Embarazo (simple) (uterino) – *véase* además Parto y Puerperio

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

- -trabajo de parto pretérmino

- - -con parto O60.10

Por lo tanto siempre hay que codificar la condición obstétrica (capítulo 15) que indique la prematuridad y además completar la información con el código correspondiente a las semanas de gestación con el código correspondiente de la categoría Z3A (capítulo 21).

14. Linfomas

En la página 64 del Manual de Codificación CIE-10-ES Diagnósticos 2017 dice: “Linfáticos: Las neoplasias malignas de nódulos o ganglios linfáticos, a menos que se especifique lo contrario, se consideran secundarias por defecto (C77 Neoplasia maligna secundaria y no especificada de ganglios linfáticos).” En la página 66 dice: “Por el contrario, las neoplasias linfáticas y hematopoyéticas se originan en una o en diversas localizaciones de forma simultánea y sus células neoplásicas pueden circular por el torrente sanguíneo y sistema linfático. Éstas se consideran siempre neoplasias primarias. Por ello, existen ciertas peculiaridades en los códigos de estas neoplasias”. La pregunta es: ¿Por qué en un caso se codifican como primarias y en el otro como secundarias?

RESPUESTA

Los párrafos que usted señala del Manual de Codificación hay que situarlos en su contexto:

Página 64 (edición 2017):

“2.3. NEOPLASIAS NO ESPECIFICADAS COMO PRIMARIAS O SECUNDARIAS

Cuando no se especifica si un tumor maligno es primario o secundario será considerado como primario excepto en los tumores de hígado y del sistema linfático.

Hígado: Existe un código específico para esta circunstancia **C22.9 Neoplasia maligna del hígado, sin especificar como primario o como secundario.**

Linfáticos: Las neoplasias malignas de nódulos o ganglios linfáticos, **a menos que se especifique lo contrario,** se consideran secundarias por

defecto (**C77 Neoplasia maligna secundaria y no especificada de ganglios linfáticos**).”

En este párrafo está haciendo referencia a aquellas **neoplasias que no se especifican si son primarias o secundarias**. En ese caso ante una neoplasia de nódulos o ganglios linfáticos, que no nos especifiquen si es primaria o secundaria, se codificará como secundaria.

Página 67 (edición 2017):

“2.6. NEOPLASIAS DE TEJIDOS LINFÁTICOS, HEMATOPOYÉTICOS Y RELACIONADOS

Existen dos tipos básicos de neoplasias malignas:

- neoplasias o tumores sólidos (**C00-C75, C76-C80**)
- neoplasias de tejidos linfáticos, hematopoyéticos y relacionados (**C81-C96**)

Los tumores sólidos de una localización determinada, que se considera neoplasia primaria, pueden crecer y extenderse dando lugar a las neoplasias secundarias o metástasis.

Por el contrario, las neoplasias linfáticas y hematopoyéticas se originan en una o en diversas localizaciones de forma simultánea y sus células neoplásicas pueden circular por el torrente sanguíneo y sistema linfático. Éstas se consideran siempre neoplasias primarias. Por ello, existen ciertas peculiaridades en los códigos de estas neoplasias.”

En este apartado se hace referencia a aquellas neoplasias **que se originan** en tejidos linfáticos, hematopoyéticos y relacionados, es decir a las neoplasias primarias de estas estructuras (en el caso de los tejidos linfáticos a los linfomas y otras entidades relacionadas).

15. Gangrena de Fournier

Se trata de un paciente con gangrena de Fournier perianal. Le realizan desbridamiento de tejido celular subcutáneo perianal con colocación de 3 penrose. La duda que planteo es donde situar la zona perianal. ¿En ano, glúteo, nalgas? ¿Serían adecuados los siguientes códigos: 0D9Q00Z + 0DBQ0ZZ?

RESPUESTA

En el supuesto que usted plantea se indica que el desbridamiento se realiza en **tejido celular subcutáneo de la zona perianal**. Debemos utilizar por tanto el Sistema Orgánico J Tejido Celular Subcutáneo y Fascia. En este Sistema Orgánico existe una localización anatómica B Tejido Subcutáneo y Fascia Perineo que podríamos utilizar.

El periné o región perineal es el territorio anatómico de forma rombooidal que se extiende en longitud desde el sub-pubis a la punta del cóccix y en anchura desde una tuberosidad isquiática a la otra. Tiene una estructura muscular y aponeurótica que denominamos suelo o diafragma pélvico con sus correspondientes hiatus por donde irrumpen al exterior el sistema urogenital y el ano. La zona perineal se divide en dos partes de forma triangular:

- Anterior: comprende una zona triangular de vértice púbico y base en la línea bisisquiática. Está atravesado por la uretra en el hombre y por la uretra y la vagina en la mujer. Es el perineo anterior o perineo urogenital.
- Posterior: es otro triángulo menor, con base en la citada línea bisisquiática y el vértice en la punta del cóccix. Está atravesado por el ano. Es el perineo posterior o perineo anal.

Debe confirmar con la documentación o con el clínico que la zona desbridada corresponde al perineo y que no se han hecho desbridamientos en otras estructuras. El tipo de procedimiento a utilizar será B Escisión si el desbridamiento ha sido escisional.

16. Escisión piel ingle

¿Qué valor de Localización Anatómica debemos elegir para la escisión de un quiste sebáceo en piel de ingle derecha? Y en general ¿dónde codificamos una escisión de piel en la ingle? ¿En la localización anatómica pierna/muslo? ¿O en abdomen?

RESPUESTA

Efectivamente no existe, en el Sistema Orgánico H Piel y Mama, una localización adecuada para piel de la región inguinal o piel de la ingle. La única referencia que hay en CIE 10 ES Procedimientos a la región inguinal aparece en el Sistema Orgánico Y Regiones Anatómicas, Extremidades Inferiores, por lo que parece, que para CIE 10 ES Procedimientos la ingle forma parte de la extremidad inferior.

De momento para codificar una escisión de piel de ingle utilice, en el Sistema Orgánico H Piel y Mama, la localización anatómica H Piel Muslo, Derecho o J Piel Muslo, Izquierdo.

17. Escisión epiteloma basocelular

En un epiteloma basocelular localizado en nariz, si hacen escisión del mismo y un injerto de piel total tomado de piel del cuello del propio paciente, además de la sustitución de piel y la escisión de la zona donante ¿hay que codificar la escisión del epiteloma basocelular?

RESPUESTA

El Manual de Codificación CIE-10-ES Procedimientos de 2017 nos dice: “El tipo de procedimiento SUSTITUCIÓN se define como: Colocar un dispositivo biológico o sintético que sustituye total o parcialmente el lugar y/o la función de una estructura anatómica.

La estructura anatómica puede haber sido retirada o remplazada anteriormente, o bien ser retirada durante el procedimiento de sustitución. En este último caso **SUSTITUCIÓN también implica extraer la estructura anatómica nativa que se está sustituyendo**. Se codificará como procedimiento de **Retirada** la eliminación de un dispositivo insertado en un procedimiento previo de Sustitución.”

En el caso que usted plantea si la escisión del epiteloma basocelular afecta exclusivamente a la piel (Sistema Orgánico H Piel y Mama) no es necesario codificar la escisión de la misma (ya que va incluida en el tipo de procedimiento Sustitución).

Sin embargo, si la escisión se ha hecho sobre capas más profundas del sistema osteomuscular (por ejemplo tejido subcutáneo, fascia o múscu-

lo) se debe codificar la Escisión en el sistema orgánico correspondiente (distinto de H Piel y Mama) y después codificar la sustitución de piel con el injerto libre.

Además debe codificarse, como usted indica, la escisión de la piel donante según indica la norma B3.9.

18. Amputación infracondílea

¿Qué procedimiento debería elegir para un paciente al que se le realiza una amputación infracondílea del MII? No sé la diferencia entre:

- **Amputación muslo alto, medio o bajo**
- **Amputación pierna alto, medio o bajo**
- **Región de la rodilla**
- **Región femoral**

RESPUESTA

La amputación transtibial (infracondílea) es aquella que se realiza en el miembro inferior por debajo de la articulación de la rodilla. Para codificar una amputación infracondílea debe utilizar la tabla **0Y6** eligiendo el valor de Localización Anatómica que corresponda: **H** Pierna Derecha o **J** Pierna Izquierda.

En esa tabla los valores posibles para la séptima posición (Calificador) son:

- 1 Alta:** amputación a nivel de la porción proximal de la diáfisis.
- 2 Media:** amputación a nivel de la porción media de la diáfisis.
- 3 Baja:** amputación a nivel de la porción distal de la diáfisis.

Debe elegir el valor adecuado en función de la información que le aporten en el protocolo quirúrgico o en el informe del clínico responsable. La mayoría de las veces la amputación infracondílea es alta siendo el código a aplicar el siguiente:

0Y6J0Z1 Amputación de pierna, izquierda, alta, abordaje abierto

Los valores de Localización Anatómica **7** Región Femoral Derecha, **8** Región Femoral Izquierda, **F** Región de la Rodilla Derecha y **G** Región

de la Rodilla Izquierda, en la tabla 0Y6, sirven para codificar aquellas amputaciones que se realizan a través de una articulación (desarticulación) Toda esta información la puede consultar en el Manual de Codificación CIE-10-ES Procedimientos en el Capítulo 1 (punto 1.3)

19. Fibroscan de hígado

¿Cómo se codificaría un fibroscan de hígado?

RESPUESTA

La elastografía hepática (Fibroscan®) es una técnica que permite medir la elasticidad o rigidez hepática y cuantificar la fibrosis del hígado de forma sencilla e indolora.

El Fibroscan® (FS) funciona de manera similar a un aparato de ecografía. Dispone de una sonda emisora-receptora que emite dos tipos de ondas:

- Una onda elástica o pulso mecánico de vibración, que penetra en el tejido hepático.
- Una onda de ultrasonidos que capta la velocidad a la que se propaga la primera onda.
- La velocidad de propagación de la onda elástica es proporcional a la rigidez del tejido (cuanto más duro sea el tejido más rápido se propagará la onda). El resultado se expresa en unidades de kilopascal (kPa)⁴. La máquina procesa la información y genera en una pantalla una imagen correspondiente a la onda elástica, con un valor de rigidez hepática medido, como ya hemos dicho, en kilopascales.

El FS permite conocer la rigidez hepática mediante una exploración no invasiva, rápida, fácil, fiable y que ofrece un valor cuantitativo proporcional al grado de fibrosis hepática. Estas características han permitido su rápida y amplia utilización en diferentes enfermedades crónicas del hígado que requieren una evaluación de la fibrosis hepática.

⁴ <http://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-utilidad-del-fibroscan-evaluar-S0210570509003562#bib15>

Actualmente no existe en CIE 10 ES Procedimientos un código específico para esta prueba. De momento lo codificaremos en la Sección B Imagen, en el Sistema Orgánico F Sistema Hepatobiliar y Páncreas, con el tipo de procedimiento 4 Ecografía y valor de Localización Anatómica 5 Hígado.

20. Entero – RM

¿Cómo se codifica una enterorresonancia (Entero – RM)?

RESPUESTA

La edición actual de CIE-10-Es Procedimientos no incluye tablas para la codificación de la Resonancia Magnética en el sistema Gastrointestinal. De momento la única posibilidad es codificarla, en la tabla BW3 con el valor de localización anatómica **0 Abdomen**

21. Artroplastia de interposición

En una rizartrrosis de mano izquierda realizan una artroplastia de interposición según la siguiente técnica: se procede a la extirpación del trapecio, con interposición suspensión del tendón del Flexor Radial del Carpo (FCR). Los códigos de la intervención podrían ser:

- **TRANSFERENCIA DE TENDON: 0LX60ZZ, ó**
- **SUSTITUCIÓN: 0RRT07Z, ó**
- **SUPLEMENTO: 0RUT07Z, con o sin**
- **RESECCIÓN CARPO IZD: 0PTN0ZZ**

RESPUESTA

La artroplastia de interposición tendinosa es una técnica fácil de realizar cuyo objetivo es aliviar el dolor y evitar la inestabilidad de la articulación del pulgar sin perder movilidad ni fuerza.

La técnica quirúrgica consiste en extraer todo el trapecio y evitar la inestabilidad por el espacio creado por la trapecectomía interponiendo hemitendón del Flexor Radial del Carpo (FRC). El tendón del FRC es uno de los tendones más utilizados pero pueden utilizarse otros en

las diferentes técnicas que existen de artroplastia de interposición o interposición-suspensión. En cualquier caso cuando se usa tendón nativo del paciente se respeta una de sus inserciones (normalmente la distal) siendo liberado mediante sección del mismo de su inserción proximal. Al no tratarse de un injerto libre no debemos considerarlo un “dispositivo” y por tanto no debemos utilizar los tipos de procedimiento Suplemento o Sustitución. El tipo de procedimiento que debemos usar es Transferencia.

La trapecectomía se codifica en la tabla OPT. La localización anatómica a elegir es **M Carpo, Derecho** o **N Carpo, Izquierdo**. En este caso esa localización anatómica hace referencia a cada uno de los huesos del carpo. Si vamos al Índice Alfabético vemos:

Hueso piramidal

- buscar Carpo, Derecho
- buscar Carpo, Izquierdo

Hueso pisiforme

- buscar Carpo, Derecho
- buscar Carpo, Izquierdo

Hueso trapecio

- buscar Carpo, Derecho
- buscar Carpo, Izquierdo

Por tanto la trapecectomía debe codificarse con el tipo de procedimiento Resección.

En el caso de la pregunta planteada los códigos a utilizar son:

OPTN0ZZ Resección de carpo, izquierdo, abordaje abierto (-a)

0LX60ZZ Transferencia de tendón antebrazo y muñeca, izquierdo, abordaje abierto (-a)

22. Aloanticuerpo anti-Fya

¿Cómo se codifica la presencia de un aloanticuerpo anti- Fya? Consta en el informe de alta por indicación expresa de la hematóloga que le ha hecho el estudio pretransfusional.

RESPUESTA

Las células sanguíneas, hematíes, leucocitos y plaquetas, poseen en su membrana proteínas o polisacáridos que pueden actuar como antígenos y provocar la formación de anticuerpos en las personas que carecen de ellos. A este fenómeno se le denomina aloinmunización (antieritrocitaria en caso de anticuerpos contra antígenos eritrocitarios).

Se conocen más de 20 grupos de antígenos eritrocitarios codificados en otros tantos loci génicos, para los cuáles existen múltiples variantes alélicas. El resultado son más de 200 antígenos eritrocitarios identificables. Estos antígenos varían en su inmunogenicidad. Los más importantes a efectos transfusionales son los antígenos de sistema H/ABO y los del sistema Rhesus (Rh). Además de los antígenos del sistema H/ABO y del sistema Rhesus (Rh) existen antígenos de otros sistemas como Duffy (antígenos Fya y Fyb), Kell, etc.

La presencia de un aloanticuerpo frente al antígeno Fya puede ser un hallazgo a tener en cuenta para futuras transfusiones.

Esta situación no puede codificarse de manera específica con CIE-10-ES Diagnósticos, ya que no dispone de entrada en el Índice Alfabético ni de código específico. De momento utilizaremos la siguiente entrada:

I.A:

Anormal, anormalidad, anormalidades – véase además Anomalía

- resultado (-s) – véase además Resultados, anormales, sin diagnóstico

- - inmunológicos R89.4

- - - en suero R76.9

- - - - especificado NCOC R76.8

Y en la Lista Tabular:

R76.8 Otros resultados inmunológicos anormales especificados en suero

En el caso de una paciente embarazada, cuando esta isoinmunización afecta a la asistencia del embarazo o en un recién nacido deberemos

dirigirnos a códigos del capítulo correspondiente utilizando la entrada en el Índice Alfabético **Isoinmunización**.

Isoinmunización NCOC – véase además Incompatibilidad

23. Chalazión

Para el tratamiento del chalazión, a veces solamente inyectan una sustancia llamada Trigón® en el párpado. La pregunta es si el procedimiento es Destrucción o hay que utilizar un código de la sección Administración.

RESPUESTA

El chalazión o quiste de Meibomio es una inflamación crónica de las glándulas productoras de grasa (glándulas de Meibomio) localizadas en los párpados superior e inferior.

Uno de los tratamientos para el mismo es la inyección intralesional de corticoides (sobre todo triamcinolona). Este procedimiento debe codificarse en la Sección **3 Administración**, en el Sistema Orgánico **E Sistemas Fisiológicos y Regiones Anatómicas**, con el Tipo de Procedimiento **0 Introducción**. La localización anatómica que hay que elegir es **1 Tejido Subcutáneo**.

24. Cesárea

Referente a los ejemplos de la página 239 del Manual de Codificación de Diagnósticos y según la redacción del apartado 15.2.2 entiendo que:

- 1. Gestante de 39 semanas ingresa por rotura prematura de membranas, pero la causa que origina la cesárea es la presentación podálica (para mí, éste sería el DP)**
- 2. Gestante de 37 semanas y cuatro días, acude para cesárea por presentación podálica y oligoamnios severo (creo que es más grave el oligoamnios por lo tanto, en mi opinión constituye el DP ya que también influye en la decisión de**

realizar esa cesárea). Por favor, ¿me podrían aclarar los conceptos?

RESPUESTA

En el primer ejemplo nos dicen literalmente que ingresa **por rotura prematura de membranas** aunque la cesárea se haya realizado por presentación podálica. La normativa en el punto 15.2.2. EPISODIOS CON PARTO, dice lo siguiente:

“El diagnóstico principal debe corresponder a la circunstancia o complicación más importante que causa el ingreso. En casos de cesárea, la selección del diagnóstico principal debe realizarse en función de la afección que, después del estudio, se estableció como **responsable del ingreso de la paciente**. Si la paciente fue ingresada con una afección que dio lugar a la cesárea, dicha afección debe considerarse diagnóstico principal. **Si el motivo de ingreso no está relacionado con la afección que dio lugar a la cesárea, se debe seleccionar como diagnóstico principal la afección que motivó el ingreso.**”

En el segundo ejemplo se trata de una cesárea electiva y no sabemos realmente si el motivo de la decisión fue la situación podálica a la que ahora se ha sumado un oligoamnios o a la inversa o ambas. Si se dispone de documentación que avale que el motivo de la cesárea y del ingreso es el oligoamnios, este será el diagnóstico principal. Pero debe tener en cuenta que cuando hay dos afecciones que pueden haber motivado el ingreso y la cesárea, la norma general indica que cualquiera de ellas puede ser diagnóstico principal.

25. Catéter de diálisis peritoneal

Cuando tenemos que codificar procedimientos sobre la diálisis peritoneal nos surgen varias dudas. Cuando insertamos un dispositivo para la creación de una fístula cutáneo-peritoneal para diálisis, ¿debemos considerarlo como una derivación con dispositivo? ¿O una inserción de dispositivo en cavidad peritoneal? ¿Qué tipo de dispositivo? ¿Cómo debemos considerar el dispositivo en los procedimientos de Retirad, Cambio y Revisión? ¿Cómo dispositivos de infusión o dispositivos de drenaje?

RESPUESTA

La diálisis peritoneal es una técnica simple y efectiva como terapia renal sustitutiva alternativa a la hemodiálisis cuando la función renal presenta un deterioro importante (entre un 5-15% de su capacidad). El papel de la diálisis peritoneal como alternativa a la hemodiálisis ha ido incrementándose en los últimos años, siendo la tasa de utilización de esta técnica en 2013 de 21 pacientes por cada millón de habitantes (1,2). Para la colocación del catéter de diálisis peritoneal el tipo de procedimiento debe ser codificado como **INSERCIÓN** de dispositivo en cavidad peritoneal **DISPOSITIVO DE INFUSIÓN**. El abordaje será el utilizado en el acto.

El método original de colocación del catéter de diálisis peritoneal fue descrito por Henry Tehckhoff en 1968, usando un catéter de silicona con un doble cuff de Dacron. Desde entonces, varias modalidades de colocación han sido propuestas y discutidas, ya que ninguna de ellas ha demostrado superioridad en la prevención de complicaciones en el postoperatorio. La técnica abierta, mediante la realización de una minilaparotomía, es la más extendida debido a su simplicidad y bajo coste, por encima de la vía percutánea mediante la técnica de Seldinger. Otras técnicas de visualización directa son la video laparoscopia, introducida por Adamson y Amerling en 1990, y la peritoneoscopia, introducida por Ash.

La retirada debe ser codificada con el tipo de procedimiento **RETIRADA** de dispositivo de cavidad peritoneal, con el tipo de dispositivo **DISPOSITIVO DE INFUSIÓN**, con el abordaje empleado durante el proceso.

La recolocación o revisión del mismo será codificado con el tipo de procedimiento **REVISIÓN** de dispositivo de cavidad peritoneal, con el tipo de dispositivo **DISPOSITIVO DE INFUSIÓN**, y el abordaje empleado.

En cuanto al cambio en el mismo acto de un catéter por otro, deben ser codificados ambos actos como **RETIRADA** y como **INSERCIÓN** de dispositivo en cavidad peritoneal, **DISPOSITIVO DE INFUSIÓN**.

26. Código Z51.5 Contacto para cuidados paliativos

Cuando un paciente ingresa para recibir cuidados paliativos por neoplasia de pulmón con metástasis pulmonares bilaterales y ganglionares

¿se podrían codificar los cuidados paliativos como diagnóstico principal? ¿En qué circunstancias se debe utilizar este código como diagnóstico principal?

RESPUESTA

El objetivo de los cuidados paliativos es proporcionar bienestar a los pacientes con una enfermedad grave. Previenen o tratan síntomas y efectos secundarios de la enfermedad y los tratamientos, y también problemas emocionales, sociales,... que provoca la enfermedad.

En el caso concreto que se plantea, si el motivo de ingreso es recibir cuidados paliativos se puede utilizar el **Z51.5 Contacto para cuidados paliativos** como diagnóstico principal, ya que en la lista tabular de CIE10ES Diagnósticos bajo la categoría **Z51 Contacto para otros cuidados posteriores** aparece la instrucción: Codifique además la afección que requiere cuidados. Esta instrucción indica que se codifique la afección pero no indica que deba ser secuenciada en primer lugar. Se deberán asignar como códigos adicionales el de la neoplasia y las metástasis con sus correspondientes códigos de morfología.

Cuando un paciente ingresa para tratamiento (excepto radioterapia, quimioterapia o inmunoterapia) o estudio diagnóstico del tumor el diagnóstico principal deberá ser la neoplasia pudiendo añadir el código **Z51.5 Contacto para cuidados paliativos** si el paciente recibiera cuidados paliativos en el mismo ingreso. Estos casos junto aquellos en los que el ingreso es exclusivamente para tratamiento de manifestaciones del tumor y no se realiza ningún tratamiento o estudio de extensión de la neoplasia, en los que la complicación se codifica primero (respetando instrucciones y convenciones de la lista tabular) y pueden llegar a recibir cuidados paliativos en el mismo ingreso, serán en la práctica más frecuentes en hospitales de agudos.

Por tanto, el código **Z51.5 Contacto para cuidados paliativos** puede ser utilizado como diagnóstico principal o secundario dependiendo si cumple o no con la definición de diagnóstico principal. En los casos en que se utilice como diagnóstico principal se deberá asignar como código adicional el de la afección que requiere cuidados tales como neoplasias u otras enfermedades terminales.

27. Bacteriemia

A la hora de codificar una bacteriemia por *Estafilococo aureus* los códigos a utilizar serían: R78.81 + B95.61, basándonos en lo que recoge el Manual: “Bacteriemia: es la presencia de microorganismos viables en el torrente sanguíneo sin repercusión clínica sistémica. Puede equipararse a la presencia de virus (viremia) u hongos (funguemia). Se codificará como R78.81 Bacteriemia, B34.9 Viremia o como B49 Funguemia, añadiendo el correspondiente código de identificación del germen”. Pero en la CIE 10 ES bajo el código R78.81 hay un excluye 1 que dice:

R78.81 Bacteriemia

Excluye 1:

- sepsis - codifique como infección especificada (A00-B99)

¿Este Excluye 1 no permite poner el B95.61?

RESPUESTA

El significado de los términos bacteriemia y sepsis es diferente. El **Excluye 1** que aparece en la Lista Tabular bajo el código **R78.81 Bacteriemia**, hace referencia a que si la bacteriemia por un determinado germen aparece en el seno de una sepsis por ese microorganismo, solo es necesario codificar la sepsis.

El Índice Alfabético también nos indica lo mismo:

Bacteriemia

con sepsis – véase Sepsis

En la próxima edición de CIE 10 ES Diagnósticos en Enero de 2018 el código R78.81, en la Lista Tabular, quedará de la siguiente manera (desaparece el rango de categorías):

R78.81 Bacteriemia

Excluye 1: sepsis – codifique como infección especificada

Para la codificación de la bacteriemia y la sepsis puede consultar el Manual de Codificación CIE 10 ES Diagnósticos, Capítulo 1, punto

1.2 y la pregunta número 1 del Cuaderno de Codificación del segundo semestre 2016.

28. TAC de tórax

En relación a la pregunta 56 contestada en el 2º cuaderno de codificación del 2º semestre de 2016 nos ha surgido una duda. Si con esta prueba lo que estamos inspeccionado son los pulmones (en Sistema Respiratorio), ¿sería correcto utilizar el código BB24ZZZ (TAC de pulmones bilateral) o debemos utilizar el código de la tabla BW2 con Localización Anatómica 4 Tórax y Abdomen?

RESPUESTA

La elección de uno u otro código dependerá de la información clínica de la que se disponga. Si nos indican solamente TAC de tórax y se han explorado diferentes estructuras contenidas en la caja torácica deberá utilizarse el Sistema Orgánico W Regiones Anatómicas tal como se indica en la pregunta del Cuaderno de Codificación a la que hace usted referencia. Si por el contrario el TAC es exclusivamente de pulmón porque es la estructura anatómica que interesa estudiar, y así se nos especifica, es correcto utilizar el Sistema Orgánico B Sistema Respiratorio.

29. Tuberculosis y EPOC

Paciente con EPOC que ingresa por tuberculosis pulmonar. El manual nos dice: “Si la EPOC coexiste con infección aguda de vías respiratorias inferiores, se asigna el código J44.0, con un código adicional para identificarla: J22 Infección aguda del tracto respiratorio inferior, no especificada o J20.- Bronquitis aguda o el código de neumonía o bronconeumonía que proceda” Teniendo en cuenta que la tuberculosis es una infección pulmonar. ¿La codificación correcta sería J44.0 - A15.0 en este orden?

RESPUESTA

Las infecciones respiratorias agudas se definen como aquellas infecciones del aparato respiratorio, causadas tanto por virus como por bac-

terias, que tienen una evolución menor a 15 días, y que se manifiestan con síntomas relacionados con el aparato respiratorio tales como tos, rinorrea, obstrucción nasal, odinofagia, disfonía o dificultad respiratoria, acompañados o no de fiebre.

Por otra parte se consideran vías respiratorias altas la nariz, faringe y laringe. Y vías respiratorias bajas la tráquea, bronquios y pulmones

La tuberculosis es una infección que aunque afecta mayoritariamente a los pulmones puede afectar a otros órganos y cuyo tratamiento en fase activa se realiza con combinaciones de fármacos antituberculosos con pautas de seis meses de tratamiento y a efectos de codificación, no debe considerarse como una infección aguda de las vías respiratorias inferiores.

Las infecciones respiratorias a las que hace referencia el código **J44.0 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección aguda de las vías respiratorias inferiores**, son infecciones respiratorias clasificadas en el capítulo 10 de Enfermedades del aparato respiratorio, (neumonía y otras infecciones agudas del tracto respiratorio inferior).

Las infecciones clasificadas en el capítulo 1 deben codificarse como patologías específicas distintas a las infecciones que han sido clasificadas por capítulos atendiendo a criterios anatómicos y orgánicos.

En la consulta que plantea, el ingreso se ha producido por una tuberculosis pulmonar por lo que debe codificarse dicha afección en primer lugar, secuenciando a continuación la EPOC.

DP A15.0 Tuberculosis del pulmón

DS J44.9 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica NEOM.

30. ACTP fallida

¿Cómo debe codificarse una ACTP fallida?

RESPUESTA

A la hora de codificar una ACTP (Angioplastia Coronaria Transluminal Percutánea) hemos de tener en cuenta la norma B3.3 que dice: *“Si el procedimiento que se pretende realizar queda interrumpido se codifica de acuerdo al tipo de procedimiento que se ha realizado. Si se interrumpe un procedimiento antes de que se haya realizado cualquier tipo de pro-*

cedimiento, se codifica como Inspección de la localización anatómica o del órgano afectado.”

Una ACTP se puede considerar fallida en dos situaciones:

- 1.- Se ha conseguido atravesar la obstrucción pero el inflado de balón no ha sido efectivo. En este caso el tipo de procedimiento adecuado sería “Dilatación”.
- 2.- No se ha conseguido atravesar la obstrucción y por tanto no se ha realizado ningún tipo de procedimiento (efectivo o no). Siguiendo la norma B3.3 el tipo de procedimiento a utilizar sería “Inspección” con el siguiente código:

02JA3ZZ Inspección de corazón, abordaje percutáneo

31. Estudio electrofisiológico

¿Qué valor debemos elegir en la posición seis cuando codificamos un estudio electrofisiológico (EEF)?

RESPUESTA

El Estudio Electrofisiológico es un procedimiento invasivo que permite evaluar el estado del sistema de conducción eléctrico del corazón. Tiene gran utilidad diagnóstica y permite conocer el tipo y gravedad de las arritmias, el lugar del corazón donde se originan y los trastornos que producen. Sirve además para enfocar mejor el tratamiento que debe aplicarse. La base de los estudios electrofisiológicos es el registro de la actividad eléctrica del corazón desde su interior, con el fin de estudiar su secuencia de activación en condiciones basales, durante distintas arritmias y en respuesta a la estimulación programada del corazón.

En el Índice Alfabético encontramos:

EEF (Estimulación Electrofisiológica) - véase Medición, Cardíaca 4A02
Estimulación Electrofisiológica (EEF) - véase Medición, Cardíaca 4A02
Estímulo, Cardíaco

- Pruebas Electrofisiológicas – véase Medición, Cardíaca 4A02

Estudio

- Estimulación electrofisiológica, Cardíaca - véase Medición, Cardíaca 4A02

En la posición seis elegiremos el valor **4 Actividad Eléctrica** para codificar los estudios electrofisiológicos.

32. Sepsis viral

¿Cómo debe codificarse la sepsis viral?

RESPUESTA

CIE 10 ES Diagnósticos no proporciona en la actualidad un código específico para la codificación de la sepsis viral. En el IAE, bajo el término principal “Sepsis” solo hay un modificador esencial que hace referencia a un tipo específico de virus

Sepsis

herpes virus B00.7

Por otro lado bajo el término Sepsis encontramos el siguiente modificador esencial:

Sepsis

-organismo especificado NCOC A41.89

Pero al ir a la Lista Tabular vemos que dicho código A41.89 Otras sepsis especificadas, pertenece a la Sección A30 – A49 OTRAS ENFERMEDADES **BACTERIANAS** (y queremos codificar una infección viral) De momento, y hasta que la clasificación disponga de un código más adecuado codificaremos la sepsis vírica utilizando el código de la infección viral que corresponda, añadiendo el código **R65.20 Sepsis grave sin shock séptico**, si se trata de una sepsis grave, o el **R65.21 Sepsis grave con shock séptico**, si se acompaña de shock séptico. Parece razonable

pensar que un ingreso por sepsis vírica suele estar asociado a gravedad, por lo que se recomienda que cuando se produzca un ingreso por sepsis vírica y no esté documentada como sepsis grave o tenga fallo orgánico asociado, se consulte con el facultativo y si existe criterio de gravedad quede reflejado en la documentación clínica.

Al elegir el código para la infección viral que corresponda debemos buscar si la clasificación nos permite utilizar algún código que haga referencia a “con otras complicaciones” o “con manifestaciones especificadas NCOC” y si existe esa opción deberemos elegir ese código para clasificar la sepsis (ver pregunta 22 del Cuaderno de Codificación 2º semestre de 2016)

Para las infecciones virales no especificadas utilizaremos el código **B33.8 Otras enfermedades virales especificadas**, al que añadiremos si procede el código R65.20 o el código R65.21.

33. Bypass Aorta Torácica – Bifemoral

¿Qué localización anatómica debemos utilizar para poder codificar un bypass de aorta torácica a arterias bifemorales?

RESPUESTA

Las opciones actuales que ofrece la clasificación son malas para la codificación de este procedimiento.

La tabla **021** Derivación en el sistema orgánico Corazón y Grandes Vasos incluye el valor adecuado de localización anatómica **W** Aorta Torácica, Descendente, **X** Aorta Torácica, Ascendente/Arco, pero no contiene ningún valor de calificador adecuado.

La tabla **041** de Derivación en el sistema orgánico Arterias Inferiores incluye un calificador apropiado, **K** Arterias Femorales Bilateral, pero en la posición cuatro de Localización Anatómica, el valor más aproximado es **0** Aorta Abdominal, que no describe correctamente la localización desde donde se realiza el bypass.

Para poder codificar una derivación arterial que comunique arterias por encima del diafragma con arterias por debajo del mismo, solo podemos utilizar la tabla **031** Derivación en el sistema orgánico Arterias Superiores. En esta tabla el calificador más aproximado es **C** Arteria

Pierna, Bilateral. Para estos calificadores, los valores posibles de localización anatómica son:

- 2 Arteria Innominada
- 5 Arteria Axilar, Derecha
- 6 Arteria Axilar, Izquierda
- 3 Arteria Subclavia, Derecha
- 4 Arteria Subclavia, Izquierda

Hasta que sean incorporados valores de Localización Anatómica más adecuados, se estima que la opción provisional para identificar estos procedimientos es codificarlo como derivación de **2** Arteria Innominada, a **C** Arteria Pierna, Bilateral, dado que en la práctica no es frecuente este tipo de derivación y podría servir para la recuperación de la información de derivaciones aortotorácico-bifemorales.

34. Catéter doble J

¿Qué tipo de procedimiento es el adecuado para la colocación de un catéter doble J?

RESPUESTA

La codificación del tipo de procedimiento dependerá del objetivo que se pretenda alcanzar con su inserción; el catéter doble J puede estar indicado con dos objetivos terapéuticos diferenciados: Drenaje y Dilatación.

Ej.: Paciente con estado de postnefrectomía parcial derecha que ingresa por fístula urinaria y colección de líquido retroperitoneal. A través de uretra, se coloca una endoprótesis ureteral doble J con **extremo superior en pelvis renal** y extremo inferior en vejiga.

Objetivo del procedimiento: Facilitar el drenaje de la orina por vejiga en vez de por la fístula.

0T9380Z Drenaje en pelvis renal, derecha, con dispositivo de drenaje, abordaje orificio natural o artificial endoscópico.

Ej.: Paciente con estenosis ureteral (postlitiásica) derecha. Se coloca a través de uretra una endoprótesis ureteral doble J para mantener dilatado el uréter.

Objetivo del procedimiento: Mantener dilatado el calibre del uréter
0T768DZ Dilatación de uréter, derecho, con dispositivo intraluminal, abordaje orificio natural o artificial endoscópico.

35. Inserción de catéter para braquiterapia en mama

En ocasiones, a algunas pacientes con cáncer de mama, al realizarles la tumorectomía, se les deja colocados, en el lecho quirúrgico, unos catéteres plásticos con un extremo externo, con la finalidad de aplicar posteriormente braquiterapia de alta tasa de dosis de forma ambulatoria. ¿Cómo se codifica la inserción de dichos catéteres?

RESPUESTA

Dichos catéteres son utilizados posteriormente para colocar en su interior la fuente radiactiva (por ejemplo semillas de iridio). La paciente acude de forma ambulatoria para la inserción de dicha fuente de radiación que permanece durante unos minutos en el interior de los catéteres siendo después retirada hasta la siguiente sesión.

La tabla **0HH** de **Inserción en el sistema orgánico Piel y Mama** actualmente solo dispone de dos valores en la posición seis (Dispositivo): **1 Elemento Radiactivo** y **N Expansor Tisular**.

Por elemento radiactivo se entiende la propiedad que tienen ciertos elementos como el radio, polonio, uranio, etc. de emitir espontáneamente partículas o rayos por desintegración del núcleo atómico. Los dispositivos que son insertados en la paciente en el momento de la cirugía son el medio necesario para la administración del elemento radiactivo en la braquiterapia, pero no son elementos radiactivos en sí mismos. Por tanto no debe codificarse el procedimiento de inserción de los mismos, ya que forman parte (necesaria) del procedimiento de la braquiterapia y además una vez finalizada la misma, dichos dispositivos son retirados.

36. TOT

¿Cuál es el tipo de procedimiento adecuado para codificar la inserción de una cinta TOT en el tratamiento de la incontinencia de stress?

RESPUESTA

En este procedimiento de corrección de la incontinencia urinaria con malla transobturadora libre de tensión, la cinta no ejerce ninguna fuerza o presión para que se produzca un cambio en el ángulo de la uretra. El dispositivo se coloca bajo la uretra, a modo de tirante, para impedir que ésta descienda cuando se realiza un esfuerzo, evitando de esta forma la pérdida de orina. La cinta actúa como refuerzo y por tanto el tipo de procedimiento adecuado es Suplemento, utilizando la localización anatómica Uretra.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, CONSUMO
Y BIENESTAR SOCIAL

www.msbs.es