

Cuadernos de Codificación CIE-10-ES

TÉCNICAS EN OFTALMOLOGÍA Preguntas a la Unidad

Nº 6, 2º SEMESTRE 2018

UNIDAD TÉCNICA DE CODIFICACIÓN CIE-10-ES

MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL

Formato provisional. Pendiente de publicación oficial.

Cuadernos de Codificación

CIE-10-ES

TÉCNICAS EN OFTALMOLOGÍA

Preguntas a la Unidad

Las actualizaciones normativas contenidas en este cuaderno tienen vigencia para la codificación de altas con fecha a partir del 01-01-2019

EQUIPO EDITORIAL

COORDINACIÓN EDITORIAL

Dolores **PASTOR SANMILLÁN**

Subdirección General de Información Sanitaria. MSCBS

Susana **PATO ALONSO**

Colaborador ISDEFE. MSCBS

Antonio **RUIZ POLONIO**

Colaborador ISDEFE. MSCBS

AUTORES DEL MONOGRÁFICO TÉCNICAS EN OFTALMOLOGÍA

ROCÍO LORENZO ORTEGA

ALFONSO MARTÍNEZ REINA

CAROLINA CONEJO GÓMEZ

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

Aránzazu **PISANO BLANCO**

Representante del Principado de Asturias

Fernando M^a **VARELA NOREÑA**

Representante de la Comunidad Autónoma de Baleares

Balbina **SANTANA EXPÓSITO**

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 VILLAHUZ**

Representante de la Comunidad Autónoma de Castilla-León

Susanna **GELABERT BADELL**

Representante de la Comunidad Autónoma de Cataluña

Pilar **PALAU MUÑOZ**

Representante de la Comunidad Valenciana

Formato provisional. Pendiente de publicación oficial.

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 Autónoma 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 de País Vasco

Montserrat **SÁNCHEZ FUENTES**

Representante de la Comunidad Autónoma de la Rioja

Carolina **CONEJO GÓMEZ**

Representante de la SEDOM

M^a Carmen **SALIDO CAMPOS**

Colaboradora MSCBS

Antonio **RUIZ POLONIO**

Colaborador MSCBS

Susana **PATO ALONSO**

Colaboradora MSCBS

Dolores **PASTOR SANMILLÁN**

Coordinadora Unidad Técnica CIE-10-ES. MSCBS

MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL. CENTRO DE PUBLICACIONES

Paseo del Prado, 18. 28014 Madrid

NIPO en línea:

Maquetación

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

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

AUTORES

Rocío Lorenzo Ortega

Médico especialista en Oftalmología. Médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública.

Alfonso Martínez Reina

Médico de Admisión y Documentación Clínica. Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga.

Carolina Conejo Gómez

Médico de Admisión y Documentación Clínica. Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga. Unidad Técnica CIE-10-ES.

INTRODUCCIÓN

La finalidad del presente documento es realizar una recopilación exhaustiva de técnicas oftalmológicas y de su codificación utilizando la clasificación en vigor, CIE-10-ES Procedimientos, 2ª edición.

Para cada una de las estructuras del ojo y de sus anejos se hace una relación completa de los procedimientos realizados sobre la misma enumerando el nombre del procedimiento, los posibles sinónimos utilizados para referenciarlo, el objetivo del procedimiento, la descripción de la técnica realizada y, en función de estos elementos, la relación de códigos CIE-10-ES Procedimientos que deben ser asignados para su correcta codificación.

Para los objetivos y la descripción de las técnicas se han utilizado los textos señalados en la bibliografía.

Contenido

A. CODIFICACIÓN DE LAS TÉCNICAS EN OFTALMOLOGÍA MEDIANTE LA CLASIFICACIÓN CIE-10-ES PROCEDIMIENTOS.....	13
CÓRNEA.....	13
CRISTALINO Y CÁMARA POSTERIOR.....	23
CIRUGÍA DE MÚSCULOS EXTRAOCULARES.....	28
CONJUNTIVA	32
IRIS.....	35
RETINA Y VÍTREO	37
CERCLAJE ESCLERAL.....	45
ÓRBITA Y OCULOPLASTIA.....	48
VÍA LACRIMAL.....	60
GLAUCOMA	65
BIBLIOGRAFÍA.....	72
AGRADECIMIENTOS.....	73
B. PREGUNTAS A LA UNIDAD	74
ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS.....	74
NEOPLASIAS.....	75
ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	78
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO.....	79
ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO.....	79
ENFERMEDADES DEL OÍDO	80
ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	81
ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO	81
ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	84
ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO.....	86
ENFERMEDADES DE LA PIEL Y EL TEJIDO SUBCUTÁNEO	90
ENFERMEDADES DEL SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO Y DEL TEJIDO CONECTIVO.....	91
ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO	91
EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.....	93
CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL.....	95
FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD.....	98
MISCELÁNEA.....	99

A. CODIFICACIÓN DE LAS TÉCNICAS EN OFTALMOLOGÍA MEDIANTE LA CLASIFICACIÓN CIE-10-ES PROCEDIMIENTOS

CÓRNEA

ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA

Es una estructura transparente y avascular cuya principal función es la de permitir la transmisión de la luz a través del ojo y contribuir al enfoque de la imagen en la retina. En su periferia gradualmente se transforma en esclera, siendo la zona de transición entre ambas estructuras el limbo esclerocorneal. En la córnea se diferencian 5 capas: el epitelio, la membrana de Bowman, el estroma, la membrana de Descemet y el endotelio.

SUTURA CORNEAL

- Objetivo

Reparar una herida corneal.

- Descripción

Suturar una solución de continuidad en la córnea.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08Q8XZZ	Reparación de córnea, derecha, abordaje externo
08Q9XZZ	Reparación de córnea, izquierda, abordaje externo

- Observaciones

En aquellos casos en que la sutura esté implícita en el procedimiento no se asignará código.

RETIRADA DE SUTURA CORNEAL

- Objetivo

Retirar una sutura por cualquier intervención previa sobre córnea.

- Descripción

Localizar la sutura, cortar con cuchillete de 15º y tirar suavemente de uno de los extremos hasta liberar la sutura completamente. Repetir en cada una de las suturas.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

8E09XY8	Otros procedimientos en región de cabeza y cuello, otro método , retirada de sutura, abordaje externo
---------	---

- Observaciones

La retirada de una sutura corneal se codifica mediante un código poco específico de la sección **8 Otros Procedimientos** con el tipo de procedimiento **0** Otros Procedimientos. Este procedimiento se define como “métodos que intentan paliar o curar una afección o enfermedad” y solo permite como Localización Anatómica una región anatómica genérica sin contemplar la posibilidad de especificar la lateralidad.

QUERATOTOMÍA RADIAL

- Objetivo

Corrección de ametropías utilizando incisiones para modificar la curvatura.

- Descripción

Se realizan una serie de incisiones radiales en la córnea de diferente profundidad en función de la ametropía a corregir. Siempre se deja libre el eje pupilar, consiguiendo así una modificación de la curvatura corneal mediante la cicatrización de las incisiones que permita compensar el déficit visual.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08Q8XZZ	Reparación de córnea, derecha, abordaje externo
08Q9XZZ	Reparación de córnea, izquierda, abordaje externo

- Observaciones

La CIE-10-ES Procedimientos no ofrece un código más específico para la queratotomía radial, por lo que debe utilizarse el tipo de procedimiento Reparación, en la sección 0 Médico-Quirúrgica.

QUERATECTOMÍA FOTOTERAPÉUTICA NO REFRACTIVA

PTK (Phototherapeutic Keratectomy) no refractiva

- Objetivo

Obtener una superficie corneal regular.

- Descripción

Tras la eliminación de la capa superficial de la córnea mediante una solución alcohólica, se aplica láser excimer sobre la zona a tratar para eliminar la opacidad o lesión y recuperar la agudeza visual.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

0858XZZ	Destrucción de córnea, derecha, abordaje externo
0859XZZ	Destrucción de córnea, izquierda, abordaje externo

QUERATECTOMÍA REFRACTIVA LASIK (LÁSER ASSISTED IN SITU KERATOMILEUSIS)

PTK (Phototherapeutic keratectomy) refractiva / Queratomileusis

- Objetivo

Corrección de ametropías modificando la curvatura corneal con asistencia de láser.

- Descripción

Tras la creación de un colgajo corneal superficial, éste se separa y deja expuesto el estroma, donde, mediante aplicación de láser excimer, se destruye tejido corneal con fines refractivos. Inmediatamente después de aplicar el láser, el colgajo corneal superficial se recoloca en su posición inicial.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

0858XZZ	Destrucción en córnea, derecha, abordaje externo
0859XZZ	Destrucción en córnea, izquierda, abordaje externo

- Observaciones

La CIE10ES Procedimientos en la tabla de Destrucción, sólo permite el abordaje externo cuando se actúa sobre cornea.

QUERATECTOMÍA REFRACTIVA LASEK (LÁSER ASSISTED SUBEPITHELIAL KERATOMILEUSIS)

PTK (Phototherapeutic keratectomy) refractiva / Queratectomía fototerapéutica refractiva

- Objetivo

Corrección de ametropías modificando la curvatura corneal con asistencia de láser.

- Descripción

Destrucción de tejido corneal estromal con fines refractivos mediante láser excimer previa eliminación química del epitelio corneal suprayacente.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

0858XZZ	Destrucción de córnea, derecha, abordaje externo
0859XZZ	Destrucción de córnea, izquierda, abordaje externo

- Observaciones

La tabla 085 Destrucción solo permite, para la localización anatómica Córnea, Derecha o Córnea, Izquierda, el abordaje externo.

CROSS-LINKING

- Objetivo

Reforzar y estabilizar la superficie corneal en pacientes con patologías que producen debilidad corneal progresiva y ectasias corneales (queratocono, queratoglobo, degeneración marginal pellúcida, etc.)

También se ha demostrado que tiene efectos antiedema y propiedades antimicrobianas, por lo que también se emplea en queratopatía bullosa o queratitis infecciosa entre otras.

- Descripción

La técnica consiste en instilar un colirio de riboflavina sobre la córnea y posteriormente aplicar una radiación UVA para la estimulación de la sustancia. Esto origina una reacción que produce el fortalecimiento del colágeno corneal y de esta manera se puede detener la evolución de las ectasias corneales.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08Q8XZZ	Reparación de córnea, derecha, abordaje externo
08Q9XZZ	Reparación de córnea, izquierda, abordaje externo

3E0CXGC	Introducción en ojo de otra sustancia terapéutica, otra sustancia, abordaje externo
---------	---

IMPLANTE DE ANILLO INTRACORNEAL

Anillos intraestromales / Anillos de Ferrara / Segmentos intracorneales

- Objetivo

Aplanar la córnea y disminuir astigmatismos irregulares, mejorando la agudeza visual. Generalmente se aplican en queratoconos y otras patologías que derivan en ectasias corneales.

- Descripción

Se hace una incisión corneal. Desde dicha incisión se crean el / los túneles según el caso. Finalmente se procede a implantar el / los segmentos, en la localización definida previamente en el estudio de topografía corneal.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08U83JZ	Suplemento en córnea, derecha, con sustituto sintético, abordaje percutáneo
08U93JZ	Suplemento en córnea, izquierda, con sustituto sintético, abordaje percutáneo

QUERATOPLASTIA PENETRANTE

Trasplante córnea de espesor total

- Objetivo

Cambiar una córnea patológica por una cornea sana de donante cadáver.

- Descripción

Tras haber obtenido y preparado el botón corneal donante se realiza trepanación en la córnea receptora de un tamaño similar al botón donante. Se extrae el botón patológico y se implanta el donante, a cielo abierto. Se realiza sutura corneal continua entre el borde corneal receptor y el borde del botón donante.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08R8XKZ	Sustitución de córnea, derecha, con sustituto de tejido no autólogo, abordaje externo
08R9XKZ	Sustitución de córnea, izquierda, con sustituto de tejido no autólogo, abordaje externo

- Observaciones

Para CIE-10-ES Procedimientos (Norma B3.16) la córnea es una capa de tejido y no se considera una parte del cuerpo de la misma manera que estructuras complejas tales como el pulmón, el hígado y el riñón. El trasplante de córnea y de las válvulas cardíacas se clasifica en el tipo de procedimiento R Sustitución

QUERATOPLASTIA LAMELAR ANTERIOR SUPERFICIAL

ALK (Automated lamellar keratoplasty) / ALTK (Automated lamellar therapeutic keratoplasty) / SALK (Superficial Anterior Lamellar Keratoplasty) / Trasplante córnea lamelar superficial

- Objetivo

Tiene como finalidad la recuperación de la integridad óptica de la córnea, siendo sus principales indicaciones las opacidades (*haze*) e irregularidades corneales anteriores: leucomas traumáticos, quirúrgicos o postinfecciosos, y distrofias epiteliales y estromales anteriores.

El término lamelar o laminar hace referencia al reemplazo o sustitución únicamente de una lámina del tejido corneal dañado por una lámina de la córnea de tejido donante, dejando intacto el restante tejido corneal normal.

- Descripción

Consiste en la extirpación de un disco de tejido corneal anterior, respetando endotelio, membrana de Descemet y parte del estroma. Existen dos modos de realizar el procedimiento.

El primero consiste en la obtención, en el mismo acto quirúrgico, de lenticulos del mismo tamaño y grosor en el ojo donante cadáver y en el receptor.

La segunda opción consiste en conseguir la concordancia entre ambos lenticulos en dos actos quirúrgicos diferentes. En un primer tiempo se crea un colgajo corneal anterior en bisagra y en un segundo tiempo se inserta el lenticulo donante.

En ambos modos la técnica consiste en la retirada de un lenticulo corneal superficial en el ojo receptor, preparación del lenticulo donante y finalmente inserción de este último en el lecho corneal receptor fijándose mediante sutura de los bordes.

- Codificación mediante CIE-10-ES

Procedimientos en un tiempo

08R8XKZ	Sustitución de córnea, derecha, con sustituto de tejido no autólogo, abordaje externo
08R9XKZ	Sustitución de córnea, izquierda, con sustituto de tejido no autólogo, abordaje externo

Procedimiento en dos tiempos

Primer tiempo

08B8XZZ	Escisión de córnea, derecha, abordaje externo
08B9XZZ	Escisión de córnea, izquierda, abordaje externo

Segundo tiempo

08R8XKZ	Sustitución de córnea, derecha, con sustituto de tejido no autólogo, abordaje externo
08R9XKZ	Sustitución de córnea, izquierda, con sustituto de tejido no autólogo, abordaje externo

QUERATOPLASTIA LAMELAR ANTERIOR PROFUNDA

DALK (Deep Anterior Lamellar Keratoplasty)/ DLK (Diffuse Lamellar Keratoplasty)/ Trasplante córnea lamelar profundo

- Objetivo

El objetivo es llegar a exponer o disecar la membrana de Descemet y trasplantar todo el epitelio y estroma corneal, consiguiendo un lecho receptor homogéneo.

El término lamelar o laminar hace referencia al reemplazo o sustitución únicamente de una lámina del tejido corneal dañado por una lámina de la córnea de tejido donante, dejando intacto el restante tejido corneal normal.

- Descripción

Sustituir todo el tejido corneal estromal anterior dañado por tejido corneal sano de donante cadáver dejando solo la membrana de Descemet y el endotelio.

La técnica consiste en la retirada de un lentículo corneal superficial que exponga la membrana de Descemet en el ojo receptor; se prepara el lentículo donante hasta la membrana de Descemet y finalmente se inserta al lecho corneal receptor fijándose mediante sutura de los bordes.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08R8XKZ	Sustitución de córnea, derecha, con sustituto de tejido no autólogo, abordaje externo
08R9XKZ	Sustitución de córnea, izquierda, con sustituto de tejido no autólogo, abordaje externo

QUERATOPLASTIA LAMELAR POSTERIOR

Queratoplastia endotelial lamelar profunda / Queratoplastia Endotelial / DSAEK (Descemet Stripping Automated Endothelial Keratoplasty) / DMEK (Descemet Membrane Endothelial Keratoplasty) / Trasplante endotelial de cornea

- Objetivo

Trasplantar el tejido endotelial corneal.

Preservar el estroma sano y reemplazar sólo el endotelio disfuncionante. Se realiza en patologías del endotelio corneal, con estroma intacto.

El término lamelar o laminar hace referencia al reemplazo o sustitución únicamente de una lámina del tejido corneal dañado por una lámina de la córnea de tejido donante, dejando intacto el restante tejido corneal normal.

- Descripción

De la córnea donante se obtiene un lentículo anterior de 250 µm de profundidad. Luego se realiza una trepanación de la córnea restante para obtener el botón posterior, que se cubre con viscoelástico hasta su utilización. En el ojo receptor, para la disección del endotelio corneal dañado, se realiza una queratectomía anterior previa a la extracción del endotelio o bien se extrae éste mediante una microincisión en la periferia corneal. A continuación, el endotelio dañado extraído será sustituido por el endotelio donante preparado previamente.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08R8XKZ	Sustitución de córnea, derecha, con sustituto de tejido no autólogo, abordaje externo
08R9XKZ	Sustitución de córnea, izquierda, con sustituto de tejido no autólogo, abordaje externo

QUERATOPRÓTESIS

Prótesis artificiales corneales / Queratoprótesis de Boston

- Objetivo

Sustitución de una cornea patológica por una prótesis corneal artificial.

- Descripción

La técnica más usada es la queratoplastia de Boston. En esta técnica la prótesis consta de diferentes componentes que se disponen de modo "sándwich": La pieza anterior la forma un tornillo con un plato de 6 mm de diámetro y una rosca de 3.35 mm. La parte media es un injerto corneal bien de donante fresco o conservado de 8.5 mm con un orificio central de 3 mm. La pieza posterior es un plato de 8 mm de diámetro con varios agujeros periféricos y un orificio central de 3,35 mm donde se encaja la pieza anterior. La última pieza es un anillo de titanio que actúa a modo de cierre de seguridad. Se procede a deslizar la córnea donante a través del apéndice posterior de la pieza anterior asegurando que el anillo corneal quede firmemente sujeto a la prótesis y con la rosca bien visible. Se coloca el plato posterior sobre el injerto, y para terminar se coloca el anillo de seguridad. Se procede a suturar la pieza montada

mediante la técnica habitual de queratoplastia penetrante, suturando la prótesis a esclera sana.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08R8XJZ	Sustitución de córnea, derecha, con sustituto sintético, abordaje externo
08R9XJZ	Sustitución de córnea, izquierda, con sustituto sintético, abordaje externo

TRASPLANTE DE LIMBO AUTÓLOGO

Autotrasplante de limbo

El limbo esclero-corneal es una zona de transición entre la córnea y la conjuntiva circundante. Esta zona periférica de la córnea contiene las células madre del epitelio corneal que van migrando sobre la córnea desde la periferia hacia el centro. Existen una serie de factores, congénitos o adquiridos, que pueden lesionar gravemente el limbo y, por tanto, a esta población de células madre, y provocar un síndrome de insuficiencia límbica.

Cuando la insuficiencia límbica no es completa, el tratamiento se resuelve con la administración de colirios pero, en lesiones severas, se opta por el trasplante de limbo.

- Objetivo

Sustitución de tejido limbar patológico por tejido limbar sano del mismo paciente.

- Descripción

Se obtienen injertos limbares sectoriales del ojo sano del paciente. El injerto debe contener córnea clara y conjuntiva sin Tenon. Se realiza una peritomía de 360° en el ojo receptor junto a una resección conjuntival de 3 mm a partir del limbo. Posteriormente se regulariza la superficie corneal receptora eliminando los neovasos y tejidos fibróticos. Los injertos se suturan en el limbo receptor.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08R8X7Z	Sustitución de córnea, derecha, con sustituto de tejido autólogo, abordaje externo
08B9XZZ	Escisión de córnea, izquierda, abordaje externo

08R9X7Z	Sustitución de córnea, izquierda, con sustituto de tejido autólogo, abordaje externo
08B8XZZ	Escisión de córnea, derecha, abordaje externo

TRASPLANTE DE LIMBO ALOGÉNICO

- Objetivo

Sustitución de tejido limbar patológico por tejido limbar sano de un donante.

- Descripción

Se obtienen los injertos limbares, quedando preservados en una cámara húmeda a -4°C hasta su sutura en el receptor. El injerto debe contener córnea clara y conjuntiva sin Tenon. Se realiza una peritomía de 360° en el ojo receptor junto a una resección conjuntival de 3 mm a partir del limbo. Posteriormente se regulariza la superficie corneal receptora eliminando los neovasos y tejidos fibróticos. Los injertos se suturan en el limbo receptor.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08R8XKZ	Sustitución de córnea, derecha, con sustituto de tejido no autólogo, abordaje externo
08R9XKZ	Sustitución de córnea, izquierda, con sustituto de tejido no autólogo, abordaje externo

RECUBRIMIENTO CORNEAL CON MEMBRANA AMNIÓTICA

- Objetivo

Soporte y estimulación del tejido corneal en la reparación de defectos corneales.

- Descripción

Limpieza del lecho receptor, se elimina el tejido perilesional en mal estado y se procede a suturar el fragmento de membrana amniótica, previamente recortado según el tamaño del defecto, al borde del tejido sano adyacente. La unión se puede realizar mediante uso de pegamentos biológicos, como el Tissucol (más fácil y más rápido), o mediante suturas.

Si sólo hay un defecto del epitelio, pero el estroma es sano, la membrana amniótica se utiliza recubriendo toda la superficie, de manera que los factores de crecimiento que contiene hagan que las células del epitelio empiecen a crecer bajo ella. Transcurridos unos días, la membrana se retira.

En los casos que conlleven también pérdida de estroma, la membrana se injerta, rellenando el hueco en el que falta estroma. En este caso, las células no crecen por debajo, sino por encima hasta sustituir a esa membrana, que se va reabsorbiendo progresivamente y por lo tanto no se retirará. Implica un proceso de curación más lento.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08U8XKZ	Suplemento en córnea, derecha, con sustituto de tejido no autólogo, abordaje externo
08U9XKZ	Suplemento en córnea, izquierda, con sustituto de tejido no autólogo, abordaje externo

RETIRADA REFUERZO CORNEAL DE MEMBRANA AMNIÓTICA

- Objetivo

Retirar recubrimiento de membrana amniótica.

- Descripción

Retirar membrana amniótica de la superficie corneal una vez ha realizado su función de soporte o de reparación en el recubrimiento de defectos epiteliales corneales.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08P0XKZ	Retirada en ojo, derecho, de sustituto de tejido no autólogo, abordaje externo
08P1XKZ	Retirada en ojo, izquierdo, de sustituto de tejido no autólogo, abordaje externo

RASPADO CORNEAL DIAGNÓSTICO

- Objetivo

Diagnóstico microbiológico de lesión corneal.

- Descripción

Raspado de la superficie de la córnea mediante hoja de bisturí.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08D8XZX	Extracción de córnea, derecha, diagnóstico (-a), abordaje externo
08D9XZX	Extracción de córnea, izquierda, diagnóstico (-a), abordaje externo

CRISTALINO Y CÁMARA POSTERIOR

ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA

El cristalino es una lente biconvexa situada detrás del iris y delante de la cámara vítrea. Su principal función es la acomodación, proceso de aumento o disminución de su diámetro axial para cambiar su poder refractivo y conseguir enfocar la imagen en la retina.

Está formado por diversas capas que se envuelven unas a otras como una cebolla:

- La cápsula, de finas fibras de colágeno, envuelve todo el cristalino y lo sujeta al cuerpo ciliar a través de la zónula.
- La corteza, situada inmediatamente después de la cápsula.
- El núcleo, en la zona más interna.

La cámara posterior es el espacio formado entre el iris y el cristalino, y está lleno de humor acuoso fabricado en los procesos ciliares.

CAPSULOTOMÍA POSTERIOR

- Objetivo

Eliminación de opacidades en la cápsula posterior del cristalino.

- Descripción

Tras dilatación pupilar se procede a realizar impactos sobre la cápsula posterior del cristalino con láser YAG. Estos impactos tienen la capacidad de desprender dicha cápsula que cae en cámara vítrea.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08BJ3ZZ	Escisión de cristalino, derecho, abordaje percutáneo
08BK3ZZ	Escisión de cristalino, izquierdo, abordaje percutáneo

- Observaciones

Oftalmyc (2010) *Capsulotomía*. [Vídeo]. Disponible en: <https://youtu.be/DBUmlH8xqaA7>

FACOEMULSIFICACIÓN CON LENTE INTRAOCULAR (LIO)

- Objetivo

Sustituir el cristalino por una LIO.

- Descripción

Tras dilatación pupilar se realizan dos microincisiones corneales a través de las cuales se introduce el material quirúrgico. Se procede a la fragmentación del cristalino con ultrasonidos, y retirada de los fragmentos por aspiración. Finalmente se inserta la LIO en el saco delimitado por la capsula del cristalino y las incisiones se cierran mediante irrigación de estas.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08RJ3JZ	Sustitución de cristalino, derecho, con sustituto sintético, abordaje percutáneo
08RK3JZ	Sustitución de cristalino, izquierdo, con sustituto sintético, abordaje percutáneo

FACOEMULSIFICACIÓN SIN LIO

- Objetivo

Eliminar el cristalino fragmentándolo.

Descripción

Tras dilatación pupilar, se realizan dos microincisiones corneales a través de las cuales se introduce el material quirúrgico. Se procede a la fragmentación del cristalino con ultrasonidos y retirada de los fragmentos por aspiración. Las incisiones se cierran mediante irrigación de éstas.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08DJ3ZZ	Extracción de cristalino, derecho, abordaje percutáneo
08DK3ZZ	Extracción de cristalino, izquierdo, abordaje percutáneo

EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR DEL CRISTALINO CON LIO

- Objetivo

Sustituir el cristalino por una LIO.

- Descripción

Se realiza una amplia incisión corneal en la mitad superior, y se procura realizar capsulorrexis si es posible. Se disecan las diferentes capas del cristalino y se extrae el núcleo en bloque. Si es posible se inserta una lente en saco capsular o en sulcus, situada entre la cápsula anterior del cristalino y el iris. Si no, se deja la inserción de la LIO para un segundo tiempo y finalmente se sutura la córnea.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

Procedimiento en un tiempo:

08RJ3JZ	Sustitución de cristalino, derecho, con sustituto sintético, abordaje percutáneo
08RK3JZ	Sustitución de cristalino, izquierdo, con sustituto sintético, abordaje percutáneo

Procedimiento en dos tiempos:

Primer tiempo

08BJ3ZZ	Escisión de cristalino, derecho, abordaje percutáneo
08BK3ZZ	Escisión de cristalino, izquierdo, abordaje percutáneo

Segundo tiempo

08RJ3JZ	Sustitución de cristalino, derecho, con sustituto sintético, abordaje percutáneo
08RK3JZ	Sustitución de cristalino, izquierdo, con sustituto sintético, abordaje percutáneo

IMPLANTE DE LIO EN AFÁQUICO

- Objetivo

Insertar una LIO en un paciente afáquico.

- Descripción

Tras dilatación pupilar, se realizan dos microincisiones corneales a través de las cuales se introduce el material quirúrgico. La lente se despliega y se coloca en saco capsular si es posible o en sulcus, situada entre la cápsula anterior del cristalino y el iris, y las incisiones se cierran mediante irrigación de las mismas.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08RJ3JZ	Sustitución de cristalino, derecho, con sustituto sintético, abordaje percutáneo
08RK3JZ	Sustitución de cristalino, izquierdo, con sustituto sintético, abordaje percutáneo

IMPLANTE DE LIO EN CÁMARA POSTERIOR EN PACIENTE FÁQUICO O EN PSEUDOFÁQUICO

Implante ICL (Implantable Collamer Lens)

- Objetivo

Modificar defectos de refracción.

- Descripción

Tras dilatación pupilar, se realizan dos microincisiones corneales a través de las cuales se introduce el material quirúrgico. La lente se despliega y se coloca en sulcus, situada entre la cápsula anterior del cristalino y el iris, y las incisiones se cierran mediante irrigación de estas. Se puede realizar respetando el cristalino del paciente o en un paciente con una LIO previa, que presenta un defecto de refracción residual.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08U03JZ	Suplemento en ojo, derecho, con sustituto sintético, abordaje percutáneo
08U13JZ	Suplemento en ojo, izquierdo, con sustituto sintético, abordaje percutáneo

- Observaciones

En pocas circunstancias se emplea el abordaje abierto. La CIE-10-ES Procedimientos en la tabla **08U Suplemento** permite también el abordaje abierto.

IMPLANTE DE LIO SUTURADA EN CÁMARA POSTERIOR

- Objetivo

Sustituir el cristalino en un paciente afáquico con defecto en la integridad del saco capsular por complicación en cirugía previa de catarata.

- Descripción

Tras dilatación pupilar, se realizan dos microincisiones corneales a través de las cuales se introduce el material quirúrgico. Al no existir integridad de la cápsula del cristalino se debe proceder a suturar la LIO en sulcus, situada entre la cápsula anterior del cristalino y el iris.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08RJ3JZ	Sustitución de cristalino, derecho, con sustituto sintético, abordaje percutáneo
08RK3JZ	Sustitución de cristalino, izquierdo, con sustituto sintético, abordaje percutáneo

ANILLO DE Tensión CAPSULAR

- Objetivo

Tensar la cápsula del cristalino.

- Descripción

Implantar, mediante abordaje percutáneo, un dispositivo permanente para tensar la cápsula del cristalino desinsertado del cuerpo ciliar en alguna de sus secciones.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08U03JZ	Suplemento en ojo, derecho, con sustituto sintético, abordaje percutáneo
08U13JZ	Suplemento en ojo, izquierdo, con sustituto sintético, abordaje percutáneo

RECOLOCACIÓN DE LIO

- Objetivo

Colocar en el lugar correcto una LIO o una parte de ella.

- Descripción

Reposicionar en el lugar correcto una LIO mediante abordaje percutáneo.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08WJ3JZ	Revisión en cristalino, derecho, de sustituto sintético, abordaje percutáneo
08WK3JZ	Revisión en cristalino, izquierdo, de sustituto sintético, abordaje percutáneo

RETIRADA DE LIO

- Objetivo

Retirar una LIO.

- Descripción

Retirar una LIO mediante abordaje percutáneo.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08PJ3JZ	Retirada en cristalino, derecho, de sustituto sintético, abordaje percutáneo
08PK3JZ	Retirada en cristalino, izquierdo, de sustituto sintético, abordaje percutáneo

INSERCIÓN DE LENTE MACULAR DE SCHARIOTH

- Objetivo

Magnificar la visión en pacientes con degeneración macular asociada a la edad (DMAE) seca.

- Descripción

La lente se inserta a través de cirugía de mínima incisión en el sulcus ciliar (entre iris y cuerpo ciliar, en cámara posterior del segmento anterior del ojo) sobre una lente pseudofáquica previa o bien en una cirugía simultánea de catarata.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08U03JZ	Suplemento en ojo, derecho, con sustituto sintético, abordaje percutáneo
08U13JZ	Suplemento en ojo, izquierdo, con sustituto sintético, abordaje percutáneo

- Observaciones

Las opciones incluidas actualmente en la tabla **08H Inserción**, no permiten codificar adecuadamente el procedimiento.

CIRUGÍA DE MÚSCULOS EXTRAOCULARES

ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA

El globo ocular se sujeta en la órbita gracias a diferentes estructuras intraorbitarias, principalmente los músculos extraoculares, que además le permiten rotar y llevar a cabo todos sus movimientos. Son seis los músculos encargados de los movimientos oculares, cuatro músculos rectos y dos músculos oblicuos.

El objetivo de la cirugía sobre los músculos extraoculares es establecer el equilibrio de las fuerzas musculares para obtener una posición primaria de la mirada (PPM) en ortotropía en ambos ojos favoreciendo, además, que los ojos se muevan correctamente.

Para la codificación de las diferentes técnicas descritas se ha utilizado el valor de abordaje correspondiente a la descripción de la misma, pero en ocasiones las tablas también ofrecen la posibilidad de utilizar otros abordajes.

RESECCIÓN DE MÚSCULO EXTRAOCULAR

Acortamiento músculo extraocular

- Objetivo

Tensar el músculo extraocular.

- Descripción

Se disea la conjuntiva, se localiza el músculo y se reseca una parte manteniendo la misma inserción.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08BL0ZZ	Escisión de músculo extraocular, derecho, abordaje abierto
08BM0ZZ	Escisión de músculo extraocular, izquierdo, abordaje abierto

- Observaciones

Si la actividad se realiza sobre diversos músculos extraoculares debe repetirse tantas veces como músculos se hubiesen intervenido.

RETROINSERCIÓN DE MUSCULO EXTRAOCULAR

- Objetivo

Debilitar la función de un músculo extraocular de forma permanente.

- Descripción

Se disea la conjuntiva, se localiza el músculo y se reinserta en una localización posterior, más retrasada que la inicial.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08SL0ZZ	Reposición de músculo extraocular, derecho, abordaje abierto
08SM0ZZ	Reposición de músculo extraocular, izquierdo, abordaje abierto

- Observaciones

Si la actividad se realiza sobre diversos músculos extraoculares debe repetirse tantas veces como músculos se hubiesen intervenido.

PLEGAMIENTO DE MÚSCULO EXTRAOCULAR

- Objetivo

Reforzar la función de un músculo extraocular.

- Descripción

Se disea la conjuntiva, se localiza el músculo y se acorta mediante un pliegue sobre sí mismo sin cambiar la inserción muscular en la esclera.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08QL0ZZ	Reparación de músculo extraocular, derecho, abordaje abierto
08QM0ZZ	Reparación de músculo extraocular, izquierdo, abordaje abierto

- Observaciones

Si la actividad se realiza sobre diversos músculos extraoculares debe repetirse tantas veces como músculos se hubiesen intervenido.

AVANCE DE MÚSCULO EXTRAOCULAR

- Objetivo

Reforzar la función de un músculo extraocular.

- Descripción

Se disea la conjuntiva, se localiza el músculo y se cuantifica la cantidad de avance del músculo respecto al limbo o a la inserción primitiva situándolo finalmente en una posición más adelantada de la inicial. Normalmente se realiza en las reintervenciones musculares.

Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08SL0ZZ	Reposición de músculo extraocular, derecho, abordaje abierto
08SM0ZZ	Reposición de músculo extraocular, izquierdo, abordaje abierto

- Observaciones

Si la actividad se realiza sobre diversos músculos extraoculares debe repetirse tantas veces como músculos se hubiesen intervenido.

MIOTOMÍAS

- Objetivo

Relajar la función de un músculo extraocular.

- Descripción

Se diseca la conjuntiva, se localiza el músculo, y se realizan miotomías parciales o totales de este para relajar su tensión.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08QL0ZZ	Reparación de músculo extraocular, derecho, abordaje abierto
08QM0ZZ	Reparación de músculo extraocular, izquierdo, abordaje abierto

TRANSPOSICIÓN DE UN MÚSCULO EXTRAOCULAR

- Objetivo

Cambiar la posición de un músculo para que así varíen los vectores de fuerza y se pueda sustituir la función de otro músculo debilitado o paralizado.

- Descripción

Se diseca la conjuntiva, se localiza el músculo y se reinserta una parte en una localización posterior.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08XL0ZZ	Transferencia de músculo extraocular, derecho, abordaje abierto
08XM0ZZ	Transferencia de músculo extraocular, izquierdo, abordaje abierto

- Observaciones

Si la actividad se realiza sobre diversos músculos extraoculares debe repetirse tantas veces como músculos se hubiesen intervenido.

INYECCIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA EN MÚSCULO EXTRAOCULAR

- Objetivo

Debilitar la función de un músculo extraocular de forma temporal.

- Descripción

Localización del músculo a través de conjuntiva e inyección de toxina botulínica en el espesor del músculo extraocular en los dos tercios posteriores.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

3E0C3GC	Introducción en ojo de otra sustancia terapéutica, otra sustancia, abordaje percutáneo
----------------	---

FADENOPERACIÓN

Procedimiento del hilo

- Objetivo

Debilitar la función de un músculo extraocular. Generalmente se realiza sobre el músculo recto interno.

- Descripción

Se disea la conjuntiva, se localiza el músculo y se pasa una sutura transversalmente a través del vientre muscular a unos 12 mm de la inserción suturando posteriormente a la esclera. Esta sutura se convierte en la nueva inserción fisiológica del músculo, reduciendo así su función.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08SL0ZZ	Reposición de músculo extraocular, derecho, abordaje abierto
08SM0ZZ	Reposición de músculo extraocular, izquierdo, abordaje abierto

- Observaciones

Si la actividad se realiza sobre diversos músculos extraoculares, debe repetirse tantas veces como músculos se hubiesen intervenido.

SUTURAS AJUSTABLES

- Objetivo

Debilitar la función de un músculo extraocular.

- Descripción

Se disea la conjuntiva, se localiza el músculo y se desinserta de la esclera. Se pasan dos suturas independientes por cada uno de los bordes del extremo desinsertado, y se vuelven a suturar en la misma inserción, pero dejando una longitud de hilo suficiente para conseguir alargar el músculo los milímetros establecidos previamente. Se sienta al paciente y se comprueba si el ángulo de desviación ha sido corregido y si no se reajusta deshaciendo la sutura en el mismo acto quirúrgico.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08SL0ZZ	Reposición de músculo extraocular, derecho, abordaje abierto
08SM0ZZ	Reposición de músculo extraocular, izquierdo, abordaje abierto

- Observaciones

Si la actividad se realiza sobre diversos músculos extraoculares debe repetirse tantas veces como músculos se hubiesen intervenido.

CONJUNTIVA

ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA

La conjuntiva es una fina membrana transparente que cubre la superficie posterior de los párpados (conjuntiva palpebral) y la anterior de la esclera (conjuntiva bulbar) fusionándose con la córnea en el limbo esclerocorneal. En la zona de unión entre la conjuntiva palpebral y la esclera, se forman los fondos de saco conjuntivales.

Por debajo de la conjuntiva bulbar y rodeando a todo el globo ocular hasta el nervio óptico se encuentra otra fina capa fibrosa, denominada cápsula de Tenon.

ESCISIÓN DE CONJUNTIVA

- Objetivo

Eliminar una zona lesionada de la conjuntiva.

- Descripción

Localizada la zona a eliminar se hace una incisión en la conjuntiva y se disecciona la conjuntiva y la cápsula de Tenon de la esclera subyacente, se corta la zona diseccionada y se suturan los extremos libres.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08BSXZZ	Escisión de conjuntiva, derecha, abordaje externo
08BTXZZ	Escisión de conjuntiva, izquierda, abordaje externo

- Observaciones

JAMA Network (2014) *Excisional Biopsy of Pigmented Conjunctival Lesion*. [Vídeo]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=y-u2r7-6xos>

TRANSPOSICIÓN NO PEDICULADA DE CONJUNTIVA

Injerto conjuntival / Autoinjerto conjuntival

- Objetivo

Reparar un defecto conjuntival

- Descripción

Obtención de un colgajo conjuntival libre de Tenon, generalmente de la zona superotemporal (menos radiación UV), de tamaño superior al defecto que queremos reparar. Se disecciona la conjuntiva separándola de la cápsula de Tenon. Mantener la cara epitelial del colgajo siempre identificada para finalmente unir dicho colgajo a la zona del defecto conjuntival mediante suturas o adhesivos tisulares.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08RSX7Z	Sustitución de conjuntiva, derecha, con sustituto de tejido autólogo, abordaje externo
08RTX7Z	Sustitución de conjuntiva, izquierda, con sustituto de tejido autólogo, abordaje externo

- Observaciones

En esta sustitución el tejido autólogo se obtiene en el mismo campo operatorio por lo que no se debe asignar código para la escisión del mismo (Norma **B3.9.**)

TRANSPOSICIÓN PEDICULADA DE CONJUNTIVA

Colgajo conjuntival

- Objetivo

Reparar un defecto conjuntival bulbar.

- Descripción

Se anestesia la conjuntiva, se marcan las dimensiones del colgajo, teniendo en cuenta que la anchura de este debe ser superior al defecto o ausencia de conjuntiva, a cubrir. Se disecciona la conjuntiva separándola de la cápsula de Tenon. Posteriormente se rota el colgajo a la posición a cubrir y se sutura o se une con adhesivos tisulares.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08RSX7Z	Sustitución de conjuntiva, derecha, con sustituto de tejido autólogo, abordaje externo
08RTX7Z	Sustitución de conjuntiva, izquierda, con sustituto de tejido autólogo, abordaje externo

- Observaciones

En CIE10ES Procedimientos un injerto pediculado es una Transferencia pero no existe dicho procedimiento para la conjuntiva en el Sistema Orgánico 8 Ojo. Tampoco existe localización anatómica adecuada en la tabla 08U Suplemento.

RECUBRIMIENTO CONJUNTIVAL DE CÓRNEA

- Objetivo

Cubrir temporalmente un defecto corneal para evitar pérdida de humor acuoso y estimular el crecimiento corneal a la espera de la reparación definitiva.

- Descripción

Se realiza una peritomía 360° alrededor del limbo esclero-corneal, y se suturan ambos extremos conjuntivales transversalmente.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08U8X7Z	Suplemento en córnea, derecha, con sustituto de tejido autólogo, abordaje externo
08U9X7Z	Suplemento en córnea, izquierda, con sustituto de tejido autólogo, abordaje externo

INYECCIÓN SUBCONJUNTIVAL

- Objetivo

Administración de medicación en espacio subconjuntival.

- Descripción

Tras instilación de unas gotas de anestésico introducimos el fármaco a través de conjuntiva con la aguja de forma tangente al globo ocular.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

3E0C329	Introducción en ojo de anti-infeccioso (-a), otro anti-infeccioso, abordaje percutáneo
----------------	---

3E0C33Z	Introducción en ojo de anti-inflamatorio (-a), abordaje percutáneo
----------------	---

- Observaciones

Para cualquier otra sustancia debe consultarse la tabla **3E0**.

IRIS

ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA

El iris es una estructura ocular situada entre la córnea y el cristalino que separa las cámaras anterior y posterior del ojo. Actúa a modo de diafragma dejando pasar más o menos luz en función de la iluminación. Está formado por epitelio pigmentario, que le da color, estroma y epitelio anterior. Consta de dos músculos para realizar su función, el dilatador del iris y el esfínter pupilar, que hacen funciones opuestas.

IRIDECTOMÍA TOTAL

- Objetivo

Extirpación completa del iris tras perforaciones o estallidos oculares con extrusión iridiana que impide que la lesión corneal o escleral se pueda reparar y tampoco es posible reducir la herniación del iris.

- Descripción

A través de una pequeña incisión, de una perforación espontánea o estallido ocular, se extrae toda la estructura iridiana. Cierre por planos.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08TC3ZZ	Resección de iris, derecho, abordaje percutáneo
08TD3ZZ	Resección de iris, izquierdo, abordaje percutáneo

- Observaciones

La tabla **08T Resección**, para las localizaciones anatómicas de Iris, Derecho e Iris, Izquierdo, solo permite el abordaje percutáneo.

IRIDECTOMÍA PARCIAL

- Objetivo

Extirpación parcial del iris debido a tumores, estallidos o perforaciones oculares con extrusión de iris que no permite su cierre. También se realiza en la cirugía del glaucoma.

- Descripción

A través de una pequeña incisión, de una perforación espontánea o estallido ocular se extrae una parte del iris dañada. Cierre por planos.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08BC3ZZ	Escisión de iris, derecho, abordaje percutáneo
08BD3ZZ	Escisión de iris, izquierdo, abordaje percutáneo

- Observaciones

La tabla 08B Escisión, para las localizaciones anatómicas de Iris, Derecho e Iris, Izquierdo, solo permite el abordaje percutáneo.

IRIDOTOMÍA LÁSER

Iridotomía láser YAG. Iridotomía láser argón. Iridotomía periférica

- Objetivo

Aumentar el drenaje del humor acuoso y reducir la presión intraocular (PIO).

- Descripción

La intervención se realiza con una lámpara de hendidura con láser incorporado. Con la pupila en reposo y previa instilación de anestésico, se dirige el haz de láser hacia la periferia del iris, motivo por el que también se conoce como iridotomía periférica, generalmente en la zona superotemporal, con el fin de crear nuevos canales de drenaje a través de los cuáles el humor acuoso pueda pasar desde la cámara posterior a la cámara anterior.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

0890XZZ	Drenaje en ojo, derecho, abordaje externo
0891XZZ	Drenaje en ojo, izquierdo, abordaje externo

- Observaciones

Este procedimiento no es posible codificarlo adecuadamente con los actuales valores de la tabla **089 Drenaje**, pues no existe valor de localización anatómica para cámara posterior. Si se siguen las instrucciones del índice alfabético y del anexo de localizaciones anatómicas, para cámara posterior, deben utilizarse los valores de Ojo Derecho / Ojo Izquierdo.

IRIS ARTIFICIAL

- Objetivo

Implantar una prótesis iridiana sintética en defectos iridianos parciales o totales.

- Descripción

A través de microincisiones corneales se implanta una prótesis iridiana sintética que se sutura transescleralmente a sulcus.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08RC3JZ	Sustitución de iris, derecho, con sustituto sintético, abordaje percutáneo
08RD3JZ	Sustitución de iris, izquierdo, con sustituto sintético, abordaje percutáneo

- Observaciones

- Lukan Mishev (2012) *Artificial Iris implantation*. [Vídeo]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=SrJWkPcNYfw>

RETINA Y VÍTREO

ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA

La retina es la estructura ocular responsable de la traducción de la imagen en estímulos neurosensoriales para su posterior interpretación en la corteza cerebral. Está compuesta por dos capas bien diferenciadas: el epitelio pigmentario, formado por células cargadas de melanina y adherido fuertemente a la coroides posterior, de la que se nutre; y el neuroepitelio, integrado a su vez por nueve capas de diferentes tipos de células neuronales encargadas de producir el estímulo visual.

La zona más importante de la retina es la denominada mácula, donde existe mayor concentración de fotorreceptores.

Otra zona importante de la retina es la papila o zona de salida de los axones de las células neuronales hacia la corteza visual, formando la cabeza del nervio óptico.

VITRECTOMÍA PARS PLANA

VPP . Vitrectomía posterior

- Objetivo

Es la técnica inicial necesaria para proceder a la reparación de lesiones de polo posterior (vítreo / retina / coroides).

- Descripción

Mediante tres esclerotomías en pars plana se introducen una vía de infusión de suero, una fuente de luz intraocular y diversos instrumentos quirúrgicos. El procedimiento quirúrgico incluye vitrectomía central, inyección de perfluorocarbono líquido (PFCL) e intercambio de este por gas (c3f8/sf6) o aceite de silicona. Generalmente en la VPP para procesos retinianos se extrae todo el humor vítreo.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

- *Según proceda, Resección/Escisión*

08T43ZZ	Resección de vítreo, derecho, abordaje percutáneo
08T53ZZ	Resección de vítreo, izquierdo, abordaje percutáneo
08B43ZZ	Escisión de vítreo, derecho, abordaje percutáneo
08B53ZZ	Escisión de vítreo, izquierdo, abordaje percutáneo

Para la inyección de aceite de silicona

08UE3JZ	Suplemento en retina, derecha, con sustituto sintético, abordaje percutáneo
08UF3JZ	Suplemento en retina, izquierda, con sustituto sintético, abordaje percutáneo

- Observaciones

La vitrectomía pars plana no es sólo vía de acceso, sino que engloba una serie de actuaciones fundamentales para las técnicas de reparación de polo posterior, por lo tanto, debe codificarse.

VITRECTOMÍA ANTERIOR

- Objetivo

Eliminar la parte anterior del vítreo para reparar complicaciones de cirugía de polo anterior.

- Descripción

Accediendo por polo anterior se elimina la parte anterior del cuerpo vítreo.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08B43ZZ	Escisión de vítreo, derecho, abordaje percutáneo
08B53ZZ	Escisión de vítreo, izquierdo, abordaje percutáneo

RETIRADA CUERPO EXTRAÑO EN CUERPO VÍTREO MEDIANTE VITRECTOMÍA PARS PLANA

- Objetivo

Extraer cuerpo extraño en cuerpo vítreo que pueden ser restos de cristalino tras cirugía de catarata complicada, restos metálicos tras accidentes y otro tipo de cuerpo extraño.

Descripción

Mediante tres esclerotomías en pars plana se introducen una vía de infusión de suero, una fuente de luz intraocular y diversos instrumentos quirúrgicos. El procedimiento quirúrgico incluye vitrectomía central, retirada, si procede, del cuerpo extraño, inyección de perfluorocarbono líquido (PFCL) e intercambio de este por gas (c3f8/sf6) o aceite de silicona.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08C43ZZ	Extirpación en vítreo, derecho, abordaje percutáneo
08C53ZZ	Extirpación en vítreo, izquierdo, abordaje percutáneo

- *Según proceda (véase vitrectomía pars plana)*

08T43ZZ	Resección de vítreo, derecho, abordaje percutáneo
08T53ZZ	Resección de vítreo, izquierdo, abordaje percutáneo

08B43ZZ	Escisión de vítreo, derecho, abordaje percutáneo
08B53ZZ	Escisión de vítreo, izquierdo, abordaje percutáneo

- *Para la inyección de aceite de silicona*

08UE3JZ	Suplemento en retina, derecha, con sustituto sintético, abordaje percutáneo
08UF3JZ	Suplemento en retina, izquierda, con sustituto sintético, abordaje percutáneo

RETINOTOMÍA

- Objetivo

La retinotomía puede realizarse por diferentes motivos, por ejemplo extraer coágulos o en ocasiones en el desprendimiento de retina. Sin embargo lo más habitual es que se realice para drenar líquido subretiniano a cámara vítrea para posteriormente extraerlo fuera del ojo en el intercambio líquido gas y este es el procedimiento que se describe a continuación.

- Descripción

Mediante tres esclerotomías en pars plana se introducen una vía de infusión de suero, una fuente de luz intraocular y diversos instrumentos quirúrgicos. El procedimiento quirúrgico incluye vitrectomía central, retinotomía con el vitreotomo, inyección de perfluorocarbono líquido (PFCL) fotocoagulación de los bordes de la retinotomía e intercambio de este por gas (c3f8/sf6) o aceite de silicona.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

089E3ZZ	Drenaje en retina, derecha, abordaje percutáneo
089F3ZZ	Drenaje en retina, izquierda, abordaje percutáneo

- *Según proceda (véase vitrectomía pars plana)*

08T43ZZ	Resección de vítreo, derecho, abordaje percutáneo
08T53ZZ	Resección de vítreo, izquierdo, abordaje percutáneo

08B43ZZ	Escisión de vítreo, derecho, abordaje percutáneo
08B53ZZ	Escisión de vítreo, izquierdo, abordaje percutáneo

- *Para la inyección de aceite de silicona*

08UE3JZ	Suplemento en retina, derecha, con sustituto sintético, abordaje percutáneo
08UF3JZ	Suplemento en retina, izquierda, con sustituto sintético, abordaje percutáneo

- Observaciones

Toda retinotomía necesita para su finalización la realización de una fotocoagulación por lo que es una técnica implícita en la propia retinotomía.

RETINECTOMÍA

Retinectomía relajante

- Objetivo

Liberar la retina de tracciones y cordones de fibrosis retiniana.

- Descripción

Mediante tres esclerotomías en pars plana se introducen una vía de infusión de suero, una fuente de luz intraocular y diversos instrumentos quirúrgicos. El procedimiento quirúrgico incluye vitrectomía pars plana, retinectomía con el vitreotomo, inyección de perfluorocarbono líquido (PFCL) fotocoagulación de los bordes de la retinectomía e intercambio de este por gas (C3F8/SF6) o aceite de silicona.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08BE3ZZ	Escisión de retina, derecha, abordaje percutáneo
08BF3ZZ	Escisión de retina, izquierda, abordaje percutáneo

- *Según proceda (véase vitrectomía pars plana)*

08T43ZZ	Resección de vítreo, derecho, abordaje percutáneo
08T53ZZ	Resección de vítreo, izquierdo, abordaje percutáneo

08B43ZZ	Escisión de vítreo, derecho, abordaje percutáneo
08B53ZZ	Escisión de vítreo, izquierdo, abordaje percutáneo

- *Para la inyección de aceite de silicona*

08UE3JZ	Suplemento en retina, derecha, con sustituto sintético, abordaje percutáneo
08UF3JZ	Suplemento en retina, izquierda, con sustituto sintético, abordaje percutáneo

PELADO DE LA MEMBRANA LIMITANTE INTERNA (MLI) DE LA RETINA

Pelado de membrana / Peeling macular / Descamación de la membrana limitante interna

- Objetivo

Favorecer la visión en casos de degeneración y edema macular resistente al tratamiento antiangiogénico.

También se realiza en conjunción con el pelado de la membrana epirretiniana (proliferación de células gliales de la retina en la superficie de la mácula que dañan la membrana limitante interna de la retina).

- Descripción

El procedimiento quirúrgico incluye vitrectomía pars plana y pelado de la membrana mediante micropinzas intraoculares.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08BE3ZZ	Escisión de retina, derecha, abordaje percutáneo
08BF3ZZ	Escisión de retina, izquierda, abordaje percutáneo

- Observaciones

Se asociarán los códigos pertinentes de procedimientos de la vitrectomía pars plana.

AUTOINJERTO DE MLI

- Objetivo

Tratar un agujero macular que no responde a tratamientos convencionales.

- Descripción

Tras una vitrectomía pars plana se extrae parte de la retina periférica del propio paciente y se coloca sobre agujero macular para taparlo.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08UE37Z	Suplemento en retina, derecha, con sustituto de tejido autólogo, abordaje percutáneo
08UF37Z	Suplemento en retina, izquierda, con sustituto de tejido autólogo, abordaje percutáneo

- Observaciones

Se asociarán los códigos pertinentes de procedimientos de la vitrectomía pars plana.

FOTOCOAGULACIÓN INTRAOPERATORIA DE DESGARRO RETINIANO

- Objetivo

Sellar desgarros retinianos para fusionar las distintas capas retinianas y evitar el paso de líquido entre ellas, previniendo nuevos desprendimientos regmatógenos.

- Descripción

Mediante tres esclerotomías en pars plana se introducen una vía de infusión de suero, una fuente de luz intraocular y diversos instrumentos quirúrgicos. El procedimiento quirúrgico incluye vitrectomía, inyección de perfluorocarbono líquido (PFCL), fotocoagulación con láser argón de los desgarros retinianos existentes e intercambio de PFCL por gas (c3f8/sf6) o aceite de silicona.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08QE3ZZ	Reparación de retina, derecha, abordaje percutáneo
08QF3ZZ	Reparación de retina, izquierda, abordaje percutáneo

- *Según proceda (véase vitrectomía pars plana)*

08T43ZZ	Resección de vítreo, derecho, abordaje percutáneo
08T53ZZ	Resección de vítreo, izquierdo, abordaje percutáneo

08B43ZZ	Escisión de vítreo, derecho, abordaje percutáneo
08B53ZZ	Escisión de vítreo, izquierdo, abordaje percutáneo

Para la inyección de aceite de silicona

08UE3JZ	Suplemento en retina, derecha, con sustituto sintético, abordaje percutáneo
08UF3KZ	Suplemento en retina, izquierda, con sustituto sintético, abordaje percutáneo

FOTOCOAGULACIÓN INTRAOPERATORIA DE LESIÓN RETINIANA

- Objetivo

Fotocoagulación para destruir lesiones retinianas o áreas de isquemia.

- Descripción

Mediante tres esclerotomías en pars plana se introducen una vía de infusión de suero, una fuente de luz intraocular y diversos instrumentos quirúrgicos. El procedimiento quirúrgico incluye vitrectomía, inyección de perfluorocarbono líquido (PFCL), fotocoagulación con láser argón de las lesiones retinianas existentes e intercambio de PFCL por gas (c3f8/sf6) o aceite de silicona.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

085E3ZZ	Destrucción de retina, derecha, abordaje percutáneo
085F3ZZ	Destrucción de retina, izquierda, abordaje percutáneo

Según proceda (véase vitrectomía pars plana)

08T43ZZ	Resección de vítreo, derecho, abordaje percutáneo
08T53ZZ	Resección de vítreo, izquierdo, abordaje percutáneo

08B43ZZ	Escisión de vítreo, derecho, abordaje percutáneo
----------------	---

08B53ZZ	Escisión de vítreo, izquierdo, abordaje percutáneo
----------------	---

Para la inyección de aceite de silicona

08UE3JZ	Suplemento en retina, derecha, con sustituto sintético, abordaje percutáneo
08UF3JZ	Suplemento en retina, izquierda, con sustituto sintético, abordaje percutáneo

REPARACIÓN DE DESGARRO RETINIANO MEDIANTE FOTOCOAGULACIÓN RETINIANA TRANSPUPILAR

- Objetivo

Sellar defectos retinianos para fusionar las distintas capas retinianas y evitar el paso de líquido entre ellas que provocaría desprendimientos regmatógenos.

- Descripción

Aplicar láser argón en desgarros retinianos mediante lámpara de hendidura a través de la pupila dilatada con ayuda de una lente de Goldmann.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08QE3ZZ	Reparación de retina, derecha, abordaje percutáneo
08QF3ZZ	Reparación de retina, izquierda, abordaje percutáneo

- Observaciones

El abordaje adecuado sería Externo pero no está disponible en la tabla **08Q Reparación**, para las localizaciones anatómicas de Retina.

DESTRUCCIÓN DE LESIÓN RETINIANA MEDIANTE FOTOCOAGULACIÓN RETINIANA TRANSPUPILAR

- Objetivo

Fotocoagulación para destruir lesiones retinianas o áreas de isquemia

- Descripción

Aplicar láser argón en la retina mediante lámpara de hendidura a través de la pupila dilatada con ayuda de una lente de Goldmann.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

085E3ZZ	Destrucción de retina, derecha, abordaje percutáneo
----------------	--

085F3ZZ	Dstrucción de retina, izquierda, abordaje percutáneo
----------------	---

- Observaciones

El abordaje adecuado sería Externo pero no está disponible en la tabla **085 Dstrucción**, para las localizaciones anatómicas de Retina.

REPARACIÓN DE DESGARRO RETINIANO MEDIANTE CRIOTERAPIA RETINIANA

- Objetivo

Sellar defectos retinianos para fusionar las distintas capas retinianas y evitar el paso de líquido entre ellas que provocaría desprendimientos regmatógenos.

- Descripción

Introducir una sonda de crioterapia subconjuntival, previa peritomía 360º, para aplicar frío desde la esclera y alcanzar la retina periférica subyacente sellando así desgarros retinianos y evitando el paso de líquido entre las diferentes capas retinianas y la producción de posibles desprendimientos regmatógenos.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08QE3ZZ	Reparación de retina, derecha, abordaje percutáneo
08QF3ZZ	Reparación de retina, izquierda, abordaje percutáneo

DESTRUCCIÓN DE LESIÓN RETINIANA MEDIANTE CRIOTERAPIA RETINIANA

- Objetivo

Crioterapia para destruir lesiones retinianas o áreas de isquemia.

- Descripción

Introducir una sonda de crioterapia subconjuntival, previa peritomía 360º, para aplicar frío desde la esclera y alcanzar la retina periférica subyacente sellando así desgarros retinianos y evitando el paso de líquido entre las diferentes capas retinianas y la producción de posibles desprendimientos regmatógenos.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

085E3ZZ	Dstrucción de retina, derecha, abordaje percutáneo
085F3ZZ	Dstrucción de retina, izquierda, abordaje percutáneo

EXTRACCIÓN DE ACEITE DE SILICONA

- Objetivo

Retirar aceite de silicona intraocular introducido en una vitrectomía previa.

- Descripción

Mediante tres esclerotomías en pars plana se introduce una vía de infusión de suero salino, una fuente de luz intraocular y diversos instrumentos quirúrgicos.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08P03JZ	Retirada en ojo, derecho, de sustituto sintético, abordaje percutáneo
08P13JZ	Retirada en ojo, izquierdo, de sustituto sintético, abordaje percutáneo

- Observaciones

Hay disponibles en la tabla 08P Retirada, otros valores de abordaje, para la localización anatómica Ojo, pero esta técnica siempre es percutánea.

RETINOPEXIA NEUMÁTICA

- Objetivo

Sellar desgarros retinianos y aplicar (pegar) la retina en pequeños desprendimientos muy localizados y situados entre las X y las II horas.

- Descripción

Mediante la visualización de la retina con oftalmoscopio indirecto a través de la pupila dilatada se inyecta gas intraocular con aguja vía pars plana para sellar el desgarro y aplicar la retina.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

3E0C3SF	Introducción en ojo de gas, otro gas, abordaje percutáneo
----------------	--

- Observaciones

Esta técnica no conlleva vitrectomía.

CERCLAJE ESCLERAL

- Objetivo

Colocar una banda de silicona (circunferencial o segmentaria) alrededor de la esclera para modificar la curvatura del globo ocular, aplanándolo transversalmente para aliviar la tracción del vítreo sobre desgarros retinianos y reposicionar la retina sobre el EPR (epitelio pigmentario de la retina).

- Descripción

Se realiza peritomía limbar 360º y se añaden dos incisiones radiales de descarga. Se procede al aislamiento de los cuatro músculos rectos. Se identifica el ecuador anatómico del globo cuantificándose con un compás de Castroviejo su distancia al limbo. Se posiciona la banda o el

segmento de silicona en la zona localizada para ello por debajo de los músculos y se fija con suturas de anclajes a esclera.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08U00JZ	Suplemento en ojo derecho, con sustituto sintético, abordaje abierto
08U10JZ	Suplemento en ojo izquierdo, con sustituto sintético, abordaje abierto

- Observaciones

Peralta, J., Abelairas, J., Fernandez, J.M., Sánchez, E., Fonseca, A. (2000) Retinopatía del prematuro (rp) iii. Tratamiento de la rp en los grados 4 y 5. Cerclajes y vitrectomías. *Actualización en cirugía oftálmica pediátrica* 3 (15). Recuperado desde: <http://www.oftalmo.com/publicaciones/pediatrica/cap15.htm>

INYECCIÓN INTRAVÍTREA DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA

Inyección intravítrea de antibiótico / inyección intravítrea de antiinflamatorio / Inyección intravítrea de avastín o lucentis avastín® (bevacizumab) ranibizumab (lucentis®) /inyección intravítrea de otras sustancias terapéuticas

- Objetivo

Administrar en cámara vítrea una sustancia para prevenir o tratar un proceso infeccioso, para tratar un proceso inflamatorio o para reducir la neoformación de vasos.

- Descripción

Medir la distancia adecuada desde el limbo hacia pars plana con un compás. Indicar al paciente que mire hacia arriba y al lado contrario al punto de la inyección, que generalmente será en el cuadrante temporal inferior. Movilizar la conjuntiva en el punto a inyectar con pinza o bastoncillo de algodón. Insertar la aguja perpendicularmente a través de la esclera con la punta apuntando hacia el centro del globo para evitar dañar el cristalino. Inyectar el producto de manera suave y extraer la aguja

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

3E0C329	Introducción en ojo de anti-infeccioso (-a), otro anti-infeccioso abordaje percutáneo
3E0C33Z	Introducción en ojo de anti-inflamatorio (-a), abordaje percutáneo
3E0C3GC	Introducción en ojo de otra sustancia terapéutica, otra sustancia, abordaje percutáneo

- Observaciones

Para cualquier otra sustancia debe consultarse la tabla 3E0. Esta técnica no conlleva vitrectomía.

TERAPIA FOTODINÁMICA

TFD

- Objetivo

Destruir membranas neovasculares en degeneración macular asociada a la edad (DMAE).

- Descripción

Previa inyección intravenosa de verteporfin (Visudyne®), se procede a estimular esta sustancia con láser de longitud de onda roja con ayuda de la lámpara de hendidura a través de la pupila dilatada, para destruir las membranas neovasculares subfoveales.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

085E3ZZ	Destrucción de retina, derecha, abordaje percutáneo
085F3ZZ	Destrucción de retina, izquierda, abordaje percutáneo
3E033TZ	Introducción en vena periférica de agente destructivo, abordaje percutáneo

TERMOTERAPIA TRANSPUPILAR

TTT (transpupillary thermotherapy)

- Objetivo

Destruir lesiones vasculares o tumorales retinianas o coroideas.

- Descripción

Aplicar calor mediante láser infrarrojo en la retina o coroides utilizando lámpara de hendidura a través de la pupila dilatada.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

Para retina:

085E3ZZ	Destrucción de retina, derecha, abordaje percutáneo
085F3ZZ	Destrucción de retina, izquierda, abordaje percutáneo

Para coroides

085A3ZZ	Destrucción de coroides, derecha, abordaje percutáneo
085B3ZZ	Destrucción de coroides, izquierda, abordaje percutáneo

ÓRBITA Y OCULOPLASTIA

ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA

El globo ocular está situado en un espacio llamado órbita formado por diferentes huesos del cráneo. La órbita aloja el globo ocular y otras estructuras vasculares, neurológicas y lagrimales. La oculoplastia o cirugía oculoplástica es una subespecialidad oftalmológica que engloba gran variedad de procedimientos quirúrgicos que tratan alteraciones de las estructuras faciales periorbitales (párpados, órbita y vía lagrimal).

EVISCERACIÓN

- Objetivo

Extracción del contenido intraocular dejando intacta la esclera, músculos extraoculares y el nervio óptico.

- Descripción

Previo peritomía, disección de la conjuntiva, incisión limbar y eliminación del contenido intraocular sustituyéndolo por un implante intraescleral.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

Si se coloca en el mismo acto quirúrgico el implante intraocular se codifica como:

08R00JZ	Sustitución de ojo, derecho, con sustituto sintético, abordaje abierto
08R10JZ	Sustitución de ojo, izquierdo, con sustituto sintético, abordaje abierto

Si no se coloca implante intraocular en el mismo acto quirúrgico se codifica como:

08B00ZZ	Escisión de ojo, derecho, abordaje abierto
08B10ZZ	Escisión de ojo, izquierdo, abordaje abierto

El implante en un segundo tiempo del dispositivo intraocular se codifica como:

08R00JZ	Sustitución de ojo, derecho, con sustituto sintético, abordaje abierto
08R10JZ	Sustitución de ojo, izquierdo con sustituto sintético, abordaje abierto

- Observaciones

La CIE-10-ES Procedimientos permite también el abordaje percutáneo aunque la técnica explicada es abierta.

ENUCLEACIÓN

- Objetivo

Extracción del contenido intraocular y esclera respetando los músculos extraoculares.

- Descripción

Previa peritomía, disección de la conjuntiva, desinserción de los músculos extraoculares, localización del nervio óptico seccionándolo a su salida y colocación de un implante ocular.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

Si se coloca en el mismo acto quirúrgico el implante intraocular se codifica como:

08R00JZ	Sustitución de ojo, derecho con sustituto sintético, abordaje abierto
08R10JZ	Sustitución de ojo, izquierdo con sustituto sintético, abordaje abierto

Si no se coloca implante intraocular en el mismo acto quirúrgico se codifica como:

08T0XZZ	Resección de ojo, derecho, abordaje externo
08T1XZZ	Resección de ojo, izquierdo, abordaje externo

El implante en un segundo tiempo del dispositivo intraocular se codifica como:

08R00JZ	Sustitución de ojo, derecho con sustituto sintético, abordaje abierto
08R10JZ	Sustitución de ojo, izquierdo con sustituto sintético, abordaje abierto

EXANTERACIÓN OCULAR

- Objetivo

Eliminar el contenido de la cavidad orbitaria, así como ambos párpados.

- Descripción

Se realiza resección de ambos párpados, extracción de la grasa orbitaria, del globo ocular y músculos extraoculares. Finalmente se recubre la cavidad mediante injerto cutáneo, generalmente tomado del muslo y se refuerza con una malla.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08T0XZZ	Resección de ojo, derecho, abordaje externo
08T1XZZ	Resección de ojo, izquierdo, abordaje externo

08TL0ZZ	Resección de músculo extraocular, derecho, abordaje abierto
08TM0ZZ	Resección de músculo extraocular, izquierdo, abordaje abierto

08TN0ZZ	Resección de párpado superior, derecho, abordaje abierto
08TQ0ZZ	Resección de párpado inferior, derecho, abordaje abierto

08TP0ZZ	Resección de párpado superior, izquierdo, abordaje abierto
08TR0ZZ	Resección de párpado inferior, izquierdo, abordaje abierto

0NUP0ZZ	Suplemento en órbita, derecha, con sustituto de tejido autólogo, abordaje abierto
0NUQ0ZZ	Suplemento en órbita, izquierda, con sustituto de tejido autólogo, abordaje abierto

0HBHXZZ	Escisión de piel, muslo derecho, abordaje externo
0HBJXZZ	Escisión de piel, muslo izquierdo, abordaje externo

- Observaciones

Para cualquier otra toma de injerto cutáneo deberá asignarse el código específico.

TIRA TARSALE

- Objetivo

Aumentar la tensión del párpado inferior para colocarlo en su correcta posición y solucionar así la epífora y el ectropion.

- Descripción

Se realiza una cantotomía lateral y se procede a la formación de una tira de tarso inferior que se reinserta en la cara interna del reborde orbitario lateral.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08SQ0ZZ	Reposición de párpado inferior, derecho, abordaje abierto
08SR0ZZ	Reposición de párpado inferior, izquierdo, abordaje abierto

- Observaciones

Arteaga, Ángel (2013) *Lagoftalmos Tira Tarsal Lateral*. [Vídeo]. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=D-7h2_fMhvY

Aunque la técnica explicada es abierta, la clasificación permite también utilizar otros abordajes.

RESECCIÓN EN CUÑA PENTAGONAL

- Objetivo

Acortar la apertura palpebral y dar tensión al borde palpebral en patologías como el ectropion en párpado inferior, y el síndrome del párpado flácido en párpado superior.

- Descripción

Previo marcaje de la incisión a realizar, se extirpa una cuña pentagonal de espesor completo del párpado en el tercio externo, suturando posteriormente el tarso, el plano muscular y el margen palpebral por separado.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

Técnica sobre párpado superior:

08SN0ZZ	Reposición de párpado superior, derecho, abordaje abierto
08SP0ZZ	Reposición de párpado superior, izquierdo, abordaje abierto

Técnica sobre párpado inferior:

08SQ0ZZ	Reposición de párpado inferior, derecho, abordaje abierto
08SR0ZZ	Reposición de párpado inferior, izquierdo, abordaje abierto

- Observaciones

Aunque la técnica explicada es abierta, la clasificación permite también utilizar otros abordajes.

REINSERCIÓN DE LOS MÚSCULOS RETRACTORES DEL PÁRPADO INFERIOR

- Objetivo

Dar mayor tracción al borde del párpado inferior para conseguir la eversión del margen palpebral y su colocación en la posición original, para solucionar el entropion.

- Descripción

A través de una incisión subciliar, se localizan los músculos retractores del párpado inferior y se disecan. Una vez aislados, se avanza su inserción en el párpado inferior, acortando la longitud de los mismos.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08SQ0ZZ	Reposición de párpado inferior, derecho, abordaje abierto
08SR0ZZ	Reposición de párpado inferior, izquierdo, abordaje abierto

- Observaciones

Aunque la técnica explicada es abierta, la clasificación permite también utilizar otros abordajes.

TRATAMIENTO LÁSER DE LA DISTIQUIASIS

- Objetivo

Destrucción del folículo piloso mal orientado mediante láser argón.

- Descripción

Previo anestesia palpebral, se prepara el párpado para los impactos de láser argón de diferentes intensidades hasta llegar al folículo piloso, para su completa destrucción.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

Técnica sobre párpado superior:

085NXZZ	Destrucción de párpado superior, derecho, abordaje externo
085PXZZ	Destrucción de párpado superior, izquierdo, abordaje externo

Técnica sobre párpado inferior:

085QXZZ	Destrucción de párpado inferior, derecho, abordaje externo
085RXZZ	Destrucción de párpado inferior, izquierdo, abordaje externo

BLEFAROPLASTIA TERAPÉUTICA

- Objetivo

Eliminar piel y músculo redundante del párpado superior para liberar el eje visual en la blefarocalasia.

- Descripción

Incisión palpebral externa y resección de colgajo de piel, grasa y músculo subyacente y cierre mediante sutura.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08SN0ZZ	Reposición de párpado superior, derecho, abordaje abierto
08SP0ZZ	Reposición de párpado superior, izquierdo, abordaje abierto

- Observaciones

La Vanguardia (2016) *Blefaroplastia superior*. [Video]. Disponible en:
<https://www.youtube.com/watch?v=wUGJbKFQviA>

Aunque la técnica explicada es abierta, la clasificación permite también utilizar otros abordajes.

BLEFAROPLASTIA ESTÉTICA

- Objetivo

Eliminar piel y músculo palpebral redundante por estética.

- Descripción

Incisión palpebral con resección de colgajo de piel y músculo y cierre mediante sutura.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

080N0ZZ	Alteración de párpado superior, derecho, abordaje abierto
080P0ZZ	Alteración de párpado superior, izquierdo, abordaje abierto

080Q0ZZ	Alteración de párpado inferior, derecho, abordaje abierto
080R0ZZ	Alteración de párpado inferior, izquierdo, abordaje abierto

AVANCE APONEUROSIS DEL MÚSCULO ELEVADOR DEL PÁRPADO SUPERIOR (EPS)

Reparación ptosis palpebral

- Objetivo

Reforzar el músculo elevador del párpado superior en ptosis palpebral generalmente involutiva.

- Descripción

A través de una incisión palpebral, se procede a disecar por planos hasta localizar la aponeurosis del músculo EPS. Se diseca y aísla. Se acorta dicha aponeurosis en la cantidad indicada previamente y se resecciona el exceso muscular. Sutura por planos.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08SN0ZZ	Reposición de párpado superior, derecho, abordaje abierto
08SP0ZZ	Reposición de párpado superior, izquierdo, abordaje abierto

OPERACIÓN DE SUSPENSIÓN AL FRONTAL

Reparación de ptosis palpebral

- Objetivo

Reforzar la función del músculo elevador del párpado superior (EPS) al unirlo al músculo frontal a través de suturas en ptosis palpebral generalmente congénita, o aquella con una función del músculo EPS muy pobre.

- Descripción

Incisión palpebral superior, aislamiento del tarso superior colocando una sutura de tracción desde el tarso hasta el músculo frontal y cierre por planos.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08SN0ZZ	Reposición de párpado superior, derecho, abordaje abierto
08SP0ZZ	Reposición de párpado superior, izquierdo, abordaje abierto

- Observaciones

La CIE10ES Procedimientos sólo contempla la transferencia para los músculos extraoculares.

INYECCIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA PARA EL TRATAMIENTO DEL BLEFAROSPASMO

- Objetivo

Relajar el músculo orbicular del párpado.

- Descripción

Inyección de toxina botulínica, mediante acceso percutáneo, en diversos puntos del músculo orbicular del párpado.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

3E0C3GC	Introducción en ojo de otra sustancia terapéutica, otra sustancia, abordaje percutáneo
----------------	---

BRAQUITERAPIA OCULAR

- Objetivo

Destruir lesiones tumorales mediante la aplicación de radioterapia directamente sobre la lesión.

- Descripción

Previo estudio radiofísico para valorar duración y nivel de la radiación necesaria, se diseña la conjuntiva y se localiza la zona de la lesión. Se sutura la placa que contiene el radioisótopo en la zona definida previamente y se vuelve a suturar la conjuntiva. Pasado el tiempo establecido se retira el radioisótopo de la misma manera. En la braquiterapia de baja tasa (o BTB, baja tasa de dosis, LDR, *low dose rate*), que es la más común en braquiterapia ocular, la placa emite dosis baja de radiación durante tiempo prolongado generalmente semanas. Las placas con semillas radiactivas son de baja tasa de dosis.

En la braquiterapia de alta tasa de dosis (HBR, *high dose rate*) se aplica una fuerte dosis de radiación durante unos minutos. No se deja colocado el material radiactivo.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

D810B9Z	Braquiterapia de baja tasa de dosis (btd) en ojo, con yodo 125 (i-125)
----------------	---

Para la inserción de la placa con el isótopo:

08H031Z	Inserción en ojo, derecho, de elemento radiactivo, abordaje percutáneo
08H131Z	Inserción en ojo, izquierdo, de elemento radiactivo, abordaje percutáneo

- Observaciones

Para especificar el tipo de braquiterapia se debe asignar un código asociado de la sección D Radioterapia. Según corresponda, se utilizará el adecuado Calificador de Modalidad, **9** Alta Tasa de Dosis o **B** Baja Tasa de Dosis (BTB).

De igual forma debe especificarse el isótopo, con el valor correspondiente de la columna 6, según el elemento radiactivo utilizado.

RESECCIÓN LOCAL DE LESIÓN DE COROIDES

- Objetivo

Extirpación quirúrgica de melanoma de coroides.

- Descripción

Se puede realizar mediante dos abordajes:

1. **Resección *transescleral*:** Tras preparar un colgajo conjuntival se transilumina el tumor y se marca a través de la esclera. Se prepara un colgajo escleral lamelar a modo de bisagra de un grosor aproximado de un 80% de la esclera que será el acceso para la resección del tumor.

Posteriormente se realiza vitrectomía central y disección de la esclera profunda. Se pasa a la resección del tumor, disecándolo suavemente de la coroides anterior sana y de la retina adyacente. Finalmente, el colgajo escleral posterior con bisagra realizado inicialmente se cierra mediante suturas.

2. Resección transretiniana: Previo tratamiento del tumor con termoterapia, con el fin de reducir al máximo las posibilidades de extensión sistémica, se realiza vitrectomía pars plana del modo habitual. Se pasa entonces a la endorresección del tumor que se extrae con el vitreotomo a través de una retinotomía. Tras ello se tratan los márgenes del coloboma formado tras la resección del tumor mediante endoláser. Finalmente se realiza un intercambio aire-silicona para hacer un taponamiento interno y evitar el desprendimiento retiniano en la zona de resección.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

1. *Resección transescleral:*

08BA0ZZ	Escisión de coroides, derecha, abordaje abierto
08BB0ZZ	Escisión de coroides, izquierda, abordaje abierto

08B43ZZ	Escisión de vítreo, derecho, abordaje percutáneo
08B53ZZ	Escisión de vítreo, izquierdo, abordaje percutáneo

2. *Resección transretiniana:*

08BA3ZZ	Escisión de coroides, derecha, abordaje percutáneo
08BB3ZZ	Escisión de coroides, izquierda, abordaje percutáneo

08B43ZZ	Escisión de vítreo, derecho, abordaje percutáneo
08B53ZZ	Escisión de vítreo, izquierdo, abordaje percutáneo

Tratamiento termoterapia previo a la intervención:

085A3ZZ	Destrucción de coroides, derecha, abordaje percutáneo
085B3ZZ	Destrucción de coroides, izquierda, abordaje percutáneo

INSERCIÓN PESAS DE ORO

- Objetivo

Mejorar el cierre palpebral mediante procedimiento dinámico.

- Descripción

Disección de una bolsa pretarsal en el párpado superior, sutura de los pesos y cierre por planos.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08UN0JZ	Suplemento en párpado superior, derecho, con sustituto sintético, abordaje abierto
08UP0JZ	Suplemento en párpado superior, izquierdo, con sustituto sintético, abordaje abierto

- Observaciones

La CIE-10-ES Procedimientos permite otros posibles abordajes aunque esta técnica es abierta.

TARSORRAFIA

- Objetivo

Mejorar el cierre palpebral mediante procedimiento estático para estrechar la apertura palpebral en una cuantía fija.

- Descripción

Mediante abordaje externo se procede a la sutura del párpado superior con el inferior en la zona lateral o en la zona medial

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08SNXZZ	Reposición de párpado superior, derecho, abordaje externo
08SPXZZ	Reposición de párpado superior, izquierdo, abordaje externo

08SQXZZ	Reposición de párpado inferior, derecho, abordaje externo
08SRXZZ	Reposición de párpado inferior, izquierdo, abordaje externo

- Observaciones

Fondo Editorial CIB (2013) *Tarsorrafia*. [Video]. Disponible en:

<https://www.youtube.com/watch?v=QtBPP7wJmPw>

El término tarsorrafia también se emplea para describir la sutura de herida de párpado sin reposicionarlo. En este caso la técnica el tipo de procedimiento sería Reparación.

ESCISIÓN LESIÓN PÁRPADO

- Objetivo

Extirpar una lesión en el párpado

- Descripción

Localización de la lesión, escisión y sutura si necesario.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08BNXZZ	Escisión de párpado superior, derecho, abordaje externo
08BPXZZ	Escisión de párpado superior, izquierdo, abordaje externo

08BQXZZ	Escisión de párpado inferior, derecho, abordaje externo
08BRXZZ	Escisión de párpado inferior, izquierdo, abordaje externo

BIOPSIA PÁRPADO

- Objetivo

Biopsiar una lesión en el párpado.

- Descripción

Localización de la lesión, escisión y sutura si necesario.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08BNXZX	Escisión de párpado superior, derecho, diagnóstico, abordaje externo
08BPXZX	Escisión de párpado superior, izquierdo, diagnóstico, abordaje externo

08BQXZX	Escisión de párpado inferior, derecho, diagnóstico, abordaje externo
08BRXZX	Escisión de párpado inferior, izquierdo, diagnóstico, abordaje externo

RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADO CON INJERTO DE PIEL LIBRE

- Objetivo

Reconstrucción palpebral mediante injerto de piel ante una pérdida previa de sustancia o bien porque en el mismo acto quirúrgico se hace escisión de una amplia zona palpebral.

- Descripción

Se pueden usar dos tipos de injertos cutáneos. Los de espesor total (que transfieren epidermis y dermis completa) cicatrizan con menos retracción. La zona donante generalmente es la piel del párpado superior no lesionado, la piel retroauricular, la preauricular, la supraclavicular o la de superficie interna del brazo.

Los injertos cutáneos de espesor parcial, donde solo se transfiere la epidermis, son mucho menos usados. La zona donante generalmente es la piel del muslo.

En ambos se localiza y delimita la lesión receptora. Se prepara la zona de piel donante y se disea, para finalmente suturarla a la zona receptora por planos si fuese necesario.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08RN07Z	Sustitución de párpado superior, derecho, con sustituto de tejido autólogo, abordaje abierto
08RP07Z	Sustitución de párpado superior, izquierdo, con sustituto de tejido autólogo, abordaje abierto
08RQ07Z	Sustitución de párpado inferior, derecho, con sustituto de tejido autólogo, abordaje abierto
08RR07Z	Sustitución de párpado inferior, izquierdo, con sustituto de tejido autólogo, abordaje abierto

- Observaciones

Se debe añadir el código correspondiente a la toma del injerto, según la norma **B3.9** Escisión para injerto.

RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADO CON COLGAJO ROTACIONAL

Colgajo de Tenzel / Colgajo de Hughes

- Objetivo

Reconstrucción palpebral mediante colgajo rotacional de piel o miocutáneo ante una pérdida previa de sustancia o bien porque en el mismo acto quirúrgico se hace escisión de una amplia zona palpebral.

- Descripción

La reconstrucción del párpado se realiza sin necesidad de injerto de piel libre, rotando y desplazando las estructuras implicadas.

Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08RN07Z	Sustitución de párpado superior, derecho, con sustituto de tejido autólogo, abordaje abierto
08RP07Z	Sustitución de párpado superior, izquierdo, con sustituto de tejido autólogo, abordaje abierto
08RQ07Z	Sustitución de párpado inferior, derecho, con sustituto de tejido autólogo, abordaje abierto
08RR07Z	Sustitución de párpado inferior, izquierdo, con sustituto de tejido autólogo, abordaje abierto

- Observaciones

La localización anatómica Párpado no está disponible en el tipo de procedimiento Transferencia, indicado en los colgajos rotacionales.

Aunque la técnica explicada es abierta, la CIE10ES Procedimientos permite también otros abordajes.

VÍA LACRIMAL

ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA

El aparato lagrimal comprende la glándula lagrimal, encargada de producir y secretar la capa acuosa de las lágrimas, y la vía lagrimal, que recoge las lágrimas de la superficie ocular y las conduce hasta la fosa nasal. Dicha vía consta de los puntos lagrimales situados en el canto interno del párpado superior e inferior, encargados de recoger la lágrima de la superficie ocular, pasando por los conductillos o canalículos lagrimales superior e inferior, que se unen en el conducto lagrimal común, que drena en el saco lagrimal, situado en la pared interna de la base orbitaria y finalmente llega a la fosa nasal a través del conducto nasolagrimal.

DACRIOADENECTOMÍA

- Objetivo

Resección de la glándula lagrimal principal.

- Descripción

Resección de la glándula lagrimal principal mediante abordaje abierto.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08TV0ZZ	Resección de glándula lacrimal, derecha, abordaje abierto
08TW0ZZ	Resección de glándula lacrimal, izquierda, abordaje abierto

DACRIOCISTECTOMÍA

- Objetivo

Extirpación completa del saco lagrimal.

- Descripción

Incisión en piel, localización del saco lagrimal y extirpación del mismo.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08BX0ZZ	Escisión de conducto lacrimal, derecho, abordaje abierto
08BY0ZZ	Escisión de conducto lacrimal, izquierdo, abordaje abierto

- Observaciones

La CIE10ES Procedimientos no ofrece como LOCALIZACIÓN ANATÓMICA el saco lagrimal. En el índice alfabético el término clave Saco lagrimal remite a Conducto lagrimal.

DACRIOCISTORRINOSTOMÍA ABIERTA

Dacriocistorrinostomía externa / DCRT-E

- Objetivo

Crear una vía de drenaje lagrimal alternativa.

- Descripción

Se hace incisión cutánea en zona interna de la base de la órbita y se localiza el saco lagrimal. Se expone el contenido del mismo y se procede a crear una anastomosis nueva entre el saco y la fosa nasal a través de una osteotomía en el hueso nasal. Se realizan dos colgajos, de mucosa nasal y del saco lagrimal, que se suturan. Se deja una intubación temporal en el sistema, y se cierra por planos.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

081X0Z3	Derivación de conducto lacrimal, derecho, a cavidad nasal, abordaje abierto
081Y0Z3	Derivación de conducto lacrimal, izquierdo, a cavidad nasal, abordaje abierto

DACRIOCISTORRINOSTOMÍA ENDONASAL ENDOSCÓPICA

Dacriocistorrinostomía interna

- Objetivo

Crear una vía de drenaje lagrimal alternativa.

- Descripción

Se forma una nueva anastomosis entre el saco lagrimal y la fosa nasal de forma endoscópica, con extracción de la mucosa nasal, creación de una ventana ósea a nivel del hueso lagrimal y apertura del saco lagrimal para crear una fístula directa desde el saco hasta la nariz.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

081X3Z3	Derivación de conducto lacrimal, derecho, a cavidad nasal, abordaje percutáneo
081Y3Z3	Derivación de conducto lacrimal, izquierdo, a cavidad nasal, abordaje percutáneo

- Observaciones

La CIE-10-ES Procedimientos no ofrece en la actualidad la posibilidad de abordaje endoscópico para Derivación de conducto lagrimal. Mientras tanto, utilizaremos el valor 3 Percutáneo.

CONJUNTIVO DACRIOCISTORRINOSTOMÍA

- Objetivo

Crear una vía de drenaje lagrimal alternativa.

- Descripción

Es una técnica endoscópica empleada cuando hay gran destrucción de la vía lagrimal. Se forma una nueva anastomosis entre el punto lagrimal y la fosa nasal saltando la vía lagrimal. Se emplea un tubo de Jones para la anastomosis.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

081X3J3	Derivación de conducto lacrimal, derecho a cavidad nasal, con sustituto sintético, abordaje percutáneo
081Y3J3	Derivación de conducto lacrimal, izquierdo a cavidad nasal, con sustituto sintético, abordaje percutáneo

- Observaciones

La CIE10ES Procedimientos no ofrece Abordaje endoscópico para Derivación de conducto lagrimal. Mientras tanto, utilizaremos el valor 3 Percutáneo.

Nieto, José (2016) *Conjuntivo-dacriocistorrinostomía con tubo de Jones*. [Vídeo]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=qxkv3RBJvns>

DACRIOCISTORRINOSTOMÍA TRANSCANALICULAR CON LÁSER DIODO (DCRT)

- Objetivo

Crear una vía de drenaje lagrimal alternativa.

- Descripción

Se forma una nueva anastomosis entre el saco lagrimal y la fosa nasal a través de la propia vía lagrimal, de forma endoscópica mediante una sonda lagrimal con un láser diodo incorporado que mediante la aplicación de energía consigue realizar la nueva osteotomía.

Se inserta la guía con la sonda a través del punto lagrimal hasta llegar al saco. Se visualiza la zona correcta para realizar la osteotomía en fosa nasal mediante un endoscopio nasal. Se realiza la aplicación del láser para la osteotomía, y se deja una sonda temporal hasta la cicatrización de la nueva anastomosis.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

081X3Z3	Derivación de conducto lacrimal, derecho, a cavidad nasal, abordaje percutáneo
081Y3Z3	Derivación de conducto lacrimal, izquierdo, a cavidad nasal, abordaje percutáneo

- Observaciones

La CIE-10-ES Procedimientos no ofrece abordaje endoscópico para Derivación de conducto lagrimal. Mientras tanto, utilizaremos el valor 3 Percutáneo.

SONDAJE VÍA LACRIMAL

- Objetivo

Dilatar una vía lagrimal obstruida.

- Descripción

Se dilata el punto lagrimal inferior y para ello se introduce una sonda de Bowman a través de este hasta llegar a hueso nasal, se hace un giro de 90º para introducir la sonda en el conducto nasolagrimal hasta superar la obstrucción. Posteriormente se retira la sonda de Bowman.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

087X7ZZ	Dilatación de conducto lacrimal, derecho, abordaje orificio natural o artificial
087Y7ZZ	Dilatación de conducto lacrimal, izquierdo, abordaje orificio natural o artificial

- Observaciones

La CIE10ES Procedimientos ofrece también la posibilidad de abordaje Orificio Natural o Artificial, Endoscópico pero esta técnica no es endoscópica.

En ocasiones el tubo que se emplea para dilatar se deja en el conducto lagrimal un tiempo:

Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

087X7DZ	Dilatación de conducto lacrimal, derecho, con dispositivo intraluminal, abordaje orificio natural o artificial
087Y7DZ	Dilatación de conducto lacrimal, izquierdo, con dispositivo intraluminal, abordaje orificio natural o artificial

OCLUSIÓN PUNTOS LACRIMALES

- Objetivo

Conservación de la lágrima, evitando pérdidas por drenaje a través del conducto lagrimal. Esta técnica se indica en el ojo seco.

- Descripción

Localización del punto lagrimal e inserción de un tapón.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08LX7DZ	Oclusión de conducto lacrimal, derecho, con dispositivo intraluminal, abordaje orificio natural o artificial
08LY7DZ	Oclusión de conducto lacrimal, izquierdo, con dispositivo intraluminal, abordaje orificio natural o artificial

- Observaciones

La CIE-10-ES Procedimientos no ofrece como Localización Anatómica el punto lagrimal. En el índice alfabético el término clave Punto lagrimal remite a Conducto lagrimal.

CAUTERIZACIÓN DEL PUNTO LAGRIMAL

- Objetivo

Conservación de la lágrima evitando pérdidas por drenaje a través del conducto lagrimal. Esta técnica se indica en el ojo seco.

- Descripción

Localización del punto lagrimal y cauterización del mismo.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08LX7ZZ	Oclusión de conducto lacrimal, derecho, abordaje orificio natural o artificial
08LY7ZZ	Oclusión de conducto lacrimal, izquierdo, abordaje orificio natural o artificial

GLAUCOMA

ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA

El glaucoma es una neuropatía óptica adquirida, caracterizada por una excavación de la papila óptica y un adelgazamiento del borde neuroretiniano. El paciente va sufriendo una pérdida del campo visual periférico. La presión intraocular (PIO) es un factor de riesgo importante para el glaucoma, pero no es necesaria para desarrollar la enfermedad, aunque es el único factor implicado que puede modificarse.

El aumento de la PIO se debe a un desequilibrio entre la producción de humor acuoso y su reabsorción. El humor acuoso se produce en los procesos ciliares, baña toda la cámara posterior y, a través de la pupila, pasa a la cámara anterior donde es reabsorbido a través de la malla trabecular y canal de Schlemm en la unión del iris y la córnea.

Las técnicas que actúan sobre las vías naturales de reabsorción del humor acuoso (canal de Schlemm, red trabecular) se clasificarán con el tipo de procedimiento Drenaje y las que crean vías nuevas como a conjuntiva, se clasificarán con el tipo de procedimiento Derivación.

Alila Medical (2016) *Glaucoma de ángulo abierto y de ángulo cerrado*. [Vídeo]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=ge6gXF1-quc>

Nucleus Health (2012) *Cirugía de glaucoma*. [Vídeo]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=11uYJfeXd3g>

TRABECULOPLASTIA

TPL / Trabeculoplastia selectiva con láser diodo (SLT) / Trabeculoplastia con láser argón (ALT)

- Objetivo

Aumentar el drenaje del humor acuoso y reducir la PIO.

- Descripción

Aplicar láser diodo al trabéculum pigmentado, de forma selectiva, con abordaje externo, para incrementar la apertura de los canales trabeculares en la red trabecular y permitir un mayor drenaje.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08923ZZ	Drenaje en cámara anterior, derecha, abordaje percutáneo
08933ZZ	Drenaje en cámara anterior, izquierda, abordaje percutáneo

- Observaciones

No existe en la tabla 089 Drenaje, para la localización anatómica de Cámara Anterior, el valor de abordaje X Externo.

IRIDOPLASTIA

- Objetivo

Aumentar el drenaje del humor acuoso y reducir la PIO mediante la modificación de la morfología del ángulo iridocorneal y la apertura del trabéculum.

- Descripción

Se realizan quemaduras con láser de argón de baja potencia y tamaño grande para conseguir que el iris se encoja y que estire el ángulo iridocorneal. Así se modifica la posición del iris en el síndrome de iris en meseta.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08923ZZ	Drenaje en cámara anterior, derecha, abordaje percutáneo
08933ZZ	Drenaje en cámara anterior, izquierda, abordaje percutáneo

IRIDOTOMÍA LÁSER

Ver IRIS

IRIDECTOMÍA PARCIAL

Ver IRIS

GONIOTOMÍA

- Objetivo

Aumentar el drenaje del humor acuoso y reducir la PIO.

- Descripción

Incisión superficial de la porción anterior de la trabécula mediante abordaje percutáneo.

La técnica de la goniotomía consiste en acceder a la cámara anterior a través de una incisión en la córnea periférica. A continuación, se secciona una pequeña cantidad de tejido situado en el tercio anterior del trabéculum ayudando para su visualización la lente de goniotomía. Usada como técnica inicial en el glaucoma congénito.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08923ZZ	Drenaje en cámara anterior, derecha, abordaje percutáneo
08933ZZ	Drenaje en cámara anterior, izquierda, abordaje percutáneo

TRABECULOTOMÍA

- Objetivo

Aumentar el drenaje del humor acuoso y reducir la PIO.

- Descripción

Incisión amplia de todo el grosor de la trabécula mediante abordaje percutáneo. Se accede a la cámara anterior a través de una incisión en la córnea periférica. A continuación, se secciona todo el grosor de la trabécula desde el canal de Schlemm hasta su porción posterior en una línea de entre 2 y 3 horas. Usada como técnica inicial en el glaucoma congénito.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08923ZZ	Drenaje en cámara anterior, derecha, abordaje percutáneo
08933ZZ	Drenaje en cámara anterior, izquierda, abordaje percutáneo

TRABECULECTOMÍA

- Objetivo

Aumentar el drenaje del humor acuoso y reducir la PIO.

- Descripción

Tras una incisión conjuntival a unos milímetros del limbo superior, se expone la esclera subyacente. Se realiza un colgajo escleral de forma trapezoidal, con una profundidad entre la mitad y tres cuartos del grosor total de la esclera. Se puede usar en este punto un antimetabolito si se precisa, para reducir el riesgo de cicatrización posquirúrgica. Se procede entonces a realizar una esclerectomía profunda debajo del tapete escleral superficial descrito previamente para el drenaje del humor acuoso hacia el espacio subconjuntival. Se hace una iridectomía periférica para evitar el cierre de la esclerectomía y se sutura el colgajo escleral inicial y la conjuntiva. A veces se ponen dispositivos para el drenaje.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

Sin dispositivo

08123Z4	Derivación de cámara anterior, derecha a esclerótica, abordaje percutáneo
08133Z4	Derivación de cámara anterior, izquierda a esclerótica, abordaje percutáneo

Con dispositivo

08123J4	Derivación de cámara anterior, derecha a esclerótica, con sustituto sintético, abordaje percutáneo
08133J4	Derivación de cámara anterior, izquierda a esclerótica, con sustituto sintético, abordaje percutáneo

- Observaciones

La CIE-10-ES Procedimientos no ofrece en este caso el valor de abordaje abierto, aunque la técnica lo es.

ESCLERECTOMÍA PROFUNDA NO PERFORANTE

EPNP

- Objetivo

Aumentar el drenaje del humor acuoso y reducir la PIO.

- Descripción

Tras una incisión conjuntival a unos milímetros del limbo superior, se expone la esclera subyacente. Se realiza un colgajo escleral de forma trapezoidal, con una profundidad entre la mitad y tres cuartos del grosor total de la esclera. Se puede usar en este punto un antimetabolito si se precisa, para reducir el riesgo de cicatrización posquirúrgica. Se reseca un colgajo escleral profundo sin llegar a perforar la esclera y se escinde también la pared externa del canal de Schlemm y del trabéculo corneoescleral, dejando la membrana trabecular interna intacta, por donde se filtra el humor acuoso. Se sutura el colgajo escleral superficial con Nylon 10-0 y, para terminar, se sutura la conjuntiva.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08123Z4	Derivación de cámara anterior, derecha a esclerótica, abordaje percutáneo
08133Z4	Derivación de cámara anterior, izquierda a esclerótica, abordaje percutáneo

- Observaciones

La CIE10ES Procedimientos no ofrece en este caso abordaje abierto, aunque la técnica lo es.

DISPOSITIVO DE DRENAJE DEL HUMOR ACUOSO

Dispositivo de AHMED / KRUPIN / MOLTENO / BAERVELDT

- Objetivo

Aumentar el drenaje del humor acuoso y reducir la PIO.

- Descripción

Se trata de dispositivos colocados debajo de la conjuntiva, con un tubo de drenaje que lo comunica con la cámara anterior, permitiendo el paso del humor acuoso al espacio subconjuntival y su salida por esta vía.

Se realiza una incisión conjuntival perilimbar y se disecciona conjuntiva y Tenon, generalmente en el cuadrante superoexterno. Se sutura el dispositivo en la esclera subyacente, por detrás de las inserciones de los músculos rectos, a unos 10 mm del limbo. El tubo de drenaje se inserta a través de una aguja guía por detrás del limbo, evitando el contacto con la córnea, se ajusta la longitud del tubo, y se recubre la zona de inserción del mismo con un parche (esclera, duramadre o pericardio), para evitar una futura exposición del mismo. Para terminar, se sutura la conjuntiva.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08123J4	Derivación de cámara anterior, derecha a esclerótica con sustituto sintético, abordaje percutáneo
08133J4	Derivación de cámara anterior, izquierda a esclerótica con sustituto sintético, abordaje percutáneo

- Observaciones

La CIE-10-ES Procedimientos no ofrece en este caso el valor de abordaje Abierto, aunque la técnica lo es.

Se utiliza el tipo de procedimiento Derivación porque con estos dispositivos no se respeta la vía de drenaje natural del humor acuoso, sino que se lleva (deriva) a otra localización.

RECAMBIO DE DISPOSITIVO DE DRENAJE DEL HUMOR ACUOSO

Recambio de válvula AHMED / KRUPIN / MOLTENO / BAERVELDT

- Objetivo

Sustituir el dispositivo de drenaje del humor acuoso y reducir la PIO.

- Descripción

Previo disección conjuntival se localiza el dispositivo de drenaje, se retira y se introduce un nuevo dispositivo.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08P0XJZ	Retirada en ojo, derecho, de sustituto sintético, abordaje externo
08P1XJZ	Retirada en ojo, izquierdo, de sustituto sintético, abordaje externo

08123J4	Derivación de cámara anterior, derecha a esclerótica con sustituto sintético, abordaje percutáneo
08133J4	Derivación de cámara anterior, izquierda a esclerótica con sustituto sintético, abordaje percutáneo

- Observaciones

La CIE10ES Procedimientos no ofrece, en este caso, el valor de abordaje Abierto, aunque la técnica lo es.

RETIRADA DE DISPOSITIVO DE DRENAJE DEL HUMOR ACUOSO

Retirada de válvula AHMED / KRUPIN / MOLTENO / BAERVELDT

- Objetivo

Retirar un dispositivo de drenaje del humor acuoso.

- Descripción

Retirar un dispositivo para el drenaje del humor acuoso.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08P0XJZ	Retirada en ojo, derecho, de sustituto sintético, abordaje externo
08P1XJZ	Retirada en ojo, izquierdo, de sustituto sintético, abordaje externo

- Observaciones

La CIE-10-ES Procedimientos ofrece otros posibles abordajes.

REVISIÓN DE DISPOSITIVO DE DRENAJE DEL HUMOR ACUOSO

Revisión válvula AHMED / KRUPIN / MOLTENO / BAERVELDT

- Objetivo

Revisar un dispositivo de drenaje del humor acuoso.

- Descripción

Revisar un dispositivo para el drenaje del humor acuoso mediante abordaje externo.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

08W0XJZ	Revisión en ojo, derecho, de sustituto sintético, abordaje externo
08W1XJZ	Revisión en ojo, izquierdo, de sustituto sintético, abordaje externo

CICLOCRIOTERAPIA

- Objetivo

Ablación de parte del cuerpo ciliar para disminuir la producción de humor acuoso.

- Descripción

Aplicación de óxido nítrico sobre una parte del cuerpo ciliar transescleral con abordaje externo.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

0850XZZ	Destrucción de ojo, derecho, abordaje externo
0851XZZ	Destrucción de ojo, izquierdo, abordaje externo

- Observaciones

El Anexo de Términos Clave de Localizaciones Anatómicas de la CIE10ES Procedimientos remite a Ojo para el término Cuerpo ciliar.

CICLOFOTOCOAGULACIÓN TRANSESCLERAR

- Objetivo

Ablación de parte del cuerpo ciliar para disminuir la producción de humor acuoso.

- Descripción

Aplicación de láser de diodo sobre una parte del cuerpo ciliar con abordaje externo transesclerar.

También se puede realizar la ciclofotocoagulación mediante la aplicación de láser de diodo sobre una parte del cuerpo ciliar con abordaje percutáneo con sonda láser.

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

0850XZZ	Dstrucción de ojo, derecho, abordaje externo
0851XZZ	Dstrucción de ojo, izquierdo, abordaje externo

- Observaciones

La CIE-10-ES Procedimientos sólo dispone de Abordaje externo para Dstrucción de ojo

CIRUGÍA MICROINVASIVA PARA EL GLAUCOMA

MIGS (minimally invasive glaucoma surgery)

- Objetivo

Aumentar el drenaje del humor acuoso y reducir la PIO.

- Descripción

- A través de una mínima incisión y con la ayuda de un inyector se inserta un pequeño implante para favorecer la filtración del humor acuoso directamente al canal de Schlemm (Drenaje) o para derivarlo al espacio supracoroideo o al espacio subconjuntival (Derivación).

- Codificación mediante CIE-10-ES Procedimientos

Derivación al espacio supracoroideo o al espacio subconjuntival

08123J4	Derivación de cámara anterior, derecha a esclerótica con sustituto sintético, abordaje percutáneo
08133J4	Derivación de cámara anterior, izquierda a esclerótica con sustituto sintético, abordaje percutáneo

Drenaje al canal de Schlemm

089230Z	Drenaje en cámara anterior, derecha, con dispositivo de drenaje, abordaje percutáneo
089330Z	Drenaje en cámara anterior, izquierda, con dispositivo de drenaje, abordaje percutáneo

BIBLIOGRAFÍA

- Capeans Tomé C. Actualización en tumores intraoculares. Madrid: Tecnimedia; 1999.
- Benítez del Castillo Sánchez JM (Coordinador). Superficie ocular. Madrid: Sociedad Española de Oftalmología; 2004.
- Pérez Moreiras JV, Prada Sánchez MC. Patología Orbitaria I. Barcelona: Edika-Med S.L.; 2001.
- Alberto Villarrubia Cuadrado A, Mendicute del Barrio J, Pérez Santonja JJ, Jiménez Alfaro Morote I, Güell Villanueva JL. Queratoplastia lamelar. Madrid: Sociedad Española de Oftalmología; 2005.
- Nerad J. Cirugía oculoplástica. Los requisitos en oftalmología. Madrid. 1ª Edición. Harcourt España; 2002.
- García Arumí J (coordinador). Tratamiento del desprendimiento de retina regmatógeno. Guías de Práctica Clínica de la SERV. Madrid: Sociedad Española de Retina y Vítreo; 2010. Disponible en www.serv.es
- Gómez-Ulla de Irazazábal F (coordinador). Manejo de las inyecciones intravítreas. Guías de Práctica Clínica de la SERV. Madrid: Sociedad Española de Retina y Vítreo; 2009. Disponible en www.serv.es
- Mendicute del Barrio J, Cadarso Suárez L, Lorente Moore R. Facoemulsificación. Barcelona: VIS A VIS; 1999.
- Bobrow JC. Sección 11: cristalino y cataratas 2011-2012. Barcelona: S.A. Elsevier España; 2012.
- Rapuan C. Sección 13: cirugía refractiva 2011-2012. Barcelona: S.A. Elsevier España; 2012.
- Peris Martínez C, Menezo Rozalen JL. Tratamiento de la Ectasia corneal. Bilbao: Librería Medica Berri; 2018.
- Alicia Galán Terraza A, Visa Nasarre J. Estado actual del tratamiento del estrabismo. Madrid: Sociedad Española de Oftalmología; 2010.
- Richards R. A Text and Atlas of Strabismus Surgery. Baltimore: Williams and Wilkins; 1991.
- Perea Garcia J. Estrabismos. Toledo: Artes Gráficas Toledo; 2008.
- Benítez del Castillo Sánchez JM, Durán de la Colina JA, María Teresa Rodríguez Ares MT. Superficie Ocular. Madrid: Sociedad Española de Oftalmología Mac Line, S.L; 2004.
- Alward WLM. Glaucoma: los requisitos en oftalmología. Barcelona: S.A. Elsevier España; 2000.
- Cioffi, G. Glaucoma, Sección 10 (American Academy Of Ophthalmology 2008-2009). Barcelona: S.A. Elsevier España; 2009.
- Benítez Del Castillo JM, Castillo A, Ragai N, Shafik M, García Sánchez J. Trasplante Limbar: nuestros primeros resultados. Studium Ophthalmologicum, 1.999, vol. XVIII (nº4): 329- 332.

AGRADECIMIENTOS

Dr. Norberto Seva Silva. Jefe de Servicio de Oftalmología del HU Virgen del Rocío de Sevilla.

Dra. García Robles. Sección de Oftalmología Infantil y Neurooftalmología del H. U. Virgen del Rocío de Sevilla.

Dr. José Luís Sánchez Vicente. Sección Retina Quirúrgica del H. U. Virgen del Rocío de Sevilla.

B. PREGUNTAS A LA UNIDAD

ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS

1. **Enfermedad de Chagas crónica.** ¿Cómo se codificaría la enfermedad de Chagas crónica o latente sin afectación de ningún órgano? Parece que el código B57.2 sería apropiado pero este código incluye también la afectación cardíaca.

RESPUESTA: La entrada del Índice Alfabético para la enfermedad de Chagas envía al código B57.2:

Chagas (-Mazza), enfermedad de (crónica) B57.2

La lista tabular, bajo el literal del código **B57.2** indica:

B57.2 Enfermedad de Chagas (crónica) que afecta al corazón

Enfermedad de Chagas (crónica) con miocarditis

Enfermedad de Chagas (crónica) NEOM

Tripanosomiasis americana NEOM

Tripanosomiasis NEOM

Es por tanto correcto utilizar, en esta situación, el código **B57.2**

2. **Shock séptico posoperatorio.** ¿Cuál sería la secuencia adecuada de codificación para el shock séptico posoperatorio? ¿Usaríamos el T81.12 o el R65.21? y, ¿antes se codificaría la sepsis como causa subyacente? ¿Antes de la sepsis habría que codificar T81.4 para indicar que la infección es posprocedimiento? Y si hubiese otros fallos orgánicos debidos a la sepsis (además del shock), ¿se pondrían detrás directamente del T81.12 en caso de que sea este el código a utilizar o para señalar su relación con la sepsis deberían ir precedidos por el R65.- ¿Y en caso afirmativo R65.20 o R65.21? ¿No sería redundante usar T81.12 y R65.21? Les agradecería que me aclarasen cuando utilizar el T81.12 y las posibles secuencias de codificación.

RESPUESTA: Según la actual normativa, si una infección posoperatoria acaba desarrollando un shock séptico debe codificarse primero el código de la complicación, (por ejemplo **T81.4 Infección después de un procedimiento**, u **O86.0 Infección de herida quirúrgica obstétrica**), seguido del código de la infección sistémica (sepsis) y del **T81.12-, Shock séptico después de un procedimiento**. No se debe asignar el código **R65.21 Sepsis grave con shock séptico**. Deben también asignarse códigos adicionales para las disfunciones orgánicas agudas.

Por ejemplo: paciente dado de alta hace dos días tras colecistectomía. Ingresar por shock séptico por SAMR secundario a absceso de herida quirúrgica por dicho germen con fracaso renal agudo secundario a la sepsis.

T81.4XXA Infección después de un procedimiento, contacto inicial

A41.02 Sepsis debida a Staphylococcus aureus resistente a meticilina

L02.211 Absceso cutáneo en pared abdominal

T81.12XA Shock séptico después de un procedimiento, contacto inicial

N17.9 Fallo renal agudo, no especificado

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

NEOPLASIAS

- 3. Lesión lítica en tibia derecha. ¿Cuál sería el código de la lesión lítica en tibia derecha por un Mieloma Múltiple?**

RESPUESTA: El Mieloma Múltiple es un tipo de neoplasia maligna de la médula ósea que se produce por una degeneración maligna de las células plasmáticas. Las células plasmáticas normales forman parte del sistema inmune encargado de hacer frente a infecciones y enfermedades de origen externo.

Uno de los síntomas más frecuentes del Mieloma Múltiple es el dolor óseo, principalmente en la espalda, cadera, costillas, pelvis o cráneo. Los estudios diagnósticos muestran lesiones líticas que son dolorosas y favorecen la aparición de fracturas. Se producen debido a que las células mielomatosas impiden la correcta función de los osteoblastos y osteoclastos.

Las lesiones líticas son parte inherente del Mieloma por lo que no se codifican por separado. Codifique únicamente el Mieloma Múltiple

- 4. Elección de grados con misma morfología. En una biopsia de próstata tenemos una misma morfología pero con diferentes grados: Adenocarcinoma acinar G1 y G3. ¿Seguimos la misma pauta como para las morfologías, es decir, elegimos la de mayor grado?, ¿hay algún otro criterio?**

RESPUESTA: Si en un tumor sólido existen áreas con diferente grado de diferenciación utilice el código que identifica el grado más alto incluso si se trata solo de un foco dentro del tumor.

En el caso del adenocarcinoma de próstata el sistema más aceptado para su evaluación es el sistema de Gleason. Fue desarrollado en los años sesenta y ha sufrido posteriormente distintas modificaciones. La escala de Gleason se basa en el patrón glandular del tumor. Los patrones arquitectónicos primario (predominante) y secundario (el segundo en cuanto a prevalencia) son identificados y se les asigna un grado de 1 a 5, siendo 1 el más diferenciado y 5 el más indiferenciado.

Estos patrones primario y secundario influyen en el pronóstico por lo que se hace una suma de ambos valores dando lugar a la puntuación de Gleason. Las puntuaciones de Gleason van desde 2 (1+1), que representa a tumores uniformes con patrón 1 de Gleason, hasta 10 (5+5) que representa a los tumores totalmente indiferenciados.

Gleason X: la puntuación de Gleason no se puede determinar

Gleason 6 o inferior: las células están bien diferenciadas.

Gleason 7: las células están moderadamente diferenciadas.

Gleason 8, 9 o 10: las células están poco diferenciadas o no diferenciadas.

En el año 2014 se aprobó un sistema de agrupamiento pronóstico (Sistema de gradación de la Sociedad Internacional de Patología Urológica o Gradación ISUP) basado en la puntuación de Gleason: Consta de 5 grados (GG):

Grado 1 (GG1): Gleason ≤ 6

Grado 2 (GG2): Gleason $3 + 4 = 7$

Grado 3 (GG3): Gleason $4 + 3 = 7$

Grado 4 (GG4): Gleason 8

Grado 5 (GG5): Gleason 9-10

Para la asignación del sexto dígito (séptimo carácter) del código de morfología, la equivalencia sería:

Grado 1 (GG1): Gleason ≤ 6 = Bien diferenciado (Grado I)

Grado 2 (GG2): Gleason 7 (3 + 4) = Moderadamente diferenciado (Grado II)

Grado 3 (GG3): Gleason 7 (4 + 3) = Moderadamente diferenciado (Grado II)

Grado 4 (GG4): Gleason 8 = Pobremente diferenciado (Grado III)

Grado 5 (GG5): Gleason 9-10 = Indiferenciado (Grado IV)

5. Leucemia mieloide crónica. En el caso de tener que codificar una Leucemia mieloide crónica, sin otras indicaciones, ¿qué código de los siguientes resulta más correcto?

C92.10 Leucemia mieloide crónica, BCR/ABL positiva, sin haber alcanzado remisión

C92.Z0 Otros tipos de leucemia mieloide, sin haber alcanzado remisión

RESPUESTA: La leucemia mieloide crónica (LMC) es un síndrome mieloproliferativo crónico caracterizado por la proliferación medular predominante de la serie granulopoyética. Sus rasgos más llamativos son la presencia de leucocitosis con formas inmaduras en sangre periférica y esplenomegalia.

El estudio citogenético es fundamental en el diagnóstico de la LMC, ya que en el 95% de los casos del adulto se evidencia la presencia del cromosoma Filadelfia, marcador citogenético de esta enfermedad. Fue la primera enfermedad maligna en que se demostró una anomalía genética adquirida y es en la actualidad el modelo molecular de leucemia mejor estudiado. En la LMC se expresa la translocación cromosómica t (9; 22) (q34; q11) que da lugar a la formación del cromosoma Filadelfia (Ph). A causa de esta translocación se producen 2 nuevos genes híbridos: el BCR-ABL en el cromosoma 22q- o cromosoma Ph y el gen recíproco ABL-BCR en el cromosoma derivado 9q+, el cual, aunque transcripcionalmente activo, no parece desempeñar ninguna actividad funcional en la enfermedad.

Las entradas en el IAE son:

Leucemia, leucémico (-a) C95.9-

- mieloblástica aguda (con maduración) (diferenciación mínima) C92.0-

- mielógena (véase además categoría C92) C92.9-

- - crónica (con crisis de células blásticas) (cromosoma Filadelfia (Ph1) positivo) (t(9;22)) (q34; q11) C92.1-

- mieloide C92.9-

- - aguda

- - crónica, BCR / ABL positivos C92.1-

- - - atípica, BCR / ABL negativos C92.2-

- - especificada NCOC C92.Z-

La entrada por Leucemia -mielógena --crónica nos lleva a la subcategoría **C92.1 Leucemia mieloide crónica, BCR/ABL positiva**, al igual que la entrada por Leucemia -mieloide --crónica, BCR/ABL positivos, ya que este tipo es el más frecuente.

Por tanto una Leucemia Mieloide Crónica sin más especificación debe clasificarse bajo esta subcategoría. Y debe elegir el quinto dígito según la información disponible.

Además debe añadirse el código correspondiente de morfología, en este caso el **9863/3 Leucemia mieloide crónica, SAI**

6. **Reservorio Ommaya.** Paciente con glioblastoma multiforme que acude para colocación de reservorio OMMAYA en el asta temporal derecha excluida. ¿Sería correcto el siguiente código para reflejar este procedimiento?

00H633Z Inserción en ventrículo cerebral de dispositivo de infusión, abordaje percutáneo.

Y si le dieran quimioterapia, ¿sería correcto el siguiente código?

3E0Q305 Introducción en cavidad craneal y cerebro de antineoplásico (-a) de otro antineoplásico, abordaje percutáneo.

RESPUESTA: El depósito de Ommaya fue diseñado para administrar medicamentos directamente en el líquido cefalorraquídeo en un ventrículo cerebral lateral (derecho o izquierdo). Ha tenido amplio uso para la administración de antineoplásicos.

El dispositivo se implanta por medio de cirugía debajo del cuero cabelludo del paciente. El cirujano taladra un orificio mediante un buril en el cráneo a nivel del lóbulo frontal del cerebro

e introduce el catéter del dispositivo a través del lóbulo del paciente en el ventrículo cerebral lateral. El depósito del dispositivo queda situado encima del orificio del buril, por debajo de un colgajo de piel del cuero cabelludo; los fármacos se administran por inyección en el depósito.

El código que debemos utilizar para este procedimiento es:

00H633Z Inserción en ventrículo cerebral de dispositivo de infusión, abordaje percutáneo.

0JHS03Z Inserción en tejido subcutáneo y fascia, cabeza y cuello, de dispositivo de infusión, abordaje abierto

No existe, en la actualidad, posibilidad de insertar un reservorio en tejido subcutáneo y fascia de cuero cabelludo.

Si se realiza una administración de quimioterapia, debe asignarse el siguiente código:

3E0Q305 Introducción en cavidad craneal y cerebro de antineoplásico (-a), otro antineoplásico, abordaje percutáneo.

ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS

7. Diabetes con glaucoma. ¿Cómo se debe codificar un paciente con diabetes y glaucoma?

RESPUESTA En este caso no existe bajo la entrada en el IAE “Diabetes -con” el modificador esencial “Glaucoma”, ni a la inversa, bajo el término principal “Glaucoma -con” aparece diabetes, por lo que no es de aplicación la normativa del término “con” en este caso, y por tanto ambas entidades no deben relacionarse. Para relacionar dos afecciones por defecto bajo esta norma, el modificador esencial que aparezca tras el término “con” debe ser la afección específica.

En el IAE nos encontramos:

Diabetes

-con

--complicación

---oftálmica NCOC E11.39

8. Catarata nuclear en paciente diabético. Paciente con diagnóstico de catarata nuclear bilateral. Esclerosis nuclear bilateral. Antecedentes personales de diabetes. Si buscamos por el Índice Alfabético de Enfermedades, la entrada “esclerosis nuclear” nos lleva a Catarata senil nuclear (H25.13). ¿Este sería el código principal correcto? ¿O lo correcto es asociar la catarata a la diabetes y el diagnóstico principal debería ser E11.36?

RESPUESTA: El punto A.2.3 del Manual de Codificación CIE 10 ES Diagnósticos, ed 2018, dice: **“Con”:** El término “con” debe ser interpretado como “asociado/a con” o “debido/a”, cuando

aparece en un literal de un código, en el I.A.E bajo o junto a un término principal o en una nota de instrucción de la L.T.

La clasificación supone una relación causal entre las dos afecciones vinculadas por este término en el índice alfabético o lista tabular. Estas afecciones deben ser codificadas como relacionadas, incluso aunque la documentación del clínico no las asocie de forma explícita, salvo que en la documentación se indique claramente que dichas afecciones no guardan relación.”

En el caso que usted nos envía, nos dicen qué tipo de catarata es. La documentación especifica que se trata de una catarata nuclear con esclerosis nuclear y por tanto no debe ser asociada a la diabetes. Si el motivo de contacto es la catarata, ésta debe ser el diagnóstico principal y la diabetes el diagnóstico secundario.

TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO

9. **Síndrome de Diógenes.** ¿Cuál es el código adecuado para el síndrome de Diógenes? En CIE-9 proponen el código 301.89 que en el mapeo se muestra como F60.89 Otros tipos de trastornos específicos de personalidad, pero nos parece inespecífico y no contenido en los trastornos que incluye.

RESPUESTA: El Síndrome de Diógenes no tiene un código específico en CIE-10-ES. Describe un patrón de conducta que puede incluir distintas manifestaciones tales como: auto negligencia, miseria doméstica, marcado aislamiento social y tendencia a la acumulación excesiva. Si no hay una enfermedad psiquiátrica de base, se considera que forma parte de una personalidad compatible con algún Trastorno de la Personalidad del clúster A y el código que debe utilizarse es **F60.89 Otros tipos de trastornos específicos de personalidad**.

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

- hipomaníaco (crónico) F60.89
- personalidad (véase además Personalidad) F60.9
- - especificado NCOC F60.89

Si el Síndrome de Diógenes forma parte de algún trastorno psiquiátrico (demencia de Alzheimer, trastorno de personalidad esquizoide, trastorno obsesivo compulsivo atípico, esquizofrenia simple, esquizofrenia residual, trastorno de ideas delirantes persistentes), se consideraría como una manifestación sintomática del trastorno psiquiátrico de base.

ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO

10. **Síndrome rígido-acinético.** ¿Cómo se codificaría un síndrome rígido-acinético o bradicinético? Se nos ocurren dos opciones. O bien como R29.898 + R25.8 (opción 1) o bien como G25.89 (opción 2). Se trata de un cuadro neurológico en el que domina la rigidez y la acinesia-bradicinesia; se observa en las lesiones de los ganglios basales, especialmente por afectación

de la vía nigroestriada. La enfermedad más típica donde se presenta este cuadro es la enfermedad de Parkinson. No sabemos si codificarlo como síntomas o se sería más correcto catalogarlo en otros trastornos extrapiramidales del movimiento, ya que el paciente no está diagnosticado de Parkinson.

RESPUESTA: El síndrome rígido-acinético se caracteriza clínicamente por rigidez muscular, lentitud en la ejecución de movimientos (bradicinesia), disminución de la amplitud de movimientos (hipocinesia) y alteración del equilibrio. Es la consecuencia de un desequilibrio dopaminérgico que se puede producir a dos niveles: pre sináptico o post sináptico.

En el capítulo 6 de la Lista Tabular de CIE 10 ES Diagnósticos tenemos una categoría **G21 Parkinsonismo secundario**, y dentro de ésta se incluyen los Síndromes rígidos hipocinéticos (L)

G21 Parkinsonismo secundario

Síndromes rígidos hipocinéticos (L)

Por tanto, ante un diagnóstico clínico de “Síndrome rígido-hipocinético, bradicinético o acinético” y descartada una enfermedad de Parkinson, deberemos asignar un código de la categoría G21 Parkinsonismo secundario, en base a la documentación clínica.

Si no disponemos de más información asignaremos el código **G21.9 Parkinsonismo secundario, no especificado**.

ENFERMEDADES DEL OÍDO

- 11. Inyección intratimpánica de gentamicina en el síndrome de Menière.** En un paciente con Síndrome de Menière resistente a tratamiento médico al que se le practica una inyección intratimpánica de gentamicina, cuya función aquí no sería como antiinfeccioso sino como agente destructivo, ¿es correcto el código 3E0B3TZ?

RESPUESTA: Los primeros estudios del uso de aminoglucósidos intratimpánicos (estreptomina) en la enfermedad de Ménière datan de los años cincuenta. Posteriormente la estreptomina se reemplazó por gentamicina para reducir el riesgo de pérdida de audición (la gentamicina se considera más vestibulotóxica que ototóxica, lo que posiblemente preserva la audición). En las dos últimas décadas la inyección intratimpánica de gentamicina se ha convertido en una opción popular de tratamiento para la enfermedad de Ménière. El objetivo de este tratamiento es dañar o realizar la ablación química del laberinto enfermo para detener el mal funcionamiento del mismo que causa los síntomas de la enfermedad de Ménière y crear una situación duradera de hipofuncionamiento que el cerebro puede compensar.

En este caso, el uso de la gentamicina no es como fármaco anti infeccioso. El objetivo del procedimiento es producir una ablación de la estructura y por tanto la sustancia debe ser considerada como Agente Destructivo y el código **3E0B3TZ Introducción en oído de agente destructivo, abordaje percutáneo**, es el adecuado para dicho procedimiento.

ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS

12. Topografía corneal. ¿Cómo codificar una topografía corneal o fotoqueratoscopia?

RESPUESTA: La **topografía corneal o fotoqueratoscopia** es una técnica de imagen no invasiva para mapear la curvatura de la superficie de la córnea y la estructura externa del ojo. Se trata de un examen computerizado mediante un aparato llamado Topógrafo corneal o Videoqueratoscopio que reconstruye la forma original de la cara anterior y posterior de la córnea a través de procesos digitales lo cual se traduce en mapas de códigos de colores.

Se obtiene así una representación gráfica de la superficie corneal que nos permite conocer las medidas de elevación, radio de curvatura y simetría de la córnea, así como medidas de espesor y profundidad de las estructuras de la parte anterior del globo ocular.

Esta prueba es rápida, no invasiva (es decir que no toca el ojo) y se realiza siempre en una habitación oscura.

No existe en CIE 10 ES Procedimientos un código específico para esta técnica en la sección B Imagen. De momento utilizaremos el tipo de procedimiento J Inspección, en la sección O Médico Quirúrgica y el sistema orgánico 8 Ojo.

08J(0,1)XZZ Inspección de (ojo derecho, ojo izquierdo), abordaje externo

ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO

13. Fontan extracardiaco. ¿Cómo se codifica el procedimiento para una cirugía de Fontan extracardiaco? No existe la posibilidad de codificar una derivación de vena cava inferior a arteria pulmonar.

RESPUESTA: Efectivamente en la actualidad no existe la posibilidad de codificar el procedimiento de Fontan extracardiaco. Dicho procedimiento consiste en derivar la sangre de la vena cava inferior (VCI) a la circulación pulmonar (al tronco pulmonar, arteria pulmonar derecha o arteria pulmonar izquierda). Normalmente esta derivación se hace mediante un conducto o injerto sintético.

En la próxima edición de la CIE 10 ES ya dispondremos de los valores necesarios para poder codificarlo. Hasta ese momento codificaremos la derivación desde vena cava superior con uno de los siguientes códigos:

021V0JP Derivación de vena cava superior a tronco pulmonar, con sustituto sintético, abordaje abierto.

021V0JQ Derivación de vena cava superior a arteria pulmonar, derecha, con sustituto sintético, abordaje abierto.

021V0JR Derivación de vena cava superior a arteria pulmonar, izquierda, con sustituto sintético, abordaje abierto

- 14. SCASEST Killip IV.** Un SCASEST con Killip IV, ¿lo codificamos como Angina Inestable o como IAM no Q? Tenemos la duda de si un SCASEST Killip IV debemos considerarlo un IAM no Q al decirnos que es un Killip IV o por el contrario lo seguimos codificando como Angina Inestable.

RESPUESTA: La clasificación Killip-Kimball es una estratificación individual basada en la evidencia de los pacientes **con infarto agudo de miocardio**, que permite establecer un pronóstico de la evolución de la afección, y las probabilidades de muerte en los 30 primeros días tras el infarto. Por tanto es correcto asumir que en aquellos casos en los que se documente un SCASEST, que se acompaña de cualquier estadio de la clasificación Killip, se considere como Infarto Agudo de Miocardio, eligiendo el código adecuado del mismo en función de la documentación clínica. En los casos en los que no aparezca vinculación con el estadiaje de Killip, se seguirá la normativa de codificación que se indica en el manual de codificación de diagnósticos (punto 9.4.4 SÍNDROME CORONARIO AGUDO (SCA)).

- 15. AIT carotídeo.** ¿Cómo debemos codificar un AIT (accidente isquémico transitorio) carotídeo izquierdo de probable etiología cardioembólica? En CIE 9 MC el código 435.9 tenía un excluye: aquella causada por cualquier enfermedad clasificable bajo 433. Ahora, en CIE 10 ES, no existe excluye bajo el código G45.9. ¿Debemos entonces codificarlo con el código G45.9 Accidente isquémico cerebral transitorio, no especificado, o con el código I65.22 Oclusión y estenosis de arteria carótida izquierda?

RESPUESTA: En el Manual de Codificación CIE 10 ES Diagnósticos, ed 2018, puede encontrar información al respecto en los siguientes puntos:

"6.5.4 ACCIDENTES ISQUÉMICOS Y SÍNDROMES CEREBRALES

Estas entidades nosológicas de origen vascular se clasifican en el capítulo del sistema nervioso, categorías G45 y G46. La categoría G45 Accidentes isquémicos cerebrales transitorios y síndromes relacionados, clasifica aquellos episodios breves de disfunción neurológica por isquemia focal cerebral, de inicio brusco y con una duración inferior a 24 horas. Suelen ser temporales, no convulsivos, que revierten solos, y con una clínica variable.

La isquemia cerebral transitoria (TIA, AIT) se codifica en la subcategoría G45.9 Accidente isquémico cerebral transitorio, no especificado."

"9.7.4. ACCIDENTES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS (AIT)

CIE-10-ES Diagnósticos clasifica los AIT en sus diferentes presentaciones clínicas en el capítulo 6 Enfermedades del Sistema Nervioso, mediante los códigos incluidos en la categoría G45 Accidentes isquémicos cerebrales transitorios y síndromes relacionados."

El Índice Alfabético de Enfermedades nos remite a:

Ataque, ataques

-isquémico transitorio (AIT) G45.9

--especificado NCOC G45.8

Isquemia, isquémica I99.8

-cerebral (crónica) (generalizada) I67.82

--intermitente G45.9

--transitoria G45.9

Por tanto los accidentes isquémicos transitorios deben ser codificados con el código correspondiente de la categoría **G45 Accidentes isquémicos cerebrales transitorios y síndromes relacionados**.

En este caso, al especificar que se trata de un AIT carotídeo debe utilizarse el código **G45.1 Síndrome de arteria carótida (hemisférico)**.

16. Insuficiencia tricúspide por marcapasos. En un paciente portador de marcapasos bicameral que presenta insuficiencia tricuspídea severa por interferencia del cable auricular en la cinética valvular, ¿cuál es el diagnóstico principal?, ¿la insuficiencia tricuspídea o la complicación mecánica del electrodo auricular?

RESPUESTA: La prevalencia de la insuficiencia tricúspide por marcapasos es desconocida aunque hay consenso en que es mayor que en la población general. Suele ocurrir varios años después de la inserción del dispositivo y predispone a su desarrollo el implante de dispositivos bicamerales, siendo mayor su incidencia con el implante de DAI que con marcapasos convencionales por la mayor rigidez y grosor de los electrodos. La disfunción de la válvula tricúspide ocurre por varios mecanismos. Entre estos se describen la formación de cicatrices o trombos en el cable del marcapasos impidiendo el cierre de la válvula, la perforación o laceración de las valvas o la asincronía ventricular por anormal activación del ventrículo derecho. El diagnóstico se hace por la historia clínica y la ecocardiografía, identificándose a veces atrapamiento de alguna valva por el electrodo o menos frecuentemente perforación de la misma.

En este caso si la insuficiencia tricúspide es consecuencia de la presencia del electrodo de marcapasos el diagnóstico principal debe ser la complicación debida al electrodo de marcapasos, eligiendo el código que corresponda en función de la documentación clínica, seguido del código correspondiente de la insuficiencia tricúspide.

17. Reestenosis del stent e IAM. En un paciente que ingresa por IAM por reestenosis del stent coronario colocado en un ingreso previo, ¿el diagnóstico principal sería el IAM o la reestenosis del stent?

RESPUESTA: La reestenosis intra-stent se define como la aparición de una nueva estenosis angiográfica superior al 50% en el interior del stent.

La reestenosis coronaria se produce como consecuencia de los mecanismos de reparación arterial que se generan a nivel local en la arteria sometida a un trauma vascular agudo, después de haber sido sometida a procedimientos de intervención percutánea tales como la angioplastia coronaria transluminal percutánea, implante de stents, aterectomías, etc. Es una enfermedad yatrogénica. Su incidencia global se cifra alrededor del 28%, habiéndose documentado que el mecanismo principal de su aparición es por una proliferación neointimal.

Los factores predictivos más frecuentemente asociados son la diabetes mellitus, una mayor longitud de la lesión tratada, un menor diámetro de referencia del vaso, la localización en la descendente anterior y un menor diámetro luminal al final del procedimiento.

Existen diferencias profundas entre la aterosclerosis y la reestenosis coronaria. Esta es por lo tanto considerada como una enfermedad independiente, con etiología, comportamiento, evolución, fisiopatología, clínica y tratamiento diferente a la aterosclerosis.

En la consulta que usted hace, si la causa del IAM es la reestenosis del stent, debe codificar como diagnóstico principal la reestenosis del stent con el código **T82.855A Estenosis debida a stent de arteria coronaria, contacto inicial** y añadir el código correspondiente del IAM

- 18. Stent reabsorbibles.** ¿Cómo debemos codificar los nuevos stent biorreabsorbibles que se utilizan en las angioplastias coronarias? ¿Debemos considerarlos dispositivos aunque lleguen a desaparecer con el paso del tiempo?

RESPUESTA: La introducción de los stents farmacoactivos redujo significativamente la tasa de reestenosis en comparación con los stents convencionales. En los últimos años se han desarrollado nuevos stents con plataformas temporales biorreabsorbibles para intentar reducir los inconvenientes y complicaciones que se derivan de la presencia permanente de un dispositivo en la arteria coronaria. Dentro de estos nuevos stents están, por un lado, los de plataforma polimérica. Y por otro los de plataforma metálica que emplean un aleación de magnesio. Estos stent se disuelven lentamente durante un periodo de hasta dos años.

CIE 10 ES Procedimientos carece en la actualidad de un valor específico para este tipo de stent biorreabsorbible. Para su codificación debemos considerarlo Dispositivo ya que queda colocado una vez terminado el procedimiento y elegir el valor adecuado en función de si es o no liberador de fármaco.

ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO

- 19. Infección de vías respiratorias bajas por aspiración.** ¿Cómo debe codificarse una infección respiratoria de vías bajas por broncoaspiración?

RESPUESTA: La definición de infecciones respiratorias de vías bajas incluye los procesos que afectan al parénquima pulmonar (neumonía) y los que afectan a las vías respiratorias (traqueobronquitis).

Las infecciones respiratorias de vías bajas por broncoaspiración suelen producirse, en la mayoría de los casos, por aspiración de contenido gástrico o vómitos hacia bronquios, o por alimentos que se “desvían” a vías respiratorias en pacientes con disfagia.

Sea cual sea la causa, si hay infección de vías respiratorias bajas se produce una bronquitis o una neumonía/neumonitis.

En el Índice Alfabético, bajo el término “Aspiración”, tanto el modificador esencial “bronquitis” como los de “neumonía” y “neumonitis” nos conduce al mismo código **J69.0 Neumonitis debida a inhalación de alimentos y vómito**:

Aspiración [-]

- alimento o cuerpo extraño (con asfixia) - véase Asfixia, alimento
- bronquitis J69.0
- leche (recién nacido) (sin síntomas respiratorios) P24.30
- líquido (amniótico) (claro) (recién nacido) P24.10
- meconio (recién nacido) (sin síntomas respiratorios) P24.00
- moco - véase además Cuerpo extraño, por localización, que provoca asfixia
- neonatal P24.9
- neumonía J69.0
- neumonitis J69.0
- recién nacido P24.9
- recién nacido, síndrome de - véase Aspiración, por sustancia, con neumonía
- sangre
- vómito - véase además Cuerpo extraño, vías respiratorias

Por tanto, el código apropiado para codificar una infección respiratoria de vías bajas por aspiración será **J69.0 Neumonitis debida a inhalación de alimentos y vómito**.

Según el Manual de Diagnósticos (pg. 146), se necesitará, si procede, un código adicional de la **Categoría T17** para identificar la presencia de un cuerpo extraño en las vías respiratorias.

20. Talcaje pleural. ¿Cómo se codifica un talcaje pleural por toracoscopia? No sé si debo utilizar el tipo de procedimiento Drenaje o Suplemento.

RESPUESTA: La **pleurodesis** es una técnica empleada para la **obliteración del espacio pleural** (tratamiento fundamentalmente del derrame pleural, pero también de otras patologías, como el neumotórax espontáneo recidivante). Puede llevarse a cabo bien mediante la introducción de sustancias que actúan como agentes esclerosantes (talco, bleomicina, etc.) y que provocan una reacción inflamatoria que hace que las dos hojas pleurales se fusionen entre sí, o bien mediante una abrasión mecánica de la pleura por medio de una **pleurectomía** o **pleurodesis** abrasiva.

La introducción de los agentes químicos en la cavidad pleural se puede realizar a través de un **tubo de tórax** con o sin videotoracoscopia. La introducción de **talco por videotoracoscopia** es el procedimiento más efectivo y más aceptado actualmente.

El Índice Alfabético de CIE 10 ES nos dirige a través de la entrada “Pleurodesis” a los siguientes códigos:

Pleurodesis, pleuroesclerosis

- Inyección química - véase Introducción de sustancia en o sobre, Cavidad Pleural 3E0L
- Quirúrgico - véase Destrucción, Sistema Respiratorio 0B5

En el caso que usted plantea la inyección de talco en el espacio pleural por toracoscopia se codificará en la sección **3 Administración**, sistema orgánico **E Sistemas Fisiológicos y Regiones Anatómicas**, localización anatómica **L Cavity Pleural**.

No existe valor adecuado de abordaje (**4 Endoscópico Percutáneo**) por lo que utilizaremos el valor de abordaje **3 Percutáneo**. El agente esclerosante, en este caso el talco, se identifica con el valor **T Agente destructivo**.

3E0L3TZ Introducción en cavidad pleural de agente destructivo, abordaje percutáneo.

En la próxima actualización de la CIE 10 ES dispondremos del valor de abordaje adecuado **4 Endoscópico Percutáneo**, para codificar correctamente este procedimiento.

Ya que el componente endoscópico no se captura en el valor del abordaje, se debe añadir un código de “Inspección” de cavidad pleural.

0WJ(9,B)4ZZ Inspección de cavidad pleural (derecha, izquierda), abordaje endoscópico percutáneo.

- 21. Uso de las categorías J10 y J11.** ¿Podrían explicar la diferencia de uso entre los códigos de la categoría J10 y J11? En el Cuaderno nº 5 del primer semestre de 2018 se indica que para cualquier Gripe A, B o C utilizemos la categoría J10. Entonces, ¿cuándo se utiliza la categoría J11? ¿Tenemos que entender que todas las gripes son “identificadas” con sus subcategorías H1N1, por poner un ejemplo?

RESPUESTA: Lo que la norma indica es que tanto la categoría J09 como la categoría J10 se utilizan para virus de la gripe **identificados**. En los casos de expresiones diagnósticas de “**Gripe A**” o “**Gripe B**” debemos entender que **se trata de una gripe con virus identificado** (el virus de la gripe A o virus de la gripe B) y deben codificarse bajo la categoría **J10** Gripe debida a otros tipos de virus de la gripe **identificados**.

La categoría **J09** Gripe debida a virus de la gripe identificados, está destinada a la codificación de ciertos virus de la gripe identificados y que son de especial interés y seguimiento epidemiológico (nueva gripe A H5N1, aviar, porcina).

La categoría **J11**, se utiliza para virus de la gripe **no identificados**. Para asignar el código adecuado hay que mirar la documentación y verificar si hay o no un virus identificado de la gripe.

ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO

- 22. Ecoendoscopia + PAAF de páncreas.** ¿Cómo se codifica una PAAF de páncreas que se hace a través de una ecoendoscopia? Según una pregunta a la Unidad publicada en el cuaderno del 2º semestre de 2016, para codificar una Ecoendoscopia hacen falta dos códigos: 0DJ08ZZ Inspección gastrointestinal + BF47ZZZ Ecografía páncreas. Si le realizan la PAAF de páncreas como objetivo final, ¿cómo sería la codificación de Ecoendoscopia + PAAF de páncreas?

¿0FBG4ZX Escisión de páncreas con abordaje endoscópico percutáneo + BF47ZZZ Ecografía de páncreas?

RESPUESTA: La forma de codificarlo es similar a la que se utiliza para la codificación de la biopsia de ganglios mediastínicos a través de punción transbronquial ecodirigida (EBUS) (ver Cuaderno de Codificación nº 3, 2017, pág.42).

En el caso que usted plantea la escisión diagnóstica con abordaje percutáneo es en el páncreas y con el endoscopio se accede hasta la parte inicial del intestino delgado por lo que el valor de localización anatómica para la inspección es **0 Tracto Intestinal Superior**. Como se menciona en el ejemplo anterior, la ecografía del páncreas no es obligatoria codificarla y se realizará a criterio de cada centro. Los códigos adecuados para esta técnica son:

0FBG3ZX Escisión de páncreas, diagnóstico (-a), abordaje percutáneo

0DJ08ZZ Inspección de tracto intestinal superior, abordaje orificio natural o artificial endoscópico

Si se desea se puede añadir el código **BF47ZZZ Ecografía de páncreas**

23. Hernia inguinal bilateral. ¿Cómo se codificaría una hernia inguinal bilateral en la que solo uno de los lados es recidivada y el otro no? El concepto de recidivada en este caso, ¿tiene que afectar a la bilateralidad o con que uno de los lados sea recidivado es suficiente para seleccionar el código bilateral recidivado? o por el contrario ¿habría que utilizar dos códigos: hernia unilateral recidivada + hernia unilateral no recidivada?

RESPUESTA: Los códigos deben reflejar lo más posible, la situación actual del paciente. En este caso el código de "bilateralidad recidivada" indicaría que ambas hernias son recidivadas. Por tanto deben utilizarse dos códigos (uno para la hernia unilateral recidivada y otro para la hernia unilateral no recidivada). Lo mismo ocurriría si tuviésemos una hernia encarcerada y otra sin obstrucción; tampoco podríamos utilizar un único código de bilateralidad sino que tendríamos que utilizar un código para cada hernia, reseñando como es cada una de ellas.

24. Drenaje de absceso perianal. ¿Qué valor de localización anatómica debemos elegir para codificar los drenajes y desbridamientos de abscesos perianales? ¿Ano (en sistema orgánico D Sistema Gastrointestinal) Perineo (masculino o femenino) (en sistema orgánico W Regiones Anatómicas Generales) o Tejido Subcutáneo y Fascia, Perineo (en sistema orgánico J Tejido Subcutáneo y Fascia)?

RESPUESTA: La elección de la localización anatómica depende de la información recogida en la documentación médica y la hoja operatoria.

El absceso anorrectal es una infección localizada en los tejidos blandos que rodean el ano y el recto. La causa más frecuente es la infección en una de las glándulas que se encuentran cerca del canal anal. Estas glándulas se localizan en la base de las criptas anales, a nivel de la línea dentada. En general existen entre 6 y 8 glándulas anales. La función normal de las mismas es la lubricación del canal anal. La obstrucción de las criptas anales da como resultado estasis de la secreción glandular con una subsecuente infección por los gérmenes fecales presentes en su interior dando lugar a la formación de pus (absceso). El absceso de inicio se localiza en el

espacio interesfinteriano, y en ocasiones, el absceso queda contenido dentro de este espacio anatómico. Con mayor frecuencia, se extiende a través de los distintos planos anatómicos longitudinales de la región anal. Según su localización se clasifican en:

- **Perianal:** los abscesos perianales se extienden distalmente desde el espacio interesfinteriano hacia la piel perianal, y se presentan como una masa fluctuante y dolorosa.
- **Isquiorrectal:** los abscesos isquiorrectales penetran a través del esfínter anal externo hacia el espacio isquiorrectal y se presentan como una zona más difusa, dolorosa al tacto, sólida y/o fluctuante en el glúteo correspondiente.
- **Interesfinteriano:** se localizan en el espacio interesfinteriano entre el esfínter interno y externo. Como resultado, frecuentemente no causan cambios en la piel perianal, pero se palpan como masas fluctuantes prominente en la luz del canal anal en el tacto rectal.
- **Supraelevador:** los abscesos supraelevadores se pueden originar de dos fuentes diferentes. Una es la infección criptoglandular que se extiende dentro del plano interesfinteriano al espacio supraelevador. La otra causa de absceso proviene de un proceso pélvico como una enfermedad diverticular perforada, proceso ginecológico o una enfermedad de Crohn.

El absceso perianal se localiza en el tejido subcutáneo que rodea el ano. Si la documentación así lo refleja, para codificar el drenaje de un absceso de este tipo, debemos elegir el valor de localización anatómica **B Tejido Subcutáneo y Fascia, Perineo**, en el sistema orgánico **J Tejido Subcutáneo y Fascia**.

25. **Ileostomía fantasma.** ¿Cómo se codifica la ileostomía virtual o fantasma?

RESPUESTA: Las resecciones de recto, a sus diferentes niveles, son el tratamiento de elección en el cáncer de recto. Una de las complicaciones más importantes de esta cirugía es la dehiscencia de la anastomosis, con un importante impacto en la morbilidad postquirúrgica. Actualmente no existe un consenso sobre en qué pacientes se debería realizar un estoma derivativo de protección (para evitar esta complicación) mientras la anastomosis rectal cicatriza correctamente. Se recomienda realizarla en pacientes con factores de riesgo como neoadyuvancia previa, diabetes, ASA III-IV o en casos en los que existan dudas intraoperatorias sobre la estanqueidad o vascularización de la anastomosis.

En los últimos años se viene realizando lo que se denomina ileostomía fantasma o virtual que se ha convertido en una alternativa en determinados casos.

Una ileostomía virtual consiste en lo siguiente: una vez realizada la resección de recto y la anastomosis que sea precisa, se elige un asa de íleon y se aproxima a la pared abdominal. Este asa intestinal se mantiene pegada a la pared abdominal mediante una goma en forma de U cuyos dos extremos asoman a través de la piel del paciente y sujetan el asa como si fuera un lazo. La ileostomía virtual se sitúa en la zona de la pared abdominal donde teóricamente iría la ileostomía temporal si fuera preciso realizarla. Pasados unos días, cuando se considera que la anastomosis rectal realizada es segura, dicha fijación se retira (tirando de una de las dos puntas del lazo desde el exterior, sin necesidad de ningún tipo de incisión). Por el contrario, si

por la evolución del paciente es necesario realizar una ileostomía, la apertura de la misma resulta rápida y sencilla dada la proximidad del asa a la pared abdominal.

En los casos en los que la ileostomía no llega a ser realizada no es necesaria su codificación, ya que se considera algo intrínseco a determinadas cirugías y temporal como serían los drenajes. Sólo en el caso en que fuera precisa su apertura se codificaría.

- 26. Hepatitis crónica por virus C y encefalopatía hepática con coma.** ¿Cómo debe codificarse una hepatitis crónica con virus C con coma hepático? En la edición de 2018 de CIE 10 ES hemos visto que ha cambiado la nota Excluye bajo la categoría K72, que ahora pasa a ser un Excluye 2. ¿Debe utilizarse un código de esta categoría (K72.01, K72.11 o K72.91) junto con el B18.2 Hepatitis vírica crónica tipo C? ¿O debemos seguir codificándolo con códigos de la categoría B19 + B18?

RESPUESTA: Efectivamente en la edición de 2018 de CIE 10 ES ha cambiado la nota Excluye bajo la categoría **K72 Insuficiencia hepática, no clasificada bajo otro concepto**. Ahora es posible utilizar estos códigos junto con los de la sección B15-B19, según el Excluye 2.

Por tanto es posible utilizar los códigos **K72.01 Insuficiencia hepática aguda y subaguda con coma**, **K72.11 Insuficiencia hepática crónica con coma**, y **K72.91 Insuficiencia hepática, no especificada, con coma**, junto con los códigos de la categoría **B18 Hepatitis vírica crónica**, que no disponían de códigos de combinación para reflejar la presencia de coma.

Esta nueva instrucción invalida la respuesta dada a esta situación en la pregunta nº 2 del Cuaderno 2 del segundo semestre de 2016.

- 27. Complicación dehiscencia anastomosis intestinal.** El índice alfabético de CIE10ES envía al código K91.89 buscando por complicación de anastomosis intestinal y la dehiscencia de herida interna nos envía código T81.32. ¿Qué código sería correcto?

RESPUESTA: Consideramos que debe utilizarse como diagnóstico principal el código que identifica la complicación del sistema orgánico específico, en este caso el código **K91.89 Otras complicaciones y trastornos de aparato digestivo posprocedimiento**.

El Índice Alfabético nos dirige a este código:

Dehiscencia (de)

-anastomosis – véase Complicación, anastomosis (derivación)

Complicación (-es) (de) (por)

-anastomosis (y derivación) – véase además Complicación, prótesis o implante

--intestinal (interna) NCOC K91.89

En la lista tabular bajo el código **K91.89** hay una nota de instrucción que dice: Utilice código adicional, si procede, para especificar más el tipo de trastorno.

Por ello, en este caso, debe añadirse el código **T81.32XA Ruptura de herida operatoria (quirúrgica) interna, no clasificada bajo otro concepto, contacto inicial**, puesto que es la única manera de identificar específicamente la dehiscencia.

28. Shunt Denver peritoneovenoso en ascitis. Se trata de un dispositivo que comunica cavidad peritoneal con vena yugular para el tratamiento de la ascitis cuando las paracentesis repetidas no se muestran lo suficientemente efectivas. ¿Cómo debería codificarse?

RESPUESTA: En la actualidad la clasificación no permite una correcta codificación de este Shunt. El Shunt peritoneo venoso consiste en la colocación percutánea de un sistema de catéter multiperforado en cavidad peritoneal. Este catéter está unido a una válvula de doble membrana (Denver Ascites Shunt), que a su vez está unida a otro catéter que, por vía tunelizada subcutánea, llega a la circulación venosa a través de la vena yugular interna, vena subclavia o vena femoral (esto último poco frecuente) hacia la vena cava superior o inferior, respectivamente.

El tipo de procedimiento a utilizar es Derivación, pero en la tabla 0W1, para la localización anatómica **G** Cavidad Peritoneal, carecemos del calificador adecuado (Vena superior) y del abordaje correcto (**3** Percutáneo).

Por ello y hasta la próxima actualización de la CIE 10 ES, en la que ya dispondremos de los valores adecuados, lo codificaremos con el siguiente código:

0W1G4JY Derivación de cavidad peritoneal a vena inferior, con sustituto sintético, abordaje endoscópico percutáneo

ENFERMEDADES DE LA PIEL Y EL TEJIDO SUBCUTÁNEO

29. Utilización del láser vascular en el tratamiento de malformaciones vasculares (hemangiomas). En el tratamiento de algunas malformaciones vasculares se utiliza el láser vascular. A través de este tipo de láser (con una longitud de onda de 595 nanómetros) la luz atraviesa la epidermis y la dermis, de tal forma que la hemoglobina de los vasos sanguíneos que se han acumulado de forma anormal absorben el calor del láser, lo que provoca la coagulación de los vasos sanguíneos patológicos y no permite su regeneración posterior. También se utiliza para el tratamiento de malformaciones en mucosas.

La duda que se nos plantea es si debemos utilizar la localización anatómica de vasos sanguíneos o si por el contrario debemos utilizar la localización anatómica del lugar donde se destruya la lesión (piel, cavidad oral, genital....). Entendemos que el tipo de procedimiento a utilizar es Destrucción.

RESPUESTA: El uso del láser en el manejo de las malformaciones vasculares y los hemangiomas infantiles se fundamenta en la teoría de la fototermolisis selectiva, siendo la oxihemoglobina el cromóforo diana sobre el cual actúa la luz del láser. El láser de colorante pulsado es el más utilizado y es, actualmente, el tratamiento de elección en el caso de los hemangiomas y las malformaciones capilares (mancha en vino de Oporto). Las malformaciones venosas, especialmente las localizadas en la mucosa, responden mejor al láser de Nd:YAG. No se utiliza para el tratamiento de las malformaciones arteriovenosas.

En el caso que usted plantea debe utilizar el tipo de procedimiento **5 Destrucción** y como localización anatómica la estructura anatómica donde esté situado el hemangioma (piel, mucosas, etc.). De esta forma podemos utilizar los valores de abordaje correctos para este tipo de procedimiento.

ENFERMEDADES DEL SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO Y DEL TEJIDO CONECTIVO

- 30. Reinserción del manguito de los rotadores.** Paciente con ruptura completa de subescapular retraída; ruptura completa de TSE y parcial de TIE. Tendinopatía de PLB crónica y bursitis subacromial. Se le realiza reinserción de TSE y TIE con un bio-corkscrew y un pushlock metálico a modo de doble hilera cerrando defecto. Reinserción de subescapular con un pushlock metálico. Bursectomía y tenotomía de PLB.

La duda que nos surge es si la reinserción de los tendones es una Reimplantación o una Reposición del tendón del hombro. Por otra parte la tenotomía de la porción larga del bíceps, ¿sería una División o una Liberación del tendón del brazo?

RESPUESTA: Según la descripción que hace en su consulta el tipo de procedimiento a utilizar es Reimplantación (reinsertar la parte desprendida de una estructura anatómica, en su localización habitual o en otro lugar adecuado); no es adecuado el tipo de procedimiento Reposición, que en su definición no incluye que la estructura haya sido desprendida). El tipo de procedimiento Reposición, en relación a los tendones, hace referencia, por ejemplo, a recolocarlos en su posición habitual cuando se ha luxado.

El término tenotomía, aunque su acepción es amplia pues sirve para describir distintos tipos de procedimiento, debe entenderse en este caso como una "División" de la PLB, pues, tal y como se describe en la técnica, se deja libre el cabo proximal del tendón, que normalmente se quedará anclado a nivel de la corredera bicipital. Entendemos que no es de aplicación el tipo de procedimiento "Liberación" (liberar una estructura anatómica de una restricción por medio de un corte o incisión o aplicando una fuerza), ya que en ningún momento se indica que el tendón en cuestión esté limitado en su movilidad, es decir, que haya una restricción.

ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO

- 31. Hidronefrosis y fibrosis retroperitoneal.** ¿Cómo debe codificarse una hidronefrosis secundaria a fibrosis retroperitoneal? ¿Solo con el código N13.1 Hidronefrosis con estenosis ureteral, no clasificada bajo otro concepto?

RESPUESTA: La entrada en el Índice Alfabético de Enfermedades por "fibrosis retroperitoneal" apunta directamente al código **N13.5**. El propio Índice Alfabético indica claramente que el código **N13.5 Cruce vascular y estenosis de uréter sin hidronefrosis** (es decir las afecciones que se clasifican bajo ese código) cuando va asociado a hidronefrosis debe codificarse con el

código **N13.1 Hidronefrosis con estenosis ureteral, no clasificada bajo otro concepto**. Por tanto solo debe utilizarse el código **N13.1**.

Acodadura, acodamiento

- uréter (unión pélvica) N13.5

- - con

- - - hidronefrosis N13.1

Estrechez - véase además Estenosis

- uréter (posoperatorio) N13.5

- - con

- - - hidronefrosis N13.1

Obstrucción, obstruido, obstructivo

- uréter (funcional) (salida pélvica) NCOC N13.5

- - con

- - - hidronefrosis N13.1

32. Toxina botulínica para vejiga hiperactiva. Paciente con vejiga hiperactiva al que por uretrocistoscopia se le infiltran 100u de toxina botulínica mediante 20 punciones regladas intercaladas aproximadamente 1cm en dos líneas. ¿Cuál sería la forma correcta de codificar dicho procedimiento?: 3E0K8GC Administración en tracto genitourinario de otra sustancia terapéutica, otra sustancia, abordaje orificio natural o artificial, endoscópico, o bien utilizando dos códigos 3E0K3GC Administración en tracto genitourinario, de otra sustancia terapéutica, otra sustancia, abordaje percutáneo + 0TJB8ZZ Inspección de vejiga, abordaje orificio natural o artificial, endoscópico.

RESPUESTA: El síndrome de vejiga hiperactiva es una afección frecuente con un impacto negativo significativo sobre la calidad de vida que se caracteriza por tenesmo con o sin incontinencia de urgencia, polaquiuria y nicturia. La inyección intravesical de toxina botulínica se utiliza cada vez con mayor frecuencia para tratar la vejiga hiperactiva grave que no responde al tratamiento estándar.

La inyección intravesical, por cistoscopia de toxina botulínica debe clasificarse con el código: **3E0K8GC Administración en tracto genitourinario de otra sustancia terapéutica, otra sustancia, abordaje orificio natural o artificial, endoscópico.**

33. Resección segmentaria de uréter con reimplantación en vejiga. Paciente diagnosticado de neo de sigma con atrapamiento de uréter izquierdo. Además de la sigomidectomía le hacen una resección segmentaria de uréter con reimplantación del mismo en cúpula vesical. Tenemos claro que la escisión de uréter hay que codificarla, pero dudamos si la reimplantación del uréter en cúpula vesical estaría ya dicha con el procedimiento escisión, ya que no altera el trayecto, o habría que codificar además una derivación de uréter a vejiga. ¿Qué sería lo más correcto?

RESPUESTA: En el Manual de Codificación CIE 10 ES Procedimientos ed.2018, en el punto 1.2.6 se hace referencia a la siguiente norma:

“Norma B3.1b

Los diferentes componentes de un procedimiento que se encuentran incluidos en la propia definición del tipo de procedimiento no se codifican por separado. Los pasos previos necesarios para llegar al campo quirúrgico y realizar el cierre tampoco se codifican por separado.

Este es el caso de las anastomosis utilizadas para completar ciertas intervenciones, que no se codifican adicionalmente. Así, en los procedimientos de resección o escisión de órganos o estructuras tubulares en los que la anastomosis final respeta la continuidad anatómica, independientemente de que sea del tipo término-terminal (T/T), término-lateral (T/L) o latero-lateral (L/L), solo se debe asignar el código específico, según el caso, de Resección o Escisión. Únicamente se asignará un código adicional de Derivación cuando el objetivo de la anastomosis sea redirigir el contenido de la estructura anatómica tubular a otra localización, bien aguas abajo de la propia estructura como en el caso de una derivación yeyuno-yeyunal, bien a otra estructura anatómica como en el caso gastro-yeyunal (Ver tipo de procedimiento Derivación).”

En el caso que usted plantea la anastomosis del uréter a vejiga respeta la continuidad anatómica. Se ha resecado parcialmente el uréter pero no se altera la vía de paso ni se redirige el contenido del uréter a otra localización. Solo es necesario, por tanto, codificar la resección segmentaria de uréter con el tipo de procedimiento Escisión y el valor de abordaje adecuado.

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

34. **Pesario cervical.** Creo que el pesario cervical debe codificarse con el tipo de procedimiento “Restricción” y la localización anatómica “Cérvix”. El problema surge cuando vemos que el abordaje “Orificio natural o artificial” sólo permite utilizar el “dispositivo intraluminal”, porque el pesario realmente es extraluminal. ¿Cómo lo codificamos?

RESPUESTA: La pregunta que envían no contiene toda la información necesaria para codificar con certeza absoluta el procedimiento. Asumimos que, dado el escenario que plantean, es un procedimiento encaminado a evitar un parto prematuro por incompetencia cervical.

El **pesario cervical** es un anillo de silicona que se utiliza para cerrar el cuello uterino y evitar el parto prematuro. Se extrae alrededor de la semana 37 de embarazo. Su colocación es un procedimiento sencillo y poco invasivo que podría reemplazar a la cirugía de sutura cervical (cerclaje cervical).

En este caso el tipo de procedimiento a utilizar es **Restricción**, en el sistema orgánico **U** Sistema Reproductor Femenino, y localización anatómica **C** Cérvix. No existe valor de dispositivo adecuado si queremos utilizar un valor de abordaje correcto. Hasta que dispongamos de una mejor opción deberá utilizarse el valor **D** Dispositivo Intraluminal, con el valor de abordaje **7/8** según nos especifiquen en la documentación.

No debemos confundir este pesario cervical o pesario de cerclaje con el pesario que se utiliza para tratamiento de los prolapsos de órganos pélvicos. La colocación de este tipo de pesario debe codificarse con el tipo de procedimiento **Inserción**, en el sistema orgánico **U** Sistema Reproductor Femenino, localización anatómica **F** Fondo de Saco o **G** Vagina (en función de lo

que especifique la documentación), y valor de dispositivo **G** Pesario, eligiendo el valor adecuado de abordaje.

35. Cesárea y varices uterinas. Paciente embarazada a la que la realizan una cesárea y durante la misma tiene hemorragia abundante por síndrome varicoso uterino. Realizan múltiples puntos hemostáticos y colocación de surgicel. ¿Cómo se codificarían los diagnósticos? ¿Sería correcto lo siguiente?

O67.8 (Otra hemorragia intraparto) + O22.13 (Varices genitales en el embarazo) ¿este código incluiría las varices uterinas? o el O99.42 (Enfermedades del aparato circulatorio que complican el parto) + I86.2 (variz pélvica)

RESPUESTA: Las varices pélvicas se deben a la dilatación de los plexos venosos pélvicos. En el embarazo la capacidad de las venas ováricas se incrementa de una forma muy importante lo que conduce a una hipertensión localizada y mantenida a ese nivel que puede provocar la incompetencia de dichos vasos y así la aparición de varices pélvicas. Generalmente aparecen durante el embarazo y, tras el parto, las válvulas incompetentes pueden volver a funcionar correctamente. Es más frecuente en la vena ovárica izquierda que en la derecha. En ocasiones los vasos distendidos se encuentran a nivel del segmento uterino inferior, lo que supone un problema en caso de tener que realizar una cesárea.

En el I.A.E encontramos:

Parto (nacimiento) (trabajo de parto) [+]

- cesárea (por) [+]

-- hemorragia (intraparto) O67.9 [+]

--- causa especificada NCOC **O67.8**

Variz

- ligamentos uterinos I86.2

- ovario I86.2

- pelvis **I86.2**

- que complica

-- embarazo (extremidad inferior) O22.0-

-- parto (extremidad inferior) O87.4

--- ano o recto O87.2

--- genital (vagina, vulva o perineo) **O87.8**

A la hora de codificar esta complicación primero reflejaremos la complicación intraparto

O67.8 Otra hemorragia intraparto

Luego la complicación venosa que complica parto y puerperio

O87.8 Otras complicaciones venosas en el puerperio

Por último la afección venosa de base

I86.2 Varices pélvicas

Según la normativa, siempre que pueda utilizarse un código específico de parto o puerperio debe utilizarse antes que uno de trimestre por lo que no es adecuado el código O22.13 Varices

genitales en el embarazo, tercer trimestre. Además hay códigos específicos para complicación venosa en el puerperio: O87 Complicaciones venosas y hemorroides en el puerperio.

CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL

36. **Hijo de madre con Diabetes Gestacional.** En el caso de un recién nacido que ingresa para control porque la madre tiene diabetes gestacional y que tiene las glucemias normales. ¿Cuál es el diagnóstico principal, ya que no tiene hipoglucemias? Creemos que sería un código de la categoría Z05 pero esta categoría tiene una nota de instrucción que dice que la afección no debe estar relacionada con la exposición a la madre o al proceso de nacimiento.

RESPUESTA: Efectivamente, el código que debe utilizarse es uno de la categoría **Z05 Contacto para observación y evaluación del recién nacido por enfermedades y afecciones sospechadas que se descartan y consideramos**. La actual nota de instrucción ha sido revisada y para la próxima edición de CIE10ES, el texto que se incluirá bajo dicha categoría será: “Esta categoría ha de utilizarse en recién nacidos, dentro del periodo neonatal (los primeros 28 días de vida), en los que se sospecha una afección anormal, pero sin signos ni síntomas, y que tras reconocimiento médico y observación se descarta”.

TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNA

37. **Shock anafiláctico por pruebas de alergia.** Cuando un paciente presenta un shock anafiláctico durante un procedimiento de pruebas de alergia medicamentosa intradérmica, no existe un código que especifique que se trata de un shock por un prick test. Los que aparecen no son utilizables en este caso o nos llevan a un código inespecífico. ¿Cómo deberíamos proceder a la codificación en este caso?

RESPUESTA: Efectivamente no existe un código que relacione el shock anafiláctico con una prueba de exposición controlada a medicamento, en este caso cutánea, pero no quiere decir que el código a utilizar sea inespecífico, todo lo contrario, debemos codificar el shock anafiláctico como un efecto adverso a medicamento.

Tenemos dos opciones de codificación según se desarrolle el episodio asistencial:

- Test ambulatorio y por la complicación se produce un ingreso hospitalario: en el ingreso hospitalario será diagnóstico principal el shock anafiláctico como efecto adverso, código **T88.6XXA Shock anafiláctico por (debido a) efecto adverso de fármaco o medicamento correcto, adecuadamente administrado, contacto inicial**, añadiendo el código correspondiente de las categorías **T36-T50 (efecto adverso)** para identificar el fármaco responsable, con el quinto o sexto carácter 5 según corresponda. Deben añadirse también los códigos correspondientes de historia personal de alergia a fármacos de la categoría **Z88 Estado de alergia a fármacos, medicamentos y sustancias biológicas** que se adecúen a la

documentación del paciente, y el código **Z87.892 Historia personal de anafilaxia** si fuera el caso.

- Test realizado y complicación en el mismo ámbito asistencial: en este caso el diagnóstico principal será el contacto para la realización del test, **Z01.82 Contacto para pruebas de alergias**, seguido de los códigos del shock anafiláctico como efecto adverso, **T88.6XXA Shock anafiláctico por (debido a) efecto adverso de fármaco o medicamento correcto, adecuadamente administrado, contacto inicial** más el correspondiente de la identificación del fármaco como causante del efecto adverso, código **T36-T50 (efecto adverso)** con quinto o sexto carácter 5 según corresponda, además de los correspondientes códigos de historia personal de alergia de la categoría **Z88 Estado de alergia a fármacos, medicamentos y sustancias biológicas**, y si fuera el caso añadiríamos el de antecedente de anafilaxia, **Z87.892**.

38. TCE (Traumatismo craneoencefálico). ¿Cómo debemos codificar el TCE sin más información?

RESPUESTA: La expresión TCE (Traumatismo craneoencefálico) es habitual en los informes clínicos. Muchas veces es inespecífica y debería aclararse con el clínico a que se refiere: si existe efectivamente lesión intracraneal o si se refiere únicamente a un golpe en la cabeza.

Estrictamente el TCE implica traumatismo del encéfalo y, aunque existe falta de consenso para establecer una definición de TCE, podemos aceptar como válida la siguiente: *“cualquier lesión física o deterioro funcional del contenido craneal secundario a un intercambio brusco de energía mecánica”*.

Según esta definición la entrada que debemos utilizar en el IAE para clasificar un TCE es **Traumatismo** -intracraneal, y desde ahí elegir el código más apropiado según la documentación clínica. Si no se dispone de ninguna información habrá que elegir un código de la subcategoría **S06.9 Traumatismo intracraneal no especificado**.

Traumatismo (véase además tipo de traumatismo especificado) T14.90

-intracraneal (traumático) S06.9-

-- difuso (axonal) S06.2X-

-- edema cerebral, traumático S06.1X-

--- difusa S06.1X-

--- focal S06.1X-

-- hemorragia cerebelosa, traumática - véase Traumatismo, intracraneal, lesión cerebral focal

-- hemorragia epidural (traumática) S06.4X

-- hemorragia intracerebral, traumática S06.36-

--- lado derecho S06.34-

--- lado izquierdo S06.35-

-- hemorragia subaracnoidea, traumática S06.6X-

-- hemorragia subdural, traumática S06.5X

-- lesión cerebral focal S06.30-

--- contusión - véase Contusión, cerebral

--- laceración - véase Laceración, cerebral

Cuando el traumatismo es únicamente craneal (traumatismo craneal, traumatismo de cráneo) sin afectar al contenido del mismo, debemos buscar los códigos apropiados bajo las entradas:

Traumatismo (véase además tipo de traumatismo especificado) T14.90

-cabeza S09.90-

-- con pérdida de consciencia S06.9-

-- especificado NCOC S09.8-

- craneal

-- cavidad - véase Traumatismo, intracraneal, intracraneal

-- nervio - véase Traumatismo, intracraneal, nervio, craneal

- cráneo NCOC S09.90

39. Recidiva de la enfermedad que indicó el trasplante. Se trata de un paciente con un trasplante hepático por cirrosis hepática causada por VHB. 2 años después del trasplante presentó recurrencia de la infección en el órgano trasplantado, diagnosticándole de una cirrosis hepática ¿Cómo se debe considerar esta patología? ¿Cómo una complicación del trasplante? ¿Cómo una infección del trasplante de hígado?

RESPUESTA: Las indicaciones de trasplante en los pacientes con infección por virus B y C son la hepatitis fulminante, la cirrosis descompensada y la aparición de hepatocarcinoma.

Las dos infecciones pueden recidivar tras el trasplante. La evolución de la reinfección en el injerto es variable y puede incluir alteraciones no significativas de las pruebas de función hepática, hepatitis crónica activa y cirrosis. El factor principal asociado a la recidiva de la hepatitis B es la replicación viral activa antes del trasplante, por lo que actualmente se considera una contraindicación para el mismo.

La recidiva del virus de la hepatitis C postrasplante es universal y su evolución hacia la cirrosis es más rápida que en pacientes inmunocompetentes, siendo la disfunción del injerto la causa más frecuente de mortalidad y de indicación de retrasplante. Se han descrito factores relacionados con la gravedad de la recidiva que incluyen factores relacionados con el donante, el receptor, el virus, la inmunosupresión y la cirugía.

La aparición de una hepatitis B después de un trasplante hepático se codificará como una complicación infecciosa de dicho trasplante, seguida del código de la hepatitis vírica y de la cirrosis secundaria si ha evolucionado hacia la misma. En el caso que nos plantea la codificación adecuada sería:

T86.43 Infección de trasplante de hígado

B18.1 Hepatitis vírica crónica tipo B, sin agente delta

K74.60 Cirrosis de hígado no especificada

40. Hemostasia de un traumatismo hepático. ¿Cómo se puede codificar el procedimiento de una laparotomía para hemostasia de un traumatismo hepático?

RESPUESTA: El tipo de procedimiento a elegir dependerá de la técnica quirúrgica empleada para reparar la lesión hepática. Puesto que la hemorragia se debe a una lesión traumática, si la única información que consta es la realización de hemostasia, el tipo de procedimiento adecuado es **Q Reparación**, en el sistema orgánico **F Sistema Hepatobiliar y Páncreas**, en la

sección **0** Médico Quirúrgica. La localización anatómica es **0** Hígado y el valor de abordaje es **0** Abierto, ya que nos indican que se hace mediante laparotomía.

0FQ00ZZ Reparación de hígado, abordaje abierto.

Para mayor información sobre procedimientos que tienen como fin el control de hemorragias, le sugerimos que consulte el siguiente enlace:

<http://eciemaps.msssi.gob.es/ecieMaps/documentation/documentation.html>

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD

- 41. Entrada en el Índice Alfabético para el código Z45.010.** ¿Cuál es la entrada en el Índice Alfabético para el código Z45.010 Contacto para inspección y examen del generador de pulso de marcapasos cardíaco [batería]?

Solo hemos localizado las siguientes alternativas, que no conducen al código deseado:

Consulta (servicio de salud) (para) Z76.89 [-]
- ajuste y asistencia (de) [-]
- - dispositivo Z45.82 [-]
- - - implantado NCOC Z45.89
- - - miringotomía (endoprótesis, tubo) Z45.82

RESPUESTA: Cuando desee conocer las entradas en el Índice Alfabético de un determinado código debe colocar el código en la ventana de búsqueda y tener activada la opción "Búsqueda libre" y la pantalla le muestra todas las entradas posibles que tiene dicho código.

- 42. Sospecha de enfermedad descartada.** ¿Puede utilizarse como diagnóstico secundario un código de la categoría Z05 Contacto para observación y evaluación del recién nacido por enfermedades y afecciones sospechadas que se descartan? A veces los recién nacidos ingresan por otras causas (prematuridad, bajo peso, etc.) y además, tienen riesgo de padecer otra enfermedad (por ejemplo infección por bolsa rota) que se descarta.

RESPUESTA: No. Los códigos de la categoría **Z05 Observación y evaluación de recién nacidos y niños por sospecha de enfermedades no encontradas**, se deben utilizar únicamente como diagnóstico principal. La única excepción a esta norma es en aquellos casos en los que un código de la categoría **Z38 Nacido vivo según el lugar de nacimiento y el tipo de parto**, cumpla criterios de diagnóstico principal (centros que realicen apertura de historia clínica a todo recién nacido en el hospital y que la dotación de cunas esté incluida en la dotación de camas del hospital), hecho no habitual en nuestro sistema sanitario. En ese caso los códigos de la categoría **Z05 Observación y evaluación de recién nacidos y niños por sospecha de enfermedades no encontradas**, serán secuenciados como secundarios. (Ver Manual de Codificación de Diagnósticos, ed 2018, punto 16.2)

MISCELÁNEA

43. **PICC / CVC.** Para codificar la inserción de un PICC o de un catéter venoso central ¿hay que utilizar los mismos códigos que para un Port-a-cath? En el manual para codificar la inserción de un Port-a-cath se utilizan dos códigos.

RESPUESTA: un catéter central de inserción periférica (PICC por sus siglas en inglés) es un catéter **no tunelizado**, que se utiliza en pacientes con buen acceso venoso periférico para terapia intravenosa a corto o largo plazo. Existen diferentes tipos de catéteres centrales insertados por vía periférica. Los más habituales se implantan utilizando como acceso periférico una vena del brazo, localizándose su extremo en la vena cava superior.

La inserción de un PICC se codifica con un solo código en la sección **0** Médico Quirúrgica y con el tipo de procedimiento **H Inserción**. Debe elegirse como localización anatómica el lugar donde quede situada la punta del catéter (normalmente será la Vena Cava Superior en el sistema orgánico **2** Corazón y Grandes Vasos, pero puede haber otras opciones). En la sexta posición se utilizará el valor Dispositivo de Infusión.

El catéter venoso central no tunelizado se codifica también con un solo código en la sección **0** Médico Quirúrgica con el tipo de procedimiento **H Inserción**. Igualmente se elegirá como localización anatómica el lugar donde se sitúe la punta del catéter en el sistema orgánico correspondiente.

Un Port-a-cath es un tipo de dispositivo distinto al PICC / CVC y requiere dos códigos para su correcta clasificación como se indica en el punto 6.1.8 EJEMPLOS del Manual de Codificación CIE-10-ES Procedimientos, ed. 2018.

44. **Procedimientos reconvertidos a abordaje abierto.** Cuando no disponíamos de códigos en CIE 10 ES Diagnósticos para indicar que el abordaje de un procedimiento se había reconvertido a abierto, codificábamos el procedimiento como abierto y añadíamos el código de inspección percutánea endoscópica de la zona en cuestión. Ahora, al disponer de códigos Z para reflejar la conversión del abordaje a abierto del procedimiento, ¿éste se tendría que codificar como abierto, sin necesidad de añadir el código de inspección percutánea endoscópica?

RESPUESTA: Al tratarse de una instrucción recogida en la normativa B3.2 debe seguir utilizándose el código de inspección que corresponda.

Norma B3.2

Durante un mismo acto quirúrgico, se codifican procedimientos múltiples en los siguientes casos:

d. Cuando se intenta realizar un procedimiento con el abordaje previsto inicialmente pero se reconvierte en un abordaje distinto.

Ejemplo: Una colecistectomía laparoscópica que se convierte a colecistectomía abierta se codifica como Inspección endoscópica percutánea y como Resección abierta

- 45. Quelación intravenosa.** ¿Cómo se codificaría la quelación intravenosa? ¿Todos los agentes quelantes puedan ser considerados como un grupo único? En la CIE-10-ES Diagnósticos así parece ser, si en la tabla de Fármacos y Productos Químicos se busca “quelante”.

RESPUESTA: La administración de un agente quelante por vía intravenosa debe codificarse en la sección **3** Administración, en el sistema orgánico **E** Sistemas Fisiológicos y Regiones Anatómicas, con el tipo de procedimiento **0** **Introducción** y la localización anatómica que corresponda (**3** Vena Periférica o **4** Vena Central). En la posición seis (Sustancia) debe elegir el valor **G** Otra Sustancia Terapéutica y en la séptima posición el valor **C** Otra Sustancia.

3E0(3,4)(0,3)GC Introducción en (vena periférica, vena central) de otra sustancia terapéutica, otra sustancia, abordaje (abierto, percutáneo)

- 46. Biopsias endoscópicas.** Cuándo se realiza una biopsia endoscópica en el curso de una exploración endoscópica que examina zonas diferentes además de la biopsiada ¿es necesario utilizar dos códigos para clasificarlo? ¿Uno para indicar la Inspección endoscópica y otro para reflejar la biopsia? Es lo que ocurre por ejemplo cuando en el curso de una colonoscopia diagnóstica en la que se ve todo el colon hasta ciego se extirpa un pólipo en sigma. O en una gastroduodenoscopia diagnóstica en la que, ante los hallazgos de la misma, se realiza una biopsia de esófago.

RESPUESTA: Según la norma **B3.11a**, cuando se realiza la inspección de una o varias estructuras anatómicas para alcanzar el objetivo de un procedimiento, la inspección no se codifica por separado.

Entendemos que la endoscopia que realizan al paciente además de diagnóstica tiene como objetivo la realización de otro procedimiento (por ejemplo la Polipsectomía, o la biopsia de esófago que aparece en los ejemplos) por lo que solo es necesario codificar estos tipos de procedimiento no siendo necesario añadir el código de la inspección diagnóstica.

- 47. Administración de inmunoglobulinas.** ¿Cómo debe codificarse la administración de Inmunoglobulinas? Las indicaciones para el tratamiento con inmunoglobulinas son varias. Se pueden utilizar como tratamiento sustitutivo en los síndromes de inmunodeficiencia primaria o secundaria; o por su papel inmunomodulador en determinadas patologías como por ejemplo el síndrome de Guillain-Barré. También se administra inmunoglobulina anti D en mujeres embarazadas Rh negativo. ¿Cómo debe codificarse la administración de inmunoglobulinas en cada una de estas situaciones?

RESPUESTA: Los sueros homólogos e inmunoglobulinas son sueros humanos o sus fracciones, obtenidos de personas cuyo suero contiene anticuerpos por inmunización o por haber sufrido la infección clínica o inaparente. Los sueros totales de personas inmunizadas o de convalecientes ya no se utilizan en la actualidad pero en cambio han adquirido importancia los preparados de inmunoglobulina o gamma globulina, que son concentrados de las fracciones del suero que contienen los anticuerpos. Están compuestos casi exclusivamente por IgG, no contienen IgM y solo un uno o dos por ciento de IgA. Se conocen dos tipos de inmunoglobulinas:

1.- INMUNOGLOBULINAS ESPECÍFICAS: Se obtienen del suero de donantes hiperinmunizados por vía activa, a veces del suero de donantes con títulos elevados de anticuerpos o del suero de convalecientes, y contienen casi exclusivamente dichos anticuerpos a título elevado. Las más importantes son la inmunoglobulina antitetánica y antirrábica. Existen inmunoglobulinas no infecciosas como la Rho (D), que se emplea en la prevención de la enfermedad hemolítica del recién nacido por incompatibilidad Rh, y la inmunoglobulina antialérgica en el tratamiento de personas afectadas por procesos alérgicos, que actuaría por un mecanismo no bien determinado.

2.- INMUNOGLOBULINA NORMAL, O NO ESPECÍFICA: Se obtiene a partir de una mezcla de sueros no seleccionados de adultos normales y contiene los anticuerpos procedentes de la experiencia inmunitaria de los donantes.

- Inmunoglobulinas de administración intravenosa (IGIV), proceden de un pool de plasma de donantes de sangre. Sus indicaciones son:

- Tratamiento sustitutivo en las inmunodeficiencias primarias (inmunodeficiencia común variable, inmunodeficiencias combinadas graves, Agammaglobulinemia congénita ligada al cromosoma X, etc.) y algunos casos de inmunodeficiencias secundarias.

- Utilización de las inmunoglobulinas por su efecto inmunomodulador en una serie de enfermedades como el síndrome de Guillain-Barré, polineuropatía desmielinizante crónica, enfermedad de Kawasaki, etc.

- Inmunoglobulinas de administración subcutánea: Actualmente en algunos centros, con pacientes seleccionados con inmunodeficiencias primarias, se está comenzando a sustituir el tratamiento convencional con Ig intravenosa por la administración domiciliar por vía subcutánea con muy buenos resultados, tanto clínicos como de mejoría en la calidad de vida, ya que disminuye el número de visitas al hospital y los días de absentismo. Los niveles plasmáticos de IgG se mantienen más estables.

Codificación de la administración de inmunoglobulinas

1.- Cuando el objetivo del tratamiento sea “sustitutivo” y se administren por vía intravenosa (caso de las inmunodeficiencias primarias) debemos codificar su administración en la tabla 302 (sección **3** Administración, sistema orgánico **0** Circulatorio, tipo de procedimiento **2 Transfusión**), localización anatómica **3** Vena Periférica ó **4** Vena Central y en sexta posición el valor **5** Globulina.

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

En aquellos casos en los que se administren por vía subcutánea ver punto 2 (ya que carecemos en esta tabla de los valores de localización anatómica adecuados).

2.- Cuando se utilicen por su efecto inmunomodulador y en el caso de la Ig antiD en mujeres embarazadas, o en el caso de inmunoglobulinas que se administran con objetivo sustitutivo pero por vía subcutánea lo codificaremos en la tabla **3E0** (sección **3** Administración, sistema orgánico **E** Sistemas Fisiológicos, tipo de procedimiento **0 Introducción**), eligiendo los valores

adecuados de localización anatómica y abordaje y el valor de sustancia **4** Suero, toxoide y Vacuna.

- 48. Recambio de polietileno.** Paciente ingresado para revisión quirúrgica de artroplastia de rodilla izquierda. Se procede al recambio del polietileno. ¿Qué código de procedimiento sería el más correcto? Nuestra propuesta es codificarlo con el procedimiento Revisión, pero el Manual dice: REVISIÓN tiene como objetivo corregir la función o la posición defectuosa de un dispositivo colocado previamente. Puede precisar la extracción de parte del dispositivo o de algún componente del mismo (por ejemplo un tornillo), pero sin retirarlo por completo y sin colocar uno nuevo en su lugar. Al leer esto dudamos en que, quizá, lo mejor sería codificarlo con una Retirada y una Sustitución.

RESPUESTA: Existen diversos tipos de prótesis primarias de rodilla pero todas ellas comparten la misma finalidad: sustituir la superficie articular del fémur con un componente metálico adaptado a los cóndilos femorales y fijado a la parte distal del fémur, y sustituir la bandeja tibial mediante un platillo metálico. Entre ambos y sobre la superficie tibial se coloca el inserto o alineador “liner” que actúa como superficie de fricción y que habitualmente está hecho de polietileno. Además, pero no en todos los casos, se sustituye la superficie articular de la rótula (componente patelar, habitualmente de polietileno)

En este caso el recambio del polietileno pretende mejorar la función de la articulación (de la prótesis articular) por lo que el tipo de procedimiento a utilizar es **Suplemento**: colocar un dispositivo biológico o sintético que refuerza y/o mejora la función de una estructura anatómica. La estructura anatómica puede haber sido extraída o remplazada previamente y este procedimiento se realiza para reforzar (sin sustituir nuevamente) y en lo posible mejorar la funcionalidad de esa estructura anatómica previamente remplazada.

No es adecuado utilizar el tipo de procedimiento Sustitución porque no se recambia todo el componente tibial sino solo el polietileno.

Los códigos a utilizar en este caso son (en función de la documentación disponible):

OSPD09Z Retirada en articulación rodilla, izquierda, de alineador, abordaje abierto.

OSUD09Z Suplemento en articulación rodilla, izquierda, con alineador, abordaje abierto, ó
OSUW09Z Suplemento en articulación rodilla, superficie tibial, izquierda, con alineador, abordaje abierto

- 49. Subluxación de prótesis de cadera.** Paciente que ingresa tras sufrir luxación de prótesis de cadera izquierda tras caída por un traspie en la calle. Bajo anestesia general se procede en quirófano a reducción abierta de la luxación de la prótesis. Nos surge la duda de si el procedimiento sería un Reposición o un Revisión del dispositivo.

El tipo de procedimiento Revisión se define como corregir, en la medida de lo posible, un dispositivo que no funciona adecuadamente o la posición de un dispositivo desplazado.

En este caso la prótesis articular se ha desplazado y por tanto el código correcto es:

OSWB0JZ Revisión en articulación cadera, izquierda, de sustituto sintético, abordaje abierto

50. Colgajo inguinal de McGregor: Paciente que ingresa con herida inciso contusa en segundo dedo de mano derecha tras cortarse con una sierra. Presenta pérdida de hemipulpejo radial hasta articulación IFD. Sección longitudinal de la falange con pérdida de un 20% de la misma.

Primer tiempo quirúrgico: Con diagnóstico de Amputación parcial longitudinal de lado radial de pulpejo de 2º dedo de mano derecha pasa a quirófano donde se realiza cobertura mediante colgajo tubular pediculado de zona inguinal derecha. El protocolo quirúrgico es el siguiente: Desbridamiento de la herida en el dedo. Disección de colgajo inguinal pediculado. Cierre por planos de la ZD del colgajo. Se sutura extremo distal del colgajo con puntos sueltos al dedo. Apósito con bactroban en zona tubular y rectogesic en resto del colgajo.

Segundo tiempo quirúrgico: 15 días después ingresa para segundo tiempo quirúrgico de Colgajo pediculado tubular de cobertura para 2º dedo de mano derecha. Protocolo Quirúrgico: Sección del pedículo del colgajo. Remodelación y sutura en la zona receptora. Igual en la zona donante. Cierre por planos de la ZD del colgajo. Se sutura extremo distal del colgajo con puntos sueltos al dedo. Apósito con betagel en zona tubular.

(Técnica del colgajo inguinal de McGregor)

RESPUESTA: La técnica del colgajo inguinal de McGregor consta de dos tiempos quirúrgicos. En el primero se marca el trayecto de la arteria circunfleja ilíaca superficial con un diseño en forma de elipse, se escinde el tejido subcutáneo hasta el nivel de la fascia superficial elevando el colgajo tubulizado para transponerlo y cubrir el defecto de la zona receptora. En un segundo tiempo el colgajo se libera del abdomen a los 15 - 21 días, tiempo necesario para crear una vascularización propia, y se remodela la zona receptora y la donante.

Codificación: En el primer tiempo quirúrgico se hace un colgajo pediculado de cobertura de la zona receptora (dedo). El tipo de procedimiento a utilizar es **Transferencia**, en el sistema orgánico **J Tejido Subcutáneo y Fascia**.

En el segundo tiempo quirúrgico no hay un tipo de procedimiento cuya definición se adapte por completo a la técnica quirúrgica utilizada por lo que utilizaremos en ambas estructuras el tipo de procedimiento **Reparación**, en el sistema orgánico **J Tejido Subcutáneo y Fascia**.