Cuadernos de Codificación CIE-10-ES

Preguntas a la Unidad

NÚMERO 17. 1er SEMESTRE 2024
UNIDAD TÉCNICA DE CODIFICACIÓN CIE-10-ES
MINISTERIO DE SANIDAD

Cuadernos de Codificación CIE-10-ES

Preguntas a la Unidad

NÚMERO 17. 1er SEMESTRE 2024
UNIDAD TÉCNICA DE CODIFICACIÓN CIE-10-ES
MINISTERIO DE SANIDAD

EQUIPO EDITORIAL

COORDINACIÓN EDITORIAL

Leire ALCAIDE VELASCO
Subdirección General de Información Sanitaria. MINISTERIO DE SANIDAD

Susana PATO ALONSO
Colaboradora ISDEFE. Subdirección General de Información Sanitaria. MINISTERIO DE SANIDAD

Antonio RUIZ POLONIO
Colaborador ISDEFE. Subdirección General de Información Sanitaria. MINISTERIO DE SANIDAD

AUTORES

UNIDAD TÉCNICA DE CODIFICACIÓN CIE-10-ES

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

Mª Dolores DEL PINO JIMÉNEZ
Representante de la Comunidad Autónoma de Aragón en la UT-CIE-10-ES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Mª de los Ángeles MORENO JIMÉNEZ
Representante de la Región de Murcia en la UT-CIE-10-ES

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

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

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

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

Juan Miguel LARA RODRÍGUEZ
Representante de la Comunidad Autónoma de Valencia en la UT-CIE-10-ES

Mª Carmen SALIDO CAMPOS
Colaboradora MINISTERIO DE SANIDAD. UT-CIE-10-ES

Susana PATO ALONSO
Colaboradora MINISTERIO DE SANIDAD. UT-CIE-10-ES

Antonio RUIZ POLONIO
Colaborador MINISTERIO DE SANIDAD. UT-CIE-10-ES

Leire ALCAIDE VELASCO
Coordinadora Unidad Técnica CIE-10-ES. MINISTERIO DE SANIDAD

Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD. CENTRO DE PUBLICACIONES
Paseo del Prado, 18. 28014 Madrid

NIPO en línea: 133-20-057-2
Maquetación: Imprenta MIJÁN, S.L.

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

https://cpage.mpr.gob.es

Cuadernos de Codificación CIE-10-ES

Preguntas a la Unidad

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD

Las actualizaciones normativas contenidas en este cuaderno tienen vigencia para la codificación de altas con fecha a partir del 01-07-2024

Índice

Presentación 9

Preguntas a la Unidad 11

Neoplasias 11

Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas 18

Trastornos mentales, del comportamiento y del desarrollo neurológico 20

Enfermedades del sistema nervioso 21

Enfermedades del ojo y sus anexos 23

Enfermedades del aparato circulatorio 23

Enfermedades del aparato respiratorio 26

Enfermedades del aparato digestivo 27

Enfermedades del aparato genitourinario 31

Embarazo, parto y puerperio 32

Lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas 36

Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios 41

Miscelánea 43

Bibliografía 45

Presentación

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

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

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

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

Mercedes Alfaro Latorre
Subdirectora General de Información Sanitaria

Preguntas a la Unidad

Neoplasias

1. *Microglioma cerebral*. En el caso de un paciente con "microglioma cerebral en lóbulo frontal" la morfología nos remite a linfoma no Hodgkin. ¿Debemos usar el código de CIE-10-ES C85.81 Otros tipos especificados de linfoma no Hodgkin, ganglios linfáticos de cabeza, cara y cuello, o bien el C85.89 Otros tipos especificados de linfoma no Hodgkin, localizaciones extraganglionares y de órganos sólidos?

RESPUESTA

En CIE-10-ES, en el Índice Alfabético de Enfermedades el término microglioma nos lleva a Linfoma no Hodgkin.

Microglioma - véase Linfoma, no Hodgkin, especificado NCOC

Y la entrada Linfoma:

Linfoma (maligno) C85.90

- no Hodgkin (véase además Linfoma, por tipo) C85.9-

- - especificado NCOC C85.8-

En el caso del microglioma cerebral la localización anatómica es extraganglionar por lo que el código a utilizar es:

C85.89 Otros tipos especificados de linfoma no Hodgkin, localizaciones extraganglionares y de órganos sólidos

Debe añadir el código de morfología, según la CIE-O-3.1:

Microglioma [obs]* 9590/3

9590/3 Linfoma maligno, SAI

Linfoma, SAI

Microglioma

Debe revisar la información clínica por si estuviera documentada una anatomía patológica más específica acerca de la morfología del tumor y codificar acorde a esa información.

2. ***Radiocirugía estereotáxica.*** **¿Cómo codificar la radiocirugía estereotáxica sobre la tercera vértebra lumbar por metástasis ósea de un cáncer de pulmón?**

D720DZZ Radiocirugía estereotáxica de médula ósea, con otro tipo de radiocirugía estereotáxica con fotones o D026DZZ Radiocirugía estereotáxica de médula espinal, con otro tipo de radiocirugía estereotáxica con fotones.

RESPUESTA

La radiocirugía se define como la aplicación de una dosis grande de radiación de forma muy precisa en un área localizada mediante un procedimiento estereotáxico.

Actualmente, el tratamiento habitual para las metástasis óseas en la columna vertebral incluye radioterapia, terapia con radiofármacos, radioterapia más quimioterapia sistémica, terapia hormonal o descompresión quirúrgica y/o estabilización, seguida de radioterapia. La terapia de radiación es, a menudo, la modalidad de tratamiento inicial.

Su objetivo es la paliación del dolor, la prevención de la progresión de una enfermedad local y las posteriores fracturas patológicas, y la detención del daño neurológico o incluso su reversión. El factor principal que limita la dosis con radioterapia convencional es la relativa falta de tolerancia a la radiación de la médula espinal. La radioterapia convencional de haz externo carece de precisión para ofrecer grandes dosis de fracción única de radiación en los tumores vertebrales situados cerca de estructuras radiosensibles como la médula espinal.

El confinamiento preciso de la dosis de radiación al área que se debe tratar incrementaría las probabilidades de éxito en el control de tumores y en la respuesta clínica, y al mismo tiempo, se reduciría el riesgo de lesiones neurológicas adyacentes.[1]

Codificación:

No existe en la actualidad, en la sección **D** Radioterapia, en el sistema orgánico **P** Sistema Músculo Esquelético, la posibilidad de codificar la Radiocirugía Estereotáxica. Por ello deberemos elegir, de momento y hasta que haya una opción más específica, una localización anatómica general, en el sistema orgánico **W** Regiones Anatómicas.

En este caso, al tratarse de la tercera vértebra lumbar, la localización anatómica sería 3 Abdomen, y el código **DW23(D,H,J)ZZ** Radiocirugía estereotáxica de abdomen con (calificador de Modalidad)

3. *Tumor papilar mucinoso intraductal de páncreas.* ¿Cómo debo codificar un tumor papilar mucinoso intraductal de páncreas? ¿Y cuál es su morfología?

RESPUESTA

La neoplasia mucinosa papilar intraductal (NMPI) es una lesión quística pancreática con un gran riesgo de degeneración maligna, que fue descrita por primera vez en Japón a principios de la década de 1980 por Ohashi et al. Actualmente representa aproximadamente el 5-20% de todas las neoplasias pancreáticas. Histológicamente se caracteriza por una proliferación papilar intraductal de células columnares que producen una abundante secreción de mucina y conducen a la dilatación del conducto pancreático principal, de sus ramas o de ambos, y no pocas veces son multifocales. Estas lesiones pueden presentar diversos grados de transformación celular que van desde la displasia de bajo grado (adenoma) hasta el adenocarcinoma invasivo. Esta última fase puede alcanzarse en un periodo entre los 3 y 6 años de conocerse el diagnóstico.

Clasificación histológica de las neoplasias mucinosas papilares intraductales de páncreas

- Adenoma (displasia de bajo grado)
- Tumor *borderline* (displasia moderada)
- Carcinoma
  - No invasivo (*in situ* o displasia de alto grado)
  - Invasivo

Para su codificación es necesario conocer el grado de displasia.

- <u>Displasia de bajo grado (adenoma)</u>: se codificarán como neoplasias benignas de páncreas **D13.6 Neoplasia benigna de páncreas**

  Morfología: **8453/0 Adenoma intraductal papilar-mucinoso**

- <u>Displasia moderada (tumor borderline)</u>: se codificarán como neoplasias de comportamiento incierto de páncreas **D37.8 Neoplasia de**

comportamiento incierto de otros órganos especificados de aparato digestivo

Morfología: **8453/0 Adenoma intraductal papilar-mucinoso** (el IA de la CIE-O-3.1 envía a este código para la displasia moderada del tumor papilar mucinoso intraductal).

– No invasivo (*in situ* o displasia de alto grado): se codificará como neoplasia *in situ* de páncreas: **D01.7 Carcinoma in situ de otros órganos digestivos especificados**

  Morfología: **8453/2 Adenoma intraductal papilar-mucinoso no invasivo**

– Invasivo: se codificará como neoplasia maligna de páncreas, por localización: **C25.- Neoplasia maligna de páncreas**

  Morfología: **8453/3 Adenoma intraductal papilar-mucinoso invasivo**

4. *Leucemia en remisión*. Un paciente con una leucemia linfocítica crónica B, estadio A, en la que nos indican que está sin tratamiento y se mantiene una actitud conservadora, ¿se puede codificar como en remisión?

RESPUESTA

No, no puede codificarla como "en remisión". Esta situación debe estar documentada por el clínico como tal para poder utilizar el quinto dígito correspondiente.

Desde un punto de vista clínico se denomina remisión, en el contexto de la LLC, a la desaparición de todos los signos del cáncer en respuesta al tratamiento, aunque esto no siempre signifique que el cáncer se haya curado por completo. Esta condición también se conoce como "respuesta completa", según la definición del Instituto Nacional del Cáncer de EE. UU. Pero como se ha indicado anteriormente esta situación debe estar documentada por el clínico responsable.[2]

El código apropiado en el caso que usted plantea sería **C91.10 Leucemia linfocítica crónica de células B, sin haber alcanzado remisión.**

La leucemia linfocítica crónica (LLC) es un tipo de neoplasia de la sangre caracterizada por la proliferación anormal de células linfocíticas en la médula ósea y la sangre periférica. Se utilizan dos sistemas de estadificación o clasificación para esta entidad: el sistema de Rai y el sistema de Binet.

El sistema de Rai divide a los pacientes en estadios 0, I, II, III y IV, teniendo en cuenta factores como el recuento de glóbulos blancos y la presencia de anemia o trombocitopenia.

El sistema de Binet clasifica a los pacientes en etapa A, B o C según el número de áreas de tejido linfático afectadas y la presencia de anemia o trombocitopenia.

El estadio A al que se hace referencia en su pregunta probablemente se refiera al sistema de estadificación Binet, que indica una fase temprana de la enfermedad en la que menos de tres áreas de tejido linfático están agrandadas y no se observa anemia ni trombocitopenia.[3]

5. ***Anticuerpos Monoclonales como Antineoplásicos.*** **Queríamos saber cuál es la codificación correcta para la administración de los anticuerpos monoclonales en pacientes oncológicos, ya que encontramos dos códigos: uno en la sección 3 Administración, 3E0330M Introducción en vena periférica de antineoplásico, anticuerpo monoclonal, abordaje percutáneo, y otro en la sección X Nueva Tecnología, XW033H6 Introducción en vena periférica de otro anticuerpo monoclonal nueva tecnología, abordaje percutáneo, nueva tecnología grupo 6. ¿Cómo podemos diferenciar cuando se usa uno u otro?**

RESPUESTA

En la sección X Nueva Tecnología han ido apareciendo valores del siguiente tipo:

F Otra Sustancia Terapéutica Nueva Tecnología, con Calificador **3 Nueva Tecnología Grupo 3** (para las localizaciones anatómicas vena periférica, vena central)

F Otra Sustancia Terapéutica Nueva Tecnología, con Calificador **5 Nueva Tecnología Grupo 5** (para las localizaciones anatómicas tejido subcutáneo, vena periférica, vena central, boca y faringe)

H Otro Anticuerpo Monoclonal Nueva Tecnología, con Calificador **6 Nueva Tecnología Grupo 6** (para las localizaciones anatómicas tejido subcutáneo, vena periférica, vena central)

Y Otro Anticuerpo Monoclonal Nueva Tecnología, con Calificador **7 Nueva Tecnología Grupo 7** (para la localización anatómica músculo)

Estos valores no deben utilizarse mientras no esté disponible un listado que identifique cuáles son los fármacos que pertenecen a cada grupo determinado de nueva tecnología (Otra Sustancia Terapéutica Nueva Tecnología; Otro Anticuerpo Monoclonal Nueva Tecnología).

Los anticuerpos monoclonales utilizados como antineoplásicos que no tengan un código específico en la sección X Nueva Tecnología, deben codificarse con el código correspondiente de la sección 3 Administración.

3E00M Introducción en * de antineoplásico, anticuerpo monoclonal, abordaje ***

6. *Coriocarcinoma.* En una paciente con coriocarcinoma, además del código C58 Neoplasia maligna de placenta, ¿debe utilizarse el código O9A.11 Neoplasia maligna que complica el embarazo?

RESPUESTA

El coriocarcinoma es un tumor epitelial maligno derivado de las vellosidades coriales, productor de gonadotropina coriónica humana (β-hCG) que se incluye dentro de la enfermedad trofoblástica maligna (ETM), junto a la mola invasiva y al tumor trofoblástico del lecho placentario. Cuando aparece suele presentarse después de embarazos molares, pero también puede ocurrir después de cualquier evento obstétrico (abortos espontáneos, embarazos a término y embarazo ectópico).[4,5]

En el monográfico de Obstetricia, publicado en el Cuaderno de Codificación nº 10 (segundo semestre de 2020), en el punto 14.2 Embarazo molar, se hace referencia a la codificación de esta entidad:

Coriocarcinoma

C58 Neoplasia maligna de placenta

9100/3 Coriocarcinoma, SAI

No debe utilizarse el código **O9A.11 Neoplasia maligna que complica el embarazo,** en aquellos casos en los que el coriocarcinoma se diagnostica después de un embarazo molar o después de cualquier otro evento obstétrico (aborto espontáneo, embarazo normal o embarazo ectópico). Su uso solo estaría indicado si el diagnóstico se hace durante el embarazo (situación muy infrecuente). Este aspecto debe ser confirmado en la documentación clínica.

7. *Daratumumab.* La consulta es referente al código XW01318 Introducción en tejido subcutáneo de daratumumab y hialuronidasa-fihj, abordaje percutáneo, nueva tecnología grupo 8. Es frecuente encontrar el tratamiento de daratumumab en paciente hematológicos, pero nos surge la duda, de si no especifican que además usen Hialuronidasa, si se deba usar este código de la sección X Nueva Tecnología, o seguir usando como siempre los terminados en M de la sección 3 Administración (3E03*0M).

RESPUESTA

El código **XW01318 Introducción en tejido subcutáneo de daratumumab y hialuronidasa-fihj, abordaje percutáneo, nueva tecnología grupo 8**, se utiliza para la infusión del tratamiento de Darzalex-Faspro que combina el daratumumab con Hialuronidasa-fihj.

Si solo se administra daratumumab (que es un anticuerpo monoclonal) como antineoplásico debe utilizar el código correspondiente de la tabla **3E0 Introducción**:

3E0*30M Introducción de antineoplásico, anticuerpo monoclonal, en *, abordaje percutáneo

8. *Canto interno del ojo.* ¿Qué localización debemos utilizar para codificar un epitelioma basocelular, en el canto interno del ojo izquierdo? ¿Párpado inferior, párpado superior, o párpado no especificado?

RESPUESTA

Siguiendo el IAE de CIE-10-ES Diagnósticos encontramos:

Epitelioma

-células basales - véase Neoplasia, piel, maligna

Y en la tabla de neoplasias:

Neoplasia, neoplásico C80.1 C79.9 D09.9 D36.9 D48.9 D49.9

- piel NCOC C44.9 C79.2 D04.9 D23.9 D48.5 D49.2

- - párpado C44.10- C79.2 D04.1- D23.1- D48.5 D49.2

- - - carcinoma de células basales C44.11

En la Lista Tabular:

C44.11 Carcinoma basocelular de piel de párpado, incluyendo canto

C44.111 Carcinoma basocelular de piel de párpado no especificado, incluyendo canto

C44.112 Carcinoma basocelular de piel de párpado derecho, incluyendo canto

C44.1121 Carcinoma basocelular de piel de párpado superior derecho, incluyendo canto

C44.1122 Carcinoma basocelular de piel de párpado inferior derecho, incluyendo canto

C44.119 Carcinoma basocelular de piel de párpado izquierdo, incluyendo canto

C44.1191 Carcinoma basocelular de piel de párpado superior izquierdo, incluyendo canto

C44.1192 Carcinoma basocelular de piel de párpado inferior izquierdo, incluyendo canto

Debe revisar la documentación clínica para intentar localizar qué párpado se ve afectado (o más afectado) por la lesión y codificar acorde a esa información. En el caso en que no pueda identificar el párpado afectado considere el canto interno como parte del párpado inferior y el canto externo como parte del párpado superior y codifique según lateralidad.

En su consulta y si no dispone de más información acerca del párpado afectado el código a asignar sería: **C44.1192 Carcinoma basocelular de piel de párpado inferior izquierdo, incluyendo canto.**

Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

9. *Diabetes mellitus tipo 2 y nutrición parenteral.* Paciente con diabetes mellitus tipo 2 controlada con antidiabéticos orales. Ingresa para intervención quirúrgica. En el posoperatorio presenta un íleo paralítico que requiere de alimentación parenteral. Secundaria a ésta (y relacionado en la documentación clínica) presenta hiperglucemias que requieren tratamiento con insulina. ¿Cómo se codificaría en este caso la diabetes?

RESPUESTA

Se trata de un paciente con una diabetes mellitus tipo 2 que presenta una descompensación hiperglucémica de su enfermedad secundaria a la nutrición parenteral. En este caso debe codificar la diabetes tipo 2 con hiperglucemia añadiendo el código T que refleja que es debido a la alimentación parenteral con el dígito de efecto adverso.

E11.65 Diabetes mellitus tipo 2 con hiperglucemia

T50.3X5A Efecto adverso de agentes electrolíticos, calóricos y de equilibrio hídrico, contacto inicial

Z79.84 Uso prolongado (actual) de medicamentos hipoglucemiantes orales

10. ***Síndrome de obesidad-hipoventilación y síndrome de apnea obstructiva del sueño.*** **Cuando queremos codificar un síndrome de obesidad-hipoventilación que además tenga una apnea obstructiva del sueño, ¿cómo debemos hacerlo? La subcategoría G47.3 Apnea del sueño, tiene un excluye 1 para el síndrome de Pickwick (E66.2 Obesidad mórbida (severa) con hipoventilación alveolar).**

RESPUESTA

El síndrome de hipoventilación del obeso (SHO) se define por la tríada de obesidad, hipoventilación diurna (presencia de hipercapnia diurna: PaCO2 > 45) y un trastorno respiratorio del sueño, en ausencia de otra patología que explique las anormalidades respiratorias. El SHO también se conoce con el nombre de síndrome de Pickwick.

Aproximadamente el 90% de los pacientes con SHO tienen una apnea obstructiva del sueño concomitante y, además, el 70% padecen apnea obstructiva del sueño grave, lo que hace que ambas patologías estén estrechamente ligadas.[6]

En CIE-10-ES Diagnósticos, bajo la subcategoría **G47.3 Apnea del sueño**, existe un excluye 1 para el síndrome de Pickwick (**E66.2 Obesidad mórbida (severa) con hipoventilación alveolar**).

En este caso el Excluye 1 hace referencia a que en la definición del SHO ya está incluida la presencia de un trastorno respiratorio del sueño, siendo el más frecuente (90% de los casos) un SAOS. Por tanto, es suficiente

codificar el SHO con el código **E66.2 Obesidad mórbida (severa) con hipoventilación alveolar.**

Trastornos mentales, del comportamiento y del desarrollo neurológico

11. *Deterioro cognitivo.* ¿Cómo debemos codificar la expresión "deterioro cognitivo" sin más especificación?

RESPUESTA

Puede consultar el Manual de Codificación de Diagnósticos, 5ª edición, 2024, donde en el punto 5.1.1 Demencia, aparece el siguiente párrafo:

El deterioro cognitivo no especificado se codifica como **F09 Trastorno mental no especificado debido a afección fisiológica conocida**, debiendo codificar primero dicha afección, si se conoce.

IAE

Trastorno

-cognitivo

CIE-10-ES dispone de otros códigos para distintas situaciones del deterioro cognitivo:

– El que es descrito como leve, sin más especificación, bajo el código **G31.84 Deterioro cognitivo leve de etiología incierta o desconocida**

  IAE

  Deterioro (función), deteriorado - véase además Débil

  - cognitivo leve, así descrito G31.84

  - - de etiología incierta o desconocida G31.84

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

  - neurocognitivo R41.9

  - - leve (de etiología incierta o desconocida) (véase además Trastorno neurocognitivo leve) G31.84

  - - neurocognitivo leve G31.84

– Aquel deterioro cognitivo leve debido a afección fisiológica conocida, se debe codificar en la subcategoría **F06.7- Trastorno neurocognitivo leve debido a una afección fisiológica conocida,** siguiendo las notas de instrucción de la Lista Tabular.

IAE

Deterioro (función), deteriorado - véase además Débil

- neurocognitivo leve

- - debido a una afección fisiológica conocida (sin alteración del comportamiento) F06.70

- - - con alteración del comportamiento F06.71

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

- neurocognitivo leve G31.84

- - debido a una afección fisiológica conocida (sin alteración del comportamiento) F06.70

- - - con alteración del comportamiento F06.71

Enfermedades del sistema nervioso

12. *Higroma subdural.* ¿Cómo se codifica un higroma subdural? Tenemos dudas a la hora de codificar el higroma subdural. Cuando acudimos al índice alfabético nos dirige a un D18.1 Linfangioma, y no sabemos si ese código es concretamente a lo que se refieren los facultativos. Hemos visto que se le llama higroma a la acumulación de líquido cefalorraquídeo y no sabemos si también pudiera ser un líquido hemático. ¿Estaría bien codificarlo como un hallazgo anormal por imagen del sistema nervioso central con el código R90.89? ¿Debemos dar por supuesto una hidrocefalia postraumática después de un traumatismo?

RESPUESTA

El higroma subdural es una acumulación de líquido cefalorraquídeo en el espacio subdural. Lo más frecuente es que un higroma sea secundario a un traumatismo craneoencefálico o a un procedimiento quirúrgico, y que se produzca por desgarro de la aracnoides.

Actualmente en el IAE bajo el término “higroma” encontramos:

Higroma (congénito) (quístico) D18.1

- prepatelar, prerrotuliano - véase Bursitis, prerrotuliana

D18.1 Hemangioma y linfangioma, cualquier localización

Sin embargo, en la próxima actualización de CIE-10-ES (2026) aparecerá lo siguiente:

Higroma (congénito) (quístico) D18.1

- prepatelar, prerrotuliano - véase Bursitis, prerrotuliana
- subdural - véase Fuga, líquido cefalorraquídeo

Y siguiendo la referencia cruzada:

Fuga, derrame

- líquido cefalorraquídeo G96.00
- - craneal
- - - especificada NCOC G96.08
- - - espontánea G96.01
- - - posoperatoria G96.08
- - - traumática G96.08
- - espinal
- - - especificada NCOC G96.09
- - - espontánea G96.02
- - - posoperatoria G96.09
- - - postraumática G96.09
- - espontánea
- - - de
- - - - base del cráneo G96.01
- - - - columna vertebral G96.02
- - por punción en columna vertebral, espinal (lumbar) G97.0

Por lo que siguiendo el IAE podremos llegar al código adecuado, en función de la documentación clínica.

De momento, codifique el higroma subdural, siguiendo la entrada en el IAE "Fuga, líquido cefalorraquídeo".

El codificador no debe dar por supuesta ninguna patología que no esté documentada en la información clínica, y en caso de duda debe preguntar al facultativo responsable del paciente.

Enfermedades del ojo y sus anexos

13. ***Escisión de pterigión y autoinjerto de conjuntiva.*** **Se trata de un paciente al que realizan una escisión de un pterigión con posterior autoinjerto libre de conjuntiva, ¿sería necesaria la codificación de ambos procedimientos aplicando la norma B3.18 Escisión/Resección seguida de sustitución?**

RESPUESTA

El pterigión consiste en un sobrecrecimiento de tejido conectivo fibrovascular de la conjuntiva sobre la córnea que puede llegar a afectar la visión. La técnica quirúrgica para tratarlo consiste en la resección del mismo con autoinjerto conjuntival.

En este caso es necesario codificar ambos procedimientos ya que el objetivo es eliminar la lesión (en este caso el pterigión) y a continuación se repara el defecto tisular con el autoinjerto. Suponiendo que se trate de un pterigión en ojo derecho y que tras la escisión de la lesión se realice un autoinjerto conjuntival los códigos a utilizar serían los siguientes:

08BSXZZ Escisión de conjuntiva derecha, abordaje externo

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

Enfermedades del aparato circulatorio

14. ***Ictus isquémico agudo en territorio de la arteria de Percheron.*** **Se trata de un paciente con un ictus isquémico agudo talámico bilateral, en el territorio de la arteria de Percheron, de origen no aclarado. ¿Sería correcto utilizar el código I63.50 Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificada de arteria cerebral no especificada?**

RESPUESTA

El tálamo y el mesencéfalo presentan una irrigación sanguínea compleja que proviene de ramas perforantes de la arteria comunicante posterior (AcomP) y del primer (P1) y segundo segmento (P2) de la arteria cerebral posterior (ACP).

La vascularización del tálamo suele clasificarse en 4 territorios: territorio anterior, territorio paramedial, territorio inferolateral y territorio posterior. El territorio paramedial es irrigado por las arterias paramedianas que surgen del segmento P1 de la ACP.

Existe una variante anatómica atípica de las arterias paramedianas llamada arteria de Percheron, descrita en 1973 por el neurólogo francés Gerard Percheron. Se caracteriza por ser una arteria única y dominante que se origina del segmento P1 de la ACP (arteria cerebral posterior) y que irriga el territorio paramedial bilateral talámico y parte del mesencéfalo anterior. La oclusión de dicha arteria provoca infarto talámico paramedial bilateral sin o con afectación mesencefálica.

La arteria de Percheron se encuentra presente en el 4-12% de las personas, aunque algunas fuentes hablan hasta de un 33% de la población. Un ictus en esta arteria puede provocar un infarto bi-talámico y mesencefálico. La tríada clínica más característica es alteración de la conciencia, parálisis de la mirada vertical y alteraciones de la memoria. La incidencia estimada del infarto de la arteria de Percheron se sitúa alrededor del 0,1% al 2% de todos los accidentes cerebrovasculares y del 4 al 18% de los infartos talámicos. El infarto cardioembólico es la causa más frecuente.[7,8]

Codificación:

Al ser la arteria de Percheron rama de la arteria cerebral posterior debe codificarse como infarto de esa arteria por etiología y lateralidad si se conoce. En este caso con la información que usted aporta el código apropiado sería:

I63.539 Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificada de arteria cerebral posterior no especificada

15. *Enfermedad cerebrovascular de pequeño vaso.* ¿Cómo se codifica la enfermedad cerebrovascular de pequeño vaso?

RESPUESTA

La enfermedad cerebrovascular de pequeño vaso consiste en la afectación de los vasos sanguíneos de pequeño calibre del cerebro incluyendo los vasos perforantes, capilares y vénulas. Afecta a la sustancia gris y

blanca y la presentación clínica es amplia y variada. Esta patología reúne una serie de entidades con unos hallazgos diferenciadores en las imágenes cerebrales que permite distinguirlos en infartos lacunares, alteración de la sustancia blanca o leucoaraiosis, microbleeds (microsangrados) y espacios perivasculares dilatados.[9]

Debe por tanto indagar en la documentación y consultar con el clínico en cuál de estas situaciones se encuadra la expresión "enfermedad cerebrovascular de pequeño vaso" y si es o no sintomática en ese paciente concreto, ya que estos extremos influirán en la codificación.

No existe por tanto un código específico para esta entidad. Solo en el caso de no disponer de más información al respecto debe seguir la entrada del IAE.

Enfermedad, enfermo - *véase* además Síndrome

-cerebrovascular I67.9

--especificada NCOC I67.89

I67.89 Otra enfermedad cerebrovascular

16. *Flutter auricular izquierdo.* ¿Cómo se codifica un flutter auricular izquierdo?

RESPUESTA

El flutter auricular es una arritmia que se caracteriza por un patrón electrocardiográfico de taquicardia auricular ≥ 240 lpm, en forma de ondulación continua, uniforme y regular. Es una taquicardia por macrorreentrada auricular. El término macrorreentrada designa una activación circular (circuito reentrante) que gira alrededor de un obstáculo que se define arbitrariamente como de varios centímetros de diámetro. El flutter auricular se clasifica en función de si el circuito atraviesa o no el istmo cavo-tricuspideo (ICT). Existen dos tipos:

- **Flutter típico:** el circuito atraviesa el istmo cavo-tricuspideo. El circuito de reentrada gira alrededor del anillo tricúspide en dirección anti horaria u horaria.
- **Flutter atípico:** se define como toda macrorreentrada con ondas de flutter en el ECG, en la que el ICT no forma parte del circuito. Se clasifica en:

- Flutter atípico de la Aurícula Derecha: poscirugía cardiaca o taquicardia macrorreentrada atípica sin atriotomía.
- Flutter atípico de la Aurícula Izquierda: perimitral, atípico de las venas pulmonares, septal o del seno coronario.[10]

En CIE-10-ES Diagnósticos, la entrada Flutter –auricular nos dirige:

Flutter

- auricular I48.92

- - atípico I48.4

- - típico I48.3

- - tipo I I48.3

- - tipo II I48.4

Y en la Lista Tabular:

I48.3 Flutter auricular típico

Flutter auricular tipo I

I48.4 Flutter auricular atípico

Flutter auricular tipo II

I48.92 Flutter auricular no especificado

La expresión "flutter auricular izquierdo" hace referencia a que el circuito de reentrada se sitúa en la aurícula izquierda por lo que el código a asignar es el **I48.4 Flutter auricular atípico.**

Enfermedades del aparato respiratorio

17. *VAFO.* ¿Cómo se codifica la ventilación de alta frecuencia oscilatoria en un neonato?

RESPUESTA

La Ventilación de Alta Frecuencia Oscilatoria (VAFO) surgió como una alternativa en el tratamiento de distintas formas de fallo respiratorio en el recién nacido ante el fracaso de la Ventilación Mecánica Convencional (VMC). La VAFO es una modalidad ventilatoria que emplea volúmenes corrientes menores al espacio muerto anatómico, con frecuencia respiratoria supra fisiológica (mayor de 150 por minuto)

proporcionando el reclutamiento de un pulmón atelectásico o enfermo a través de la facilitación del intercambio gaseoso.[11]

No existe en CIE-10-ES Procedimientos un código específico para esta modalidad de ventilación mecánica. Debe codificar la ventilación mecánica a la que haya sido sometido el paciente con el código correspondiente de la tabla **5A1 Soporte**.

Enfermedades del aparato digestivo

18. *Colitis estercorácea.* ¿Qué código debemos utilizar para clasificar la colitis estercorácea?

RESPUESTA

La colitis estercorácea se describe como un proceso inflamatorio que se produce por el aumento de presión parietal debido a la impactación fecal, que causa distensión, isquemia, necrosis y úlceras parietales. Se asocia al estreñimiento crónico y grave y es más frecuente en ancianos. Las regiones más afectadas son el recto y colon sigmoide. Clínicamente da lugar a un cuadro inespecífico consistente en dolor abdominal y rectal asociado a estreñimiento. Son necesarias pruebas de imagen para su diagnóstico precoz e instaurar pronto un tratamiento que evite la aparición de complicaciones como la perforación, peritonitis y sepsis.

No existe en CIE-10-ES un código específico para esta patología. Debe seguir la siguiente entrada en el IAE:

Colitis (aguda) (catarral) (crónica) (no infecciosa) (hemorrágica) (véase además Enteritis) K52.9

- no infecciosa K52.9

- - especificada NCOC K52.89

K52.89 Otras gastroenteritis y colitis no infecciosas especificadas

Si la colitis se acompaña de complicaciones como por ejemplo úlcera estercorácea de recto o intestino, perforación, peritonitis, sepsis, etc., éstas se codificarán con el código correspondiente según las entradas que figuran en el IAE. Por ejemplo:

Úlcera, ulcerado, ulcerante, ulceración, ulceroso

- estercorácea, estercorácea K63.3
- - ano o recto K62.6
- - con perforación K63.1
- intestino, intestinal K63.3
- - estercorácea K63.3

19. *Síndrome de Lemmel.* ¿Cómo podemos codificar el Síndrome de Lemmel? Podemos utilizar de diagnóstico principal el código K57.10 Diverticulosis de intestino delgado sin perforación ni absceso, sin hemorragia, y de secundario K83.1 Obstrucción de conducto biliar?

RESPUESTA

El síndrome de Lemmel es una patología infrecuente, descrita por primera vez en 1934, que se caracteriza por la presencia de ictericia obstructiva secundaria a un divertículo duodenal periampular en ausencia de coledocolitiasis o neoplasia.

La incidencia de divertículos duodenales está en torno al 17% y aumenta con la edad. La mayoría son extraluminales y adquiridos. Se localizan con más frecuencia en la segunda porción duodenal, cercanos a la ampolla de Vater (yuxtapapilares). Solo el 5% son sintomáticos. Lo más habitual es que sean un hallazgo incidental durante el estudio de otra enfermedad o al realizar una endoscopia digestiva alta. La existencia de un divertículo yuxtapapilar está asociada a un incremento de la incidencia de enfermedad biliopancreática debido a la compresión extrínseca del propio divertículo sobre la vía biliar, y a que induce disfunción del esfínter de Oddi provocando un estasis y reflujo biliar desde el duodeno hacia el colédoco. Otras complicaciones asociadas son la obstrucción intestinal, la perforación y la hemorragia digestiva.[12]

Siguiendo la normativa de codificación, en la codificación de "Síndromes", cuando el IAE no proporcione instrucciones o un código por defecto, se deben asignar códigos para cada una de las manifestaciones documentadas.

En la consulta que usted plantea no existe código específico para este síndrome por lo que tendrá que codificar el divertículo duodenal y las complicaciones a las que dé lugar, en este caso la ictericia obstructiva.

Deberá seguir la siguiente entrada en el IAE:

Divertículo, diverticulosis (múltiples) K57.90

- duodeno - véase Divertículo, intestino, delgado

Divertículo, diverticulosis (múltiples) K57.90

- intestino

- - delgado K57.10

- - - con

- - - - hemorragia K57.11

- - - - intestino grueso K57.50

- - - - - con hemorragia K57.51

- - - congénito Q43.8

En el caso que sea un divertículo sin complicación:

K57.10 Diverticulosis de intestino delgado sin perforación ni absceso, sin hemorragia

Ictericia (amarilla) R17

- obstructiva (véase además Obstrucción, conducto biliar) K83.1

K83.1 Obstrucción de conducto biliar

El orden de los códigos lo establecerá la razón del contacto.

20. *Trasplante de un lóbulo hepático.* Nos surge la duda de si se puede codificar el trasplante de un lóbulo hepático.

RESPUESTA

Existen dos tipos de trasplante hepático:

– **Trasplante ortotópico de hígado entero**: es el tipo más frecuente. Consiste en la extirpación del hígado entero enfermo en el receptor y la implantación de un hígado entero procedente de un donante cadáver que se sitúa en el mismo lugar anatómico.

– **Trasplante ortotópico de hígado parcial**: en este caso se realiza la extirpación del hígado entero enfermo (en el receptor) y se coloca en su lugar un fragmento del hígado del donante (lóbulo derecho o lóbulo izquierdo). Esto se realiza cuando el trasplante se lleva a

cabo mediante la técnica de split (el hígado de un donante cadáver se divide en dos partes, el lóbulo derecho se implanta en un receptor y el izquierdo en otro), o bien cuando es un trasplante de donante vivo. Al cabo de aproximadamente dos meses el fragmento de hígado trasplantado se regenera y recupera su tamaño entero y sus funciones completas.

A la hora de codificar este procedimiento en el receptor del trasplante, debe seguir la entrada en el IA:

Trasplante

- Hígado 0FY00Z

CIE-10-ES Procedimientos lo clasifica en la tabla 0FY

Sección	0 Médico-Quirúrgica		
Sistema Orgánico	F Sistema Hepatobiliar y Páncreas		
Tipo de Procedimiento	**Y Trasplante:** Implantar una estructura anatómica viva completa o parcial, de otro individuo o animal para ocupar el lugar físico y/o funcional de una estructura anatómica similar		
Localización Anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
0 Hígado **G** Páncreas	**0** Abierto	**Z** Ninguno	**0** Alogénico **1** Singénico **2** Zooplástico

En ambos tipos de trasplante se selecciona la misma localización anatómica **0** Hígado. Y deberá elegir el calificador correspondiente, recordando que el valor **1** Singénico, se utiliza cuando el órgano trasplantado procede de un individuo de la misma especie que tiene idénticos genes al receptor (como en el caso de los gemelos), y el valor **0** Alogénico, se utiliza cuando el órgano trasplantado procede de un individuo de la misma especie, pero con diferentes genes.

El hecho de que se trasplante solo un lóbulo hepático no se recoge en el episodio del receptor. Solo quedará especificado en el caso de donantes vivos, en el episodio de admisión del donante (admisión para donación de órganos), a la hora de codificar el procedimiento en el que se hace la resección solo de un lóbulo hepático.

Enfermedades del aparato genitourinario

21. ***Admisión para creación de acceso vascular.*** **Un paciente con diabetes mellitus con enfermedad renal crónica diabética ingresa para creación de una fístula arteriovenosa (FAV) para hemodiálisis. ¿Qué código debe utilizarse como diagnóstico principal? ¿Debemos utilizar un código de la categoría Z49 o por el contrario codificar la diabetes con enfermedad renal?**

RESPUESTA

Cuando un paciente con enfermedad renal crónica ingresa para la creación de una FAV como acceso vascular para hemodiálisis, el diagnóstico principal debe ser el código que clasifica la enfermedad renal crónica. En el caso que usted plantea sería el código de combinación de la diabetes mellitus con enfermedad renal crónica seguido del código de la categoría **N18 Enfermedad renal crónica (ERC),** que corresponda, según la información recogida en la documentación clínica.

22. ***Reparación de uréter distal con colgajo Flap de Boari.*** **¿Cómo debemos codificar esta técnica? El colgajo flap boari se utiliza para reparar las lesiones de uréter distal en las que una vez resecada la lesión del uréter, la longitud del uréter restante es insuficiente para poder reimplantarlo en la vejiga. Se diseca entonces un colgajo de la vejiga que alcanza el uréter sano y permite unir ambas estructuras. Este procedimiento pensamos que encajaría en la definición de Transferencia, pero no existe tabla para este procedimiento en el sistema orgánico T Sistema Urinario. No sabemos entonces cómo codificarlo, ¿con el tipo de procedimiento "Reposición"? ¿con el tipo de procedimiento "Suplemento" con Sustituto de Tejido Autólogo? ¿Hay que añadir "Escisión" de vejiga?**

RESPUESTA

En la consulta que nos hace indica que se reseca una parte del uréter distal debido a una lesión del mismo. Realizada esta escisión de uréter, la longitud del uréter restante es insuficiente para unirlo a la vejiga por lo que se reconstruye con un colgajo de vejiga tipo Flap de Boari. [13,14]

Para codificar la eliminación de la parte del uréter que estaba afectada por la lesión debe utilizar el tipo de procedimiento Escisión.

Para la reconstrucción del uréter se utiliza un colgajo de vejiga Flap de Boari. Este tipo de colgajo se utiliza para la reparación quirúrgica de diferentes patologías que involucran la pérdida de parte del uréter distal, facilitando una reconstrucción relativamente simple y sin tensión en las líneas de sutura. El procedimiento adecuado para codificar esta técnica en el caso concreto que nos envía, sería Transferencia, pero no disponemos en CIE-10-ES Procedimientos, 5ª edición, de tabla adecuada para este tipo de procedimiento. Por tanto, de momento, utilizaremos el tipo de procedimiento Sustitución, con valor de dispositivo (sexta posición) 7 Sustituto de Tejido Autólogo (para reflejar la utilización del colgajo de vejiga). No es necesario codificar aparte el procedimiento sobre la vejiga, ya que se realiza en el mismo campo operatorio (lugar del procedimiento).

Los códigos a aplicar en el supuesto que nos envía serían:

0TB(6,7)*ZZ Escisión de uréter (derecho, izquierdo), abordaje*

0TR(6,7)*7Z Sustitución de uréter (derecho, izquierdo), con sustituto de tejido autólogo, abordaje*

Embarazo, parto y puerperio

23. *Vasa previa.* Gestante de 39 semanas que ingresa para cesárea electiva por vasa previa. El índice alfabético nos lleva al código O69.4- Trabajo de parto y parto complicados por vasa previa, pero la gestante no tiene trabajo de parto. ¿Qué código usamos en éste caso? ¿Y cuando el diagnóstico se realiza durante el embarazo?

RESPUESTA

Vasa previa (VP) es el término utilizado para describir vasos de origen fetal que discurren a través de las membranas, sin la protección del cordón umbilical o del tejido placentario, y que se sitúan por delante del orificio cervical interno (OCI) por delante de la presentación fetal. Se trata de una complicación obstétrica infrecuente, con una prevalencia de 1/2.500 embarazos. Si no se diagnostica de forma prenatal, se asocia

a una elevada tasa de mortalidad y morbilidad perinatal como consecuencia de la hipoxia fetal y la anemia aguda que acompaña a la rotura de uno de estos vasos en el momento de la amniorrexis o durante el trabajo de parto. La presentación clínica habitual es la de una hemorragia vaginal indolora en el momento de la amniorrexis, asociada a bradicardia o muerte fetal.

Los dos principales factores asociados a VP son la inserción velamentosa del cordón y la existencia de una placenta bilobulada o succenturiata. Otros factores de riesgo conocidos son la existencia de placenta previa o de inserción baja, el embarazo múltiple y las técnicas de fecundación in vitro.[15]

Para codificar el caso que usted plantea debe seguir el Índice Alfabético de Enfermedades, por las siguientes entradas:

Parto (nacimiento) (trabajo de parto)

- complicado O75.9

- - por

- - - vasa previa O69.4

Vasa Previa O69.4

Suponiendo que la gestación sea única el código apropiado es:

O69.4XX0 Trabajo de parto y parto complicados por vasa previa, no aplicable o no especificado

Debe tener en cuenta las instrucciones para la Lista Tabular de Enfermedades, recogidas en el punto A.2.3 del Manual de Codificación de Diagnósticos, donde dice lo siguiente:

'Y': La palabra "y", cuando aparece en un literal, puede interpretarse bien cómo "y" o bien cómo "o". Por ejemplo, tanto los casos descritos como "tuberculosis ósea" como los de, "tuberculosis articular" o "tuberculosis ósea y articular" se clasifican bajo la subcategoría **A18.0 Tuberculosis de huesos y articulaciones.**

En este caso la vasa previa complica el parto (de ahí la indicación de cesárea), aunque no haya trabajo de parto.

Respecto a la codificación de esta patología durante el embarazo no hay un código específico para ello. Debe codificar las anomalías placentarias o la inserción velamentosa del cordón si acompañan a la vasa previa y están documentadas.

24. *O92.5 y O80.* ¿Sería compatible el uso del código O80 Admisión para el parto a término no complicado, con el O92.5 Lactancia suprimida? Me consta que no está recogido entre las excepciones del O80, pero por lo que veo, en muchas ocasiones, la supresión de la lactancia materna no responde a ninguna complicación sino a una elección, del mismo modo que a veces se aprovecha el parto para realizar algún procedimiento anticonceptivo.

RESPUESTA

En el Manual de Codificación de Diagnósticos, 5ª edición, en el punto 15.5 PARTO NORMAL, CÓDIGO O80, aparece el siguiente párrafo:

"El código O80 es siempre diagnóstico principal y es incompatible (es decir, no se debe utilizar) si se necesita cualquier otro código del capítulo 15 para describir una complicación del episodio del parto.

Se pueden utilizar códigos adicionales de otros capítulos de la CIE-10-ES Diagnósticos junto con el código O80 si tales afecciones no están relacionadas con el embarazo o no lo complican de ninguna forma".

Por tanto, no pueden utilizarse ambos códigos (O92.5 y O80) en el mismo episodio de hospitalización.

25. D*iabetes gestacional con hiperglucemia por corticoides.* ¿Cómo se codifica una diabetes gestacional en tratamiento con insulina que presenta descompensación hiperglucémica debida a la administración de corticoides? No existe código de combinación y la categoría R73 Elevación del nivel de glucosa en sangre, tiene un Excluye 1 para la categoría O24.- Diabetes mellitus en el embarazo, parto y puerperio.

RESPUESTA

La diabetes gestacional es una intolerancia anormal a la glucosa que aparece durante la gestación, normalmente durante el segundo y tercer trimestre en mujeres sin diabetes previa. Puede causar complicaciones en el embarazo similares a las de una diabetes mellitus preexistente y aumentar el riesgo de desarrollar diabetes después del embarazo.

Los corticoides son ampliamente utilizados en medicina, tanto en hospitalización como en régimen ambulatorio. Uno de sus efectos adversos más comunes es su efecto sobre el metabolismo de los hidratos de

carbono, pudiendo exacerbar la hiperglucemia en pacientes diabéticos o precipitando la "diabetes esteroidea" en pacientes sin diabetes previa. Es un problema frecuente en la práctica clínica habitual, pudiendo generar ingresos hospitalarios, prolongación de los mismos y visitas urgentes[16].

Como usted plantea, no hay código de combinación que incluya diabetes gestacional e hiperglucemia y la categoría **R73 Elevación del nivel de glucosa en sangre**, tiene una instrucción "Excluye 1" para la categoría **O24.- Diabetes mellitus en el embarazo, parto y puerperio**. Además, todas las categorías de la sección **E08-E13 Diabetes mellitus**, tienen un "Excluye 1" para la subcategoría **O24.4- Diabetes mellitus gestacional.**

Codifique el caso que usted pregunta con los siguientes códigos:

O24.414 Diabetes mellitus gestacional en el embarazo, controlada con insulina

O9A.21- Lesiones traumáticas, envenenamiento y algunas otras consecuencias de causas externas que complican el embarazo, trimestre *.

T38.0X5A Efecto adverso de glucocorticoides y análogos sintéticos, contacto inicial.

Lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas

26. ***Maleolo posterior de la tibia.*** **Un paciente presenta fractura de maleolo lateral de peroné más fractura de maleolo posterior. ¿Se puede considerar que se trata de una fractura bimaleolar de tobillo? o ¿tenemos que codificarlas por separado? Si se codifican por separado, ¿cuál sería el código correspondiente de la fractura de maleolo posterior? ¿Sería el de maleolo tibial?**

RESPUESTA

Las fracturas de tobillo son lesiones frecuentes con una ocurrencia anual de aproximadamente 100/100.000 personas al año. En ocasiones se acompañan de fractura del maléolo posterior, que rara vez se presentan de manera aislada. Por lo general, estas fracturas son el resultado

de la rotación del tobillo y suelen acompañarse de fracturas de uno o ambos maléolos (medial/lateral). El mecanismo de rotación típico de la fractura de tobillo puede conducir a la ruptura del ligamento tibiofibular posterior inferior o crear una fractura por avulsión del margen tibial posterior que también se define como la fractura del maléolo posterior. En la literatura alemana, este fragmento se conoce como triángulo de Volkmann o fractura de Volkmann, mientras que los autores de habla inglesa prefieren los términos maléolo posterior, borde posterior o fragmento posterior de tibia distal.

Existen muchas clasificaciones de las fracturas de tobillo que facilitan la toma de decisiones sobre el tratamiento quirúrgico más adecuado. También de una forma más sencilla se pueden clasificar en función del número de maléolos implicados: fracturas unimaleolares, que afectan a un único maléolo (medial o lateral); bimaleolares que afectan a ambos maléolos a la vez (medial y lateral); y trimaleolares en las que hay una fractura bimaleolar y una fractura de la porción posterior de la superficie articular inferior de la tibia, denominada tercer maleolo o maleolo posterior, como ya hemos visto.[17]

En CIE-10-ES podemos codificar:

Fractura del maleolo lateral del peroné
S82.6- Fractura del maleolo externo (lateral)

Fractura del maleolo medial de la tibia
S82.5- Fractura del maleolo interno (medial)

Fractura bimaleolar
S82.84- Fractura bimaleolar de pierna

Fractura trimaleolar
S82.85- Fractura trimaleolar de pierna

La fractura bimaleolar hace referencia a la fractura simultánea de los maléolos lateral del peroné y tibial de la tibia. La fractura trimaleolar hace referencia a la fractura de los dos maléolos que se incluyen en la fractura bimaleolar (medial y lateral) más el reborde posterior de la tibia o maleolo posterior.

La fractura del maléolo posterior no tiene código específico en CIE-10-ES, por lo que se codificará con un código de fractura de extremo inferior de tibia:

Fractura (abducción) (aducción) (separación) (traumática) T14.8

- tibia (diáfisis) S82.20-

- - extremo inferior (distal) S82.30-

- - - especificada NCOC S82.39-

- - - fisaria S89.10-

- - - pilón (desplazada) S82.87-

- - - rodete S82.31-

S82.39- Otra fractura de extremo inferior de tibia

En el caso planteado en esta consulta existe una fractura del maléolo peroneal y una fractura del maléolo posterior de la tibia. La codificación correcta sería:

S82.6- Fractura del maleolo externo (lateral) + S82.39- Otra fractura de extremo inferior de tibia

Deben completarse los códigos con la información de la historia clínica (lateralidad, desplazamiento de la fractura, y séptimo carácter en función de las circunstancias del contacto).

27. *Fusión vertebral.* En las fusiones vertebrales a veces nos describen que, después de realizar la discectomía y la fusión con cajetín intersomático, le colocan además un injerto (óseo) intertransverso. Ese injerto, ¿cómo se codificaría? ¿estaríamos hablando de otra fusión vertebral, un suplemento o iría incluido en el código del cajetín intersomático?

RESPUESTA

La pregunta es muy genérica, pero el injerto que colocan entre las apófisis transversas supone una fusión de la columna posterior, por lo que habrá que codificarlo con un código aparte. Es necesario conocer si el injerto es de hueso autólogo o de banco, el nivel de la columna vertebral donde se realiza la fusión, la localización anatómica (número de articulaciones vertebrales fusionadas), el abordaje y la forma de acceso al lugar del procedimiento, para poder completar el código.

En resumen, en el supuesto que usted plantea es necesario codificar la fusión de la columna anterior (fusión de los cuerpos vertebrales con cajetín intersomático) con el/los códigos que corresponda; y la fusión

de la columna posterior (fusión de las apófisis transversas con injerto de hueso) con el/los códigos que sean necesarios.

Puede consultar el Manual de Codificación de Diagnósticos, ed. 2024, donde en el punto 9.1.5 CALIFICADOR, hay un ejemplo similar a la situación que usted plantea (fusión anterior y fusión posterior), y que le puede ayudar:

"Fusión 360° L4-L5. Abordaje transforaminal derecho, colocación de caja intersomática lumbar anterior y fusión posterior con hueso morselizado del banco de tejidos.

> **0SG00AJ Fusión de articulación vertebral lumbar, con dispositivo de fusión intersomática, abordaje posterior, columna anterior, abordaje abierto**
>
> **0SG00K1 Fusión de articulación vertebral lumbar, con sustituto de tejido no autólogo, abordaje posterior, columna posterior, abordaje abierto"**

28. *Matriz ósea desmineralizada y proteína ósea morfogenética.* La matriz ósea desmineralizada en los procedimientos de fusión de columna vertebral ¿en qué localización anatómica se debe utilizar? ¿Articulación o hueso? Y la proteína morfogenética ósea recombinante en fusiones vertebrales, ¿en qué localización anatómica se utiliza? ¿En hueso o articulación? ¿Son sinónimos ambos?

RESPUESTA

La matriz ósea desmineralizada y la proteína morfogenética ósea no son lo mismo, aunque ambas se incluyen dentro de los llamados "osteoinductores". La osteoinducción es la capacidad de un material para inducir a las células mesenquimatosas a diferenciarse en células óseas maduras, proceso que está muy relacionado con la presencia de factores de crecimiento en el material de que se trate. La proteína ósea morfogenética (BMP) y la matriz ósea desmineralizada (DBM) son los principales materiales osteoinductivos. También lo es, aunque en menor grado, el injerto óseo autólogo.[18]

MATRIZ ÓSEA DESMINERALIZADA

Se obtiene a partir de la extracción de una matriz de colágeno tipo I junto con otras proteínas no colágenas, del hueso normal. Tiene poca resistencia biomecánica y su capacidad osteoinductiva depende de varios factores como la edad del donante, el contenido residual de mineral o el método de procesamiento, entre otros.

En los procedimientos de fusión vertebral se utiliza como coadyuvante a un injerto óseo o para rellenar una caja intersomática.

Codificación:

Su administración, en los procedimientos de fusión vertebral, debe hacerse en la localización anatómica de la articulación correspondiente. El valor de dispositivo que corresponde a la matriz ósea desmineralizada es el **K** Sustituto de Tejido No Autólogo, pero su uso en los procedimientos de Fusión debe ajustarse a la normativa vigente, en concreto a la norma B3.10c.

Combinaciones de dispositivos

Norma B3.10c

Con frecuencia se utilizan diferentes combinaciones de dispositivos y materiales sobre una articulación vertebral para inmovilizarla. En estos casos para asignar el valor de dispositivo se seguirán las siguientes normas:

- *Si se utiliza un dispositivo de fusión intersomático para inmovilizar la articulación (conteniendo injerto óseo o sustituto de injerto óseo), el procedimiento se codifica con el valor Dispositivo de Fusión Intersomática.*
- *Si el único dispositivo utilizado para inmovilizar la articulación es un injerto óseo, el procedimiento se codifica con el valor de dispositivo Sustituto de Tejido No Autólogo o Sustituto de Tejido Autólogo.*
- *Si se utiliza una combinación de injerto óseo autólogo y no autólogo (con o sin extensores o enlaces biológicos o sintéticos), se debe codificar el procedimiento con el valor de dispositivo Sustituto de Tejido Autólogo.*

Ejemplos: Una fusión vertebral que utiliza un dispositivo de fusión intersomática tipo jaula que contiene injerto óseo triturado se codifica con el valor Dispositivo de Fusión Intersomática.

Una fusión vertebral que utiliza un dispositivo de fusión intersomática tipo cilindro o clavija ósea procedente de hueso de cadáver y relleno con una mezcla de hueso triturado extraído localmente y matriz ósea desmineralizada se codifica con el valor Dispositivo de Fusión Intersomática.

La fusión de una articulación vertebral utilizando tanto injerto óseo autólogo como injerto óseo de banco de huesos se codifica con el valor de dispositivo Sustituto de Tejido Autólogo.

PROTEÍNA MORFOGENÉTICA ÓSEA

Las proteínas morfogenéticas óseas son un conjunto de proteínas endógenas que pertenecen a la familia del factor de crecimiento transformante beta (TGF-b) y que tienen la capacidad de inducir la formación del hueso, cartílago y tejido conectivo. Se han identificado 20 tipos distintos, pero solo la BMP-2, BMP-7 y BMP-9 son capaces de promover la osteoinducción.

La codificación de la administración de la BMP en los procedimientos de fusión vertebral está recogida en el Manual de Codificación de Procedimientos, 5ªed. 2024, en el punto 9.1.4. Su administración, en los procedimientos de fusión vertebral, debe hacerse en la localización anatómica de la articulación correspondiente.

"Proteína morfogenética

La administración de proteína morfogenética, en los procedimientos de fusión, requiere la utilización de un código específico de la sección Administración secuenciado a continuación de los correspondientes procedimientos de fusión. Esta sustancia se identifica en la séptima posición del código con el valor de calificador B Proteína Morfogenética Ósea Recombinante".

3E0U*GB Introducción en articulaciones de otra sustancia terapéutica, proteína morfogenética ósea recombinante, abordaje *

29. *Escisión de grasa de Hoffa.* ¿Cómo se codifica una escisión o limpieza de grasa de Hoffa? No sabemos en qué sistema orgánico encuadrarlo, ¿Articulaciones Inferiores (articulación rodilla)?, ¿Tejido Subcutáneo y Fascia?, ¿Regiones Anatómicas, Extremidades Inferiores (Región Rodilla)?, ¿Bursas y Ligamentos?

RESPUESTA

La grasa de Hoffa es una estructura infrapatelar, extrasinovial e intracapsular localizada detrás del tendón rotuliano, posterior a la bursa infrapatelar situándose la tibia detrás de ella. Tiene inserciones en los meniscos (en los cuernos anteriores), en la parte inferior de la rótula, en el periostio tibial y en la escotadura intercondílea a través del ligamento mucoso. Está muy vascularizada e inervada y se considera la estructura más sensible al dolor en la rodilla. La almohadilla grasa de Hoffa interviene en el inicio y la progresión de la artrosis mediante la activación y la liberación de mediadores proinflamatorios. Por su ubicación en la rodilla, influye directamente en la composición del líquido sinovial y, por tanto, en los demás elementos que forman la articulación. Desde el punto de vista bioquímico, se ha demostrado que cuenta con una reserva de células madre y una rica vascularización que puede contribuir a los esfuerzos de regeneración del tejido circundante tras un traumatismo.

Para codificar una limpieza o escisión de la grasa de Hoffa debe elegir el sistema orgánico **S Articulaciones Inferiores** y la localización anatómica Articulación Rodilla, Derecha o Articulación Rodilla, Izquierda.

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

30. *Z42.1 y Z41.1.* Se trata de una paciente que ha tenido un cáncer de mama que precisó mastectomía y colocación de expansor. Ahora acude para recambio del expansor por una prótesis definitiva. En el mismo ingreso le hacen una liposucción de abdomen y abdominoplastia estética. He optado por utilizar el código Z42.1 Contacto para reconstrucción mamaria después de mastectomía, para el cambio del expansor; pero también debería poner el Z41.1 Contacto para cirugía estética. Cada uno de estos códigos tiene un "Excluye 1" para el otro. ¿Cómo lo podría codificar?

RESPUESTA

En este caso es de aplicación la definición del Excluye 1, recogida en el Manual de Codificación de Diagnósticos, en el punto A.2.3 INSTRUCCIONES DE LA LISTA TABULAR DE ENFERMEDADES

"**Excluye 1**

Las notas tipo Excluye 1 son notas de exclusión pura. Significan "no codificar aquí". Las notas de tipo Excluye 1 indican que el código excluido nunca debe utilizarse junto al código afectado por dicha nota de exclusión. Esta instrucción se utiliza cuando dos afecciones no pueden darse a la vez, tal como ocurre con una forma congénita y una forma adquirida de la misma enfermedad. Las notas Excluye 1 van identificadas con un cuadro negro y el texto en cursiva.

Una excepción a la definición del Excluye 1 es que dos afecciones no estén relacionadas entre sí. Si no está claro que las dos afecciones involucradas en la nota Excluye 1 están relacionadas o no, se debe consultar al clínico. Por ejemplo, el código F45.8 Otros trastornos somatomorfos, tiene una nota Excluye 1 para el "Bruxismo relacionado con el sueño (G47.63)"; puesto que "Bruxismo" es un término de inclusión presente bajo el código F45.8, solo uno de estos dos códigos debe ser asignado para dicha afección. Por otro lado, la "dismenorrea psicógena" es también un término de inclusión del código F45.8, pero una paciente podría tener tanto una "dismenorrea psicógena" como un "Bruxismo relacionado con el sueño". En este caso, las dos condiciones claramente no están relacionadas entre sí, por lo que sería apropiado codificar los dos códigos, el F45.8 y el G47.63, juntos".

En la consulta planteada, a la paciente se le realizan dos procedimientos quirúrgicos con objetivos diferentes (en este sentido debe estar documentado en la historia clínica que la liposucción abdominal y la abdominoplastia se realizan como cirugía estética), por lo que pueden utilizarse los dos códigos que usted señala. El orden de los mismos dependerá de las circunstancias del contacto. En su consulta parece que el motivo del ingreso es la reconstrucción mamaria tras mastectomía, por lo que el código **Z42.1 Contacto para reconstrucción mamaria después de mastectomía**, debería ir de diagnóstico principal. Pero este extremo debe ser comprobado en la documentación clínica.

Miscelánea

31. *Meropenem/vaborbactam.* En el Cuaderno de Codificación Nº 11 Nuevos Códigos CIE-10-ES 2022, en Nueva Tecnología, se describe una nueva sustancia que es meropenem/vaborbactam. En el caso que sólo se utilice el meropenem, entendemos que no se puede utilizar el código XW033N5, dado que se debe administrar los dos antibióticos a la vez para su uso. ¿Es así?

RESPUESTA

El valor de sustancia **N** Meropenem-vaborbactam Anti-infeccioso, identifica la administración conjunta de ambos principios activos (meropenem/vaborbactam). Se encuentra en la tabla XW0 (sección X Nueva Tecnología, sistema orgánico W Regiones Anatómicas y tipo de procedimiento 0 Introducción), y está disponible para las localizaciones anatómicas 3 Vena Periférica y 4 Vena Central.

Tal como se indica en el Cuaderno de codificación nº 11, Meropenem/Vaborbactam contiene dos principios activos que actúan de diferente forma. El meropenem pertenece a la clase de antibióticos de carbapenem. Actúa interfiriendo en la actividad de determinadas proteínas que las bacterias necesitan para fabricar sus paredes celulares protectoras. Vaborbactam es un inhibidor de las enzimas bacterianas llamadas beta-lactamasas, enzimas que degradan los antibióticos betalactámicos como el meropenem y les impiden actuar. Al bloquear la acción de dichas enzimas, vaborbactam permite que meropenem actúe frente a bacterias que, de otra forma serían resistentes. Esta combinación de principios activos se utiliza para infecciones urinarias e intraabdominales complicadas y para neumonías nosocomiales.

La utilización aislada de meropenem debe codificarse en la sección **3** Administración, en la tabla **3E0** Introducción, con el valor de sustancia **2** Anti-infeccioso y calificador **9** Otro Anti-infeccioso, completando la construcción del código en función de la documentación clínica.

32. *Desplazamiento de dispositivo anticonceptivo subdérmico.* Se nos plantea el caso de una paciente que acude para la retirada de su dispositivo anticonceptivo subdérmico implantado en brazo izquierdo.

Claramente es una complicación de desplazamiento de dispositivo. El único código que recoge el desplazamiento de un dispositivo anticonceptivo es específico para el dispositivo anticonceptivo intrauterino (T83.82-) ¿Sería correcto utilizar de diagnóstico principal el código Z30.46 Contacto para supervisión de dispositivo anticonceptivo subdérmica implantable?

RESPUESTA

En primer lugar, debe confirmar en la documentación clínica que se trata de una complicación del dispositivo por desplazamiento del mismo. Es frecuente que estos dispositivos sean difíciles de localizar cuando van a ser retirados, pero eso no implica que se hayan desplazado. Si no está documentada una complicación del dispositivo, el código que debe ser utilizado cuando una paciente ingresa para retirada de su dispositivo anticonceptivo subdérmico es el **Z30.46 Contacto para supervisión de dispositivo anticonceptivo subdérmico implantable.**

Solo en el caso en que esté documentada la complicación del dispositivo por desplazamiento del mismo debe utilizar un código de complicación de dispositivo. No existe un código específico para el desplazamiento de un dispositivo anticonceptivo subdérmico por lo que, de momento, debe utilizarse un código más inespecífico:

Complicación (-es) (de) (por)

- prótesis o implante T85.9-

- - especificada NCOC T85.9-

- - - mecánica

- - - - desplazamiento T85.628

T85.628A Desplazamiento de otras prótesis, implantes e injertos internos especificados, contacto inicial

Debe codificar además la retirada del dispositivo anticonceptivo subdérmico con el código **0JPV(0,3)HZ Retirada en tejido subcutáneo y fascia, extremidad superior, de dispositivo anticonceptivo, abordaje** *

Bibliografía

1. Gerszten PC. Radiocirugía de la columna vertebral. Rev Argent Neurocir [Internet]. 2008 [citado 25 de junio de 2024];22(1):0-0.
Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-15322008000100008

2. Diccionario de cáncer del NCI [Internet]. Cancer.gov. 2011 [citado 25 de junio de 2024]. Disponible en: https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/remision-completa

3. ¿Cómo se estadifica la leucemia linfocítica crónica? [Internet]. Cancer.org. [citado 25 de junio de 2024]. Disponible en: https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/leucemia-linfocitica-cronica/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/clasificacion-por-etapas.html

4. Agustín O A, Savirón C R, Lerma P D, Herrero I A, Campillos M JM. Coriocarcinoma postgestacional. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2015 [citado 25 de junio de 2024];80(5):405-11.
Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262015000500009&script=sci_arttext&tlng=pt

5. Moreno-Gomez B, Castillo-Aznar J, Tejedor-Vargas P, Delgado-Domingo JA, Millaruelo-Rami A, Pérez-Morente M, et al. Coriocarcinoma de placenta metastásico en embarazo de 34 semanas. Revisión y manejo. Cir Cir [Internet]. 2021 [citado 25 de junio de 2024];89(4). Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34352873/

6. El síndrome de hipoventilación obesidad debe tratarse con CPAP según el primer estudio que compara tratamientos a largo plazo [Internet]. Separ.es. [citado 25 de junio de 2024]. Disponible en: https://separ.es/node/1542

7. Galeano M, Aranda G, Obelar N, Müller G. Percheron's artery oclussion: An atypical stroke syndrome. An Univ Nac Asuncion [Internet]. 2022 [citado 25 de junio de 2024];55(3):122-5.
Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1816-89492022000300122

8. Muñoz H, Lázaro V. Infarto de la arteria de Percheron: reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev Argent Radiol/Argent J Radiol [Internet]. 2018;82(04):184-6. Disponible en: https://revmedicina.sld.cu/index.php/med/article/download/3371/2504

9. Cardona P, Escrig A. Enfermedad cerebrovascular de pequeño vaso. Hipertens Riesgo Vasc [Internet]. 2018;35(4):185-94. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.hipert.2018.04.002

10. García F, Pastor A, Núñez A, Magalhaes AP, Awamleh P. Flúter auricular: perspectiva clínica actual. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2006 [citado 25 de junio de

2024];59(8):816-31. Disponible en: https://www.revespcardiol.org/es-fluter-auricular-perspectiva-clinica-actual-articulo-13091886

11. Mir R, Fonseca R, Mendieta E, Lacarrubba J, Céspedes E, Caballero CL. Ventilación de Alta Frecuencia Oscilatoria (VAFO). Experiencia Inicial en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Pediatr (Asunción) [Internet]. 2010 [citado 25 de junio de 2024];37(1):36-41.
Disponible en:
http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1683-98032010000100005

12. Carmona M, López D, Fernández J, Blanco G. Síndrome de Lemmel: ictericia obstructiva secundaria a divertículo duodenal. Cir Esp [Internet]. 2017;95(9):550-1. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2017.02.003

13. Castillo O, Gonzalo V. Reemplazo ureteral distal con flap de Boari laparoscópico. Nuestra técnica. revista argentina urologi [Internet]. 2006;71(3):192.
Disponible en:
https://www.revistasau.org/index.php/revista/article/viewFile/3262/3206

14. Science Animated. How to do the Boari flap procedure, step by step [Internet]. YouTube; 2021 [citado 25 de junio de 2024]. Disponible en: https://youtu.be/rWvRsX3X890?si=ky7hzTdT9PzxkVi2

15. Canto MJ, Cano S, Girvent M, Palau J, Ojeda F. Vasa previa: diagnóstico prenatal ecográfico y conducta obstétrica. Prog Obstet Ginecol (Internet) [Internet]. 2009;52(11):643-7. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/s0304-5013(09)72802-x

16. Saigí I, Pérez A. Manejo de la hiperglucemia inducida por corticoides. Rev Clin Esp [Internet]. 2010 [citado 25 de junio de 2024];210(8):397-403.
Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20667527/

17. Tabares H, Materno Y, Morales R, Tabares H. Fracturas del maleolo posterior del tobillo, clasificación y visión de tratamiento. Rev Cuba Ortop Traumatol [Internet]. 2022 [citado 25 de junio de 2024];36(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-215X2022000200009

18. Tatay A, Pérez JM, Ribera J, Córdero JA, Mella M. Sustitutos óseos. EMC - Apar Locomot [Internet]. 2014 [citado 25 de junio de 2024];26(1/2):2-13. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-sociedad-andaluza-traumatologia-ortopedia-130-pdf-13134504

Información y dudas sobre codificación

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

Para la notificación de erratas de la CIE-10-ES de la edición vigente, solicitamos la cumplimentación del formulario disponible a tal efecto, en la siguiente página electrónica:

https://www.eciemaps.sanidad.gob.es/errata

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

https://www.eciemaps.sanidad.gob.es/question

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

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD

www.sanidad.gob.es